

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS HISTÓRICO-CRÍTICO DE LA PSICOTERAPIA
PSICOANALÍTICA BREVE Y ESTUDIO DE LAS VARIABLES
INTERVINIENTES EN SU EFECTIVIDAD EN EL CONTEXTO
PÚBLICO Y PRIVADO**

AUTORA: AURORA GARDETA GÓMEZ

DIRECTOR: DR. FCO. JAVIER DE SANTIAGO HERRERO

Salamanca, 2012

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	P.1
AGRADECIMIENTOS.....	P.8

PARTE I: MARCO EXPLICATIVO

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL.....	P.10
JUSTIFICACIÓN	P.13
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	P.19
1.1. PRESENTACIÓN GENERAL DEL TEMA.....	P.20
1.2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA.....	P.21
1.2.2.- Método histórico crítico.....	P.23
1.2.3.- Método exegético y clínico.....	P.24
1.3. FUNDAMENTACIÓN.....	P.26
1.3.1. Fundamentación clínica.....	P.26
1.3.2 Fundamentación social.....	P.32
1.3.3 Fundamentación histórica.....	P.34
1.3.4 Fundamentación preventiva.....	P.39

CAPÍTULO II. MARCO HISTÓRICO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA BREVE.....	P.44
---	------

2.1 PSICOANÁLISIS FREUDIANO.....	P.45
----------------------------------	------

2.1.1 - Estudio exegético de la psicoterapia psicoanalítica breve. primeras posiciones freudianas.....	P.49
--	------

2.1.2. - Evolución coyuntural, 1918: los caminos de la psicoterapia psicoanalítica.....	P.49
---	------

2.1.2.1 Sigmund Freud 1914 [1918] historia de una neurosis infantil. El hombre de los lobos.....	P.49.
--	-------

2.1.2.2 Sigmund Freud-Sandor Ferenczi 1918. Congreso de Budapest. sobre la necesidad de ampliar el psicoanálisis a toda la sociedad.....	P.50
--	------

2.1.3. - ÚLTIMAS POSICIONES, 1937.....	P.53
--	------

2.1.3.1 Sigmund Freud 1937: Análisis Terminable e Interminable.....	P.53
---	------

2. 2. POSICIONES POSTFREUDIANAS DE AUTORES Y CORRIENTES PSICOANALÍTICAS A PROPÓSITO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA BREVE.....	P.54
--	------

2.2.1. - EVOLUCIÓN HISTÓRICA.....	P.54
-----------------------------------	------

2.2.2.- TIPOS DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA BREVE.....	P.63
---	------

A. Grupo Tavistock: aportaciones de Balint y Malan.....	P.63
---	------

B. Psicoterapia con provocación de angustia: Sifneos.....	P.65
C. Psicoterapia de apoyo vs psicoterapia en profundidad.....	P.68
D. Hans Strupp. La psicoterapia breve dinámica de tiempo limitado (PDTL) de Hans Strupp y Binder.....	P.69
E. Psicoterapia dinámica breve intensiva y de urgencia: Bellak.....	P.72
2.2.3.- TRABAJO FOCAL.....	P.76
2.2.4.- ASPECTOS TÉCNICOS	P.89
A. Setting.....	P.90
B. Número de sesiones.....	P.91
C. Límite de tiempo.....	P.92
D. Las preguntas.....	P.95
E. Tipos de intervenciones.....	P.97
F. Otras técnicas.....	P.105
2.3. PSICOTERAPIA BREVE, LO QUE NO ES.....	P.107
2.3.1. – DEFINICIONES.....	P.108
2.3.2. – BREVE NO SIGNIFICA CON PRISA.....	P.109
2.3.3. – FOCO TAMPOCO ES PODER.....	P.111

<i>CAPÍTULO III. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA CURA EN PSICOTERAPIA.....</i>	<i>P.113</i>
3.1 ALIANZA TERAPÉUTICA.....	P.115
3.2 TRANSFERENCIA.....	P.124
3.3 CONTRATRANSFERENCIA.....	P.129
<i>CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES DEL MODELO DE MALAN.....</i>	<i>P.135</i>
4.1 JUSTIFICACIÓN CLÍNICA.....	P.137
4.2 EL TIEMPO LÓGICO.....	P.140
4.3 RELACIONES Y CONFLICTO.....	P.145
4.4 MECANISMOS DE DEFENSA.....	P.150
<i>CAPÍTULO V. PERSPECTIVAS TEÓRICAS. EVOLUCIÓN EMPÍRICA Y TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>P.158</i>
<i>RESUMEN.....</i>	<i>P.174</i>

PARTE II. MARCO METODOLÓGICO

<i>CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>P.177</i>
6.1 INTRODUCCIÓN.....	P.179
6.2 OBJETIVO DE LA TESIS.....	P.181
6.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	P.183
6.3.1 Formulación de hipótesis.....	P.187

6.3.1.1 Hipótesis general.....	P.187
6.3.1.2 Hipótesis específica.....	P.187
6.3.2 Descripción de variables.....	P.189
A. Sexo del paciente.....	P.189
B. Sexo del terapeuta.....	P.189
C. Edad.....	P.189
D. Diagnóstico.....	P.190
E. Resultado de la terapia.....	P.191
F. Alianza terapéutica.....	P.191
G. Contratransferencia.....	P.191
H. Espacio de atención.....	P.192
I. Nivel de estudios.....	P.192
ESPECIFICACIÓN DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO.....	P.192
ESPECIFICACIÓN DE LA VARIABLE ESTUDIOS.....	P.193
6.3.3 Descripción de la muestra.....	P.194
6.3.4 Instrumentos de medida.....	P.196
A. Valoración de la personalidad.....	P.196
B. Valoración del resultado de la terapia.....	P.196

C. Valoración de la alianza terapéutica.....	P.197
D. Valoración de la contratransferencia.....	P.198
6.4. PROCEDIMIENTO.....	P.200
CAPÍTULO VII. ERRORES DE MEDICIÓN, FIABILIDAD Y VALIDEZ.....	P.203
7.1 ERROR DE MEDICIÓN.....	P.204
7.1.1 Error aleatorio.....	P.204
7.1.2 Error sistemático.....	P.206
a) sesgo de selección.....	P.206
b) sesgo de información u observación.....	P.207
7.2 FIABILIDAD Y VALIDEZ.....	P.209
CAPÍTULO VIII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	P.212
8.1 ANÁLISIS DE VARIABLES.....	P.214
8.1.1 Edad.....	P.214
8.1.2 Sexo.....	P.215
8.1.3 Número de sesiones.....	P.216
8.1.4 Diagnóstico.....	P.217
8.1.5 Nivel de estudios.....	P.218
8.1.6 Alianza.....	P.219
8.1.7 Contratransferencia.....	P.221
8.1.8 Resultados de la terapia.....	P.222

8.1.9 Dispositivo de atención.....	P.224
8. 2. ANÁLISIS DE CORRELACIONES.....	P.225
8.2.1 Diagnóstico.....	P.225
8.2.2 Contratransferencia.....	P.228
8.2.3 Alianza.....	P.229
8.2.4 Edad.....	P.231
8.2.5 Nivel de estudios.....	P.232
8.2.6 Sexo del terapeuta.....	P.232
8.2.7 Dispositivo de atención.....	P.233
CAPÍTULO IX CONCLUSIONES.....	P.234
CAPÍTULO X DISCUSIÓN.....	P.240
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	P.249
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	P.281
APÉNDICE A. CORRESPONDENCIA DIAGNÓSTICA.....	P.283
APÉNDICE B. PROTOCOLO RECOGIDA DATOS.....	P.286
APÉNDICE C. TABLAS DEL ANÁLISIS.....	P.290

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, agradecida con los ecos de vuestra referencia, todo lo que hago contiene una esencia de vosotros.

A mi hermana, porque a tu lado siempre encuentro el lugar donde quiero estar.

A Antonia, generosa, risueña y cálida.

A mi director de Tesis, Javier de Santiago Herrero, que me ayudaste a descubrir la pasión por el psicoanálisis. Por tu disposición y eterna paciencia.

Jose Antonio Jugo González, con quien aprendo a responder preguntas y lo más importante,

¡a saber qué hacer con ello!

A Antonio, por tantas oportunidades, por tu confianza.

A Ramón Fernández Pulido, que con amabilidad arrojaste luz en ese mundo oscuro de los números, tan desconocido para mí.

A tantos maestros: Rosa, Daniel, Magdalena, Fernando, Jose María, Antonio, Jesús... con vosotros el arte de enseñar trasciende los límites teóricos.

A mis amigas Miriam, Sofía, Elena, Juan Carlos, Martín, Luis, Daniela, Marta, María, Alba, Manuel... por nuestras horas de calle, en las que crecimos y nos perdimos, eso sí, todos juntos.

A Marci e Isabel, que me visteis crecer. Gracias por estar ahí. Gracias por ese amor.

Muy en especial a los que estáis más cerca: María y su equipo de investigación, por la alegría y el afecto del día a día, y a Sandra, Beatriz y Manuel, el colchón que amortigua los vaivenes del camino.

PARTE I: MARCO EXPLICATIVO

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

JUSTIFICACIÓN

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

**CAPÍTULO II. MARCO HISTÓRICO DE LA PSICOTERAPIA
PSICOANALÍTICA BREVE**

**CAPÍTULO III. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA CURA EN
PSICOTERAPIA**

CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES DEL MODELO DE MALAN

**CAPÍTULO V. PERSPECTIVAS TEÓRICAS. EVOLUCIÓN EMPÍRICA
Y TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN**

RESUMEN

PRESENTACIÓN DE LA TESIS DOCTORAL

En los últimos años venimos experimentando un creciente interés de los estudios por investigar tanto los resultados obtenidos por la psicoterapia como por los procesos terapéuticos que intervienen en ellos. Evidentemente, el esfuerzo de la investigación es mayor, pero también la aportación que nos hacen.

Ya han pasado varias décadas desde que Eysenck (1952-1980) cuestionara la efectividad de la práctica psicoterapéutica en general en las que afirmaba que los pacientes que no recibían tratamiento mejoraban incluso más que aquellos que sí lo recibían.

La respuesta dada desde la investigación movilizó a distintos sectores en aras de demostrar la efectividad de su modelo.

De los múltiples meta-análisis publicados en la literatura, rescatamos el clásico estudio de Smith y cols (1980), que resumió la información proveniente de más de 25.000 pacientes tratados con psicoterapia en estudios controlados demostrando la efectividad de la misma.

Como muestran numerosas revisiones (Botella y Feixas, 1994; Chambless y Ollendick, 2001; Elliott, Stiles y Shapiro, 1993; García, Bados y Saldaña, 1998) la terapia psicológica es más eficaz que el no tratamiento.

En concreto, en cuanto a la psicoterapia psicodinámica breve se refiere, Svartberg y Stiles (1991) hallan que sus resultados son superiores al no tratamiento.

El desarrollo más actual lo encontramos en la división de Psicología clínica de la APA (Asociación de Psicólogos Americanos) que desde 1993 ha

puesto en marcha un grupo de trabajo sobre Promoción y Diseminación de Tratamientos Psicológicos Eficaces. Chambless, Sanderson, Shoham, Bennett Johnson, Pope, et al. (1996) realizaron un listado de tratamientos empíricamente validados para diferentes trastornos mentales, entre los que se incluyen tratamientos farmacológicos, cognitivo conductuales, terapia interpersonal, psicodinámica, etc.

En esta línea se han centrado los aspectos fundamentales teóricos, metodológicos e investigadores del presente trabajo, dando una respuesta más a la preocupación compartida por el ámbito académico y clínico de encontrar cuáles son los factores que contribuyen a los cambios del paciente en el proceso terapéutico a partir de una orientación específica como es la psicoterapia psicoanalítica breve.

Para ello, la primera parte del trabajo se centra en el recorrido por el panorama de la psicoterapia psicoanalítica breve, desde sus inicios hasta los aportes más actuales, introduciendo aspectos que conciernen a la teoría y a la técnica.

La segunda parte comprende los aportes de esta orientación encuadrada en los tratamientos de naturaleza psicológica de carácter específico en psicoterapia dinámica breve siguiendo el modelo de Malan.

El análisis del cambio del paciente en el proceso psicoterapéutico en función de criterios de mejoría se complementa con el estudio que deriva de la acción de variables del paciente, del terapeuta y de la relación entre ambos, que son comunes a cualquier psicoterapia, independientemente de las técnicas o marco teórico empleado, como son la edad, el sexo, el diagnóstico, el nivel

de estudios, el número de sesiones de tratamiento, la alianza o la contratransferencia y cómo afectan al resultado de la terapia.

JUSTIFICACIÓN

La presente tesis doctoral trata de enmarcarse dentro de una línea coherente con la estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y del Plan de Acción Europeo para la Salud Mental, pretendiendo crear un puente de conocimiento entre la investigación y la práctica tan demandada en la actualidad.

El aumento del porcentaje de pacientes con conflictos o trastornos mentales que reciben psicoterapia, precisa de un abordaje acorde con las mejores prácticas disponibles.

Según los datos aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007:

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad, que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida y que estas cifras se incrementarán en el futuro.

En lo que se refiere a la comunidad de Castilla y León, en los datos publicados por la última estrategia de Salud Mental de esta comunidad se estima que: (Bocyl, 2003).

Aproximadamente una de cada cinco mujeres y uno de cada seis varones castellanos leoneses podrían verse afectados cada año por algún tipo de trastorno mental. Para el conjunto de ambos sexos las enfermedades mentales afectarían cada año a casi 450.000 personas.

Con el tratamiento de las enfermedades mentales, se previene la aparición de discapacidades que limitan la funcionalidad del individuo, además de reducir una carga social y un coste económico importante para los servicios de salud que:

Supone en Europa, que está entre el 3 y el 4% del PNB, por encima de los 182.000 millones de euros anuales, de los cuales el 46% corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Gracias a los programas de intervención terapéuticos, podemos conseguir una población más sana psicológica y emocionalmente, lo que contribuye, en última instancia a una mejor calidad de vida y a un mayor crecimiento económico sostenible.

La psicoterapia breve se está convirtiendo cada vez más en un modelo de referencia tras intensos años de cuestionamientos acerca de su utilidad y efectividad.

Ahora que vivimos en *“la era de la velocidad como parte de nuestras vidas cotidianas”* (Canestri, Quidonoz, Guitnacht y Flournoy, 2007), ritmo que sin duda alguna ayuda al hombre en muchos aspectos científico-tecnológicos, sin embargo en otros sigue vigente las teorías de Freud en *“El malestar de la cultura”* 1929 (1930) acerca de que el hombre a pesar de todos sus avances técnicos y de su dominio sobre la naturaleza seguirá buscando y anhelando la felicidad (de Santiago, 2008 p. 6).

Los cambios sociales y culturales, han obligado a los terapeutas a buscar nuevos caminos de intervención, entre los que la psicoterapia breve se

incluye como alternativa viable. De la misma forma que el mundo evoluciona, debemos hacer lo propio los profesionales para adaptarnos a las nuevas exigencias.

De hecho, tal y como señala Ávila (2003):

El formato de Psicoterapia que más presencia tiene en este momento es un encuadre de trabajo individual de una duración media o larga, pero flexible en su encuadre y que acepte un compromiso con la realidad del paciente, que se expresa en la necesidad de trabajar con estrategias focales (pp 67-84).

Pero el modelo de psicoterapia breve ha recibido duras críticas en torno a su capacidad para resolver los conflictos intrapsíquicos en comparación con los tratamientos largos.

A este respecto encontramos por una parte, investigaciones que sustentan la superioridad de los tratamientos más largos como los citados por Bados, García y Fusté (2002) de Matt y Navarro (1997) que indican una relación positiva entre duración del tratamiento y resultados de la terapia en 14 de los 28 metanálisis que analizan; Shadish et al. (2000) que también hallaron una relación positiva en su metanálisis entre tamaño del efecto y duración de la terapia o Durham et al., (1999), encuentran también algunos datos de que intervenciones más largas obtienen mejores resultados a medio plazo que las más cortas

De otro lado, encontramos investigaciones que presentan argumentos a favor de la psicoterapia breve como nos detallan Linn y Garske (1988) en una vasta revisión de aportes incompatibles con la supremacía de los tratamientos de larga duración:

Munro y Bach (1975), y Kielson, Oworkin y Nelson (1983), encontraron que las psicoterapias más largas no producen cambios cuantitativos ni cualitativos que sean superiores a los de las terapias breves (...)

Molteni, Garske y Stedman (1984) han mostrado que las intervenciones de tiempo limitado reducen síntomas de un modo más efectivo que los procedimientos con final abierto.

Luborsky, Singer y Luborsky, (1975); Smith, Glass y Millar, (1980): las psicoterapias breves no parecen ser menos efectivas que las psicoterapias de larga duración (p. 148).

En comparación con otras terapias -conductuales y existenciales- encontramos, por ejemplo en Anderson y Lambert (1995) que no existen diferencias entre los distintos tipos de intervención en el postratamiento aunque si observan una ligera diferencia a favor de las PPB¹ en el seguimiento.

De hecho, Sánchez y Sánchez (1991) hacen una defensa del uso de la terapia de orientación dinámica breve aportando datos de su expansión en España:

En los últimos treinta años y algo más recientemente en nuestro país, se vengán imponiendo las técnicas psicoterapéuticas dinámicas breves e intensivas, ya que poseen las características adecuadas para satisfacer las necesidades clínicas de algunos de nuestros pacientes. Tales abordajes pueden competir con la terapia conductual-cognitiva y con la terapia sistémica, por citar las intervenciones más usuales en la actualidad, lo cual es impensable con el uso de la técnica analítica convencional (p132).

¹ Psicoterapia Psicoanalítica Breve

La Sociedad Española de Psicoterapia Dinámica Breve muestra evidencias de la superioridad de las psicoterapias psicoanalíticas frente a otros tratamientos, como el estudio llevado a cabo por el Hospital Beth Israel de Nueva York, en el que compara la efectividad de las psicoterapias dinámicas en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Tal estudio mostró la mayor eficacia de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica comparada con terapias alternativas y con control de lista de espera (Trujillo, 1985), siendo confirmado posteriormente por estudios como el de Svartberg, (1991).

En la tesis que aquí presentamos se defiende que los tratamientos de corta duración, en torno a quince sesiones, consistentes en programas más o menos estructurados vienen demostrando su eficacia en diversos contextos (Pérez y Fernández, 2001).

En concreto, respecto de la psicoterapia psicoanalítica breve en comparación con terapias humanistas o el modelo conductual, Crits-Christoph (1992) indica que no hay diferencias entre las PPB y las terapias alternativas apoyando la hipótesis de la equivalencia.

Por lo que en el presente estudio confiamos en unos resultados satisfactorios que avalen esta línea de investigación. Si bien como explicaremos más adelante, dentro de todos los modelos psicodinámicos breves, nos vamos a adherir al propuesto por Malan (1963) que iremos exponiendo y justificando a lo largo de la tesis.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. PRESENTACIÓN GENERAL DEL TEMA

*1.2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA METODOLOGÍA
EMPLEADA*

1.3. FUNDAMENTACIÓN

1.1. PRESENTACIÓN GENERAL DEL TEMA

El presente trabajo pretende analizar por una parte, el recorrido de la psicoterapia psicoanalítica breve desde los comienzos hasta la actualidad, y estudiar los resultados de su aplicación en una muestra de pacientes pertenecientes al programa de Atención Psicológica de Psicoterapia Psicoanalítica Breve de la Universidad de Salamanca y pacientes inmersos en un proceso de psicoterapia en consultas privadas.

Para ello se persigue describir la población objeto del estudio y esclarecer los elementos que contribuyen en la efectividad del tratamiento.

Esta investigación responde por tanto a las características de un estudio descriptivo generador de hipótesis que tal y como señala Rothman (en Estévez et al 2004) son previos a los estudios experimentales.

1.2. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA

La metodología de este trabajo se trataría de un estudio exegético de las psicoterapias psicoanalíticas breves, siguiendo la metodología empleada por el profesor Villamarzo en su tesis doctoral defendida en París en 1980. Método considerado por prestigiosos investigadores franceses como “método espiral” o de “paso a paso”

Los pasos del mismo serían:

- Método analítico sintético
- Método histórico-crítico
- Método exegético y clínico

1.2.1.- MÉTODO ANALÍTICO SINTÉTICO

En relación con el análisis, las búsquedas bibliográficas se consultarán en las principales bases de datos, entre otras, en las bases de datos más afines a la psicología como son PsycINFO, Medline, Psybooks, Psyarticles y Psycodoc. De los términos fin de análisis, duración de las terapias, etc., se empiezan a rastrear en Freud para posteriormente investigar a los distintos autores postfreudianos relacionados con dichos conceptos. Para ello se seguirán los siguientes pasos:

- En cuanto a conceptos Freudianos:
 - Recopilación de textos a partir del Índice temático de las Obras Completas, de Biblioteca Nueva.
 - Búsqueda informática en las Obras Completas. Freud Total 1.0., Galería y Obras de ediciones Nueva Helade.

- En relación con los autores postfreudianos. Se parte de una muestra más amplia de publicaciones psicoanalíticas, entre las que están revistas centrales para el posterior estudio como son:
 - American Psychologist (1946-2012)
 - Asian American Journal of Psychology (2009-2012)
 - Canadian Journal of Experimental Psychology (1993-2011)
 - Consulting Psychology Journal: Practice and Research (1993-2011)
 - European Journal of Psychological Assessment (1995-2012)
 - Journal of Comparative Psychology (1983-2012)
 - Journal of Consulting and Clinical Psychology (1968-2012)
 - Journal of Psychotherapy Integration (1997-2011)
 - Psychoanalytic Psychology (1984-2012)

- Psychological Assesment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology (1989-2010)
- Psychotherapy: Theory, Research and Practice (1963-1983)
- Anales de Psicología (ISSN: 0212-9728)
- Anales de Psiquiatría (ISSN: 0213-0599)
- Anales de Salud Mental (ISSN: 1023-389X)
- Apertura. Cuadernos de Psicoanálisis (ISSN: 0213-8166)

1.2.2.- MÉTODO HISTÓRICO CRÍTICO

Propuesta metodológica, de reconocido prestigio y base de rigurosas investigaciones, como la de Villamarzo (1982), Gallo (1998), de Santiago (2005). Método que además de coincidir con la epistemología genética de Piaget (1985), también lo hace con las indicaciones expuestas por Freud (1922). Dice textualmente: “Como mejor se puede llegar a la comprensión del psicoanálisis es siguiendo la trayectoria de su génesis y su evolución” (O.C.III, 2661).

Esta parte histórico crítica de la psicoterapia psicoanalítica breve lleva inevitablemente a la recopilación de un cuerpo contextual lo más exhaustivo posible.

Quizás una de las mayores dificultades no provenga de la recogida de información en los textos en los que Freud abordaba temas como la

terminación del análisis, la duración de las terapias, la flexibilidad de la técnica, sino en el rastreo de autores postfreudianos y del devenir de las terapias psicoanalíticas breves.

Por consiguiente se seguirá el método en espiral (Villamarzo, 1982) que simplificando sería el siguiente:

- Distinción por etapas o escritos del pensamiento freudiano y postfreudiano acerca del fin de análisis, los focos de conflicto, actividad del terapeuta, y aspectos técnicos.
- Análisis del contenido con síntesis parcial de las obras seleccionadas.
- Estudio crítico de la evolución histórica de la psicoterapia psicoanalítica breve. Visión en conjunto y escalonada de la terapia objeto de estudio.
- Síntesis general de lo estudiado.
- Cuestiones discutibles en su evolución.
- Aportes teórico-técnicos del trabajo en psicoterapia breve.

1.2.3.- MÉTODO EXEGÉTICO Y CLÍNICO

Siguiendo a Gallo (1998) “cualquier investigación exegética, en el campo de la psicología, no tendría sentido sin una patente apoyatura clínica” (p 42).

Por ello en este estudio acerca de la teoría y la práctica de la psicoterapia psicoanalítica breve no podríamos eludir la referencia constante a la experiencia psicoterapéutica y clínica adquirida, entre otras experiencias, en

la primera Unidad de Atención Universitaria gratuita de Psicoterapia Psicoanalítica Breve (UCLIPPSI) desde su creación en 2008 hasta el 2012 y el trabajo realizado en la consulta privada.

1.3. FUNDAMENTACIÓN

1.3.1. FUNDAMENTACIÓN CLÍNICA

La constante transformación de la Asistencia en Salud Mental ha supuesto un creciente desarrollo de dispositivos y recursos heterogéneos en el ámbito nacional, tanto a nivel público como a nivel privado. Las diferentes Comunidades Autónomas asumen un modelo regulado por principios que proponen definir las prestaciones sanitarias del sistema público vigentes en todo el estado, sujetas a los avatares de la financiación.

Con la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986, se establece como una de las actuaciones sanitarias del Sistema de Salud Español la promoción de la Salud Mental.

Dentro de estas prestaciones de promoción, lo que nos interesa es resaltar que dentro de las excluidas estarían las siguientes:

- Cuando no exista suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínicas, o que haya quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
- Cuando no esté probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.

La fundamentación clínica de este trabajo por tanto, es contribuir a la evidencia científica de la psicoterapia psicoanalítica breve, de la que nos ocuparemos en el capítulo V, centrándonos ahora en el segundo punto.

En primer plano el histórico derecho del hombre: el derecho a la salud impulsado por la OMS, Carmona y del Rio (2009) lo abordan desde la perspectiva de la demanda en la gestión clínica, en relación a la distancia entre la petición de ayuda y el deseo, ya que la primera, no siempre va acompañada de un verdadero deseo de cura o bien está contaminada por los modelos de curación del profesional.

Freud (1901-1905) a propósito del caso Dora nos habla de las resistencias a la curación, mostrando cómo la intención de ser curada no es del todo sincera y a pesar del su sufrimiento, se encuentra un oscuro gozo en la enfermedad sin renunciar a las ventajas que de ella se pueda obtener. Incluso en la enfermedad, el sujeto encuentra un refugio en que aparecen beneficios, ya sean primarios o secundarios (Laplanche y Pontalis, 1983).

Las resistencias que se evidencian en la mejora de la salud, aunque sean conceptos descritos en relación al tratamiento psicoanalítico, se extiende con facilidad a otras situaciones clínicas, que afectan por ejemplo a la adherencia a los tratamientos farmacológicos desde el ámbito médico o abandono de la terapia en el marco de la psicología.

Pero cabe hacer aquí la distinción entre las aportaciones que de unas y otras ramas de conocimiento se esperan. En primer lugar, decir que la psicoterapia psicoanalítica breve, al formar parte de una tradición insertada en el movimiento del psicoanálisis, cuenta con el distintivo de la comprensión del

individuo desde la escucha analítica de lo inconsciente. Es por ello que su fin no es el síntoma en sí mismo ya que hacer desaparecer el síntoma no comporta necesariamente la curación. Muchas veces comprobamos en la práctica que lo que sucede con el síntoma “desaparecido” es que se desplaza retornando en otra formación.

En todo caso, el fin sería el de una experiencia dirigida a modificar la posición de un sujeto respecto de su goce (Bassols, 2002), cuando éste no coincide con el placer del yo del sujeto. O dicho de otra forma, se dirige a modificar la posición del sujeto con respecto a la forma en la que satisface su pulsión.

Espina (2007) señala esa satisfacción de la pulsión que mencionábamos usando el ejemplo de la comida ingerida vorazmente que es ansiada por una parte y una vez ingerida se torna la enemiga y debe vomitarse.

En la línea de este ejemplo, la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil de Málaga hace un análisis de la aportación de las psicoterapias dinámicas al tratamiento ambulatorio de la bulimia. Ese lugar del goce a través del atracón-vómito, con el tiempo se erotiza y se convierte en el modo de descarga de las tensiones, en su mundo privado de trasgresión, placer y llanto. Desde este mundo cerrado es difícil que surja una demanda de cambio y más difícil aún que se desee ahondar en su mundo interno (Ibid).

Aquí se resalta la contribución de la alianza terapéutica que será la base sobre la que construir una demanda dirigida a sus necesidades y carencias que junto a la actividad interpretativa, del significado de los síntomas y de las relaciones actuales y pasadas, ocupará gran parte del trabajo terapéutico

A modo de resumen, la importancia de lo que aporta la psicoterapia psicoanalítica breve a la Salud Mental en relación a otros abordajes es por una parte un conocimiento sobre el origen del conflicto psíquico, el funcionamiento inconsciente y su influencia sobre la conducta humana y la formación de síntomas y que por sus características temporales, permiten el abordaje de un gran número de pacientes.

En este sentido, Guimón (2002) marca la diferencia entre el trabajo del psicoanálisis en el consultorio del analista, y el trabajo del psicoanalista y otros profesionales, en los lugares en los que pueda contribuir, en marcos diferentes, como podría ser el trabajo en un hospital o en un centro de salud mental, que, a diferencia de la psicoterapia focal y breve, no define previamente el plazo de duración de la terapia.

Este marco de referencia puesto en práctica con las debidas adecuaciones técnicas y organizativas, supone un aumento de la eficacia y la eficiencia de los dispositivos de Salud Mental y por tanto, un importante ahorro de horas de trabajo y evitación de la cronificación (Tizón, 1992).

En los últimos años, venimos siendo partícipes de una revolución cultural que impulsa los intereses relacionados con la optimización de los recursos (Chicharro y Uriarte, en Carmona y del Río 2009). De ahí que surja la necesidad de impulsar técnicas de tratamiento adecuadas a las personas con enfermedad mental que permitan, por una parte, del lado del paciente, reducir su malestar psíquico y por la parte del profesional, el tiempo dedicado a las terapias individuales con los pacientes que acuden a los servicios de salud mental.

Atendiendo a los últimos datos aportados por los Servicios de Atención Primaria tras el acuerdo en 2003 para la Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León, el número de profesionales especialistas en psicología, como puede observarse en el Cuadro 1 es el más reducido de los recursos humanos con los que cuenta el servicio.

La necesidad de elaborar planes de tratamiento que den una respuesta eficaz y rápida es un requisito imprescindible para el buen funcionamiento de los recursos asistenciales y de la economía sanitaria, entendida como aquella que se relaciona con la distribución de los recursos sanitarios.

Los Equipos de Salud Mental han tenido en el último año 240.309 consultas, lo que supone 973 consultas al día, con un aumento sostenido en los últimos años. El número de casos nuevos ha sido de 30.532, que se traduce en una media de 123 casos nuevos al día. Los diagnósticos más frecuentes en pacientes nuevos son los “trastornos del humor (afectivos), las “reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación” y “otros trastornos de ansiedad”.

Todos ellos abordables desde el modelo propuesto por la psicoterapia dinámica breve que ayudaría a agilizar el proceso terapéutico.

**CUADRO 1 Recursos humanos en atención primaria: Estructura de efectivos.
Castilla y León, 2003.**

	Nº profesionales	Ratio (Nº profesionales/100.000 habitantes)
Médicos de Familia	2347	94,25
Pediatras	218	8,75
Otros facultativos	91	3,65
ATS/DUE	2010	80,71
Auxiliares de enfermería	189	7,59
Otros sanitarios	315	12,65
Psicólogos	29	1,16
Trabajadores sociales	72	2,89
Otros no sanitarios	1340	53,81
Total	6611	265,47

Fuente: Dirección General de Recursos Humanos. Gerencia Regional de Salud. 2003

1.3.2 FUNDAMENTACIÓN SOCIAL

Echeberú y Corral (2001) señalan que la evaluación de la efectividad de la intervención psicoterapéutica es un tema de relevancia social, considerando necesario delimitar los componentes críticos de las intervenciones apoyadas en la evidencia, a fin de ajustar el desarrollo de la Psicología al progreso científico, y con ello responder a las características cada vez más complejas de la sociedad, ajustándose a las necesidades propias de la población.

En este sentido, el interés está creciendo y siendo cada vez más asumido en las políticas sociales y sanitarias desde la década de los ochenta, que como nos señalan Silva y Aragón (en Caballo, Salazar y Carroble, 2011), han ocasionado un cambio en los profesionales, derivando su mirada de los conceptos de la psiquiatría hacia el medio ambiente social y cultural que rodea al individuo en la determinación de los trastornos psicológicos. (p.114)

Así, considerando que la psicoterapia es un tratamiento que forma parte de las intervenciones de salud, tanto en el sistema público como privado, es importante contar con evidencia que ayude a maximizar las relaciones de costo-beneficio, tanto a nivel terapéutico como sanitario y social.

Medio siglo más tarde de las palabras que Fenichel (1954) nos decía de que la psicoterapia breve era *“hija de la amarga necesidad práctica”* seguimos encontrando una sociedad desbordada por la masificación en la demanda de tratamientos psicoterapéuticos, asumidos por el Sistema Público Sanitario, que por definición parte de tratamientos breves y comunitarios.

En una revisión publicada por Bados, García y Fusté (2002) encontramos estudios que avalan la utilidad de la psicoterapia en la reducción

de gastos sanitarios y servicios médicos en general (Mumford, Schlesinger, Glass, Patrick y Cuerdon (1984). De la misma manera, los beneficios repercuten en los costes médicos y laborales incluso con enfermedades mentales de mayor severidad (esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno de personalidad límite) Gabbard, Lazar, Hornberger y Spiegel (1997).

Ya desde la OMS (Brandariz, 2010) se están proponiendo programas de intervención breve que intentan dar respuesta a las demandas sociales, como las que se viven en nuestra sociedad con las nuevas generaciones de adolescentes tendentes al acting, en las que intervenciones breves han demostrado, en algunos contextos, ser tan eficaces como los que ofrecen otras psicoterapias o los que se derivan de tratamientos más prolongados (Anderson y Lambert, 1995; Trujillo, 1985; Pérez y Fernández, 2001; Crits-Christoph, 1992).

Por tanto la psicoterapia breve se inserta como respuesta a la coyuntura actual, dominada por la influencia de una creciente demanda y dando respuesta al mercado de la rentabilidad y los resultados más inmediatos.

1.3.3 FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA

El psicoanálisis ha progresado en una evolución teórica permanente, siguiendo a menudo los vaivenes del contexto cultural y sus necesidades.

Desde su nacimiento, encontró dificultades para lograr una armonización de las múltiples propuestas que desde la medicina se daban a la explicación de los procesos psíquicos.

Las disidencias respecto de las teorías freudianas, aunque no podamos desestimar también el peso de otras cuestiones personales que pudieron precipitar la ruptura del movimiento psicoanalítico, tal y como sabemos por las revelaciones de sus biógrafos Jones, (1979) y Gay (1988) y Breger (2002), comienzan tempranamente.

Dentro del propio grupo formado por Freud que configuró la Sociedad Psicoanalítica de los Miércoles, entre los que se encontraba Adler, Stekel, Ferenczi, Rank y Jung entre otros, no se hicieron esperar las primeras controversias teóricas.

Así, la psicoterapia analítica evolucionó a lo largo de los años para incluir variaciones en cuanto a la técnica, marco de tratamiento, abordaje de la patología, la relación con el paciente, la duración de la terapia, etc., en la que se incluye la psicoterapia dinámica breve.

Según Bleichmar (2010) hay un desconocimiento de los avances que han tenido lugar en psicoterapia psicoanalítica y se la cuestiona desde la crítica a viejos modelos del psicoanálisis, tal y como nos señala en un artículo titulado: ¿son todas las psicoterapias psicoanalíticas iguales?

Todavía hoy cuando se habla de psicoterapia psicoanalítica sigue presente la idea de un tratamiento irremediablemente extenso, que ha servido a los detractores para desacreditar el modelo dinámico.

Sin embargo, eso no siempre fue así. Los primeros casos de Freud fueron eminentemente breves (como se expone a lo largo del siguiente capítulo) aunque consolidaron las bases de la técnica psicoanalítica.

Fenómenos como la transferencia, los recuerdos cada vez más remotos que surgían en el marco de la asociación libre, y la necesidad de examinar el origen de síntomas, que hundían sus raíces en los momentos más tempranos de la historia personal, formaron la pirámide escalonada que derivó en una progresiva extensión de los tratamientos.

La preocupación por el tiempo, las inquietudes de algunos analistas como Ferenczi (1921-1928), Rank (1924) o Stekel (1938), que venían realizando intentos por acelerar los procesos psíquicos con lo que Freud llamaba “interpretaciones salvajes” (1912) y el impacto de acontecimientos históricos como la Primera Guerra Mundial, fueron alertando al movimiento psicoanalítico de una serie de modificaciones acuciantes. La urgencia por atender las neurosis de guerra y la correspondiente falta de recursos económicos, precipitó los cambios.

En este contexto social y político prolifera la psicoterapia breve de grupo. Los pioneros en este enfoque fueron Simmel, Schilder y Slavson (1919/ 1927), que trabajaron fundamentalmente sobre las neurosis traumáticas de guerra (Duro y Escudero, 1985). Su finalidad era la abreacción (descarga emocional con liberación de afectos) dado que las neurosis por él tratadas eran las traumáticas de guerra.

A partir de entonces, el camino hacia la construcción de la psicoterapia breve fue largo y complejo, y tras un despliegue inicial brillante por parte de los principales precursores –Malan (1963), Sifenos (1972,1987), Davanloo (1978,1980)- que se encargaron de afianzar los cimientos, la evolución científica parece haberse detenido, tal y como señala Guerra (2010):

El proceso evolutivo sigue en pie aunque, probablemente ya no lo haga en la dirección del refinamiento de la técnica o la búsqueda de una mayor complejidad estratégica por parte del terapeuta. (p134).

Algunas de las aportaciones más actuales las encontramos en variantes psicodinámicas como la psicoterapia de apoyo, las propuestas de Bellak y Small (2006) o Strupp y Binder (1993), que se exponen con más detenimiento en el siguiente capítulo en referencia a las terapias individuales.

En la terapia de grupo breve también hubo desarrollos que han nacido de diversas situaciones; unas marcadas por la urgencia, esto es, la necesidad de tratar problemas muy concretos como la tuberculosis (Pratts) o la neurosis de guerra (Bion) y por otra, la aparente homogeneidad como nos señalan Caparrós y de la Hoz (1985).

La primera tarea del terapeuta de grupo breve fue la de fijar el límite temporal (Klein, 1998, citado en Kaplan y Sadock). La media general oscila entre 12 y 15 con una duración de 45-90 minutos y de frecuencia semanal. Esta limitación temporal va a favorecer determinadas actitudes frente a la tarea:

- Reduce al mínimo la regresión y las ideas infantiles sobre la eternidad de la vida.

- Promueve el sentimiento de la responsabilidad existencial.
- Rebaja la dependencia a la terapia y al terapeuta.
- Acelera la búsqueda del objetivo.

Otra de las tareas específicas del terapeuta es identificar en qué fase se encuentra el grupo. A este respecto Bion (1980) entiende la vida en grupo en dos niveles: Un nivel superior o “grupo de trabajo” que es racional y consciente, donde los individuos llevan a cabo la tarea asumida voluntariamente (proceso secundario) y un “supuesto base” que serían las vivencias emocionales que aglutinan al grupo y que no tiene nada que ver con la tarea, pero que interfieren muchas veces en el objetivo propuesto (sería un nivel inconsciente – proceso primario- o preconscious).

En cuanto a los aspectos técnicos, igual que en la psicoterapia individual, se debe hacer un contrato de trabajo: número de sesiones, honorarios, duración de las sesiones, frecuencia de los encuentros, confidencialidad del grupo, etc. Es fundamental que el terapeuta lleve el control de los límites internos (setting, duración, etc.) como de los límites externos (relación de los pacientes fuera del grupo, actings...). La postura del terapeuta debe ser activa-directiva y flexible.

Desde las instituciones también aparecen esos momentos de transición, que generan marcos y planteamientos tratando de responder a las demandas de las nuevas formas de vida. En el marco de una psicología humanista, la terapia sistémica amplía los conceptos de lo individual al contexto intersubjetivo, al espacio interpersonal. Como señala Millán (2010):

Necesitamos delimitar nuestro espacio personal dentro del espacio intersubjetivo; este espacio incluye tanto lo social como lo relacional y lo íntimo (Sanz, 1995), y estos ámbitos socio-psicológicos están estructurados dentro de unas instituciones. (p171)

En esta panorámica, el espacio familiar, y cualquier otro espacio humano, como las instituciones funciona como mediador de la realidad. Y lo hace a través de una experiencia singular, en la que se insertan reglas, normas, roles, desprendiéndose todo un abanico de identificaciones. La institución termina formando parte del mundo interior de los individuos, y estos a su vez construyen el esquema institucional. El grupo y el individuo están conectados en un contagio mutuo entre lo externo y lo interno.

Por ello la clínica irá dirigida tanto al insight como al oversight, esto es, al conocimiento de uno mismo y al del propio contexto.

En este sentido, rescatamos el aporte sistémico en psicoterapias breves que nos presenta Millán (Ibid), que trabaja integrando el mundo interior y marcando la diferenciación del mundo exterior en lo que llama: la *“cuarta posición”*, y una vez se asegure su buen funcionamiento se entra en la *“parte oscura”* del mundo interno, esto es, en los traumas, la elaboración del falso-yo, entrando en la parte inconsciente.

1.3.4 FUNDAMENTACIÓN PREVENTIVA

Tal y como se recoge en la Guía para la Elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria (1985), el ser humano vive en un proceso de evolución condicionado por su realidad física (herencia y constitución) por su expresión psicológica y su interacción con el medio (ecología).

De tal modo que aun en el caso de que no se viera sometido a ningún tipo de interacción ambiental nociva, se producen en él toda una serie de cambios. Por esta razón, a lo largo de los periodos evolutivos de la vida, se producirán una serie de requerimientos distintos a los que tiene que adaptarse.

Conviene señalar que a nivel tanto físico como psíquico, se producen reacciones en las que, de una forma determinante, influyen todos los acontecimientos de la vida cotidiana, pudiendo relacionarse estos acontecimientos con el estado de salud o enfermedad de la persona. Con frecuencia en la práctica médica se elude la valoración de indicadores de estrés dentro de la evolución vital, que afectan a la capacidad adaptativa del individuo.

En los últimos años se han ido acumulando conocimientos que evidencian la influencia de la importancia de los factores psicológicos en la aparición de enfermedades físicas (cefalea tensional, hipertensión, úlcera péptica, hipertensión esencial, asma bronquial, tirotoxicosis, infarto de miocardio, etc.).

Es importante la intervención temprana respaldada por unos programas de atención que identifiquen adecuadamente las líneas de actuación a nivel de prevención.

El campo que abarca el concepto de salud mental es también la prevención, con todas las labores que ello implica, como actuaciones psicosociales, detección precoz, atención a edades de riesgo, rehabilitación, etc.

Desde el ámbito de la rehabilitación psicosocial, las investigaciones sobre eficacia de las intervenciones hacen un escrutinio de las técnicas o programas de intervención que son útiles para alcanzar unos determinados objetivos de rehabilitación.

Así, en las últimas décadas, ha proliferado un sustancial cuerpo de conocimiento empírico en el que se destacan las aportaciones de la psicología comportamental (Nathan y Gorman, 1998; Roth y Fonagy, 1996; Wilson y Gil, 1996).

Aunque el acuerdo de estas aportaciones en el tratamiento de la enfermedad mental grave es indudable, no excluye la valoración de los aportes que desde la tradición psicoanalítica se vienen dando.

Perdigón (2011) hace una revisión de estos aportes en tres planos:

1) En las revisiones bibliográficas, entre los diez factores con mayor impacto en la evolución favorable del proceso rehabilitador y de recuperación, se encuentra precisamente la necesidad de establecer una alianza colaboradora con el paciente-usuario (Lieberman et al 2004). Alianza que necesariamente pasará por el acuerdo en las actividades específicas, abiertas o encubiertas a las que el usuario se ha de comprometer, por el acuerdo en los objetivos o metas a alcanzar y resultados que se esperan y finalmente por la creación de un vínculo o cualidad afectiva de la relación que matiza y permite las otras dos anteriores (Bordin 1979).

2) Respecto a la efectividad del entrenamiento en habilidades sociales por ejemplo, intervención por otro lado ampliamente consensuada y validada en todas las revisiones sistemáticas, parece que los mejores resultados se obtienen mediante intervenciones en torno a un tema relevante para la propia persona, de forma individualizada y con objetivos claros y que los abordajes basados en la “asertividad ” general no parecen válidos. (Smith 1996).

3) En relación a los factores de prevención o riesgo respecto de la necesaria adherencia y cumplimiento del usuario, se encuentra que son factores de especial relevancia: las peculiaridades de la persona, las experiencias negativas previas con otros recursos y la expresión de dudas sobre la derivación al recurso entre otros. (p.11)

En cuanto a las enfermedades mentales más graves, como la esquizofrenia, los estudios demuestran la influencia de la carga genética, y por tanto la necesidad de uso de psicofármacos para su tratamiento (Tandon, Nasrallah y Keshavan, 2009).

Sin embargo otra extensa línea de investigación como la que encontramos en los trabajos de Brown, Birley y Wing (1972) y de Vaughn y Leff en las décadas de 1970 y 1980 (Leff, 1987) amplían el marco a una intervención terapéutica.

Rescatamos aquí las palabras de Burguillo (2010) respecto a la utilidad del psicoanálisis en el contexto hospitalario y en referencia a los pacientes psicóticos:

No quisiera aquí hablar de curación y reabrir el complejo debate psicoanalítico sobre esta posibilidad. Me conformo con admitir la posibilidad de que el paciente diagnosticado de un trastorno mental grave pueda hacer algo más que cronificarse (...) y que la "mejoría" bien entendida va más allá del control de los síntomas. (p. 10).

Desde esta perspectiva, mejorar la capacidad individual del paciente para hacer frente a las dificultades y exigencias ambientales resulta crucial para la prevención de futuras recaídas. Hernández (1998) destaca la aportación de los enfoques psicoterapéuticos surgidos desde la psicoterapia de orientación dinámica, en su influencia sobre factores psicológicos de vulnerabilidad (la consistencia del "self", las funciones de "insight" y empatía, la modificación de las estrategias defensivas, etc.).

Otros aportes de la investigación enfatizan el papel de las teorías psicoanalíticas en la comprensión de las dinámicas interpersonales inherentes a la intervención de la comunidad (Liang, Tummala-Narra, and West, 2011), esto es, analizando cuáles son los principios que afectan a grupos enteros o comunidades desde los procesos conscientes o inconscientes y que nos motivan a participar en un trabajo, o a establecer unas determinadas relaciones.

CAPÍTULO II.

***MARCO HISTÓRICO DE LA PSICOTERAPIA
PSICOANALITICA BREVE***

CAPÍTULO II. MARCO HISTÓRICO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALITICA BREVE

2.1 PSICOANÁLISIS FREUDIANO

2.2. POSICIONES POSTFREUDIANAS DE AUTORES Y CORRIENTES PSICOANALÍTICAS A PROPÓSITO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA BREVE

2.3 PSICOTERAPIA BREVE, LO QUE NO ES

2. 1. PSICOANÁLISIS FREUDIANO

2.1.1 – ESTUDIO EXEGÉTICO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA BREVE. PRIMERAS POSICIONES FREUDIANAS

En 1895, el maestro vienés publica conjuntamente con Joseph Breuer los *Estudios sobre la Histeria*, “escrito que dignifica no sólo la etiología psíquica de la histeria sino también su abordaje terapéutico” (de Santiago, 2007).

La hipótesis de la que parten, Breuer y Freud (1893), aunque más este último, es que en el surgimiento de la sintomatología histérica se da una causa externa que focalizada en experiencias infantiles es potencialmente traumática. Nos dice al respecto:

Con frecuencia, la causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves que el paciente presenta, está en sucesos de la infancia (...) Cualquier afecto que provoque los afectos penosos de miedo, angustia, vergüenza o dolor psíquico puede actuar como tal trauma (O.C.I, 41-42).

En esta concepción del conflicto psíquico es donde podemos enmarcar la “*prehistoria*” de la psicoterapia breve, y más específicamente en la segunda parte del escrito donde presenta el Caso Catalina.

Para seguir con rigor histórico los avatares de la psicoterapia breve, debemos pues delimitar como fechas claves las siguientes:

- 1.- Sigmund Freud 1893 (Caso Catalina): una tarde
- 2.- Sigmund Freud 1906 (Bruno Walter): seis sesiones
- 3.- Sigmund Freud 1910 (Gustav Mahler): cuatro horas
- 4.- Sigmund Freud 1914 [1918] *Historia de una neurosis infantil. El hombre de los lobos*. La limitación puntual de la terminación de análisis.

Comenzamos por el caso Catalina, afectada de neurosis de angustia con vómitos histéricos y de cuya sesión con Freud se pueden entresacar los rasgos característicos y las indicaciones para una psicoterapia breve (Itzigsohn y Dasberg, 1985) como se detalla a continuación:

a.- Catalina era una mujer *fuertemente motivada*. Acude en directo a Freud al enterarse de que era médico, por lo que no hay intermediarios ni instigadores externos al tratamiento, como fue por ejemplo en el caso Dora. Catalina tenía antecedentes terapéuticos con farmacología, acepta la escasa incidencia curativa de los mismos pero no cesa en su intento de curación.

b.- *Evaluación sintomática*. Freud la somete inicialmente a una breve entrevista psicodiagnóstica de carácter sintomático de la cual deduce que padece “ataque de angustia con signos de aura histérica”, como se expone en el siguiente fragmento:

Terapeuta: “Dígame usted ¿qué es lo que le pasa?”

Paciente: dificultades respiratorias, ahogos.

Terapeuta: Cuénteme que es lo que le pasa cuando le dan esos ahogos.

Paciente: me zumba la cabeza, mareos, presión torácica, despersonalización...

Terapeuta: Y en la cabeza ¿nota usted algo más de lo que me ha dicho?

Paciente: latidos como si fuera a explotar.

Terapeuta: ¿Y no siente usted miedo al mismo tiempo?

Paciente: creo siempre que voy a morir (O.C.I. 101-102).

c.- *Foco*. Catalina comenta que cuando le dan ataques “veo siempre una cara horrorosa que la mira con ojos terribles. Esto es lo que más miedo me da” y comenta Freud al respecto “Este detalle ofrecía quizá el camino para llegar rápidamente al nódulo de la cuestión” (O.C.I. p. 102). Freud se da cuenta de la existencia de un conflicto subyacente importante y evita temas que no son relevantes para lo que podríamos llamar *el foco*.

d.- *Empatía*. “...pensé que quizá fuera posible llevar a cabo el análisis en un diálogo corriente” (O.C.I.p.102). El terapeuta se muestra activo y empático a la hora de brindar su apoyo.

e.- *Interpretación de prueba*. “Puesto que usted no lo sabe, voy a decirle de donde creo yo que provienen sus ataques” (O.C.I. p. 102). Le interpreta que algo que vio u oyó hubiera preferido no verlo u oírlo. La paciente acepta la interpretación, mostrando por lo tanto una buena disposición para el cambio y sigue el camino de asociar lo disociado.

f.- A mitad de la sesión Freud *experimenta el cambio*. “Durante el relato ha ido experimentado una nueva transformación. En su rostro antes entristecido y

doliente, se pinta ahora una expresión llena de vida” (O.C.I, p.105). Se percibe al mismo tiempo la capacidad de la paciente para desarrollar relaciones significativas con su terapeuta. En psicoterapia breve, en muchas ocasiones el terapeuta no tiene tiempo para de una forma palpable observar los cambios, puede ocurrir que la terapia concluya y los frutos se den a posteriori. Debido a esto, el terapeuta debe estar muy atento a las señales que impliquen el éxito o el fracaso de sus esfuerzos (Levenson, 1997).

g.- *Fuerza yoica, ausencia de fuertes resistencias y colaboración.* “De todos modos he de agradecer a la sujeto la facilidad con que se dejó interrogar sobre cosas tan escabrosas, conducta opuesta a la observada por las honestas damas de consulta ciudadana...” (O.C. p106).

h.- *Seguimiento.* “Aunque nada he vuelto a saber de Catalina, espero que la conversación conmigo, en la que desahogó su espíritu, tan tempranamente herido en su sensibilidad sexual, hubo de hacerle algún bien” (O.C.I. p. 106).

Si bien, debemos ser prudentes y tener en cuenta la anotación de Gay (1988) que denomina el espíritu de Freud en esa época de “confianza arrogante y desmesurada en sus poderes curativos”

Por otro lado, Catalina acepta por válidas todas las interpretaciones de Freud, pero fijando las limitaciones de tal consulta, debido a que el entorno no permitía la descarga del afecto y la vivencia. Al mismo tiempo reconoce que para ello hubiera precisado de la hipnosis.

No obstante para cualquier persona interesada en las psicoterapias breves el primer manual de referencia debe de ser en su totalidad los *Estudios*

sobre la histeria de Freud y Breuer, pues en esos primigenios tratamientos la duración de los mismos no suponía en absoluto uno de los escollos a tener en cuenta. Baste tomar como ejemplo que el caso Anna O duró año y medio, el caso Emmy un año, Lucy nueve semanas, Catalina una tarde y Elisabeth un año.

Otros casos breves en Freud serían el de Bruno Walter (1906) descrito por Ernest Jones en 1957, que acudió a Freud por una parálisis en un brazo y con el que sólo tuvo seis sesiones al parecer con éxito; o el compositor Gustav Mahler (1910) aquejado de una neurosis obsesiva e impotencia sexual al que trató durante cuatro horas paseando por la ciudad de Leyden y que el mismo paciente publica en 1946.

2.1.2. – EVOLUCIÓN COYUNTURAL, 1918: LOS CAMINOS DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

2.1.2.1 SIGMUND FREUD 1914 [1918] HISTORIA DE UNA NEUROSIS INFANTIL. EL HOMBRE DE LOS LOBOS.

En Febrero de 1910, con 23 años un joven aristócrata ruso comienza su análisis con Freud. Realmente sobre el tratamiento del adulto, Sergeï, con Freud apenas se sabe nada. Freud lo deja muy claro en su historial, sólo se va a referir a la neurosis infantil y así lo hace.

Sabemos que la transferencia imaginaria en cuanto a la figura parental no fue debidamente analizada o resuelta; y también sabemos que dicha transferencia se comenzó a contaminar una vez terminado el tratamiento. Durante el mismo, no obstante Freud mantiene momentos que han pasado a la

historia de la psicoterapia como hitos o cartas fundacionales de las terapias breves. Por ejemplo, ante los largos periodos improductivos por parte del paciente, Freud le limita el final del análisis, lo que le sirvió de resorte al paciente para todo tipo de fantasías regresivas: “Decidí no sin calcular ante la oportunidad que el tratamiento había de terminar dentro de un plazo determinado, cualquiera que fuese la fase a la que hubiese llegado” (O.C.II, p. 1943).

El polémico sueño de los lobos emerge en este periodo de “chantaje” terapéutico. A la par sabemos que en determinado momento de su tratamiento consideró no oportuno que se casara con su amada Teresa. Ambas cuestiones son las que más tarde estarán presentes en todos los tratamientos en psicoterapias de corta duración y orientación psicoanalíticas: el límite de tiempo y las técnicas activas.

2.1.2.2 SIGMUND FREUD-SANDOR FERERENZI 1918. CONGRESO DE BUDAPEST. SOBRE LA NECESIDAD DE AMPLIAR EL PSICOANÁLISIS A TODA LA SOCIEDAD.

Septiembre de 1918 es otra fecha clave dentro de la historia del psicoanálisis y las técnicas activas. Iniciada la posguerra se realiza el V Congreso Psicoanalítico Internacional en Budapest (Hungría), bajo la presidencia de E. Jones. Como apunta Gay (1988) a dicho evento acuden por primera vez representantes de algunos gobiernos (Austria, Alemania y Hungría) debido principalmente a la acuciante necesidad de tratar las neurosis de guerra:

Las ideas de Freud que en tiempos de paz los psiquiatras se habían resistido tanto a tomar en serio recogían en aquel entonces el prestigioso

apoyo de médicos asignados a hospitales militares y enfrentados con soldados que padecían neurosis de guerra. Para algunos la gran guerra fue un enorme laboratorio que permitió poner a prueba las proposiciones psicoanalíticas (p 423).

Como se refleja en las palabras del gran biógrafo de Freud, en dicho Congreso se evidenciaba una necesidad social de psicoterapia en la naciente Europa.

El Congreso se celebró en el hall de la Academia de Ciencias de Hungría, del 28 al 29 de septiembre. En este acto, Freud abre las ponencias leyendo la suya, cuestión nada habitual en él. Y comienza su trabajo *Los caminos de la psicoterapia psicoanalítica* de la siguiente manera:

Nunca hemos pretendido haber alcanzado la cima de nuestro saber ni de nuestro poder, y ahora como antes, estamos dispuestos a reconocer las imperfecciones de nuestro conocimiento, añadir a él nuevos elementos e introducir en nuestros métodos todas aquellas modificaciones que puedan significar un progreso (O.C.III, 2457).

Por un lado, Freud hace gala de su coherencia científica al reconocer las limitaciones de la nueva ciencia psicoanalítica y por otro su grado de apertura flexible² en cuanto a la psicoterapia enfocada como “cura tipo”. Al mismo tiempo continúa, siempre muy atento a los temas de actualidad y a la repercusión social del congreso que se estaba realizando, por las clases sociales más desprotegidas para las cuales el psicoanálisis clásico estaba punto menos que vetado. Y nos dice al respecto: (...) nada nos es posible

² Flexibilidad que como se verá en 1937, en *Análisis terminable e interminable* era más política que real.

hacer aun por las clases populares, que tan duramente sufren bajo las neurosis”

Pero ante el reconocimiento de las limitaciones de determinadas clases sociales no deja a estas sin respuesta y alienta a los psicoanalistas allí presentes a flexibilizar la técnica:

Los pobres tienen tanto derecho al auxilio del psicoterapeuta como al del cirujano, y que las neurosis amenazan tan grandemente la salud del pueblo como la tuberculosis, no pudiendo ser tampoco abandonada su terapia a la iniciativa individual. (O.C.III, pp. 2461-2462).

Llegando a plantearle a las Instituciones Sanitarias la labor de practicar el psicoanálisis de forma gratuita. Y es cuando históricamente Freud pronuncia su frase: “*habremos quizá de mezclar el oro puro del análisis al cobre de la sugestión directa*” (Ibid). Si bien cabe decir que un psicoanálisis “cura tipo” tiene unos objetivos más allá de los psicoterapéuticos, una psicoterapia es un proceso no menos. Y en todo caso cualquier profesional debe ser consciente de que la responsabilidad ética de una psicoterapia es una labor extremadamente rigurosa, sea del modelo que sea y de la temporalidad que conlleve. Al mismo tiempo ya adelantamos que el buen psicoterapeuta en dinámica breve generalmente es un avanzado psicoterapeuta psicoanalítico.

2.1.3. – ÚLTIMAS POSICIONES, 1937

2.1.3.1 SIGMUND FREUD 1937 *ANÁLISIS TERMINABLE E INTERMINABLE*.

En este legado testamentario, Freud, que durante la mayor parte de su vida parecía que defendía las psicoterapias breves y que impulsaba la creación de las mismas, da un giro copernicano y comienza por dejar claro el abandono de toda omnipotencia terapéutica. En 1937 no deja lugar a dudas: no es partidario de las terapias breves, no tanto por cuestiones teórico-emocionales, sino por convencimiento firmemente investigador y profesional. Y no es afín a las mismas técnicas, ya desde el comienzo de su escrito donde nos dice con toda claridad que la duración de un análisis nada tiene que ver con su terminación. Es decir, se puede finalizar un análisis, cuando analista y paciente dejan de reunirse (Freud, 1937), pero eso no quiere decir en absoluto que el análisis del sujeto haya llegado a su fin.

En este apartado no nos interesa tanto ahondar en el escrito freudiano sino saber sin más cuál fue su postura. Y ello porque así entendemos que este texto marcó cierto nihilismo terapéutico por lo que algunos psicoanalistas buscaron con mayor o menor acierto una alternativa al psicoanálisis de larga duración como fueron las aportaciones de Stekel (1938) Alexander y French (1946) y Balint (1955) algunos de ellos más recordados como psicoterapeutas que como psicoanalistas de primera y segunda generación.

2.2. POSICIONES POSTFREUDIANAS DE AUTORES Y CORRIENTES PSICOANALÍTICAS A PROPÓSITO DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA BREVE

2.2.1. – EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Los primeros posicionamientos que se hicieron siguiendo los postulados analíticos, pero con variantes en la línea de una psicoterapia breve fueron los de Ferenczi (1921,1928), Rank (1924) y Stekel (1938).

Atrás quedan por tanto las aportaciones de Freud, que aunque en un principio tuviera una postura más conciliadora, un año antes de su muerte manifiesta su más clara oposición a una terapia de corta duración.

Ferenczi da el primer paso en el interés por crear uno de los más revolucionarios cambios por entonces: la introducción de la nueva técnica activa³.

La actividad del terapeuta se entiende como la forma de facilitar el análisis a través de órdenes o prohibiciones que pueden ir tanto en la dirección de elaborar pensamientos como de disuadir los mismos, pudiendo prescindir de la fase de las órdenes allí donde el paciente se presente activo en un principio.

Su técnica no estuvo exenta de duras críticas que ya recibió en 1920 en el Congreso de la Haya y que él mismo no tardó en reconocer al escribir

³ La actividad del terapeuta ya estuvo presente en Freud en la época del método catártico que define como periodo de intensa actividad, aunque posteriormente la cambió para pasar a la neutralidad psicoanalítica.

“Contraindicaciones de la técnica activa” donde señala cómo las tensiones que provoca durante la sesión favorecen la resistencia y pueden destruir la herramienta de trabajo más valiosa del terapeuta: la transferencia.

Con el paso del tiempo irá haciendo cambios en su postura inicial. Renuncia a ciertas intervenciones tales como las prohibiciones, por el riesgo de caer en un sadismo del terapeuta y la limitación temporal del tratamiento que termina pareciéndole inapropiada por la dificultad de prever el transcurso de la terapia.

Los planteamientos de Rank (1924) fueron por la línea del cambio que experimenta el bebé en su paso de la vida intrauterina a la vida extrauterina y el trauma del nacimiento. Hipotetiza que la angustia al nacer es de tal intensidad que marca de por vida. Termina concluyendo que muchos análisis no llegan a buen fin precisamente por no haber analizado adecuadamente ese trauma del nacimiento y propone que la psicoterapia debe planificarse como si fuera un parto: durará nueve meses y supondrá un parto elaborativo del que surgirá el nacimiento de un nuevo ser.

Sus aportes a la psicoterapia breve tienen que ver con la delimitación temporal y la planificación mediante fases de lo que debía ser una psicoterapia.

Stekel (1938) por su parte, plantea una psicoterapia que puede acortarse a tres meses. Además de este reto, propone una serie de revolucionarias técnicas específicas de psicoterapia breve:

a.- *Posibilidad de combinar diván con cara a cara*

b.- *Flexibilización de las reglas y factores terapéuticos*: no insistir en la libre asociación y mayor permisividad de acting out. En cuanto a los factores, las regresiones serán menos profundas, la transferencia perderá calidad, las interpretaciones por tanto no serán psicogenéticas y las elaboraciones puntuales, del estilo insight se acotarán.

c.- *Posibilidad de provocar schock analíticos*: Con el fin de movilizar y/o activar el análisis. Para ello utilizará principalmente seis tácticas:

1) Amenaza de interrupción cuando el análisis, debido a las resistencias, quede estancado. Se trata de provocar un reto en el analizado.

2) Modular los tonos pudiendo intervenir sobre el paciente de forma irónica, autoritaria, afectiva, cortés, con admiración, etc.

3) Potenciar las fantasías: buscando que el paciente profundice en la misma sin control externo.

4) Diario escrito de sueños: que puede incluso llevar a las sesiones para compartir con el terapeuta.

5) Detección de complejos: en este sentido se acerca a la psicología de los complejos de Jung (1934). Si el analista detecta algún complejo en el paciente del cual no es consciente, se le debe de animar de forma directa a que lea un libro, visiones una película determinada, acuda a una conferencia, etc. Nos dice Stekel en este sentido:

Un método que puede también dar buenos resultados consiste en nombrar – incluso leer – un determinado título de novela, pieza de teatro, film, etc. delante del paciente cuando se sospecha que alguno de ellos podría desencadenar la clásica excitación de complejos (p. 243).

6) Método peripatético: toma el nombre del método peripatético como una forma de psicoterapia que podía realizarse “discutiendo por la galería”. Plantea que la sesión puede darse ya no solo sin diván, sino también sin despacho.

Siguiendo con el recorrido de autores influyentes, tenemos a Alexander y French (1946) que retoman las ideas de Ferenczi y Rank pero de forma más sistematizada.

El esfuerzo de Ferenczi y de Rank consistía en cómo abreviar el análisis sin salirse de la técnica clásica. En el escrito conjunto que hicieron: *Perspectivas del psicoanálisis* (1924, pp. 261-279), mantienen que el analista debe salir del “modelo de proceso a través de la “construcción” (o reconstrucción) interpretativa” (Romero, 1994).

Ambos mantienen que la búsqueda de contenidos a través de la interpretación es una de las cuestiones que alarga el tratamiento y restan importancia a la técnica de la interpretación de contenido o interpretación psicogenética sobre la cual el paciente reconstruye su historia de una forma lineal no disociada y reparadora de su existencia abogando por un modelo más basado en la neurosis transferencial. En este segundo modelo lo más importante es la reactivación de las vivencias con el analista, lo intersubjetivo *versus* lo cognitivo.

Del otro lado, Alexander y French (1946) insisten en la importancia de las intervenciones del terapeuta una vez establecida la transferencia y colocan como eje fundamental de la cura en el proceso terapéutico la “*experiencia emocional correctora*”. Inciden en que los poderes curativos de dicha experiencia consisten en:

El hecho de que el paciente puede expresar su agresividad hacia el terapeuta sin ser castigado, puede afirmar su propia personalidad sin ser censurado. Esta experiencia emocional es necesaria antes de que el paciente conquiste la percepción emocional de que ya no es un niño frente a un padre omnipotente. Llamamos “experiencia emocional correctora” a este tipo de experiencia emocional, tal como se presenta durante el tratamiento y la consideramos como el factor más importante en todos los tipos de terapia en profundidad (p. 40)⁴.

El simple hecho de que las respuestas que da el analista al paciente difieren claramente a la de los padres, hace que las defensas preconstituidas para la adaptación sintomática del paciente se replanten en ese nuevo contexto, con una vivencia distinta.

No se quedaron en esta cuestión sino que propusieron al mismo tiempo otras variaciones técnicas frente al psicoanálisis clásico que ya los hace incluirse dentro de los pioneros de las psicoterapias dinámicas breves.

⁴ A pesar de la influencia que tuvieron las ideas de Alexander y French dentro de la técnica psicoanalítica, con la indicación de la experiencia emocional correctora, hubo a la par psicoanalistas muy críticos con estas nuevas aportaciones. Las principales diatribas se centraban en considerar que se estaba haciendo uso de la sugestión y no de la autenticidad de un análisis, debido a que el analista caía en la trampa de jugar un presunto papel, luego entraba en el terreno de la seducción y de la manipulación del paciente, y de que se presumía de antemano que el analista podía inferir correctamente el tipo de rol que había de desempeñar (Safran y Muran, 2005)

Otra de las cuestiones que plantearon ambos psicoanalistas era el de la “flexibilidad”. Por ejemplo, consideraban “innecesarios e injustificados, en algunos casos, la insistencia en sesiones diarias” (Ibid. p. 37). Argumentaban que las mismas sesiones podían servir de obstáculo a que el paciente pudiera tener experiencias o transferencias colaterales al tratamiento. Con ello además, buscaban reducir el grado de dependencia emocional del paciente con su analista.

En 1958, French intenta sistematizar ese modelo terapéutico e introduce los términos de “*conflicto nuclear versus conflicto focal*”. El conflicto nuclear sería el auténtico conflicto psicoanalítico, que surge en los primeros años del desarrollo temprano, en torno a momentos significativos en la vida de la persona, mientras que el conflicto focal sería aquel conflicto preconscious o consciente, derivado de los conflictos nucleares pero que responde con defensas más elaboradas por el sujeto.

Son muchos los teóricos que han contribuido en las aportaciones a la psicoterapia breve, pero el verdadero afianzamiento de los principales modelos han venido de la mano de Malan (1963), Sifneos (1972, 1987), Mann (1973) y Davanloo (1978,1980), que se preocuparon por sistematizar todos los aspectos que conciernen a la creación de una orientación de trabajo en psicoterapia psicoanalítica breve.

Malan por su parte, estuvo muy influenciado por Balint, con el que trabajó en el grupo de investigación de la prestigiosa Tavistock Clinic, entre los que se encontraban otros psicoanalistas como Enid Balint, John Bareham, Joseph Jacobs, Tom Main, Agnes Main, Malcom Pines, Julios Rowley y Eric

Rayner. De este punto de encuentro surge la idea y la metodología de lo que posteriormente se denominaría como *terapia focal* que modifica la técnica tradicional del análisis salvaguardando los resultados y la estabilidad de un proceso analítico clásico.

A mediados de los 50, y desde la Clínica Psiquiátrica General de Massachussets, Sifneos desarrolla su modelo de psicoterapia dinámica breve. Su método, en principio sin fijación previa de límite temporal, oscila en número de sesiones cuyo término medio es de 15.

Por otra parte, siguiendo a Poch i Bullich y Maestre (1994):

La influencia teórica del modelo de James Mann de psicoterapia dinámica breve de la Universidad de Boston, la tenemos en primer lugar en el pensamiento humanista y existencialista unido principalmente a las aportaciones de Bowlby 1979 (p. 479).

Un aspecto importante y distintivo del modelo Mann es el énfasis en que la terapia dispone de un tiempo limitado. En lo que Malan o incluso Sifneos dan a entender que la terapia puede y debe ser breve, Mann explícitamente y desde un comienzo afirma el tiempo sobre el que se va a trabajar durante la psicoterapia. Doce sesiones, horas terapéuticas cuyo objetivo será la individuación del paciente y la potencialidad de su autonomía.

Desde un punto de vista teórico, tal y como señalan Garske y Molteni (1988):

Se van a apoyar en el proceso de separación-individuación. Y en esta línea el encuentro con el terapeuta va a ser de naturaleza pasajera, lo

que intensifica los conflictos que rodean a las separaciones vividas previamente con otras figuras significativas (p. 105).

Puesto que Mann parte del supuesto de la universalidad del conflicto separación-individuación y de que el paciente debe reconocer la necesidad de aceptar su experiencia y de explotar sus sentimientos como la forma de aliviar síntomas (Poch i Bullich y Maestre, 1994), la cuestión técnica debe ir enfocada a limitar el tiempo de la separación discutiendo un aspecto focal derivado del conflicto central.

Define el aspecto focal como algo más que la simple formulación psicodinámica por parte del terapeuta, esto es, como la formulación que hace el terapeuta del *“sufrimiento presente y crónicamente perdurable del paciente”* (Mann y Coleman, 1982 p. 29).

El hecho de limitar el tiempo al paciente se resuelve terapéutico por varios motivos de los que podemos entresacar:

- a.- El final de la terapia es inminente desde su comienzo.
- b.- La limitación del tiempo genera en el paciente una cierta dosis de optimismo y expectativas favorables hacia la tarea. De alguna forma lo saca de la incertidumbre de cuánto ha de pasar para ser entendido su problema y causa de su sufrimiento.
- c.- Limitar el tiempo otorga de forma implícita autonomía para hacer frente al conflicto.

En lo referente a la selección de pacientes Mann es mucho menos estricto que Sifneos. Otorga poca importancia al factor de la motivación para el cambio por parte del paciente, partiendo de que la prueba más evidente de que quiere cambiar y que está motivado es la de que el paciente haya acudido a la consulta.

Otra diferencia es la importancia que le concede a la historia evolutiva. Mann opina que para una psicoterapia breve no es necesaria la exhaustividad - aspecto más cuidado por Sifneos- y *“amplía la psicoterapia breve a pacientes agudos, que necesiten ayuda inmediata y cuyo objetivo sea la desaparición o relegación de síntomas”* (Sánchez, 1991).

Por último, el grupo de Monteral, en el que se destaca la figura de Habib Davanloo, que *“propone un rol de terapeuta muy activo, que trata de descubrir los temas que molestan al paciente y lo hacen resistente”* (Garske y Molteni, 1988).

La investigación de estos aspectos despierta las defensas que actúan de inmediato y la forma en cómo actúan proporcionan el reflejo de cómo se oculta el paciente con sus pautas habituales sintomáticas o disfuncionales.

La interpretación del terapeuta refuerza la alianza permitiendo al paciente depositar en el terapeuta cualquier cosa. La transferencia se vehiculiza y se vincula con el terapeuta, y éste, a través de la interpretación lo relaciona con la vida actual y pasada del paciente. El terapeuta trabaja con las dos transferencias: la positiva y la negativa, buscando una ira terapéutica.

En lo referente a los finales, Davanloo no marca una fecha de finalización al comienzo del tratamiento y aunque el número de sesiones sea más o menos limitado, el tratamiento se puede alargar siempre que lo considere necesario.

2.2.2.- TIPOS DE PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA BREVE

A. GRUPO TAVISTOCK: APORTACIONES DE BALINT Y MALAN

En 1955, Orstein y Balint comienzan los primeros trabajos que denominan “*psicoterapia breve o psicoterapia con objetivos limitados*” con dos tipos de profesionales y grupos de pacientes: trabajadores sociales y médicos clínicos para el análisis de problemas maritales y problemas psicológicos respectivamente.

El primer grupo de investigación se creó con el personal que trabajaba en la clínica Tavistock junto con los citados autores durante un año, tras el cual, el grupo se disolvió.

Meses más tarde, el grupo se recompuso con algunos de los profesionales que participaron en el primer intento – entre los que se destaca la figura de David Malan- y otros ajenos que pertenecían al hospital Cassel, conformando un grupo homogéneo con formación analítica que continuaron desarrollando las actividades que después se convertirían en la terapia focal.

El grupo se reunía con una periodicidad semanal para esclarecer las hipótesis de las que partían, aportar críticas que ayudaran a mejorar la técnica, elaborar test, emitir informes psicológicos y psiquiátricos y establecer

formularios comunes a partir de los que trabajar en conjunto bajo los mismos supuestos y así poder analizar y comparar los resultados que cada uno aportaba. Del esfuerzo común del grupo de profesionales estructuran el siguiente cuadro-guía:

A.- Derivación
B.- 1.- Aspecto y actitudes del paciente 2.- Quejas 3.- Motivo aparente del paciente para hacer a consulta
C.- Antecedentes
D.- 1.- Concepción que el paciente tiene de sí mismo 2.- Concepción que el paciente tiene de otras personas
E.- Relación médico-paciente 1.- Manera como el médico trató al paciente 2.- Manera como el paciente trató al médico
F.- Rasgos Salientes de la entrevista (o a veces, “momentos importantes de la entrevista”)
G.- 1.- Maneras en que el trastorno se manifiesta en la vida del paciente 2.- Interpretación de lo anterior en función dinámica 3.- (a) Conveniencia para la terapia focal: razones (b) Contraindicaciones para la terapia focal 4.- Objetivos inmediatos

Cuadro 2. Balint, M; Ornstein y Balint, E. (1996). *Psicoterapia focal. Terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock* Gedisa, Barcelona p. 27

Desde la Tavistock se pretendía al mismo tiempo registrar el proceso terapéutico y su incidencia en el devenir de la sintomatología del paciente.

Su técnica no estuvo exenta de errores que tras la muerte de Balint, Malan logra perfilar y termina por considerársele el autor que mejor ha precisado la naturaleza de la psicoterapia dinámica breve (Sánchez-Barranco, 1991). Como apuntan Garke y Molteni (1988) *“es loable el afán investigador de Malan, que lo coloca en el enfoque más sistematizado de las psicoterapias dinámicas breves clásicas”*.(p.123)

Trabajó varios años bajo la supervisión de Balint en la clínica Tavistock y entre ambos se fragua un mutuo reconocimiento científico-técnico. Entre los aspectos más elaborados por Malan (1963) podemos resaltar la exclusión o inclusión de pacientes, pero sobre todo el modo de comprender la dinámica de las relaciones a través de las hipótesis triangulares.

B. PSICOTERAPIA CON PROVOCACIÓN DE ANGUSTIA: SIFNEOS

Una de las peculiaridades de la STAPP (Psicoterapia con provocación de angustia) es que la fase evaluadora es llevada por personas diferentes de las que van a intervenir en el tratamiento. Ya en esta fase se establece el contrato terapéutico como un contrato efectivo sobre el que trabajar, donde además se incluirán las horas convenidas, los honorarios en su caso, etc.

Una vez se comienza el tratamiento, en la primera sesión el analista transmite de nuevo el foco y recuerda con el paciente el setting de trabajo. El tratamiento será cara a cara, una sesión semanal y con una duración de 45 minutos.

Del lado de la transferencia, no se permite que los sentimientos positivos conscientes alcancen la neurosis de transferencia ni que se produzcan regresiones.

La terminación del tratamiento depende de una decisión conjunta, siempre y cuando el terapeuta tenga la seguridad de que no se trata de un acting a causa de la angustia que la terapia ha provocado.

Uno de los problemas fundamentales que plantea la STAPP es la contratransferencia, pues los candidatos que son elegidos, suelen ser pacientes cooperadores a los que puede resultar difícil dejar. En este sentido nos dice Sifneos: *“El profesional que no cree que sus pacientes serán capaces de abordar por sí solos los nuevos problemas emocionales que surjan con posterioridad a la STAPP subestima sus capacidades”* (1992 p. 183).

Su forma de trabajar va a dar una especial importancia a una evaluación psiquiátrica, psicológica y social completa que incluya información sobre la vida sexual del paciente como parte integral de su historia evolutiva de cara a la inclusión o exclusión de pacientes en este tipo de psicoterapia.

A mediados de los 50, siendo director de la Clínica Psiquiátrica del Hospital General de Massachussets, -Boston- la evaluación era llevada por un equipo multidisciplinar de médicos-psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, residentes, becarios de las tres ramas y un terapeuta experimentado.

Tras evaluar cada uno su campo, se realizaba una sesión clínica y sólo se volvía a evaluar al paciente en caso de que todos opinaran que algún dato importante faltaba por aclarar.

La hipótesis sobre la que se apoya Sifneos para justificar la obtención de una completa y sistemática historia evolutiva es la siguiente:

Es obvio que los problemas psicológicos de los pacientes se enraízan en su constitución biológica y las experiencias interpersonales de su temprana infancia. Si los terapeutas no indagan estas experiencias tempranas, ni exploran las pautas de conducta y el funcionamiento psicológico de sus pacientes, no llegarán a comprender sus problemas en la medida adecuada y, en consecuencia no podrán ayudarlos a resolver totalmente los conflictos emocionales que subyace (Ibid. p.30).

Recomienda que se empiece por realizar preguntas abiertas del tipo “hábleme de usted, de su vida, de los recuerdos de su infancia” e ir combinando preguntas más concretas donde percibamos que hay lagunas o dificultades. En esta reconstrucción conjunta se va creando un clima de alianza de trabajo entre paciente y terapeuta con una finalidad común: reconstruir la biografía personal del paciente y rescatar lo significativo de determinados periodos.

En el caso de sujetos politraumatizados (abusos sexuales o físicos en la infancia por ejemplo), sujetos que encuentran el calor del “pecho materno” en el fondo de las botellas o drogas, intentos suicidas, o trastornos graves de personalidad que requieran internamiento o medicación especial, serán excluidos de este tipo de psicoterapia y se les recomendará otra psicoterapia más larga o un apoyo más duradero (Sifneos, 1972, 1987).

La psicoterapia se denomina con provocación de angustia precisamente porque las intervenciones, confrontaciones y aclaraciones

terapéuticas buscan la provocación de una ansiedad introspectiva; pero a pesar de su nombre, Sifneos se asienta en la empatía, el apoyo y el aliento en busca del insight del paciente.

C. PSICOTERAPIA DE APOYO VS PSICOTERAPIA EN PROFUNDIDAD

Etchegoyen (2005) entiende que la **psicoterapia de apoyo** es el instrumento más común y libre de todos los niveles de psicoterapia. En este nivel no obstante, se está trabajando constantemente en la salud pública o en la sanidad privada como también en muchos casos donde el insight deja de ser un instrumento básico. Sin embargo, como apuntan Bellak y Small (2006) *“son métodos de intervención necesarios cuando hace falta llegar a la comprensión, por parte del paciente, de diversas discontinuidades de su vida”* (p.43).

En lo que se refiere a la técnica, consiste en: reencontrar los recursos perdidos por el sujeto, comprender su psicodinamia, sacar la angustia de su autodesconocimiento, servir de contención, ejercer de sentido de realidad, etc.

Los instrumentos técnicos sobre los que se va a apoyar el terapeuta van a ser principalmente la contención, sugestión, la catarsis mediata y la abreacción.

Se apoya fundamentalmente en el diálogo, en las identificaciones compartidas, en la búsqueda de soluciones y en marcar metas en la que los dos –paciente y terapeuta- se vean implicados.

Está indicada para aquellos casos en los que se necesite un sostén para el yo del sujeto. En este tipo de intervención no se persiguen cambios

permanentes en el yo sino aumentar la capacidad yoica del sujeto para hacer frente a sus dificultades vitales.

Su función es *“la de evitar que determinados síntomas coyunturales de carácter agudo se cronifiquen, previniendo que el síntoma se solidifique en estructura”* (Bellak y Small, 2006, p.65).

La **psicoterapia en profundidad** *“busca mejorar el poder integrador del yo, aumentar su alcance reemplazando los mecanismos de defensa neuróticos por una conducta flexible y capaz de adaptación”* (Alexander, 1946 p. 120).

Para Small (1997) este tipo de elección se suele dar cuando:

Se percibe que el sujeto está ligado a crisis o conflictos no resueltos del pasado. Aquí la percepción se distorsiona; el individuo restringe o modifica su conducta presente y sufre una recapitulación compulsiva de su comportamiento inadaptado del pasado. Para resolver el problema, se hace necesaria una experiencia emocional correctiva (p. 79).

Se considera contraindicado para la psicoterapia profunda dos situaciones en las que es muy beneficiosa la psicoterapia de apoyo: los estados agudos y crónicos

D. HANS STRUPP. LA PSICOTERAPIA BREVE DINÁMICA DE TIEMPO

LIMITADO (PDTL) DE HANS H. STRUPP Y JEFFREY L BINDER

Strupp y Binder asientan sus principios básicos de la PDTL como sigue:

- a) Para los tipos tratados en PDTL, la batalla principal para construir la experiencia vital es la interpersonal.

- b) El principal modo psicológico de construir la experiencia vital, para las operaciones terapéuticas más importantes en PDTL es la narración: contar una historia para uno mismo y para otros (Strupp y Binder, 1993 p. 79).

A nivel técnico-terapéutico las actividades básicas del terapeuta van a ser las intervenciones del tipo aclaratorio y confrontaciones e intervenciones exploratorias encaminadas a la parte emocional del paciente y con el objetivo de ampliar el campo de la conciencia del mismo. Toda la actividad del terapeuta debe ir guiada o focalizada a ayudar a que el paciente reconstruya cognitiva y emocionalmente su historia.

Durante todo el proceso el terapeuta se mostrará empático y prudente. En lo relativo a la transferencia, ésta se analizará y clarificará, con los datos aportados por el paciente, en cuanto aparezcan los primeros signos. Con ello se pretende hacer uso de ella por un lado, para la reconstrucción histórica y por otro, impedir que se instaure en forma de neurosis de transferencia.

En general debemos entender, como propone Stanley y Warren (1995) el modelo de Strupp y Binder como un enfoque de psicoterapia relacional, en el sentido de conceptualizar la psicopatología en términos de patrones maladaptados recurrentes en la conducta interpersonal del sujeto. Para entender mejor este concepto nos remitimos a las categorías planteadas por Schacht, Binder y Strupp (1984), sobre el Patrón Mal Adaptativo Cíclico (PMC):

1. **Actos del sí mismo:** Pensamientos, sentimientos, deseos y conductas del paciente de naturaleza interpersonal. Ejemplo: Tengo miedo a...; me gustaría ser...; hago esto cuando...; cada vez que pienso...o no puedo

dejar de pensar, etc.

2. **Expectativas de las reacciones de los otros:** Afirmaciones del paciente al modo en que reaccionarán los demás a alguna conducta interpersonal (actos del sí mismo) Ejemplo: Si hago esto a tal persona pensará..., hará...
3. **Actos del otro hacia uno mismo:** Las conductas reales de los otros tal y como son observadas e interpretadas por el paciente. Ejemplo: Cuando hice tal cosa los demás actuaron... y lo hacían por...
4. **Actos del sí mismo hacia uno mismo – Introyección - :** Conductas o actitudes del paciente hacia sí mismo cuando él mismo es el objeto de la dinámica interpersonal. Ejemplo: Cuando cometo un error siento que...; si yo hiciera eso creo que no podría... Para Levenson (1997) esta cuarta categoría es la más difícil de completar. La razón no es otra que la de que muchos pacientes realmente no describen cómo se tratan a sí mismos hasta que no sienten que se ha establecido una adecuada alianza terapéutica.

No obstante lo que hay que dejar claro como *“objetivo focal principal es el categorizar la información en PMC, esto es, que el terapeuta pueda articular la información de un modo narrativo y con ello partir de un modelo organizativo en la gran masa de datos”* (Ibid, p. 68).

La problemática actual del paciente se puede conceptualizar como derivada de los trastornos en las relaciones del “allá y entonces” con las figuras significativas de la infancia, que generan el tipo de relación objetal interno, y

que sirven de guía y patrón de todas las relaciones interpersonales subsiguientes.

Usan consejos técnicos tomados del psicoanálisis clásico y útiles para cualquier psicoterapeuta. Por ejemplo, “*El principio de mínima intervención*” que consiste en que si el terapeuta siente o piensa que es arriesgado hacer una intervención de tipo interpretativo es mejor que no la haga y que incida en otro tipo de intervención menos amenazante para el sujeto. También indican que está contraindicado hacer uso en las sesiones de terminología psicoanalítica, es decir, el terapeuta debe hablar exactamente el mismo lenguaje que el paciente y no intervenir desde un plano teórico.

E. PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA L. BELLACK

La psicoterapia breve según la perspectiva de Bellak surge, en principio, como respuesta a la necesidad de atender a los veteranos de la segunda gran guerra.

El tiempo del que disponía en un principio era de tres sesiones por paciente, aunque posteriormente logró ampliar las sesiones a seis.

En los albores teórico-técnicos de su psicoterapia su única idea era ofrecer poco más que apoyo al sufrimiento y algún que otro consejo.

En 1958, siendo director del Departamento de Psiquiatría at Elmhurst City Hospital, creó la *Trouble-Shooting Clinic*, fue uno de los primeros en colocar profesionales de la salud mental (psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros especializados, etc.) en las urgencias médico/quirúrgicas. Y

propone la P.B.I.U.⁵ como una respuesta práctica a los recursos limitados de una demanda que no se podía sostener por medio de tratamientos a largo plazo.

Una de las características de este enfoque es la selección del problema *versus* la selección del paciente y emplearlo en los tres tipos de prevención: primaria y secundaria (incluyendo pacientes agudos); terciaria (incluyendo pacientes crónicos) y entre medias todo un abanico de trastornos y situaciones.

Su abordaje teórico se asienta en un trípode: En primer lugar y de forma omnipresente la teoría psicoanalítica, unida a la teoría del aprendizaje y a la teoría de los sistemas.

El perfil básico, que debe servir de guía pero no de dogma es⁶:

1. Cinco o seis sesiones de cincuenta minutos, una vez a la semana.
2. Sesión de seguimiento un mes después.
3. Anamnesis completa
4. Una apreciación psicodinámica y estructural.
5. Consideraciones de los aspectos sociales y médicos
6. Plan para áreas de intervención.
7. Plan para métodos de intervención.

⁵ Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia

⁶ Tomado de : Bellak y Siegel, 1992 p. 12

8. Plan para la secuencia de las áreas y métodos de intervención.
9. Decisión sobre una terapia solo diádica o combinada con sesiones conjuntas o familiares.
10. Consideraciones de condiciones favorecedoras como drogas u hospitalizaciones breves.

Aclara que nunca debe considerarse un criterio rígido. Las cinco sesiones, en la medida de lo posible, deben ser formuladas en términos de “áreas de intervención, métodos de intervención y su secuencia” (Bellak y Small, 2006 p.82).

En el aspecto de la técnica trabaja fundamentalmente con la interpretación y con la catarsis mediata⁷ pero también con pruebas auxiliares de realidad: servir de yo auxiliar al paciente en aquellos aspectos de la realidad que hubiera distorsionado, perturbado o que cognitivamente fueran claramente erróneos.

En lo que se refiere a la regresión se pueden incluir técnicas como la atención o desatención selectiva ante determinados contenidos o conductas del paciente.

Sobre la transferencia habrá que trabajar siempre con transferencias positivas y teniendo en cuenta el punto interaccionista e intersubjetivo.

Otra técnica válida en esta forma breve de terapia es la

⁷ Cuando el terapeuta expresa proposiciones emocionalmente cargadas para el paciente (Bellak y Siegel, 1992 p. 41).

“intelectualización”, que busca que el paciente sienta y que comprenda el proceso psicodinámico de sus síntomas y manifestaciones psicológicas, con el fin de aumentar su grado de autonomía frente al desconocimiento. En este sentido se trata de explicarle aspectos de la cultura psicoanalítica que el terapeuta crea le pueden servir de facilitadores intelectualizantes de su problemática psicológica.

La otra característica importante en cuanto a la técnica es que Bellak va a distinguir entre la psicoterapia clásica y la psicoterapia breve por una cuestión de métodos de aprendizaje que se van a fomentar en el paciente. Mientras que en el psicoanálisis el aprendizaje del paciente se va a dar por medio de la identificación-introyección con el terapeuta, en la psicoterapia breve el aprendizaje debe ir dirigido al insight a través de las intervenciones del terapeuta.

El apoyo sería otra de las funciones básicas de esta psicoterapia. Se trata de que el paciente sienta que el terapeuta es una persona segura, que lo acepta incondicionalmente tanto en sus aspectos agresivos como sexuales.

Sobre las sesiones conjuntas y/o las sesiones con el sistema familiar, el terapeuta debe servir de catalizador de las reuniones con la familia que el paciente solicite o que a bien crea conveniente el terapeuta, siempre con el permiso del paciente.

2.2.3.- TRABAJO FOCAL

Como apunta Malugani (1990):

La focalización ha sido universalmente aceptada por todos los autores como factor particular y característico de la psicoterapia breve. Podrá existir, si acaso, cierta divergencia de opiniones en cuanto a cómo interpretarla en clave teórica y en consecuencia, a cómo traducirla en la práctica terapéutica (p.68).

Si buscamos la etimología del vocablo “foco” nos encontramos con su raíz latina *focus* y de entre sus múltiples acepciones tomamos la siguiente:

“Lugar real o imaginario en que está reconcentrada alguna cosa con toda su fuerza y eficacia, y desde el cual se propaga y ejerce influencia” (Real Academia Española de la Lengua).

Tres cuestiones podemos entresacar de la misma:

1.- *Real o imaginario*: Es decir, físico o constructo. En psicoterapia trabajamos con constructos hipotéticos, no con realidades físicas, aunque el adecuado manejo técnico nos evidencie el cambio de la realidad material.

2.- *Fuerza y eficacia*: El foco no es pasivo en la biografía del sujeto, sino que de forma emergente es por definición activo.

3.- *Propaga*: De cuya actividad se expande a otras áreas de la personalidad y/o conducta contaminando a la misma.

Nos encontramos, pues, con un término polisémico y de gran amplitud terminológica. Winokur y Dasberg (1985) nos indican que el llegar a obtener un foco terapéutico es la expresión técnica directa de:

- * La evaluación terapéutica, su tacto, capacidad y buen hacer.
- * La evaluación profunda del paciente.

La definición del foco es un tema espinoso. Se entiende como un encuentro intersubjetivo de “verdad” entre el paciente y el terapeuta. Balint lo adjetiviza como sintonización del estado mental de ambos participantes del proceso, “destello de comprensión” que une al terapeuta con el paciente, o “cierre de una gestalt” (Balint, 1996, p. 186). Lo importante es que el acontecimiento sea reconocido y sentido por ambas partes.

Aunque parece que Balint rehúsa a dar una definición de foco detallada, algunos autores tienen muy claro en qué va a consistir el foco a trabajar, como es el caso de Sifneos. *“El foco común, de toda su terapia, es conseguir a toda costa una alianza terapéutica”* (Zetzel, 1956), que el paciente se alíe con el terapeuta frente a la ansiedad.

Una vez elegido el foco, la forma de proceder será sugerirle al paciente, al comienzo del tratamiento, un área general de trabajo, solicitando el acuerdo expreso del mismo y dejando que los detalles dinámicos se vayan descubriendo mediante un esfuerzo de colaboración terapeuta-paciente, durante el trabajo terapéutico. Linn y Garske (1988) plantean que mientras que Malan introduce gradualmente el conflicto central a través de la interpretación, Sifneos lo hace inmediatamente parte del contrato de trabajo, a través de

procedimientos específicos de evaluación en la primera sesión. El paciente es de alguna manera forzado a admitir y a estar de acuerdo en que los síntomas presentados son realmente manifestaciones de un proceso más central. De esta manera, en las sesiones en las cuales la ansiedad se va activando ante las continuas interpretaciones del terapeuta, surgen las consecuentes resistencias del paciente por examinar o resolver el conflicto central. Como es habitual que las intervenciones terapéuticas además incidan en las transferencias parentales ya que *“el foco debe concebirse desde la conflictiva actual, adulta por así decirlo, y desde aquí conectar en lo posible con el conflicto nuclear, necesariamente infantil y primitivo.* (Farre:, Hernández y Martínez, 1999, p. 54), se debe prestar especial atención a las reacciones negativas que surgen por parte del paciente hacia el analista.

Y con este modo de trabajo, Sifneos nos define el foco como: *“La capacidad del evaluador de reunir y coordinar datos en apariencia inconexos acerca de sucesos, fantasías, recuerdos, conductas, acciones, etc., de su vida pasada, sintetizándolos en un todo significativo”* (1992 p. 72).

Para él, el foco sería la formulación dinámica del conflicto de base que subyace a la sintomatología del paciente y que si después de una o dos entrevistas (máximo tres) el evaluador no es capaz de lograr establecerlo, es posible que el paciente esté demasiado perturbado como para realizar una STAPP⁸, o que el evaluador sea daltónico al inconsciente.

La temática del foco también será una peculiaridad de los distintos autores. Por ejemplo, como foco preferido por Sifneos está el edípico (temas de

⁸ Short term anxiety provoking psychotherapy.

competición, éxito-fracaso, autoafirmación, etc.). Es decir, *“focos que involucren básicamente la elaboración de dificultades en relación con situaciones triangulares de competencia”* (Itzigsohn, 1985 p. 47).

Pero no por tener el mismo foco de trabajo las evoluciones del paciente serán parecidas: los pacientes que mejores resultados pueden obtener son aquellos con apego fantaseado al progenitor del sexo opuesto. En los casos de seducción por parte del progenitor, se dificulta la acción terapéutica y más aun a aquellos en los que el progenitor del mismo sexo no está (o bien por muerte, separación o divorcio), tal y como nos señalan Farré y Martínez (1992).

También dan buenos resultados los focos relacionados con reacciones de pena, pérdida y separación.

No será lo mismo en la *técnica de tiempo limitado de Hans y Strupp* (1993). El foco que plantean se refiere al modelo de conflicto interpersonal en las relaciones del “aquí y ahora”, que incluyan las relaciones paciente-terapeuta y que ayuden al sujeto a tener conciencia de sí mismo, a integrar explicaciones desconcertantes o a sobreponerse a los problemas de la vida cotidiana. Por lo tanto, el foco nunca será una formulación final ni absoluta, sino que siempre estará definido en términos metapsicológicos de impulso-defensa, pero narrativamente constituido por lo que se denominan los patrones interpersonales que crean y mantienen relaciones disfuncionales y que por añadidura son los generadores de todo tipo de síntomas y problemas en la vida de las personas.

Otra forma de concebir el foco la vemos en la terapia relacional breve de Safran (2005). *“El foco será siempre provisional y se presta a la revisión constante; por ello la terapia consiste en un ciclo continuo de actuación, desenredo y comprensión, siendo esta última parcial, en el mejor de los casos”* (Ibid, p. 241).

Se promueve y se fomenta la alianza terapéutica desde el comienzo de la terapia anotando a los pacientes lo importante que resulta la capacidad de observar sus procesos internos y sus acciones en relación con otras personas en el momento en que estas ocurren. Es decir, se pone mucho énfasis en la capacidad de auto-observación del paciente en sus interacciones con los demás. Incluso al comienzo de la terapia se les explica lo importante que resulta este tipo de colaboración por su parte para el proceso. De alguna manera este dato ya coloca al paciente en una cierta sensación de dominio sobre su tema en particular.

Al mismo tiempo se le pide que desarrolle un nivel de conciencia lo máximo posible sobre su relación con el presente. Lo que realmente se persigue es que el paciente aprenda a relacionarse con los otros de un modo nuevo y constructivo y no basado en el falso self con el cual se organizó de manera más o menos patológica con sus cuidadores. Es decir, que responda a su deseo sanamente y no al deseo del otro.

Pero todo ello se lleva a cabo en medio de una limitación del tiempo que conlleva ilusiones-desilusiones, separaciones-individuaciones, transferencias-contratransferencias que deberán ser analizadas conjuntamente por paciente y terapeuta en su espacio intersubjetivo.

Quizás el análisis más profundo de las técnicas focales se lo debemos a Malan (1963). Considera que el foco es el objetivo del tratamiento y por ello debe formularse en términos de una interpretación esencial o central fundamental para promover el cambio. Todo el trabajo consistirá en interpretar a través de esa hipótesis la dinámica psicológica.

Desde la técnica focal de Malan, la palanca que moviliza el cambio va a ser la depresión⁹. Entiende que únicamente desde la parte depresiva se puede hacer terapia. Si el sujeto no es capaz de reconocer objetos malos en su interior y buenos en el exterior no hay posibilidad de “curación”. Por ello, cuando el paciente se deprime, cuando comienza a reconocer que le falta algo y que necesita ayuda es cuando se pone en marcha toda la atención selectiva.

Las focalizaciones triangulares de Malan en torno a las figuras parentales, otras personas significativas, las angustias, las defensas, etc, desde la transferencia con el terapeuta acaban por “deprimir” al paciente y desde esa posición se busca el cambio. El foco sobre el que trabaja es siempre implícito y se entiende que se puede trabajar con más de un foco al mismo tiempo, incluso simultaneándolo.

Pasamos ahora a citar algunas de las clasificaciones que se han hecho de los tipos de focos. Algunas de ellas serían:

Foco implícito: Sería aquel foco que se trabaja pero que no se comenta con el paciente, (sobre el que trabaja Malan)

⁹ Para Peter Sifneos la palanca que movilizará el cambio será el enojo, para lo que recurre a interpretaciones muy precoces.

Foco explícito: Se trataría de un foco pactado y acordado con el paciente (estilo Sifneos).

Farré Hernández y Martínez (1992) por su parte distinguen entre:

Foco clínico: que sería el eventual conflicto. Es el que establece en la primera fase de la terapia con la intención de elaborarlo y resolverlo.

Foco universal: es aquel que corresponde a la fase final de la terapia y que incluye el duelo por la pérdida de la relación terapéutica.

Fiorini (1973) establece cuatro tipos de focos:

Foco inducido: Lo propone el terapeuta

Foco selectivo: Lo acuerdan paciente y terapeuta

Foco espontáneo: Propuesto por el paciente

Foco alternativo: Varios focos que son propuestos por el terapeuta, por el paciente o por ambos.

Según la amplitud del foco, pueden ser:

Foco restringido o foco único, típico de Sifneos.

Foco amplio, que serían varios focos, prototípico de Davanloo.

Según la profundidad:

Focos nucleares o centrados en conflictos infantiles.

Focos derivados: responden a la conflictiva actual y se derivan de los nucleares.

En cuanto a la problemática:

Focos edípicos: problemas de celos, rivalidades, competencias, etc.

Focos de pérdida: elaboración de duelos del pasado, paso a la adultez, despedidas y sus dificultades, etc.

Focos caracteriales: Implican un estilo de relación interpersonal patógeno y crónico que generalmente conduce a la infravaloración que el sujeto hace de sí mismo.

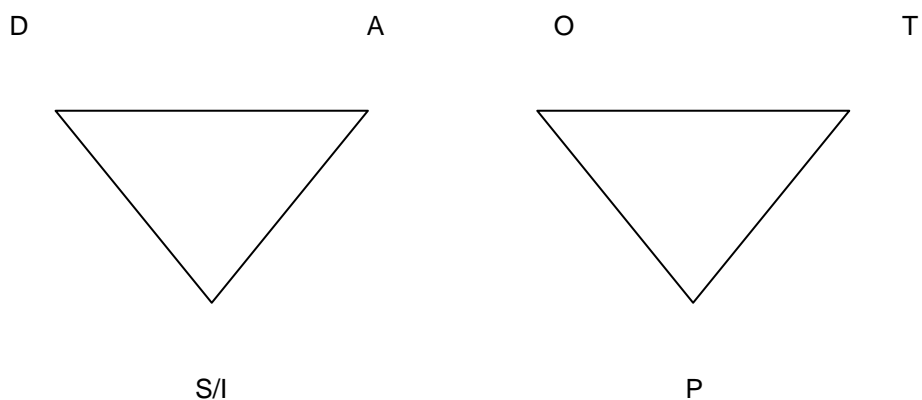
Siguiendo con las definiciones de foco, nos centraremos ahora en Malan, que nos dice al respecto del foco que se trata de *“La capacidad conjunta del paciente y terapeuta para hallar rápidamente un enfoque aceptable para ambos”* y a lo que Balint llamaba el “destello de comprensión” o “el momento del verdad”, en relación al foco, Malan lo denomina la *“cristalización del foco”* (1963 pp. 210-213). Esta delimitación supone implicar al paciente en la decisión del foco, pero exige un adecuado principio de realidad por su parte. Para Malan (1976) “el foco es una interpretación esencial, en la cual debe fundarse la terapia”.

En líneas generales, describe su técnica, de unas 20-25 sesiones en total, como una tarea que persigue la comprensión y el insight de un foco central (edípico, de fracaso o de duelo), así como un cambio en las

correspondientes defensas neuróticas, para lograr la mejor conducta adaptativa del sujeto afectado por ciertos trastornos psicopatológicos.

Como ejemplos de manifestación conductual de una problemática edípica donde el foco se centra en la triangulación tenemos los celos, rivalidades, temas de competencia, etc. Los focos de fracaso o duelo tienen que ver con la pérdida, con duelos del pasado o del presente, despedidas y su dificultad, etc. Los sujetos que tienen un foco que consiste en la dificultad para enfrentarse a las pérdidas, pueden manifestarlo mediante el rechazo a las relaciones y los compromisos, personas que afirman ser independientes y que no necesitan de nadie; así la mejor forma que encuentran para evitar que nadie les abandone es no relacionándose.

Para entender mejor su forma de trabajo con los focos, habrá que estudiar su aportación sobre *Las hipótesis triangulares* con las que trabaja y para las que le sirvieron los esquemas propuestos anteriormente por Alexander (1946) y Menninger (1958). Consiste en la organización del conflicto del paciente en base a dos triángulos: el del conflicto y el de las personas.



Triángulo del conflicto

Triángulo de las personas

D: Defensa.

O: Otros

A: Angustia.

T: Transferencia

S: Sentimiento oculto/impulso.

P: Padres, progenitores

En cuanto al *Triángulo del conflicto*: El ángulo A sería el grado de ansiedad con la que el paciente se enfrenta al conflicto, el D, los mecanismos de defensa que utiliza y las fantasías temidas que contrarrestan y dificultan su “verdad” y el S/I los sentimientos e impulsos resultantes de dicho conflicto. A la hora de trabajar con este triángulo hay que tener presente que siempre se incide primero en la defensa para posteriormente indagar en los afectos y finalmente en los sentimientos e impulsos.

Por ejemplo, acude una paciente que perdiendo a su hermana gemela en un accidente de tráfico desarrolla toda una serie de sentimientos de culpa apoyados en razones ilógicas pero torturantes para ella. El tratamiento atendiendo al triángulo del conflicto pasaría por trabajar focalmente el tema de la racionalización como defensa ante el enorme dolor que le supone haber perdido a su hermana, y la angustia como una conversión de la agresividad que se había quedado sin objeto tras una vida consagrada al control de su hermana satisfaciendo de esa forma sus pulsiones. El foco del conflicto: no hay mayor agresividad que el control de las personas.

No obstante cabe destacar que cuando se trabaja con las defensas y comienza la amenaza de la emergencia de fantasías temidas, se restaure de nuevo una defensa más potente. El terapeuta deberá volver a incidir sobre la

defensa e interpretar la resistencia hasta debilitar los mecanismos defensivos puestos por el sujeto ante la elevación de la angustia.

En lo referente al triángulo de las personas, se entiende que el sujeto acude a consulta principalmente por problemas en las relaciones interpersonales. *“Toda situación relacional alterada produce un impulso o sentimiento oculto (difícil de percibir por el propio sujeto) que produce ansiedad y que pone en funcionamiento las consiguientes defensas”* (Caparrós y Maestre, 1994). Vendrían a ser los diversos sentimientos que de forma más o menos aleatoria se levantan ante determinadas cuestiones de la vida cotidiana.

Todo ello Malan lo sistematiza con lo que denomina *Triángulo de las personas*. Donde T o transferencia serían las relaciones del “aquí y ahora” que el paciente establece con el terapeuta. O, las relaciones con otros en la vida cotidiana, también del presente, y las dificultades que en ellas existen -vendrían a ser todas las transferencias colaterales-. Y P, serían las relaciones del “allá y entonces” que el paciente interiorizó con las figuras parentales o significativas de la infancia.

A la hora de trabajar con el paciente siempre hay primero que analizar el ángulo O (los otros) y luego enlazar con cualquiera de los otros dos ángulos. Generalmente se hace respetando el ritmo de la persona y dependiendo de la rapidez o la lentitud con la que se instaure la transferencia. Por ello Malan trabaja con la transferencia controlada, es decir, al no producirse una regresión de calidad, la transferencia tampoco lo puede ser, pero si se puede controlar en mayor o menor medida su grado, pues depende más de la habilidad del terapeuta que del proceso espontáneo del paciente. Por otro lado controla, más

o menos, el ángulo T al hacer mas hincapié en cualquiera de los otros dos ángulos, ya sea O ó P.

Lo normal es ir enlazando ángulos y el más habitual es enlazar a los otros (O) con los progenitores o padres (P) y poco a poco las relaciones transferenciales o “falsas conexiones” se pondrán de manifiesto. Pero, también puede suceder que con el terapeuta (T) se establezca un conflicto idéntico muy similar al que se tiene con los otros (O), que a su vez es producto ineludible de la relación primigenia con sus progenitores (P).

Si podemos lograr que el paciente pueda tomar conciencia de que sus problemas con los otros (O) tienen la relación que tuvo o tiene con sus progenitores o personas significativa (P) y, que el terapeuta no es otra cosa que la revivencia de la relación con sus “padres”, la terapia tendrá un buen pronóstico. Debemos tener en cuenta que la “interpretación del lazo de transferencia con los padres”, es considerada como la técnica fundamental del modelo focal breve de Malan.

Es necesario también para la práctica del modelo identificar el fenómeno llamado “*ley de Malan*” (1976), esto es, si el terapeuta se adelanta mucho a la capacidad afectiva del paciente, es posible que él responda en el momento, pero volverá a la sesión siguiente en un estado de resistencia que será muy difícil, sino imposible, vencer. Este es uno de los riesgos más grandes de la actividad terapéutica y la interpretación excesivamente prematura: el inundar al paciente. Sobre ello ya nos lo indicaba Freud en su escrito de 1913 “*La iniciación del tratamiento*” acerca precisamente de este problema, el de las interpretaciones tempranas del terapeuta. Nos dice el maestro vienes al

respecto: *“El primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico”* (O.C. II, 1672).

Molnos, como nos explican Farre, Hernández y Martínez (1992), propone en un artículo su peculiar esquema de los triángulos de Malan, integrando tres triángulos compuestos por las defensas, sentimientos ocultos y ansiedad en otro que los engloba cuyos vértices representan las relaciones del pasado infantil, fundamentalmente con los padres, las relaciones actuales con otras personas y la relación transferencial con el terapeuta.

El triángulo que tiene que ver con las relaciones del pasado, será el mayor para señalar la profundidad del mismo. Ciertamente, el peso que marcan estas relaciones en los primeros años de vida conforman en su mayoría el desarrollo posterior del individuo y la estructuración de su psiquismo, de ahí su máxima importancia.

El más pequeño será el que tiene que ver con la relación terapéutica. La terapia empieza a formar parte de la vida del sujeto una vez instaurados todos los elementos del conflicto (defensas, instinto y ansiedad). En ella se pueden reproducir algunos de los sentimientos asociados a sus relaciones fuera de esta (de sus relaciones con los otros o de sus relaciones con las primeras figuras) pero que no están originalmente vinculados a la misma y solo surgen como representación de otras relaciones objetales.

De ahí la importancia de la neutralidad del terapeuta que ofrece ser la pantalla en la que proyectar afectos que vienen de fuera. Además de que el contacto con el terapeuta tanto en la frecuencia como en la calidad, nada tiene

que ver con las relaciones que una persona mantiene en su vida cotidiana: el setting, citas semanales, las conversaciones que se establecen en la díada, y otros tantos aspectos, tienen un carácter peculiar que marca la diferencia respecto de cualquier otra relación y así no se pueda ni se deba confundir nunca con los roles de otros, ya sean en calidad de amigos, familiares o cualquier otra figura que represente una importancia para el paciente. Pero sin embargo, el trazo del triángulo de la relación terapéutica es mayor que cualquiera de los otros porque aquí se juega la mayor intensidad del conflicto. En el triángulo de las relaciones del pasado encontramos el trazo más fino por su lejanía en el tiempo con la situación actual.

Y así, en los detalles de trazo y tamaño de su esquema encontramos una reflexión sobre la funcionalidad, repercusión e importancia que para el sujeto tienen los elementos ya planteados en los triángulos de Malan.

2.2.4. ASPECTOS TÉCNICOS

El comentar algunos de los parámetros técnicos que van a ser más o menos flexibles indudablemente es útil, pero nunca suficiente. Knight (1960) ya nos llamaba la atención sobre este aspecto preguntándose: “*¿es posible establecer algunos buenos principios para realizar una psicoterapia eficaz?*”

No se puede establecer dogmas a seguir sobre el modo de trabajo en psicoterapia breve. Por esa razón, no vamos a hablar de ningún aspecto técnico planteado por una corriente en concreto que de a entender que es la única forma de desenvolverse, sino que nos referiremos a distintos puntos de vista planteados por algunos autores que consideramos importantes.

En el trabajo clínico, chocamos contra el muro de la individualidad y la especificidad. Por tanto, es en el contexto “in vivo” donde se irá desvelando el modo de proceder que no es fácil de trasladar de forma teórica, y que se aparece de la misma manera que el insight le llega al paciente: de forma inesperada y reveladora. Es por ello que todo lo más que podemos ofrecer sea una escueta exposición de algunos de los aspectos de la técnica que consideramos oportuno señalar.

A. SETTING

En psicoterapia dinámica breve se abandona el diván por una relación de cara a cara. Pero dentro de este cara a cara podemos modular el contacto visual apartándonos del setting tradicional de mesa de despacho y cliente. Villamarzo (1987), recomienda que se haga en dos sillas ligeramente ladeadas separadas entre sí por una mesita con una lamparita de luz agradable y no potente. La razón es que tanto terapeuta como paciente se puedan mirar si lo necesitan pero solo en la medida en la que sea imprescindible y en lo demás dejar al paciente lo más cercano a una situación de diván pero sin tumbarlo. La cuestión de no ponerlo en una postura yacente sería la de evitar fenómenos regresivos difíciles de manejar en una o dos sesiones semanales.

Pero por otra parte, la ausencia de contacto visual, como ocurre con el uso de las sillas ladeadas, va a generar en el paciente un mayor contacto consigo mismo, centrándose de una forma más sincera en sus propios sentimientos y permitiendo un discurso más favorecedor para el trabajo dinámico sin que el terapeuta tenga que forzarse en mostrar una expresión neutral ante cualquier contenido que pueda interferir en el discurso del

paciente. Claro está que desde el punto de vista del terapeuta, esta comodidad no va a estar exenta de inconvenientes y es que se pierde parte de la expresión no verbal que nos puede dar algunas pistas sobre el impacto de nuestras intervenciones, una posible incongruencia entre el contenido de lo que relata y el afecto mostrado¹⁰, los devenires de la angustia en los diferentes momentos de la terapia, etc.

Esta falta de información puede compensarse si podemos percatarnos de los mismos fenómenos atendiendo a otras señales tales como el tono de voz, la continuidad del discurso, el ritmo de la expresión, etc.

B. NÚMERO DE SESIONES

Empezamos comparando el número de sesiones con el de la psicoterapia dinámica: en esta, en principio la frecuencia comienza por dos semanales reduciéndose a una semanal cuando el paciente ya está en la fase media o final de la terapia. La duración de las sesiones es de 45 minutos y el tratamiento suele durar en torno a unos dos años o dos años y medio, no más de tres. Si se alargara mucho más se entraría en cuestiones transferenciales y de dependencia difíciles de manejar en ese marco de realidad.

Cuando se le limita el tiempo, o se tiene un esquema de sesiones preconcebidos estaremos hablando de psicoterapia dinámica breve, con una frecuencia de sesión semanal durante un número de meses dispar según el autor que consultemos: nueve meses para Rank (1924); seis meses con Malan

¹⁰ Un ejemplo sería que nos desvele un goce masoquista contando una situación penosa o desgracia para sí mismo acompañada de una sonrisa.

(1963); tres meses con Mann (1973) siete u ocho meses con Davanloo (1978); seis o siete meses con Strupp (1984), etc.

Por otra parte, en la psicoterapia de apoyo el número de sesiones, no está estipulado pero se entiende que las que hagan falta. Lo normal es una por semana o una quincenal, pudiendo ser los apoyos más frecuentes (dos sesiones semanales) en situaciones críticas de la vida.

Bellack (1992) en su Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia plantea el número de sesiones, apoyándose en las estadísticas de consulta ambulatoria y el número de frecuencia que suelen asistir de forma voluntaria hasta dejar el tratamiento, situándolo en cinco sesiones más una de seguimiento. La frecuencia será de una semanal y el tiempo de sesión cerca de 40 minutos.

Para Malan (1963), las sesiones podrán tener una frecuencia de una o dos a la semana en un total de 20 sesiones, pero tratándose de terapeutas noveles serán necesarias diez sesiones de tratamiento más.

C. LÍMITE DE TIEMPO

La primera limitación del tiempo en relación a un análisis la propone el propio Freud en 1914 en el caso *Historia de una neurosis infantil. El hombre de los lobos*. Ante los "impasses" de su paciente, Sergeï, Freud de forma puntual le hace una advertencia de terminación de análisis. El caso es que dio resultado y fue precisamente en este periodo cuando el famoso paciente elabora su histórico sueño acerca de los lobos blancos encamados en los nogales.

Sin embargo Freud no estuvo a favor de acortar las terapias y en “Análisis terminable e interminable” (1937) muestra el rechazo más contundente: *“no se trataba de acortar el tratamiento; el propósito era agotar radicalmente las posibilidades de la enfermedad”*

Quizá los dos modelos que más insistan en la limitación del tiempo sean el de Mann (1973), el de Safran y Muran (1984) y el de Bellak (1984).

Algunos motivos para la limitación del tiempo serían:

- * Acortar el tratamiento
- * Evitar la dependencia emocional del paciente hacia el terapeuta y de esa forma trabajar mejor las fantasías de separación-individuación.
- * Impulsar el cambio ante la emergencia temporal.
- * Poder trabajar con focos específicos y sin silencios prolongados que favorezcan la regresión.
- * Comprometer al paciente activamente en el tratamiento, etc.

En la psicoterapia de apoyo pueden ser muy breves, de una a seis sesiones como propugnan Bellak y Siegel (1992); Bellak y Small (2006) o prolongadas en el tiempo, dependiendo de la gravedad psicopatológica de la persona.

Para Malan (1963), la terminación de la terapia se debe hacer de forma prudente y gradual debido a que el paciente puede revivir las fantasías y antiguas vivencias de abandono, separación y desengaño en relación con los

primeros objetos de la vida (Sánchez-Barranco, 1991). Por todo ello y sino se maneja adecuadamente, puede desarrollarse una “reacción terapéutica negativa” y su consecuente recaída. Este fenómeno generalmente nos va a llevar unas sesiones más de interpretaciones en relación con la transferencia. Por otro lado, nunca se debe dejar la puerta cerrada a completar la terapia con unas sesiones más, con lo que el aspecto de la fijación temporal es orientativo pero no rigurosamente inamovible.

Así plantea flexibilidad en la duración del tratamiento, oscilando este entre tres y cinco meses en función del número de sesiones semanales, y alargándolo a siete meses en los casos de terapeutas que estén comenzando.

La cuestión de la terminación del tratamiento ha sido planteada por diferentes autores que intentan dar solución al problema aunque no se haya llegado a una opinión consensuada.

Uno de los estilos de terminación del tratamiento que nos llama la atención por lo peculiar de su procedimiento es el tratamiento interrumpido por vía del experimento planteado por Lewis y Wolberg (1968), que consiste en acostumbrar al analizando a prescindir del terapeuta de manera provisional espaciando las sesiones para que se desenvuelva por si solo lo antes posible; frenando de esta forma las reacciones regresivas de dependencia que dificultan el progreso del paciente. Coloca al paciente en posición de contar con los recursos suficientes como para evolucionar, método que rescata el autor de los comienzos del Instituto Psicoanalítico de Berlín al que llamaban análisis fraccionado.

Y estamos de acuerdo con lo que dicen los autores cuando se refieren al deseo de todo ser humano que está sufriendo de acabar con su problema cuanto antes. Cuan desalentador pueden sonar las palabras de un terapeuta que al comienzo del tratamiento advierte al paciente de que la duración del camino hacia su bienestar puede alargarse durante años o incluso de forma indefinida.

Como nos señalan Kopta y cols., (1994), citado en Shadish, Matt, Navarro y Phillips, (2000), conviene tener en cuenta que es improbable que una mayor duración de la terapia lleve indefinidamente a mejores resultados. En algún momento se estabilizarán los resultados, lo cual puede ocurrir alrededor del año.

D. LAS PREGUNTAS

Deben de tener siempre una finalidad exploratoria o confrontativa. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar cuando percibe omisiones, olvidos, relatos farragosos y poco detallados. Cuando el terapeuta siente de verdad que al paciente le falta texto en su discurso. Etchegoyen (2005) nos indica que son *“instrumentos para recabar información que operan de forma directa y concreta sobre la conducta y por ello deben ser consideradas como métodos represivos de psicoterapia”* (p. 279). No obstante, se emplean con bastante frecuencia en cualquier tipo de tratamiento, de hecho no se concibe un tratamiento sin preguntas. Pero como apunta el citado autor, la única regla que debe regir las preguntas es que sean francas. Si bien, en las psicoterapias breves se puede abusar de ellas, en un tratamiento psicoanalítico es claro que entorpecerían la libre asociación, pues dirigen las ocurrencias del paciente.

En psicoterapia se suelen emplear y son muy útiles en situaciones en las que el sujeto se encuentra muy angustiado y el terapeuta no acierta con ninguna intervención, verbalizada o pensada, pero se da cuenta que conviene dar alguna pauta de realidad. En este sentido se trataría de una pregunta que cumpliría una función de apoyo.

Jay y Garske (1988), nos hablan de las preguntas focales como un manejo de las asociaciones libres del paciente que le permitan comprender la complejidad de su problema donde las intervenciones del terapeuta tienen un significado específico con la intención de elaborar el foco. Veamos un ejemplo que nos proponen de una sesión que versa sobre el trabajo de elaboración de un foco edípico de un hombre de 28 años:

Cliente: he estado solo esta semana... no lo entiendo.

Terapeuta: ¿a quién echaste en falta?

Cliente: a nadie...

Terapeuta: ¿me dijiste la semana pasada que tu novia iba a visitar a su familia?

Cliente: si, se fue, pero no he pensado en ella. He estado tratando de mantenerme ocupado. Supongo que no ha funcionado demasiado bien.

Terapeuta: ¿a qué otra persona has echado en falta?

Cliente: ¿aparte de mi novia? Quizás a algunos amigos antiguos de la universidad. No he tenido a mis amigos cerca.

Terapeuta: me preguntaba si también has extrañado a tu madre, ¿es así?

Las preguntas del terapeuta se dirigen a la atención selectiva del foco al que confrontar al paciente, donde preguntas tales como qué estuviste haciendo cuando estabas solo o donde viven los padres de tu novia, no nos serían útiles.

E. TIPOS DE INTERVENCIONES

Intervenciones de sintonía

Para Villamarzo (1987) serían intervenciones terapéuticas encaminadas a reasegurar al paciente. Con ellas el terapeuta afianza la alianza terapéutica pues son una forma de darle a entender el apoyo que realmente se le presta al paciente. Un simple ¡Uhm!, un ligero movimiento de cabeza bastaría.

Intervenciones sugestivo-directivas

Cumplen la función de sugerir, acompañar, impulsar y evaluar. Estas intervenciones solo se deben asumir en aquellos casos en los que el paciente es incapaz de asumir por sí mismo el impulso necesario para producir sus desprendimientos. Particularmente en sujetos fóbicos carentes de personas que sigan su evolución. Para Fiorini (1993) son intervenciones donde el terapeuta adopta el "rol de partero"

¿Como por ejemplo?

Técnica propuesta por Ferenczi en 1919. Se trata de una intervención sumamente sencilla pero técnicamente muy interesante para romper la tendencia a la generalización o a la abstracción que en algunos momentos manifiesta el paciente. De lo que se trata es de llevar al sujeto a que focalice y hable de situaciones concretas, únicas capaces de proporcionar vivencias

directas y de manifestar la afectividad que hay que analizar. Sobre sus generalizaciones hay que hacerle ver que no son más que medidas defensivas y resistenciales.

La técnica consiste en que ante las generalizaciones o abstracciones inquirir al paciente diciendo “qué por ejemplo”.

El paciente puede decir: “no quiero ir porque hay cosas que no soportaría” el analista le responde “como por ejemplo” lo que de alguna manera obliga al analizando a que se defina, a que focalice sus emociones y temores.

Intervenciones recordatorias

Se emplean sobre todo en aquellos modelos de terapia dinámica breve que van a poner énfasis en la terminación como una de las cuestiones centrales del tratamiento. Sería el caso, por ejemplo, del enfoque de Mann (1973) o del de Safran y Muran (1984). Ambos modelos coinciden en que el proceso de manejo de la separación-individuación y la pérdida es una lucha central y nuclear constante en la vida.

En este sentido el restringir y acotar temporalmente la terapia constituye, de alguna manera, un alivio en esa lucha. Y en ese proceso de finalización lo que se le brinda al paciente es una valiosa oportunidad para que negocie sus necesidades conflictivas de agencia y de afinidad, de separación y de individuación, de un modo constructivo sin ignorar ninguna de ambas necesidades (Safran y Muran, 2005 p. 245).

Recordar mediante intervenciones directas la periodicidad cronológica del tratamiento al paciente y explorar al mismo tiempo sus sentimientos. El

motivo último no es tanto presionar para acelerar el cambio como potenciar que los conflictos latentes y las dinámicas transferenciales-contratransferenciales se exterioricen más tempranamente que en una psicoterapia de larga duración.

Intervenciones de esclarecimiento intelectual

Propuestas por Maurice Levy (citado en Gray, 1996) en torno a 1942-1946 desde el Instituto Psicoanalítico de Chicago. Consisten en realizar intervenciones, por parte del terapeuta, acerca de la cultura y psicodinamia interna del paciente. Vendrían a ser una aplicación directa de la teoría y campo psicoanalítico en relación con las pautas de conducta, sentimientos y afectos del paciente.

Se trata de una técnica indicada para sujetos relativamente neuróticos a los que se les podría denominar como “sanos conflictuados” y también dan resultado en pacientes narcisistas. Nolan y Levis (citado en Etchegoyen, 2005) llegan a la conclusión de que la eficacia de estas intervenciones depende mucho de la solidez en cuanto a la formación teórica del terapeuta que realiza las mismas.

Aconsejamiento o consejo

Se trata de proponer una exigencia, generalmente en línea limitante, acerca de la conveniencia o no de determinadas conductas. Por ejemplo, aconsejar a un sujeto deprimido que no tome decisiones importantes mientras se encuentra en dicha situación. Son más frecuentes en intervenciones en crisis que en psicoterapias breves, no obstante en estas últimas también se emplean. Como muestra un estudio realizado por Toma (2000), con pacientes alcohólicos, los

clientes consideraron las actitudes no directivas de los consejeros de mayor ayuda en el proceso terapéutico

Quizá lo importante es que el terapeuta las contemple más como una intervención que como un fin en sí mismas.

Catarsis o Abreacción

Fue Bertha Papepheim (Anna O) quien describió esta forma de terapia como “cura por la palabra”- *talking cure*- y/o “limpieza de chimeneas”, como de forma jocosa la denominaba (Breuer y Freud, 1895). Para ella las sesiones consistían en una forma de liberar emociones y sentimientos. A este enfoque se le denominó método de abreacción o catarsis. En principio hay que dejar una cuestión clara y es que la catarsis no es una técnica terapéutica que sea exclusiva del marco asistencial donde se ejerce la clínica.

Como señala Preston (1998) en casi todas las sociedades se plantean rituales culturales cuya finalidad es ayudar a establecer un contacto estrecho con las propias emociones, particularmente comunes en muchas formas de ritual de duelo. De hecho, los chamanes, curanderos, hechiceros y demás sanadores acuden con frecuencia al apoyo de la evocación de la emoción para con la fuerza de la misma provocar la curación. Sin duda alguna, la catarsis tiene su poder curativo, incluso esa descarga afectivo-emocional tiene unos correlatos bioquímicos que favorecen la salud del individuo. No obstante debemos poner ciertos límites o fronteras a la catarsis. Para que una catarsis se experimente como útil consideramos que deben concurrir determinados factores:

- Que las emociones que se evoquen o que se despierten puedan ser toleradas afectivamente por el sujeto.

- Que se den en un contexto interpersonal de contención de la angustia y de benévola neutralidad (Nacht, 1967). Es decir, dentro de un máximo respeto, ausencia de juicios de valor y total aceptación.

- Que la experiencia tenga un sentido. Que no se trate solo de sentirla. O sea, que resulte de alguna forma reparadora o liberadora para el sujeto. Preston (1998) nos dice al respecto: *“La mejor forma de conseguirlo es que la persona verbalice lo que le está pasando mientras experimenta las emociones fuertes y que articule los recuerdos, los pensamientos y las imágenes que la acompañan”* (p. 47).

Bellak y Small (2006) cuando aluden a los riesgos de la catarsis la definen como *“una confrontación con precauciones óptimas”* (p. 126), pues se debe tener muy en cuenta antes de intervenir en esta línea:

- La fuerza yoica del sujeto.

- El momento del proceso psicoterapéutico en el que se encuentra la terapia.

Por ejemplo, se entenderá que es más razonable el uso de intervenciones catárticas a medida que el paciente a lo largo del proceso terapéutico vaya incorporando insights graduales y una mayor fuerza del yo, que no en las primeras sesiones de la terapia. En este aspecto, nos dicen los autores anteriormente citados que *“es mejor equivocarse del lado de la precaución y la de diluir la interpretación catártica”* (p. 127).

Las confrontaciones

Si seguimos el Diccionario de la Real Academia Española se entiende por confrontar: Carear a una persona con otra. Cotejar una cosa con otra y especialmente escritos.

De la primera acepción entresacamos, a nuestro beneficio, que vendría a ser disociar el yo del sujeto para que pudiese observarse o carearse a sí mismo; y de la segunda que no se trata de confrontar lo no dicho, en todo caso señalar que algo se ha omitido o preguntar por qué algo se ha omitido en la escritura del lenguaje.

Podríamos decir que las confrontaciones son las intervenciones reinas en las terapias activas y dinámicas y las más propedéuticas o preparatorias de todo proceso psicoanalítico. Al mismo tiempo Myron y Weiner (1998) consideran a las confrontaciones como intervenciones más eficaces que las interpretaciones en psicoterapia de grupo, y ello debido a que se apoyan más en lo evidente (gestos faciales, expresiones...) o contenidos presentes aunque no accesibles a la conciencia de los miembros del grupo. Mientras que la interpretación en el grupo en ocasiones, al recuperar recuerdos de la infancia de un sujeto en la terapia, puede apoyar la visión de víctima que el paciente tiene de sí mismo y justificar su conducta actual.

Coderch (1990) considera que el objetivo de las confrontaciones es el de:

Dirigir la atención del paciente hacia las situaciones, conflictos y alternativas que, aun cuando no inconscientes, aquel puede no tener en

cuenta en un momento dado o pasar por alto con excesiva rapidez. También es utilizada para focalizar la conciencia del paciente hacia determinadas circunstancias que marcan una reflexión más detenida y cuidadosa de la que les otorga, o para promover en él un estudio más preciso acerca de sus propias actitudes frente a los otros, ante sí mismo y frente a las diversas situaciones ambientales, o para sopesar más precisamente la calidad y contenido de sus experiencias y respuestas a las mismas (p. 59).

Entre los aspectos positivos de este tipo de intervención se destaca su función de ayuda a la autorreflexión y que favorezca el clima de introspección que debe regir la psicoterapia.

En sí mismas no provocan insights, pues no se le desvela nada nuevo al paciente. Es decir, no se le confronta con ningún contenido que realmente no sepa; pero a todas luces prepara al sujeto para posteriores insights, para interpretaciones más profundas y para asociar aspectos de la conciencia disociados. Lo que sí hacen las confrontaciones es "*poner al descubierto contradicciones en la historia del paciente*" (Álvarez, 2005).

Se trata de una técnica relativamente sencilla, pues en última instancia el terapeuta se coloca como un "sutil espejo" muy potente terapéuticamente a corto y medio plazo.

Confrontaciones de las distorsiones cognitivas

Se trata de intervenir sobre conclusiones inexactas, generales o arbitrarias. El objetivo fundamental es ayudar al paciente a evaluar las

situaciones con mayor precisión. A diferencia de otros modelos, en estas confrontaciones cognitivas en ningún caso se pretenderá con ellas restar importancia al sentimiento concomitante a dichas cogniciones aunque éstas sean erróneas.

A pesar de ser intervenciones aparentemente superficiales e inocuas no se deben emplear con demasiada ligereza pues pueden causar en el paciente la sensación de que está siendo juzgado o de que el terapeuta no comprende lo que le está contando.

Esclarecimiento o clarificación

Sirven para hacer más preciso el significado de la comunicación del paciente (Álvarez, 2005). En las clarificaciones la labor del terapeuta es la de sintetizar y resumir los aspectos claves de la comunicación del paciente, tanto implícitos como explícitos, manifiestos y latentes como en los aspectos verbales y/o paraverbales. Su función puede ser sintética, cuando el terapeuta se limita a devolver los aspectos más esenciales de los expuestos por el paciente y se suelen utilizar con esta finalidad cuando por el motivo que sea interesa que el paciente continúe en esa línea de comunicación. Para ello lo que hace el terapeuta es organizar la información despojándola de su envoltura o de sus acompañamientos. Otra función de las clarificaciones es la de poner luz o fondo emocional sobre el contenido. En este supuesto el terapeuta lo que persigue es detectar el sentimiento y la actividad implícita tanto sobre lo que el paciente dice como en lo que hace devolviéndole ese sentir.

Función elucidatoria

Ya muy cercana a lo que podríamos denominar interpretación propiamente dicha. En estas intervenciones el terapeuta trata de informar al paciente sobre lo que hay detrás de lo que expresa. Sentimientos, fantasías, deseos o ideas que sin ser expresados como tales, el terapeuta tiene suficientes datos como para presumir que se ocultan tras las palabras del paciente. Como nos señala Díaz-Benjumea (2011) el autoconocimiento se produce por vía de las intervenciones de tipo declarativo, verbalizadas, que se ajustará más o menos a la historia, pero que siempre habrá de ser más compleja y abarcadora que la que el paciente en principio trae.

F. OTRAS TÉCNICAS

Interpretación de prueba

Dada al paciente en los momentos iniciales del tratamiento, primeras entrevistas, con la finalidad de observar su nivel de trabajo simbolizante a nivel psicodinámico y que nos sirve como criterio de inclusión en la terapia como sugería Balint (1961).

Atención selectiva-omisión selectiva

Se trata de que con independencia del material que presenta el paciente en las sesiones, el terapeuta no hace ningún intento de interpretar más que aquel que está delimitado por el foco. En caso de que el terapeuta intervenga sobre otro material lo hará con el exclusivo objetivo de orientar el trabajo hacia uno de los focos elegidos. De esta manera el paciente puede hablar de algo

que le parece muy interesante o incluso transferencial, pero el terapeuta “olvidar” selectivamente lo que está diciendo.

Al igual que Balint (1961), Malan (1963) utiliza la atención y desatención selectiva. Si el paciente saca material que no corresponde al foco, o comienza con discursos que claramente no van en la dirección propuesta, se le hace ver que lo que nos cuenta “no nos interesa”; como al mismo tiempo se presta una escucha más selectiva y empática cuando el paciente se esfuerza en la línea acordada. En lo referente al estilo de atención o desatención diremos que hay tantos como terapeutas y que por tanto no es algo que se aprenda sino más bien un distintivo personal.

2.3. PSICOTERAPIA BREVE, LO QUE NO ES

La psicoterapia, como modelo general de tratamiento de los trastornos de naturaleza psicológica mediante la palabra y en el marco de una relación interpersonal muy especial, encuentra en nuestro siglo cada vez más aceptación.

Una definición más completa de psicoterapia podría incluir, que fuera interdisciplinar por los objetivos y multiprofesional en la práctica, orientada a resolver por medios psicológicos trastornos de comportamiento, induciendo cambios estables y duraderos de la personalidad. (Ávila y Poch, 1994, p. 25)

Dentro de este término genérico, la psicoterapia breve hace referencia principalmente a las modalidades desarrolladas por Malan (1963), Sifneos (1972, 1987), Mann (1973) y Davanloo (1978,1980), como venimos comentando.

Probablemente, la historia del último siglo con la irrupción del psicoanálisis y la diversidad de enfoques y estrategias que a partir de él se han desarrollado con un saldo de probada eficacia en el alivio, cura o recauzamiento del sufrimiento humano, han contribuido a su legitimación.

Asimilada a la cultura, la psicoterapia en singular y en plural ha entrado en las universidades, los hospitales, los grupos de autoayuda y el imaginario colectivo en general.

El impacto ha sido tan global que en la medida que se ha convertido en un concepto bajo el cual se ampara cualquier teorización, la variedad terminológica y las adjetivaciones que las caracterizan son extraordinariamente

diversas. En tal proliferación influyen no sólo factores inherentes a la ciencia de la psique, por así llamar al campo de conocimiento que pretende sistematizar con rigurosidad la complejidad de los procesos psíquicos, sino también presiones económicas, políticas y culturales de muy diverso signo.

Desde el marco de las psicoterapias que derivan del psicoanálisis y que tienen por tanto como punto de partida el inconsciente, con arreglo a sus leyes y dinanismos, se proponen algunas reflexiones en torno a la llamada psicoterapia breve.

2.3.1. – *DEFINICIONES*

Aunque la psicoterapia no procede del psicoanálisis únicamente, la psicoterapia dinámica sí abreva de éste su teoría y fundamentos prácticos. Esta historia comienza con el cuestionamiento que empieza a tener la “cura tipo” basada en la asociación libre del paciente y la atención flotante del analista, como premisas esenciales del dispositivo psicoanalítico.

Ferenczi (1921,1928), Rank (1924) y Stekel (1938) comienzan a plantear cambios al formato clásico por el alargamiento de las terapias y la pasividad de los terapeutas.

Freud, como sabemos, observó con atención y tal vez tolerancia el “psicoanálisis activo” de Ferenczi, sobre todo en sus orígenes. Y aunque reconoció en algunos escritos la conveniencia de adaptar “nuestras técnicas a las nuevas condiciones” (1919) se desmarcó de esa modalidad al defender que la cura solo podía desarrollarse en abstinencia, aclarando que ello implicaba no finalizar prematuramente los análisis. En su última opinión del tema (1937)

rechazó la impaciencia del analista, calificó de coactiva esta clase de innovaciones y se opuso a su reglamentación.

Matizando “la cuestión del tiempo” Malugani (1990) advierte que el establecimiento a priori de la duración de la terapia puede desnaturalizar su sentido y que lo realmente importante es “la selección del área a tratar” pero luego indica que corresponde al terapeuta convenir cuándo se restringe o amplía la duración del abordaje terapéutico.

En verdad el adjetivo “breve” que acompaña a este enfoque y que obviamente nos remite al asunto de la delimitación temporal, vale decir que la duración de las sesiones terapéuticas, el intervalo entre ellas y su número total, cuando se interpreta literalmente conduce a la confusión y resulta restringido. En atención a esta situación Shazer (en Nardone y Watzlawick, 1999) ha planteado la conveniencia de diferenciar entre terapia breve, definidas según límites de tiempo y terapias breves definidas como una manera de solucionar problemas humanos.

Podemos decir, entonces, que psicoterapia breve de corte dinámico sería aquella que conservando los pilares de la técnica analítica (neutralidad, asociación libre y atención flotante) cumple los criterios de tiempo limitado, selección de foco y papel activo del terapeuta (Ávila y Poch, 1994, p. 477).

2.3.2. – BREVE NO SIGNIFICA CON PRISA

La limitación del tiempo, que originalmente fue introducida como un recurso para enfrentar el desequilibrio entre las demandas de los pacientes y las horas de terapia disponibles, ha llegado a considerarse como un ingrediente

técnico importante con ventajas terapéuticas reales. (Itzigsohn y Dasberg, 1985, p. 40)

Las modalidades desarrolladas por Mann (1973) en Boston, denominadas precisamente de “tiempo limitado”, y la de Malan (1963), en Londres, son las que lideran esta posición. Otras escuelas, igualmente destacadas, como la de Sifneos (1972) “provocadora de ansiedad”, la clásica de Bellak (2006) junto a la de Davanloo (1978,1980) en Canadá, quizás hacen menos énfasis en la cuestión temporal pero tampoco prescinden de ese principio común (Ávila y Poch, 1994).

El planteamiento lógico de evitar que el paciente materialice su deseo de “vivir dentro de un tiempo ilimitado que corresponde a la infancia” (Itzigsohn y Dasberg, 1985) parece influir de una u otra manera, en todos los modelos de terapia breve. Aunque no se trate de la misma terapia, incluso en los modelos agrupados bajo el rótulo de la terapia breve estratégica (Nardone y Portelli, 2005), se aprecia el mismo denominador común.

Más allá de esta suerte de innovación y abreviatura de los métodos y técnicas terapéuticas, cabe advertir mediante un aserto elemental que brevedad no es prisa. Y que es posible suponer, detrás de la retórica modernizante, que se asocia a la noción de velocidad que subyace en el ideal colectivo imponiendo el culto al rendimiento y la eficacia bajo la tiranía de los relojes.

Sin embargo, el tiempo psicológico es distinto del tiempo cronológico. Ya desde los griegos se diferencia el Cronos, o tiempo cuantitativo, del Kairos, tiempo cualitativo y tiempo del alma. Si algo ha demostrado la exploración del inconsciente durante más de un siglo es que la psicoterapia y el psicoanálisis

primordialmente pertenecen a la dimensión temporal de lo que sucede “en momento oportuno”, como también se define el Kairos, y no cuando arbitrariamente queremos (Echeverría, 1994).

La afirmación de Freud de que los procesos del inconsciente son intemporales (1915) y la elaboración que posteriormente realiza Lacan en referencia a su conceptualización del “tiempo lógico” que niega cualquier “contrato de duración”, reiteran que la prisa no hace sino eclipsar la apertura de lo realmente significativo en psicoterapia (Kaufmann, 1996).

En la misma línea, aunque desde otra perspectiva conceptual diferente del psicoanálisis, López-Pedraza (2006) recuerda que en psicoterapia, se requiere de un periodo de “incubación” para que emerja, por así decirlo, la conciencia del paciente. Y que ese “tempo” de lentitud, muy diferente del tiempo de sus síntomas, posibilita la comunicación más honda entre aquel y su terapeuta.

2.3.3. – *FOCO TAMPOCO ES PODER*

El otro eje que define a las psicoterapias breves es su estructuración alrededor de un foco (Ávila y Poch, 1994) cuya selección se hace en base a lo que el paciente trae, que puede ser un conflicto, unas ansiedades o una problemática en el mundo de sus relaciones. Y se aclara que no se impone. La selección de tal foco se comprende como la concentración en la resolución de un conflicto claramente identificado (Malugani, 1990).

Aquí también pueden aparecer graves distorsiones con la cuestión de la prisa y el sutil deslizamiento del poder. Aun cuando el foco se debe encarar como una hipótesis psicodinámica de los conflictos psíquicos y por tanto

alejados de cualquier pragmatismo, el propósito de actuar con celeridad puede extraviarnos por los caminos del mando y la sugestión.

¿Dónde termina el papel activo del terapeuta y dónde comienza lo que Guggenbuhl-Craig (1992) denominó “la sombra charlatana del terapeuta”?

Puede argüirse con suficientes razones que el riesgo es similar en cualquier relación terapéutica, que la contratransferencia es una realidad y que lo primordial en todo caso es el análisis del analista y su debida supervisión. Es cierto. Pero no especulamos al creer que un encuadre dominado por el apremio tiene más riesgos que otros en los que se permite la “incubación” y el análisis de la transferencia.

En el marco de la prisa y del poder, los riesgos están a la vista. Pasar de la pasividad al furor sanandis, o como diría Lacan (1975) “*la pasión neurótica de satisfacer la demanda del Otro y así acallar la particularidad y la heterogeneidad de la determinación sintomática, de lo real en juego en todo sujeto vivo*”. Privilegiar la técnica sobre la relación. Ignorar que el saber fundamental reside en la persona que sufre (p.595).

Y para terminar estas líneas, rescatamos las sencillas y sugerentes palabras de Ziegler:

“La psicoterapia, por su pasividad, pertenece a una forma particular de servicio. Requiere un entrenamiento inusual para evitar caer en acciones concretas o en cualquier tipo de actividad que destruya la contención de nuestra energía emocional para que esta pueda trabajar invisiblemente detrás del escenario. La terapia verbal incluye la reflexión instintiva y busca la esencia, lo esencial, dejando las impresiones emocionales para un segundo plano. La reflexión es hermenéutica y es tan fácil como difícil. Parece ser la cosa más simple del mundo y es a la vez la más compleja” (en López-Pedraza, 2006, p.72)

CAPÍTULO III.

***CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA CURA EN
PSICOTERAPIA***

CAPÍTULO III. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA CURA EN PSICOTERAPIA

3.1 ALIANZA TERAPÉUTICA

3.2 TRASFERENCIA

3.3 CONTRATRANSFERENCIA

3.1 ALIANZA TERAPÉUTICA

En cualquier procedimiento terapéutico debe tenerse en cuenta el componente esencial de la relación terapéutica: la alianza terapéutica.

La conceptualización del término, ha ido desarrollándose en el último siglo, surgiendo un interés creciente por la investigación por revisar su contribución al éxito de los tratamientos (Hatcher y Barnds, 2006; Hovarth y Greenberg, 1994, Horvath y Luborsky, 1993).

De una manera general, los analistas de la Asociación Psicoanalítica Internacional, cifraron el objetivo de los tratamientos en el hecho de obtener un insight con el paciente mediante la utilización de la alianza terapéutica y la identificación con el analista. (Álvarez, Esteban y Sauvagnat, 2004)

Freud en 1909 ya anunciaba la importancia de la transferencia como el fenómeno establecido en cualquiera de las relaciones humanas. Más específicamente, en el contexto terapéutico, el neurótico vierte vivencias amorosas tempranas que ya no puede evocar en el recuerdo y que solo pueden solucionarse a través del desplazamiento de afectos en la figura del médico.

Bajo el peligro de que el paciente lo experimente como vivencias objetivas, el analista asumirá la tarea de mostrarle que se trata de un espejismo del pasado, para evitar así que tanto la transferencia positiva como la negativa (1940 [1938]) en sus extremos –el enamoramiento y el odio- se conviertan en un impedimento para mantener el acuerdo del análisis.

A esta renuncia del análisis como fuente de la resistencia se refiere Lacan en la lógica del fantasma (1967) donde nos explica la transferencia sujeta bajo la posición falsa de ser el sujeto del supuesto saber.

Safran y Muran (2005) establecen dos líneas de investigación psicoanalíticas a partir de Freud acerca de la relación terapéutica, que ya había sido nombrada como “colaboración” del paciente en su proceso terapéutico por Breuer y Freud (1893-1895).

En la primera se destaca la influencia de Ferenczi (1931) por el énfasis en la vivencia del paciente en la relación con el analista de sus recuerdos del pasado, idea retomada por psicoanalistas como Winnicott (1965), Balint (1968) y Alexander y French (1946) en su exposición de la experiencia emocional correctiva.

La otra línea de investigación vendría de la Psicología del Ego. Reorientan la atención de los afectos que se desprenden de la relación trasferencial hacia la relación terapéutica real refiriéndose a ella como noción del trabajo o la alianza de trabajo.

A partir de entonces, empiezan a surgir los intentos por acotar el concepto y definir su papel en el proceso de cura. Se utilizan términos como “partición de la terapéutica en el ego” de Sterba (1934), “transferencia racional” de Fenichel (1941) o “transferencia madura” de Stone (1961).

El primero de los autores referidos, ofreció una definición de la alianza en términos de la colaboración realista, desde el yo del paciente, capaz de identificar el papel del terapeuta, observar y someter a crítica su propio

funcionamiento, a pesar de existir otra parte del sujeto conflictuada, no realista y que incluso se oponga al trabajo terapéutico.

La alianza se incluye por tanto en la parte “sana o adulta” del paciente (Meltzer, 1967) con la que el terapeuta se “alía” para trabajar.

Aunque Sterba sea reconocido como un importante propulsor del interés por la alianza terapéutica en el ámbito psicoanalítico, fue Zetzel (1956) quien inició la actual tendencia a distinguir entre los aspectos transferenciales y los aspectos reales de la relación. La transferencia acogería la parte más neurótica del paciente, en la que se depositan conflictos sujetos a la repetición a través de la figura del terapeuta, mientras que la alianza hablaría de la relación real de la díada paciente-terapeuta, que podrá verse facilitada o entorpecida según se haya establecido una transferencia positiva o negativa.

Pero este aspecto no es el único que contribuye a la colaboración del paciente en el proceso de la terapia. La fuerza de la alianza está sobre todo mediada por la patología del paciente. Cuanto más alterado esté el paciente, más difícil será establecer y mantener una alianza confiable.

Aunque hay autores para los que no resulta pertinente establecer la diferenciación entre los conceptos de alianza y transferencia, como es el caso de Brenner (1979), que en esa misma línea comenta que los límites entre uno y otro concepto siempre están teñidos por las experiencias pasadas.

La defensa de la alianza quedó planteada por Emeterio (2003) como sigue: independientemente de la gravedad de la psicopatología una positiva alianza terapéutica se asocia con un mejor cumplimiento de la medicación y mejores resultados.

En cuanto a la adherencia al tratamiento, estos resultados son coherentes con otros estudios que la ponen en relación con los factores terapéuticos (Beutler, 1991).

En lo que concierne a los aspectos a investigar de la alianza, Bordin (1979) jugó un papel decisivo, pero en su definición aparece una contribución quizás indiferenciada entre la voluntad del terapeuta y la capacidad del paciente para establecer una relación y trabajar conjuntamente en la terapia.

La calidad de la alianza terapéutica es el mejor predictor del éxito del tratamiento en diversos tratamientos psicológicos. Este hallazgo se ha encontrado en numerosas investigaciones durante las últimas décadas (Alexander y Luborsky, 1986; Hovarth, Gaston y Luborsky, 1993; Hovarth y Greenberg, 1994; Hovarth y Symonds, 1991; Orlinsky, Grawe y Parks, 1994) como señalan Safran y Muran (2005).

Por lo tanto, el estudio de los factores que influyen en su construcción cobra especial importancia en el marco de la clínica, y un lugar privilegiado en los intentos de la investigación por sistematizar aquellos elementos que le son atribuibles.

Antes de entrar a detallar de manera más minuciosa el concepto de alianza, es interesante diferenciar los conceptos que Meissner, en el 2007, identifica como diferenciados y que conviven de forma simultánea en la relación terapéutica.

El primero de ellos es la transferencia, integrada por afectos y actitudes generadas en relaciones significativas para el paciente en un pasado, sin que se deriven necesariamente de la relación con los padres o resto de cuidadores.

El segundo es la alianza, sujeta a los acuerdos negociados encaminados para facilitar el análisis del que se desprenden aspectos relacionados con la contribución del paciente y del propio terapeuta. Aquí se incluye el marco terapéutico, la autoridad, la responsabilidad, la empatía, la confianza, la autonomía, la iniciativa, la libertad, la neutralidad, la abstinencia y las consideraciones éticas determinadas.

Y por último, la relación real, que tiene lugar en el marco de la interacción entre el analista y su paciente como personas que funcionan en el mundo real.

Como se destacaba anteriormente, las contribuciones de Bordin en este aspecto de la relación terapéutica, esto es, la alianza, fueron numerosas. En 1976 establece los componentes que la integran: el acuerdo en las tareas, el vínculo positivo y el acuerdo en los objetivos.

Luborsky (1976) por su parte destaca los dos tipos de alianza que se establecen en función del lapso temporal en el que tiene lugar del proceso terapéutico: una, en el inicio de la terapia, por la que el paciente experimenta el apoyo y la ayuda del terapeuta, y otra que se da en las fases posteriores y que se relaciona más con la colaboración conjunta en los momentos de malestar.

Pero estas consideraciones han estado sometidas a intensos debates y actualmente no existe un consenso firme. Tal y como nos señalan Corbella y Botella (2003):

Orlinsky y Howard (1986) consideran que el vínculo terapéutico está formado por tres componentes entre los cuales está la alianza terapéutica, mientras que según Bordin (1994), la alianza terapéutica

está constituida por tres componentes, uno de las cuales es el vínculo terapéutico. (p208)

Los elementos que han marcado las principales líneas de investigación para estudiar la colaboración establecida en el marco terapéutico, han abarcado una amplia gama de factores que podemos resumir en dos líneas fundamentales, como nos señalan Colson, Horwitz, Allen, Frieswyk, Gabbard, Newsom y Coyne, (1998): por una parte el interno de las experiencias del paciente (por ejemplo, la confianza y el optimismo) y por otra, la contribución del terapeuta (la actividad se vuelve clínicamente significativa en la medida en que inhibe la crítica y facilita la colaboración del paciente).

El común de las aportaciones de ambos, tanto del terapeuta como del paciente, será la vía final sobre la que se establece la alianza.

Allen, Newsom, Gabbard, Coyne, (1984), desarrollan una escala tipo likert de 5 puntos, para determinar el grado en que el paciente está haciendo un uso óptimo del tratamiento en la que consideran los siguientes aspectos:

- (a) trabaja activamente en la sesión,
- (b) incluye cuestiones significativas y material en el tratamiento,
- (c) proporciona información abierta y expresa sentimientos,
- (d) hace un buen uso de los esfuerzos de tratamiento el terapeuta,
- (e) se aplica el trabajo en la terapia (por ejemplo, ideas y asesoramiento) a la vida fuera de la terapia y

(f) adopta funciones terapéuticas (por ejemplo, la observación de sí) para continuar con el trabajo independiente.

Autores como Hartley (1985) y Stiles, Shapiro, y Elliot (1986), Strupp (1980), apuntan la conveniencia de ver la colaboración del paciente- como el marcador principal de la alianza.

Las características del terapeuta se convierten en este punto en un aspecto destacado y ya no solo desde su pericia profesional, experiencia o conocimientos sino también en cuanto a “las variables personales y las actitudes del profesional que parecen fundamentales y señalan el grado de importancia de los aspectos pertenecientes al propio profesional en relación a la efectividad de los tratamientos” (Bulbena y Fernández, 2000, p. 483).

Curtis, Field, Knaan-Kostman y Mannix, (2004) evalúan 68 comportamientos de un grupo de psicoanalistas identificados como útiles por sus pacientes. Los hallazgos encontrados fueron que los comportamientos más valorados eran los de apoyo y aceptación -como por ejemplo: mi analista fue imparcial, no crítica-, las preguntas que ayudan a pensar y sentir de manera alternativa, así como la expresión afectiva del terapeuta y la muestra de calor y validación de la experiencia.

Estos mismos autores destacan una revisión reciente realizada por Bohart, Elliot, Greenberg, y Watson (2002), sobre las características del terapeuta en relación a la mejora del paciente y hallan la empatía, la apertura y exploración como los factores más importantes.

El trabajo de Dozier, Cue, y Barnett, (1994) destacan la contribución de los estilos de apego del terapeuta, sugiriendo que la inseguridad del terapeuta

tiende a reforzar los patrones de apego inseguro, mientras que los terapeutas más seguros tienden a contrarrestarla y son más capaces de establecer una alianza terapéutica significativa.

No es tan legítimo preguntarse entonces por los aspectos técnicos de la terapia; más bien parece que los resultados de un tratamiento tienen una parte importante de subjetividad vivida por el paciente en la genuina relación, que debidamente fantaseada y simbolizada en el imaginario del paciente, tiene mayor poder de curación que ninguna otra estrategia, incluso en los casos más graves de desestructuración psíquica como es la psicosis.

En un estudio realizado por Vermont desde 1995 con casi 300 pacientes con trastorno mental grave, la mayoría con diagnóstico de esquizofrenia, las principales razones que dieron para explicar su lucha frente a la recuperación giraba en torno a la esperanza de cambio, y en pensar que había profesionales e instituciones que creían en ellos. Tras un programa de desinstitucionalización, 30 años después de la experiencia el 84% de los participantes se cuidaban a si mismos, el 68% presentaba pocos síntomas psicóticos o ninguno, el 64% había tenido menos de dos hospitalizaciones en los 20 años siguientes al alta (Pastor, Blanco y Navarro, 2010).

Y estos resultados tienen consistencia dentro de otros enfoques de psicoterapia que no solo se limitan a los resultados encontrados en las terapias de orientación psicoanalítica. Horvath y Luborsky, (1993) encuentran que la alianza explica el 50% la varianza terapéutica en un estudio en el que se incluyó un amplio espectro de tipos de psicoterapia. Aunque otros estudios sitúen por debajo esta influencia en la mejoría, como el 30% hallado por Lambert, (1992), estos hallazgos son los que impulsan la atención de la

investigación sobre los factores comunes a todas las orientaciones psicoterapéuticas, donde se destaca el papel crucial de la alianza.

3.2 TRANSFERENCIA

La etimología del concepto de la transferencia viene del vocablo constituido por el verbo latino *fero*, que significa "llevar," "trasladar" y la proposición latina *trans*, que significa "al otro lado de". Y en esto estriba la actividad de la transferencia, en trasladar emociones, vivencias, reacciones, etc., de un tiempo pasado a otro presente.

En la tradición psicoanalítica, la transferencia ha sido el núcleo de la técnica terapéutica entendida como lo que le permite al paciente sentirse en confianza y tener ganas de hablar, de intentar descubrir y comprender lo que le pasa; y por otra parte, puede ser el lugar de las resistencias más obstinadas al progreso de la cura.

Villamarzo (1995) define la transferencia a nivel técnico como:

Establecimiento inconsciente de una "falsa conexión" entre dichas experiencias emocionales infantiles y la persona del terapeuta en tanto que actual centro de obsesiva polarización de las mismas (p.72).

Aunque cada escuela psicoanalítica ponga el acento en uno u otro aspecto de la transferencia, se puede entender como la construcción del espacio de relación que tiene lugar en la díada de los dos reales y los fenómenos inter e intra personales que se ponen en juego, en el que aparecen las vivencias psíquicas de ambos, y que se depositan en toda relación.

El análisis del fenómeno transferencial -en otras orientaciones no dinámicas- ha quedado subyugado bajo la función del aquí y el ahora, donde se gesta predominantemente la relación con el paciente. Si bien la función

actual tiene su espacio y atención para el analista, se considera también una zona de trabajo centrado en lo transferido, esto es, que los pacientes "llevan", "trasladan", experiencias vividas en un momento determinado de su vida, a "otro lado", más allá de aquel momento y, por tanto, se comportaban relacional y emocionalmente con el *Otro* (en este caso, el terapeuta) según las experiencias de su pasado. No tener en cuenta la transferencia es olvidarse de la memoria¹¹ del paciente, la memoria como la influencia de los hechos pasados sobre el comportamiento y las experiencias presentes del sujeto.

En este sentido, el concepto de transferencia describe algo fundamental en el propio curso vital: es imposible vivir sin el influjo constante de la propia historia.

Talarn y Maestre, (1994) destacan tres ideas fundamentales del fenómeno:

- Es un fenómeno universal, se da en todos y en toda situación.
- Se basa en la premisa de que, por definición, se conserva siempre algo de lo que se ha vivido o sido con anterioridad.
- Supone una superposición de situaciones pretéritas a situaciones actuales, quedando, entonces, estas últimas más o menos deformadas en función de esta superposición. (p. 299)

El concepto de la transferencia solo puede entenderse desde su propia evolución histórica para discriminar los diferentes significados que se le han atribuido.

Freud comienza a definirlo como el nexo entre los síntomas del paciente en el presente y la relación que ellos tienen con la biografía pasada. (1895). La

¹¹ Aunque la transferencia no es recordar. Lo vivido en el pasado sobrevive en el presente, no se borra

disociación que el paciente establece entre su pasado y su presente, y cómo se vincula esto a la figura del médico, suponía una barrera que podía introducir en el proceso de la cura elementos que interrumpieran la asociación libre. Lo que el paciente vivió en el pasado se revive en el presente como si fuese un vínculo actual que se experimenta con la figura del médico.

La neurosis que sufre el paciente en el momento de la consulta responde a una reedición de los conflictos infantiles, esto es, la neurosis infantil que se revive con el analista a través de la neurosis de transferencia.

Pero esta concepción de la transferencia como un obstáculo al servicio de la resistencia (transferencia negativa) también funciona como agente terapéutico para la “cura” (transferencia positiva).

Sin embargo debemos entender que la expresión de la transferencia, en su vertiente positiva y negativa, debe evaluarse de distinto modo según la persona. Un ejemplo clarificador lo encontramos en Jung que nos dice que para una persona infantil-obediente, una transferencia positiva es un camino peligroso de evasión de sus deseos vitales, no así para un tipo infantil-rebelde en la que la misma expresión daría cuenta de una significación terapéutica. (Quiroga, 2003).

Del mismo modo se concibe la transferencia no como una mera *“proyección de fantasías eróticas infantiles, sino también como un proceso de empatía y adaptación”* (Ibid, p.193).

A lo largo de su obra, el maestro vienés se interroga acerca de la diferencia entre transferencia y sugestión, y amén de estas, se interesa por buscar la relación entre transferencia e interpretación. Así el interés se concentró entonces en saber si la transferencia debía ser entendida como el objeto

privilegiado de la interpretación o si, por el contrario, se la debía considerar como un instrumento para acceder al inconsciente (Álvarez, Esteban y Sauvagnat, 2004).

Para Lacan (1960), la transferencia es advertida y es vinculada a lo más esencial de la presencia del pasado en tanto ésta es descubierta por el análisis, y éste fenómeno se maneja a través de la interpretación. Define a la transferencia como una fuente de ficción, en la que el sujeto fabrica, construye algo. (Ibid, p.203)

Después de Freud, el concepto de la transferencia ha sido analizado y ampliado a la par de los desarrollos teóricos que se sucedieron dentro del psicoanálisis.

Anna Freud (1936) matiza la transferencia abriendo su interpretación al de una repetición del conflicto primario con las figuras infantiles al fenómeno actual que implica directamente al terapeuta como reacción de los afectos depositados en él.

Para Strachey (1934) la forma de aumentar la eficacia de las intervenciones era sirviéndose de la transferencia, a la que asume un papel de crucial importancia en el diálogo con el paciente.

Melanie Klein (1932) en su trabajo con niños, interpreta cualquier comportamiento como la repetición de los conflictos surgidos en el infante durante su primer año de vida, y todas las intervenciones del trabajo analítico se dirigen a la interpretación de la transferencia.

Edgard Glover (1937) entiende la transferencia como un concepto que engloba todo cuanto aconteció en la vida del individuo, tanto lo recordado como lo olvidado, que se desplaza en la situación analítica hacia la figura del analista.

Greenson (1965), limita el impacto de la transferencia en el espacio de relación del paciente con el terapeuta. No todo lo que ocurre entre ambos es transferencia, esto es, una repetición de afectos correspondientes a otras figuras. Así deja abierta la posibilidad a que existan afectos genuinos que formen parte de la relación actual. Para establecer la diferencia entre ambas situaciones plantea las condiciones a cumplirse en la transferencia: que sea una repetición del pasado y ésta resulte inadecuada en el presente.

Otros psicoanalistas fueron haciendo definiciones de la transferencia en la línea de acotar su expresión a la situación analítica, como Waelder (1956) o Loewenstein (1969), que circunscriben la experiencia transferencial en el marco del consultorio en el que tiene lugar y no fuera de este.

Pero si entendemos la transferencia, tal y como lo hace Hillman (1992), no solo dentro de su contexto psicopatológico, sino más bien como el paradigma de las relaciones en general, la transferencia sería el fenómeno que tiene lugar donde quiera que haya una relación que signifique algo para el alma (p.129)

3.3 CONTRATRASFERENCEIA

La contratransferencia sería el acompañamiento obligado de la transferencia por parte del analista, entendida como la suma de los afectos suscitados en él por su paciente. Puede entenderse como la otra cara de la moneda en la que se sitúan la transferencia y la contratransferencia.

Así de la misma forma que la transferencia se emplea como referente a la totalidad del vínculo establecido con el paciente, la contratransferencia está “enganchada” también en un sentido general al proceso de terapia.

Siguiendo la línea planteada por Talarn y Maestre (1994), tal y como se presentó en el apartado anterior, cuando proponían que la transferencia es un fenómeno universal que nos sucede a todos y en todas las situaciones, consideran que “el terapeuta también vive este fenómeno y que lo vive dentro y fuera de la consulta, cuando ejerce como terapeuta y cuando no lo hace” (p.302)

Freud habla de ella en 1910, y nos dice al respecto:

Se nos ha hecho visible la contratransferencia que surge en el médico bajo el influjo del enfermo sobre su sentir inconsciente, y nos hallamos muy inclinados a exigir, como norma general, el reconocimiento de esta contra-transferencia por el médico mismo y su vencimiento (...) y hemos observado que ningún psicoanalítico llega más allá de cuanto se lo permiten sus propios complejos y resistencias...(O.C.II. p 1566).

Al igual que había sucedido con la concepción de la transferencia en los primeros momentos, en que suponía un impedimento para la asociación libre

del paciente, la contratransferencia contamina la comprensión del terapeuta, tal y como evidencia en 1915 a propósito del análisis del amor de transferencia:

Nuestro dominio sobre nosotros mismos no es tan grande que descarte la posibilidad de encontrarnos de pronto con que hemos ido más allá de lo que nos habíamos propuesto. Así pues, mi opinión es que no debemos apartarnos un punto de la neutralidad que nos procura el vencimiento de la transferencia recíproca. (O.C.II. p 1692)

Y en su análisis del fenómeno, nos previene de las consecuencias que tendría sucumbir a los deseos del terapeuta en reacción a la demanda de amor del paciente (1915):

El hecho de que la paciente viera correspondidas sus pretensiones amorosas constituiría una victoria para ella y una total derrota para la cura (...) En el curso ulterior de sus relaciones amorosas manifestaría luego todas las inhibiciones y todas las reacciones patológicas de su vida erótica, sin que fuera posible corregirlas (...) (O.C.II. p.1693).

La manera en que resuelve la dificultad que puede aparecer en el terapeuta como consecuencia inevitable también de su condición humana, como sujeto psíquico gobernado por su inconsciente, es a través del análisis didacta, que será un requisito imprescindible para el ejercicio del psicoanálisis.

En palabras de Jung (1963) en relación a este análisis del terapeuta decía: “el tratamiento de la paciente comienza con el médico. Sólo si el médico sabe cómo hacer frente a sí mismo y a sus propios problemas será capaz de enseñar al paciente a hacer lo mismo “(p. 132).

Posterior a Freud, aparecen referencias a la contratransferencia como resistencias del terapeuta que deben ser analizadas (Flies, 1953), como perturbación del proceso analítico (Winnicott, 1960).

Sharpe (1947) nos advierte de lo ineludible del fenómeno, diciendo que nos engañamos si creemos que no tenemos contratransferencias, pero que ésta solo tiene lugar cuando los sentimientos del terapeuta son inconscientes.

En la misma línea, autores como Reich (1951) destacan la importancia de su diferencia respecto de actitudes conscientes generadas hacia el paciente que nada tienen que ver con la contratransferencia, entendida como los afectos sobre el paciente, instaurados en el inconsciente del terapeuta y que lo colocan en el lugar de objeto del pasado, aunque especifica que la contratransferencia es un requisito fundamental para el análisis pero desde un segundo plano.

La visión de la contratransferencia como una herramienta al servicio del terapeuta y no solo como un impedimento en la terapia, la encontramos en otros autores como Heimann (1950) o Reich (1951). Esta idea aboga por su sentido de desvelar los procesos inconscientes del paciente, aquellos que quedan ocultos en su discurso manifiesto pero que generan un reflejo de la realidad interna experimentada por el analista. Es un fenómeno que permite comprender el significado oculto del paciente, en un espacio de encuentro entre los dos inconscientes.

En Kernberg (1965) encontramos una clara defensa de la vivencia de esas reacciones emocionales suscitadas en el analista por su valor en el

estudio de la analizabilidad de los trastornos profundos de personalidad y psicosis. En los casos de pacientes límites, la proyección de los objetos de sí mismo escindidos en la figura del analista son acogidos contratransferencialmente a través de una empatía que resuelve que en él también hay relaciones objetales primitivas que pueden ser movilizadas por las proyecciones del paciente.

Las palabras de Rozenfeld (1988) nos incitan a considerar el contacto con los sentimientos y pensamientos del paciente para experimentar en uno mismo lo que está ocurriendo, y lo considera un prerrequisito del tratamiento psicoanalítico.

Es desde este marco desde el que entendemos el fenómeno: el analista como sujeto psíquico que inevitablemente entra en contacto con el de su paciente, y esas respuestas emocionales son su aliado para comprender y poder analizar la transferencia del otro. Tal y como señalan Talarn y Maestre (1994):

(...) es gracias, en parte, a la contratransferencia por lo que el terapeuta puede ayudar a su paciente (un terapeuta sin contratransferencia sería una situación tan extraña como una madre que no responde emocionalmente ante su bebé, -situación que, en caso de darse, es de una enorme "toxicidad" mental y física para el bebé) (p.302)

Otro aspecto a considerar, tiene que ver con la manera en la que el analista responde a sus propias movilizaciones inconscientes. Esto implica reparar en las reacciones defensivas que puedan surgir en el terapeuta por los sentimientos eróticos o desagradables que el paciente despierte en él.

Nicoló (2001) en su análisis del trabajo clínico con adolescentes habla de cómo los analistas subestiman la importancia de estos sentimientos en la nueva relación de objeto, otorgada al analista en una dimensión de incógnita y misterio que debe existir en toda psicoterapia:

El adolescente puede proyectar en el analista aspectos inconscientes de la nueva identidad que siente que se está desarrollando dentro de él. Tales aspectos lo asustan precisamente porque esa identidad todavía no está completada (...) Pero lo desconocido y lo nuevo asustan también al analista. Por tal motivo estarán en primer plano la persona del analista y su capacidad de elaborar su propia adolescencia. (p.20)

Algunos teóricos sostienen que mediante el examen de las reacciones de contratransferencia, los terapeutas pueden ser capaces de profundizar en su empatía hacia los clientes y desarrollar conocimientos que ofrezcan un sentido de universalidad, en virtud de compartir una experiencia común (Gokin, 1987).

Sin embargo la discusión acerca de si se debe o no comunicar al paciente la relación contratransferencial en el curso del tratamiento está aun sin resolver. Algunos terapeutas defienden la conveniencia de compartirla con sus clientes (Audet y Everall, 2003) y otros nos advierten contra de ella (Aron, 1996).

Myers y Hayes (2006) realizan un estudio en el que se utilizaron grabaciones en video de las sesiones de terapia, para analizar su impacto y concluyen que la adecuación dependerá de la alianza de trabajo. De tal manera que las revelaciones del terapeuta no afectan a la percepción del paciente

sobre su analista cuando la alianza es fuerte. Sin embargo, cuando la alianza era débil, el terapeuta fue percibido como menos experto y las sesiones pasaron a considerarse menos profundas.

Pero el abordaje de este tema, no solo debe ser entendido, desde la figura de un analista apartado del fenómeno transferencial, esto es, como un mero receptor o contenedor de las vivencias del paciente que reacciona contra-la-transferencia precisamente en la llamada *contratransferencia*.

Lacan (1959) nos llamaba la atención al respecto colocando la discusión del lado del terapeuta alrededor del deseo. El problema del análisis es justamente el del deseo que el sujeto tiene y que se refiere al deseo del Otro. Así se entiende que el análisis no es una simple reconstitución del pasado, sino una pregunta que alude a otra dimensión, esto es, la función del deseo. Y Lacan se pregunta si es al fin de cuentas aquel deseo que va a afrontarse en el análisis, el deseo del analista.

Siguiendo la línea que reconoce y da preferencia a la psique del analista, Hillman (1992) da un paso más que lo aleja de la noción freudiana del analista como reflectante. Nos habla del *daimon* del terapeuta, que conferido por su deseo, busca llevar al alma la salud de la consciencia, de la imaginación, de la belleza, así como constelar con su propia psique el eros del otro. Por tanto, se admite que lo que el analista lleva al encuentro, la llamada *contratransferencia*, es en realidad anterior a la transferencia (p.131).

CAPÍTULO IV.

CONSIDERACIONES DEL MODELO DE MALAN

CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES DEL MODELO DE MALAN

4.1 JUSTIFICACIÓN CLÍNICA

4.2 EL TIEMPO LÓGICO

4.3 RELACIONES Y CONFLICTO

4.4 MECANISMOS DE DEFENSA

4.1 JUSTIFICACIÓN CLÍNICA

La elección del modelo propuesto para la investigación sigue la línea de las hipótesis triangulares de Malan (1963), de la que se desprende un respaldo sólido de la investigación y una perspectiva del conflicto desde un esquema integrador que facilita el trabajo clínico.

A diferencia de otros modelos, no se enfatiza un aspecto concreto como encontramos por ejemplo en la PDTL en la que prevalece todo lo que concierne a la experiencia vital interpersonal; en el modelo de Sifneos (1972,1987), donde el foco de atención se centra fundamentalmente en la confrontación y tratamiento de las angustias, o el de Mann (1973), que prioriza desde un punto de vista teórico el proceso de separación-individuación.

Desde esta aportación, la comprensión del conflicto se analiza a partir de la elaboración de las defensas, angustias y sentimientos/impulsos ocultos en el paciente (*Triángulo del conflicto*), incluyendo para su exploración todas las relaciones afectivas del paciente (*Triángulo de las personas*) en las manifestaciones transferenciales, con los otros y con los padres.

La elección de una psicoterapia de corta duración abre la inserción del tratamiento a otros dispositivos de atención más allá de las consultas privadas como por ejemplo, la atención ambulatoria, servicios universitarios o seguros privados y concertados que limitan las intervenciones a un reducido número de sesiones por cuestiones de optimización de recursos y partidas presupuestarias.

De hecho, desde hace 35 años se viene utilizando la modalidad grupal de este tratamiento en psicoterapia dinámica breve en el ámbito público en 15 Unidades Psiquiátricas de España y Suiza (Guimón, 2010)

Por otra parte, los abandonos tempranos de los tratamientos de psicoterapia vienen ganando espacio en las investigaciones y discusiones del ámbito clínico, como demuestra la literatura nacional e internacional (Bento y Tiellet, 2010) que sitúan estas tasas entre el 24% y el 66% en países como Inglaterra, Estados Unidos o España, haciendo más necesaria la presencia de tratamientos breves.

De otro lado, su enfoque específico atiende a las demandas a partir de una comprensión dinámica y profunda de las manifestaciones psíquicas del sufrimiento humano, que como Díaz (2011) señala, no abandona la línea psicoanalítica del conocimiento de sí mismo -de sus deseos, temores, pensamientos y emociones inconscientes-, que incluye los tres factores fundamentales del cambio: la interpretación, el vínculo terapéutico y el análisis de los procesos de transferencia-contratransferencia.

Este modelo se aleja por tanto de los directivos que contienen aquellas actividades del terapeuta que animan (alientan, estimulan) al cliente a exhibir y practicar comportamientos particulares dentro y fuera de la sesión e incluye instrucciones, consejos y tareas (Schaap, Bennun, Schindler y Hoogduin, 1993).

En un metanálisis realizado por Svartberg y Stiles (1991), evaluaron los resultados y efectos diferenciales de la psicoterapia psicodinámica a corto plazo en comparación con el no-tratamiento y con psicoterapias alternativas (en su mayoría cognitivo-conductual, conductual y experiencias). Encontraron que

la técnica de interpretación de la transferencia resulto más efectiva que la técnica directiva en la mayoría de los estudios.

Como se ha expuesto en el capítulo II, los parámetros técnicos característicos de la psicoterapia psicoanalítica breve son variados y flexibles.

En lo que a intervenciones sobre el contenido verbalizado del paciente se refiere, encontramos gran variedad de técnicas, que van desde las más amplias (función elucidatoria, catarsis) hasta las más específicas (confrontaciones, esclarecimiento).

De esta manera se fomenta un repertorio flexible de estilos relacionales y un amplio rango de técnicas pertinentes que como Arbach, Lourido y Mas (2010) concluyen tras una amplia revisión de estudios, aumentan los resultados del tratamiento.

4.2. EL TIEMPO LÓGICO

Las propuestas que se establecen desde los modelos de psicoterapia, son diversas en cuanto a la temporalidad de la intervención.

Aunque no es sólo una cuestión de tiempo la que imprime las diferencias entre las psicoterapias breves y otros tratamientos de corte psicoanalítico, es sin duda un aspecto de crucial importancia a la hora de analizar las dimensiones que se ponen en juego.

En el modelo propuesto por Malan (1963), tal y como se comentó en el capítulo II en referencia a los aspectos técnicos, el establecimiento del límite temporal se sitúa en los seis meses de tratamiento. Las sesiones podrán tener una frecuencia de una o dos a la semana en un total de 20, lo que está en concordancia con los estudios que analizan los efectos de la psicoterapia según el lapso temporal. Como encontramos en el estudio de Howard, Kopta, Krause y Orlinsky (1986) a partir de la vigésimo sexta sesión de tratamiento, el número de pacientes que obtienen mejoría sigue una curva negativamente acelerada.

Resultados similares apuntan Baldwin, Berkeljon, Atkins, Olsen, y Nielsen (2009); Barkham et al. (2006) y Kopta (2003), indicando que dosis elevadas de sesiones comienzan bien a “intoxicar” la eficacia de la intervención, bien a mantener estáticas las mejorías siguiendo éstas un curso asintótico.

Este es precisamente uno de los retos más importantes a los que se enfrenta la Psicología Clínica actualmente, la de conseguir resultados positivos, en un breve período de tiempo, pues sólo así podrá competir con otros profesionales en el tratamiento de los trastornos mentales.

Como nos señalan Labrador, Fernández y Ballesteros, (2011) en España, los seguros privados que cubren atención psicológica costean veinte sesiones en los casos de Adeslas, Caser y MAPFRE, quince en DKV Seguros o diez en Reale.

En el Sistema Público de Salud no hay límite, si bien la disponibilidad de tiempo, dado el volumen de casos, no suele ser superior.

Pero el tiempo del paciente no es un tiempo objetivo, y por tanto es fundamental desde este encuadre tener en cuenta cómo es la construcción del tiempo relacional. El significado relativo al tiempo es un reflejo de su propia vida, configurada de una forma particular e individual. Su tiempo habla de él, de sus dificultades, de su conocimiento del sí mismo y de la posibilidad de integrarse con él en su día a día y este aspecto es en el que nos detendremos en las líneas siguientes.

En cualquier relación el futuro es una construcción incierta que no aparece especificada. Sin embargo, en el contexto de una relación terapéutica de carácter breve, tanto paciente como terapeuta se relacionan siendo conocedores de esa temporalidad, dicha o no.

En este contexto puede aparecer la tendencia a revelar los aspectos íntimos y ocultos de la personalidad pero su esclarecimiento no siempre se da de la misma forma. La naturaleza de la relación está dispuesta en función del

tiempo interno de ambos agentes (paciente y terapeuta), inherente a la personalidad de cada uno de ellos.

Encontramos por ejemplo en el psicótico un tiempo caótico, desorganizado, en el melancólico un tiempo ralentizado, detenido. Percibimos en el obsesivo un tiempo carcelario, inflexible y rígido, tiempo acelerado en el maníaco. En el borderline los límites temporales, la fijeza de sesiones, el compromiso de la rutina establece un punto de referencia. Desde esta perspectiva, el tiempo se maneja también como un artificio de la técnica al servicio del progreso.

Gillerón (2004) estructura un esquema que incluye la organización de la personalidad y la temporalidad donde nos da algunas claves a tener en cuenta: Desde la psicosis, hay un uso fragmentado del tiempo donde la organización cronológica está perturbada, como ocurre en el esquizofrénico, con el pasado, el presente y el futuro, desintegrados en su dimensión histórica; o la paranoia en la que aparece la necesidad de vivir en un futuro predeterminado -ejemplo: las profecías de los delirantes interpretativos-.

Algunas sugerencias del manejo del tiempo incluyen respecto a los borderline, que lo más efectivo son las intervenciones en crisis para reformular su sistema de defensa. En los dependientes, contrario a la idea generalmente aceptada, es mejor aumentar la frecuencia de sesiones sin fijar un límite en el tratamiento ya que éste se vive como una intolerancia del terapeuta y su ausencia produce un efecto de sorpresa que favorece la elaboración.

En la neurosis por el contrario, las tres dimensiones (pasado, presente y futuro) son reconocidas, bien identificadas y coordinadas en una interacción dinámica.

No obstante, de una forma general, el neurótico cambia la percepción del futuro y lo interpreta en función del pasado (Ibid, pp. 124-125).

Considerando ese valor subjetivo del tiempo en psicoterapia, se reconoce también la vivencia, más allá de la mera patología, como sujeta a los avatares emocionales. Pensemos por ejemplo en cómo el tiempo transcurre lento cuando algo nos resulta tedioso y cómo parece desvanecerse con rapidez cuando disfrutamos de lo que hacemos. Shopenhauer (2010) ya nos decía que *“nuestra existencia es tanto más feliz cuanto menos la sentimos, de donde se deduce que mejor valdría verse libre de ella”*.

En cuanto a la tendencia de nuestra sociedad en general, como analiza Colina (2011) imperan la levedad y la rapidez frente a lo sólido y lento -sin duda unida a la falta de gusto por la autoconstrucción-, apareciendo la llamada a la brevedad.

En psicoterapia psicoanalítica breve esta brevedad del tiempo aparece, pero lo hace desde varios niveles: los dos tiempos internos, fantasmáticos del paciente y del terapeuta (tiempo subjetivo), y un tercer tiempo que se sitúa entre ambos: el tiempo del cronómetro (tiempo objetivo).

Respecto al último, del tratamiento se desprenden los momentos de inicio y final, el tiempo entre sesiones que se espacian (ejemplo: las vacaciones) o se acortan en los momentos de mayor sufrimiento del paciente (ejemplo: ampliación del número de sesiones semanales). El tiempo en cada sesión como una construcción cambiante: hay tiempos vacíos (espacios de “impasse” plagados de silencios), etc.

Pero también fuera de las paredes del consultorio, el tiempo y sus avatares, constituyen un escollo a tener en cuenta: en la propia vida

encontramos rupturas de la continuidad temporal. Momentos de crisis, de cambios, que con frecuencia precipitan la búsqueda de un apoyo externo que restablezca la construcción del tiempo.

Si nos fijamos en la referencia al tiempo lógico de la enciclopedia del psicoanálisis de Kaufmann (1996) se destaca la aportación que Lacan hizo desde 1945, otorgando un lugar decisivo a una dimensión temporal nueva: la prisa, como el momento de concluir el tratamiento que se precipita para recuperar su eventual retardo.

En relación a este concepto, rescatamos de nuevo las palabras de Colina (2006) que nos dice: *“todo conspira en contra del descanso y la lentitud, que hoy representan sendos equivalentes al fracaso”* (p40).

Y reflexiona acerca de esa contracorriente actual en la que evitamos rendirnos a nuestro tiempo subjetivo, en aras de una aceleración del tiempo y a *“quejarnos como nunca de sus momentos de flaqueza, a los que llamamos depresión”* (Ibid, p.40).

Todo ello para concluir, tras estas pocas líneas (como ya se exponía en el capítulo II), que la brevedad no es prisa en tanto se contempla el valor subjetivo del tiempo.

4.3 RELACIONES Y CONFLICTO

Nuestro modelo de trabajo clínico, como se exponía en la justificación de este capítulo, se ha centrado en la propuesta de Malan (1963). Es por ello que consideramos oportuno dedicar algunas líneas a los dos conceptos fundamentales de su estructura de trabajo: cómo entendemos el **conflicto** (triángulo del conflicto: angustia, sentimientos ocultos y defensas) y cómo se liberan los fenómenos psíquicos en el contexto analítico a través del análisis de las **relaciones** afectivas (triángulo de las personas).

Comenzamos por revisar las últimas, entendidas desde una perspectiva que se asienta en la infancia, se inscribe en un contexto cultural y representa el equilibrio entre los individuos y las experiencias que con ellos vamos sumando a la biografía personal.

En una primera aproximación, este diálogo con el otro (recogido en el triángulo de las relaciones por la figura de los padres, del terapeuta y de los otros) deviene del ámbito psíquico y por tanto va acompañado del sello de lo inconsciente, que tal y como Freud lo conceptualizó a partir de 1923, puede atribuirse al cualquiera de las tres instancias que rigen el funcionamiento de nuestra psique (el ello, el yo y el superyo).

Al ello correspondería la parte más pulsional e inconsciente, a la que nos referimos para situar el lugar de donde emergen nuestros *sentimientos ocultos* (Malan, 1963), precursores de la angustia que desencadena el funcionamiento de los mecanismos defensivos (detallados en el siguiente apartado).

Pero la puesta en marcha de toda la organización de procesos psíquicos, le corresponde a una instancia posterior en el desarrollo a la instancia del ello: el yo.

Como decía Villamarzo (1982-1983), el niño va desarrollando el yo con el contacto de la realidad y se va estructurando con los mecanismos que defienden a esta instancia frente a la angustia.

La explicación final que Freud le dio a la angustia llega en 1925, tras haber sido considerada previamente como una reacción del yo al displacer, originada por el rechazo de la libido. Esto es, en el yo y el ello (1923) se considera la libido (el impulso instintivo reprimido) como fuente de la angustia, para después entender a la instancia yoica como su única sede.

En este texto del maestro vienés (1925) nos especifica sus rasgos distintivos, igual en su afecto al miedo, pero de carácter impreciso, sin objeto determinado, de origen desconocido en su modalidad de angustia neurótica, a diferencia de la angustia real (miedo).

Sin embargo sus límites no siempre están tan claros y con frecuencia se mezclan, como ocurre en las experiencias traumáticas. En este caso es guiada por experiencias realmente experimentadas como peligrosas a la que se une el propio instinto de conservación. Su relación con la expectación pertenece a la situación peligrosa, y su imprecisión y su falta de objeto, a la situación traumática de desamparo anticipada en la situación peligrosa (Ibid)

Pero el tema de la angustia ha tenido otras lecturas, como la de Klein (1935). Este desarrollo en el niño aparece ya desde el primer año de vida en

forma de angustias persecutorias que condicionan su entrada en el mundo y se expresa en su relación con los objetos.

Y para terminar con el tema de la angustia, la discusión nos lleva a considerar otro ámbito esencial de nuestra psique, esto es, el sistema moral de la personalidad en relación al conflicto y la culpa, entendida por Freud como la condena del yo por su instancia más crítica: el superyo.

Son varias las obras en las que encontramos referencias a la formulación del superyo como heredero del complejo de Edipo (1925,1932, 1937-1939), en la que se instaura la prohibición de la ley paterna del incesto, transmitiendo la norma y los límites.

En relación a este aporte del complejo de Edipo como *una estructura mental compleja iniciática de los social* (de la Hoz, 2004), Lacan añadía la significación inconsciente del padre que consiste en la puesta en regla del sujeto con su deseo (1957). Esto es, en relación a la sustitución del deseo de la madre por la función del padre en el complejo de Edipo, -en tanto que ella hace el llamamiento a su nombre- y la posterior identificación con el nombre-del-padre que transmite la castración simbólica.

De la repercusión de este fenómeno psíquico destacamos dos elementos fundamentales que nos hacen retomar de nuevo lo que comenzábamos a razonar al principio de este apartado:

1.- Por una parte, lo que concierne al conflicto: el encanto de lo prohibido que dispensa al deseo un gusto de trasgresión nutrido por el tormento de la

culpa. La culpa que por añadidura, nos concede identidad con su rúbrica moral (Colina, 2006, p.25).

2.- De otro lado, la determinación de la psique en su relación con el otro como objeto pulsional causa de su deseo (Álvarez, Esteban y Saugvant, 2004) donde se privilegia el papel de las figuras parentales para comprender el posterior desarrollo. Ejemplo de ello sería la deuda paterna en Lacan (Ibid, p.272), el mensaje de separación-individuación de la madre en Masterson y Rinsley (1975), etc.

Una visión diferente de cómo las figuras parentales intervienen en la vida psíquica es la que nos plantea Hillman (1999) cuando nos habla de la falacia de los padres.

En la civilización se viene arraigando la fantasía de que somos hijos de nuestros padres y el instrumento principal de nuestro destino es el comportamiento que ellos tengan. Frente a lo que podríamos llamar un “determinismo psíquico” en el que el Edipo y sus variantes constituyen la parte fundamental de la problemática de todo ser humano (Brainsky, 2000, p.206), nos dice Hillman (1999):

Cuanto más creo que mi naturaleza procede de mis padres, menos receptivo soy a las influencias dominantes que me rodean, menos noto que el mundo a mi alrededor es íntimamente importante para mi historia (p.96)

Y para terminar hacemos una última referencia al estilo particular de relación que tiene lugar en los patrones caracteriológicos o neuróticos de funcionamiento.

Como nos señala Cuesta (2001), a través del discurso de la persona podemos inferir los procesos psicológicos que regulan, inhiben o encauzan los impulsos.

Así distinguimos en el contexto terapéutico al paciente neurótico que habla de sí diferenciando claramente su mundo interno del externo; las neurosis del carácter que arrastran al interlocutor a una especie de romance despertando el interés por intervenir; al narcisista por su discurso centrado en el si mismo. El psicótico con expresiones inverosímiles o la paranoia con un discurso muy bien organizado en torno a un sentimiento de ser prejuizado. (Guillerón, 2004, pp 108, 109)

4.4. MECANISMOS DE DEFENSA

Desde una visión general, Malan describe su técnica como una tarea centrada en el insight del paciente (1976) donde el foco de trabajo se formula en función del núcleo del conflicto, esto es, se persigue un cambio en las correspondientes defensas que se estructuran en torno a la elaboración de temáticas centrales como pueden ser el edipo, el fracaso o el duelo.

Destaca el papel que adquiere esta organización defensiva como el paso previo para poder continuar en la línea de la elaboración del resto de componentes que conforman el triángulo.

Es por ello que cabe detenerse para hacer mención a los aportes que se han hecho desde este ámbito. Para ello, comenzamos situando el punto de partida en la obra de Freud.

Aunque los mecanismos no constituyen un desarrollo teórico específico como ocurre con otros autores tales como los de su propia hija Anna Freud (1936), Melanie Klein (1935), o resto de psicoanalistas vinculados a la Psicología del Ego norteamericana, son varios los textos en los que Freud alude a ellos, de los que destacamos:

Neuropsicosis de defensa (1894) y Nuevas observaciones sobre las psiconeurosis de defensa (1896)

En estos inicios, comienza a mencionar términos para referirse a los mecanismos defensivos del neurótico y del psicótico, tales como repulsa, rechazo, disociado, dislocado, transpuesto, formación protectora, etc., en la que se aprecia, como seguirá ocurriendo a lo largo de sus escritos, una escasa

rigurosidad en cuanto a la precisión de los significantes y sus significados, poco habitual en su obra.

Alrededor de la explicación de la histeria, encuentra con Janet discrepancias acerca de la debilidad congénita, que le llevan a formular el complejo sintomático como una disociación de la conciencia (p16), no tanto porque el paciente carezca de la capacidad de síntesis, sino por la intención del enfermo, que no puede cumplirla y se disocia. Esto es, reconoce la disociación pero no como consecuencia de una degeneración hereditaria.

La histeria, la neurosis obsesiva y la locura alucinatoria se explican por mecanismos defensivos, como plantea dos años después en *“Nuevas observaciones sobre las psiconeurosis de defensa”*, en la que nos dice que todas las afecciones son producto del mecanismo psíquico de la defensa de una representación intolerable.

La labor del yo se plantea no considerar la representación intolerable, pero ni el afecto ni ella pueden desaparecer. Hay un intento por debilitar el afecto ligado a la representación que tiene que encontrar un empleo distinto.

En la histeria ocurre mediante la transformación de su magnitud en excitaciones somáticas, a lo que llama **conversión**. En las fobias y todas las representaciones obsesivas, se debilita el afecto adhiriéndose a otra representación no intolerable, quedando así **“dislocado o transpuesto”**.

Hasta aquí, la defensa actúa separando el afecto de su representación. En la locura alucinatoria ocurre algo muy diferente: el yo **rechaza** la representación, como si jamás hubiese llegado a él. El yo se separa de la representación pero esta se halla ligada a un trozo de realidad y al desligarse

de ella el yo se desliga también de la realidad mediante la **repulsa** de la representación.

En el proyecto de una psicología para neurólogos (1895)

Freud hace hincapié en la diferencia entre la represión histérica y la defensa normal, esto es, la defensa normal entendida como una redirección de nuestro pensamiento hacia otros lugares para evitar aquello que genera displacer o bien como un mecanismo por el cual el afecto penoso se desplaza hacia otro objeto.

Por tanto, nos apuntaba las dos funciones de la defensa: como actividad que conduce a la enfermedad por el fracaso del mecanismo y aquellos mecanismos defensivos de superación y direccionados hacia la cultura.

Introducción al narcisismo (1914)

Este texto nos introduce en las dos direcciones de la libido: libido del yo vs libido objetal refiriéndose al objeto erótico y su explicación del narcisismo.

En las parafrenias aparecen dos rasgos característicos: el delirio de grandeza y el extrañamiento de su interés respecto del mundo exterior (personas y cosas). A diferencia de la histeria y neurosis obsesiva, el objeto erótico se conserva en la fantasía no así en la esquizofrenia, en la que se sustrae la libido del mundo exterior y se conduce al yo. La investidura libidinal del yo es originaria y solo la investidura libidinal del objeto hace posible diferenciar una energía sexual -la libido-, de una energía de las pulsiones yoicas.

En este punto, nos expone lo que ya en 1914 esbozó: la diferencia entre estas afecciones (parafrenias) y las neurosis de transferencia recae en la siguiente circunstancia: en aquellas, la libido liberada por frustración no queda

adscrita a los objetos en la fantasía, sino que se retira sobre el yo; homóloga a la angustia de las neurosis de transferencia. Esta angustia puede relevarse mediante una ulterior elaboración psíquica por conversión, formación reactiva o formación protectora (fobia). Si bien el texto sirve también de apoyatura de importantes mecanismos de defensa como puede ser la sublimación, idealización y represión.

La Negación (1925)

Este texto consagra su contenido a la comprensión del mecanismo de la negación según cómo los productos psíquicos se transfieren quedando bajo el dominio de una u otra instancia.

El contenido que ha sido reprimido puede abrirse paso a la conciencia bajo la condición de ser negado.

Para que esto ocurra, de alguna manera la represión ha tenido que ser ciertamente debilitada aunque no por ello aceptada. La función intelectual que se activa en la negación anula las consecuencias del proceso represivo, impidiendo así que acceda a la conciencia.

Inhibición, síntoma y angustia 1925 (1926)

Aparecen nuevos elementos implicados en la comprensión de los mecanismos de defensa. El primero de ellos es el que tiene que ver con la noción de **resistencia**, como la fuerza que el yo opone al acceso del contenido libidinal en la conciencia dentro de la situación analítica. Freud nos decía que la resistencia es la actividad, encaminada a proteger la represión, que advertimos en calidad de contracarga en nuestra labor terapéutica

Identifica cinco tipos de resistencias que pueden venir de las tres instancias: desde el yo la resistencia a la reflexión, a una represión que en vez de ser

recordada se repite en la transferencia con la persona del analista, y la resistencia a abandonar la ventaja de la enfermedad por la que se incorpora el síntoma al yo; la que viene del ello en forma de resistencia a la elaboración y la que viene del superyo por la conciencia de culpa o necesidad de castigo.

Otra de las cuestiones se refiere a la diferencia entre **represión y defensa**. Aclara que la defensa es la designación general de todas las técnicas del yo para resolver los conflictos, reservando el término represión para referirse únicamente a un método especial de defensa.

Cuando comienza en Estudios sobre la histeria (1895) a indagar el funcionamiento de la histeria, el funcionamiento defensivo gira entorno a presentaciones de productos mentales patógenos que eran olvidados y excluidos de la memoria.

Más tarde, en el estudio de la neurosis obsesiva se percata que el funcionamiento es otro: no son olvidados los sucesos patógenos, permanecen conscientes, pero, en cambio, son «aislados», logrando un resultado casi idéntico al de la amnesia histórica.

En este enfoque del análisis del conflicto y la defensa, como nos señala Gray (1996), los analistas no necesitan recurrir al inconsciente para comprender el material ya que antes de dar el paso que permita traer su contenido a la consciencia tiene lugar la acción inhibidora de los mecanismos que pueden ser señalados.

En resumen, hasta aquí vemos cómo el estudio de la defensa nos acerca a conceptos tan centrales en psicoanálisis como la angustia, a fenómenos del contexto clínico como la resistencia, a su necesaria presencia como un recurso

adaptativo que se va enriqueciendo en el desarrollo pero también como expresión de la patología.

Y para concluir con los aportes freudianos, no podemos dejar de hacer mención a la lectura de Colina (2006) acerca del deseo, la pulsión y su sublimación. Nos dice al respecto que los destinos de la pulsión antes parecen destinos del deseo que de la pulsión misma.

El principal destino posible de la pulsión, sino el último, es el deseo, que se comporta en este sentido como una elaboración pulsional en su contacto con la cultura, es decir, en su trato con los instrumentos reguladores que nos ceden los demás. (...) Esta elaboración es sublimatoria, entendiéndola como una sublimación inicial que se continuará después con las que le correspondan al deseo (p 49).

En Melanie Klein (1952), aparecen aportes novedosos que amplían el campo de los mecanismos, como fue su teoría de las posiciones que ocupa el niño en relación al objeto, y que llevan asociada una angustia. En un momento temprano en su obra nos habla de la evolución de los primeros meses del niño, en el que se le reconocen impulsos sádicos contra el pecho materno y contra el interior de su cuerpo, esto es, de vaciar su contenido, de devorarlo y destruir lo que surja. Gobernado por la introyección y proyección de objetos buenos y malos, el yo se protege de los objetos perseguidores, los interioriza, los expulsa y proyecta como ocurre en la paranoia (1935).

Un esquema de las ideas de la psicología vincular de Melanie Klein, Bleger y Kesselman junto con las de Freud y Abraham, lo encontramos en de la Hoz (2004) que integra las posiciones por una parte, junto con las fases del

desarrollo libidinal y los cuadros clínicos en correspondencia con quince mecanismos defensivos.

Son varios los autores que se han dedicado a clasificar los mecanismos, tal y como nos muestran de Santiago, Montfragüe y Montesano (2006). En su monográfico recogen más de media docena de propuestas: la descripción de Anna Freud de 10 mecanismos (1936), Bergeret (1972) con 13, Villamarzo (1982-83) 20, Bentel (1988) 37, Ey (1989) 8, Vaillant (1992) 27, Hales, Yudofsky y Talbott (1955) citando 18, etc. (p 12).

Dentro de tan vasto número de clasificaciones destacamos la de Villamarzo (1982-83) que selecciona 20 mecanismos de defensa, divididos en psicóticos, neuróticos, defensa-superación y superación. Los dos primeros grupos (psicóticos y neuróticos) se ponen en funcionamiento porque hay un conflicto.

Están encadenados entre sí por el fracaso de su funcionamiento, esto es, en la medida en la que el anterior, más primitivo, ha fallado, entra en funcionamiento el siguiente. Por ejemplo, en los mecanismos neuróticos, tenemos la represión en el inconsciente de un saber intolerable. Tras fallar la represión, el contenido se abre paso a la conciencia pero una vez que llega al consciente se niega (se considera no nuestra). Pero si la negación también falla, tenemos que admitir que el contenido es nuestro, entonces entra en funcionamiento la anulación retroactiva, esto es, a pesar de haberla percibido es un “*como si*” no la hubiéramos percibido y se anula con un acto motor.

El grupo de mecanismos de defensa-superación sería un grupo intermedio entre los neuróticos y los de superación, y estos últimos, a diferencia de los anteriores, se ponen en funcionamiento porque hay un

conflicto y para superarlo, esto es, se activan en la medida que el mecanismo anterior se ha superado.

Se alejan de la conducta repetitiva más propia de la especie animal y se acercan a la posición humana (la vertiente de humanización como matizaba Villamarzo, 1982-83).

Todos los mecanismos tienen en común ir a solucionar el problema del conflicto, y la peculiaridad del último de los grupos que lo diferencia del resto sería que efectivamente lo resuelven, superan el conflicto y por tanto, la angustia.

Los mecanismos que corresponden a los tres primeros grupos eran inconscientes en su raíz y en su funcionamiento. Estos últimos son conscientes aunque, la parte inconsciente del yo es la que está dando la fortaleza para que se pueda llevar a cabo su elaboración.

CAPÍTULO V.

***PERSPECTIVAS TEÓRICAS. EVOLUCIÓN EMPÍRICA Y
TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN***

CAPÍTULO V. PERSPECTIVAS TEÓRICAS. EVOLUCIÓN EMPÍRICA Y TENDENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN

La defensa de la práctica clínica desde el modelo de psicoterapia psicoanalítica breve ha estado sujeta a numerosas confrontaciones. Todavía continúan “*las polémicas en torno a la legitimidad y efectividad en el Psicoanálisis y en la Psicoterapia Psicoanalítica*” (Ávila, 1989) pero este ambiente hostil seguramente haya dado lugar al florecimiento de buena parte de la investigación dominada por el interés en demostrar sus resultados así como la superioridad respecto de otros modelos.

Si embargo, el número de investigaciones que tuvieron su auge a partir de los años 50-60, han decrecido considerablemente en los últimos años. Para su revisión, se han consultado (entre otras fuentes bibliográficas) las 4 bases de datos más afines con la investigación en psicología: Psycodoc, Psycarticles, Psycinfo, Medline, de las que exponemos los resultados obtenidos (ver Gráfica 1) utilizando tres criterios unificados de búsqueda como ejemplo orientativo del estado de la investigación: *psicoterapia dinámica breve/brief dynamic psychotherapy*, añadiendo el filtro de las publicaciones de los últimos 10 años y acotando al final con el término *resultados/outcome*.

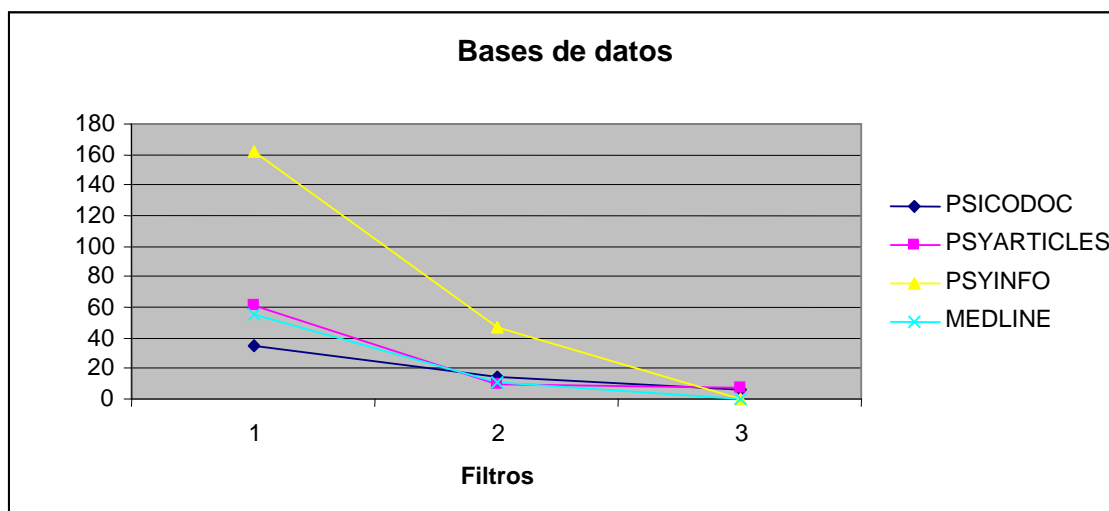
PSYCODOC: de las 502 revistas que contiene esta base de datos, los artículos que aparecen en la búsqueda de *psicoterapia dinámica breve* son 35, 14 de ellos publicados en los últimos 10 años. Pero si acotamos la búsqueda añadiendo *resultados* se reducen a 6 artículos, siendo el más reciente del 2008.

PSYARTICLES: de las 62 revistas disponibles especializadas en el campo de la psicología, obtenemos 61 resultados de artículos relacionados con los términos *brief dynamic psychotherapy*, de los cuales 10 corresponden a publicaciones de los últimos 10 años. Si añadimos a la búsqueda *outcome* obtenemos 7 resultados, siendo el más reciente de 1999.

PSYINFO: con más de 1.5 millón de registros de la literatura académica, de investigación y práctica sobre Psicología desde 1806 hasta la actualidad, encontramos 162 resultados con la búsqueda específica de *brief dynamic psychotherapy*, 47 de ellos publicados en los últimos 10 años. Si añadimos a nuestra búsqueda *outcome* no obtenemos resultados.

MEDLINE: de las 3200 revistas relacionadas con el ámbito de la salud, se utilizan los filtros de búsqueda *brief dynamic psychotherapy*, obteniendo 55 resultados, 11 publicados los últimos 10 años, con 0 resultados añadiendo *outcome*.

Gráfica 1. Resultados obtenidos en las bases de datos.



De la información recopilada, los autores más citados en la producción científica de psicoterapia psicoanalítica breve fuera de nuestras fronteras son Malan, Strupp, Shapiro, Luborsky, Sifneos, y Husby (Santeiro, 2005), centrándose las investigaciones en sus comienzos fundamentalmente en dos ámbitos: la Clínica Tavistock anglosajona y la Fundación Menninger norteamericana.

De la primera, la investigación sobre Psicoterapia Breve, iniciada por Balint en 1955 y continuada por Malan en 1963, los resultados obtenidos apoyaban los cambios dinámicos en los pacientes en el lapso de entre 10 y 40 sesiones de tratamiento, que se mantenían de forma permanente, incluso en pacientes cuyo curso sintomático era de larga duración; además de hacer una defensa de la técnica breve en comparación con la calidad de los análisis largos.

Del contexto norteamericano, encontramos el Proyecto de Investigación en Psicoterapia (PIP) de la fundación Menninger. (1950-1979-1986) dirigido por Siegal, y continuado por Wallerstein y Kernberg.

Rescatamos las propias palabras del principal investigador, Wallerstein (1993), para observar su actitud frente a la ciencia:

El estudio de la psicoterapia derivada e inspirada en el psicoanálisis como una de las más sólidas ramificaciones científicas, que mantiene una interacción dialéctica, profunda y compleja, con su antecedente psicoanalítico, ha estado siempre en el centro de mis intereses clínicos, teóricos e investigadores (p. 13).

La muestra del estudio, con un seguimiento mantenido durante 30 años, consistió en 42 pacientes, de los cuales 21 realizaban un psicoanálisis expresivo (clásico) y el resto otro tipo de psicoterapia de orientación psicoanalítica. Algunos de los pacientes fueron deliberadamente cambiados a lo largo de la investigación de tipo de terapia. Por ejemplo de la clásica expresiva a la psicoterapia dinámica, o de apoyo o bien otra combinación. Se realizaron tres tipos principales de medida, una pre-tratamiento, otra post-tratamiento y por último otra de fase de seguimiento. En este sentido se trataría de un estudio basado en los resultados más que en el proceso. Las conclusiones más relevantes fueron:

1.- Los famosos cambios estructurales que se esperaban del psicoanálisis clásico frente a las psicoterapias dinámicas o de apoyo no mostró diferencias significativas. Es decir, se apreciaban cambios estructurales en las psicoterapias que en ocasiones eran similares a los cambios esperados en las psicoterapias expresivas de larga duración.

2.- La resolución efectiva del conflicto intrapsíquico resultó no ser necesaria para el cambio terapéutico. Se observaron muchos cambios terapéuticos en terapias de apoyo donde no se trabajó directamente la resolución interna del conflicto.

3.- Los pacientes con mayores recursos psicológicos mejoraron más que aquellos que tenían recursos más pobres.

Uno de los posibles sesgos en contra de esta investigación surge por parte de los propios investigadores al afirmar que la mayoría de los pacientes

provenían de la Fundación Menninger y que por lo tanto presentaban características peculiares en lo referente a la gravedad de su patología.

En cuanto a la patología se refiere, algunos estudios se han encargado de establecer cuáles serían los criterios diagnósticos para la inclusión de los pacientes en este modelo de psicoterapia, ya que como muestra la investigación, la falta de selección previa está implicada directamente con el abandono del tratamiento (Vaslamatzis, Coccossis, Zervis, Panagiotopoulou y Chatziandreou, 2004).

Davanloo (1980) incluye el grupo de neurosis fóbica y obsesivos crónicos como dóciles para su estilo de psicoterapia breve. Horowitz, Marmar y Weiss (1984) por su parte, señalan que los trastornos de personalidad sólo pueden ser abordados desde un encuadre breve en los casos en que la queja sea situacional, como un duelo, y que los objetivos sean limitados a esta queja temporaria. Barber y Ellman (1996) en una revisión de las últimas publicaciones sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica breve encuentran que tanto para la bulimia, como para la depresión y la adicción a opiáceos en el tratamiento con metadona, incluso en algunos trastornos de personalidad, esta modalidad de tratamiento es adecuada. Y por último, Ablon, Levy y Katzenstein (2006), encuentran que los pacientes con trastorno de pánico tratados con un promedio de 21 sesiones, alcanzan una reducción de los síntomas estadísticamente significativa, manteniéndose los beneficios del tratamiento durante los 6 meses de seguimiento.

Otra línea de investigación se centra en clarificar qué elementos están implicados en el cambio terapéutico. Uno de ellos en relación a la psicoterapia breve focalizada tipo Malan, correlacionan las características que indican el buen resultado terapéutico con la calidad de las relaciones objetales del paciente. (Piper, Azim, Mc Callum, 1990 y 1993). Otro bloque de estudios realizados desde 1995 hasta 2002, evalúan la eficacia de las terapias cognitivas y psicodinámicas para una variedad de trastornos (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno límite de personalidad y trastornos de ansiedad), encontrando que los factores asociados al cambio de los síntomas son la auto-comprensión, habilidades compensatorias, y fortalezas yoicas (Gibbons, Crits-Christoph, Barber, Stirman, Shannon, Gallop, Goldstein, Temes, Christina; Ring-Kurtz , 2009). Hoglend y Piper por su parte, encuentran que la relación entre las técnicas específicas y los resultados de la psicoterapia psicoanalítica breve son diferentes de acuerdo a si los pacientes pertenecen a una alta o baja calidad de las relaciones interpersonales (1995). En esta misma línea, Horowitz, Leonard, Rosenberg, Saul y Bartholomew, estudian los estilos de apego de la edad adulta propuesto por el modelo de Bowlby, identificando qué problemas interpersonales obtienen mejores resultados desde este encuadre terapéutico (1993).

En cuanto a la utilidad de la psicoterapia psicoanalítica breve como tratamiento combinado con la terapia farmacológica, de nuevo encontramos evidencias que apoyan el modelo. En un estudio realizado por Maina, Rosso y Bogetto, (2009) con una muestra de pacientes con trastorno depresivo mayor,

los que recibieron el tratamiento combinado, en comparación con aquellos que fueron tratados únicamente con farmacoterapia, muestran una tasa significativamente menor de recurrencias de episodios depresivos en 48 meses de seguimiento. Wiborg y Dahl (1996), estudian el efecto de la incorporación de la psicoterapia dinámica breve en un grupo de pacientes con trastorno por pánico tratados con clomipramina, encontrando que la tasa de recaídas se reduce significativamente cuando se combinan ambos tratamientos en comparación con el tratamiento con clomipramina solo.

Crits-Christoph en su revisión de 1992, comparando la terapia dinámica breve con el efecto de la medicación y otras psicoterapias encuentra la superioridad en cuanto al grupo control –en la condición de lista de espera-, pero sólo una ligera superioridad a los tratamientos psiquiátricos, siendo sus efectos casi iguales a los de otras psicoterapias y medicamentos.

Otro bloque de investigación se centra en los efectos de la psicoterapia con pacientes aquejados por síntomas físicos, sin patología orgánica.

Nielsen, Barth, Haver, Havik, Molstad, Rogge y Skatun (1988) realizan un estudio compuesto por evaluadores independientes al final de la terapia y dos años después del tratamiento, mostrando que la mayoría de los pacientes no sólo obtienen mejoras respecto a las dificultades psicológicas, sino también en sus síntomas físicos particulares.

Otro estudio evalúa la eficacia de la psicoterapia dinámica a corto plazo comparando pacientes con trastornos psicosomáticos y de la personalidad en relación al grupo de trastornos neuróticos (ansiedad y depresión). Aunque los pacientes neuróticos obtuvieron mejores resultados que los trastornos

psicosomáticos y la personalidad, los dos grupos de tratamiento alcanzaron logros significativos (Hecke, Hardt y Tress, 2008)

En la clínica infantil, las investigaciones sobre eficacia y efectividad de la psicoterapia psicodinámica breve son más escasas. Muratori, Picchi, Casella, Tancredo, Milone y Patarnello (2002) evalúan los efectos del tratamiento en una muestra de niños con trastornos emocionales utilizando un grupo experimental y un grupo control. Los resultados muestran que aunque los dos grupos mejoraron en un grado comparable, sólo el grupo experimental se trasladó a un rango funcional de comportamiento.

Uno de los problemas a los que se enfrenta la investigación radica en debate acerca del uso de la técnica que hacen cada uno de los terapeutas. Este factor de influencia en los resultados, sujeto a discusión, se ha salvado en ocasiones con el uso de guías de tratamiento. El intento de control de este aspecto se puede observar en el proyecto Vanderbilt, (Strupp y Binder, 1993) donde las hipótesis formuladas eran:

H1: “Si se considera que la influencia terapéutica está compuesta por factores terapéuticos (técnicos) e inespecíficos (interpersonales), los resultados terapéuticos pueden ser el reflejo de su contribución conjunta”

H2: “Si se pudiera asumir que el peso de los factores inespecíficos (interpersonales) fuese aproximadamente igual en ambos grupos, cualquier diferencia en el resultado que favoreciera al primer grupo en principio, defendería que sólo los factores específicos podían haber contribuido al resultado del tratamiento (Ibid, 1993).

Como los propios autores nos dicen, la línea terapéutica que encarna el cúmulo de la experiencia investigadora del grupo de investigación de Vanderbilt es la PDTL¹², se puede entender como un manual de tratamiento por pasos.

Pero el inconveniente en psicoterapia dinámica y en los modelos focales y de corta duración, es la dificultad de actuar en función de las indicaciones de un tratado cuando el trabajo con pacientes resulta estar sujeto a características individuales y necesidades del momento.

Por tanto será tarea ardua, cuando no imposible, lo que Torres y Muñoz (2002) nos señalan:

La total homogeneización de las intervenciones en psicoterapia debido a que en ellas intervienen sujetos con características únicas. Se debe aceptar que el tratamiento psicológico conlleva particularidades que lo hacen sui generis y que es necesario continuar en la búsqueda de métodos idóneos para investigar dichos procesos (pp 27-34).

Con independencia de ello, la aplicación de la Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado de Strupp y Binder de 1993 (PDTL), mostró importantes resultados para la investigación entre los que destacamos:

a) Los pacientes con problemas profundos de personalidad no se vieron beneficiados. Por otro lado, los terapeutas profesionales fueron muy eficientes con pacientes motivados, que entablaban una adecuada alianza terapéutica, y con ausencia de modelos de relación inadaptados.

b) La calidad de la relación terapéutica establecida en los primeros momentos

¹² Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado

de la interacción demostró ser un importante predictor del resultado de la terapia de duración limitada.

Un estudio referido a los resultados de la PDL, realizado por Shefler, Gaby, Dasberg, Haim, Ben-Shakhar y Gershon (1995) confirman de nuevo las mejorías obtenidas en el grupo experimental tras el tratamiento, no siendo así para los pacientes del grupo control. Además, los logros alcanzados después de la terapia se mantuvieron estables en ambos grupos después de los 6 -12 meses de seguimiento

En lo que respecta a la psicoterapia dinámica breve de Davanloo (1980), una revisión actual realizada por Friedlander, Sutherland, Sandler, Kortz, Bernardi, Drozd, (2011) analizan cómo el efecto de la experiencia emocional correctiva influye en el éxito de la terapia.

Sifneos (1992) por su parte, aportó los criterios de inclusión que debían reunir los pacientes para participar de su psicoterapia breve con provocación de angustia estudiando de manera rigurosa el efecto del tratamiento en el que se incluían evaluaciones previas y posteriores de la terapia, contando en su investigación con sujetos experimentales y grupo control. Aquellos que fueron tratados, encontraron cambios favorables en el 80% de la muestra que además se mantuvo un año después. Datos muy parecidos a los aportados por Malan (1976).

En resumen de lo dicho hasta ahora, la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica breve desde los primeros estudios hasta la actualidad (Menninger, 1950,1979,1986; Balint, 1955; Malan, 1963,1976; Horowitz, Marmar y Weiss,1984; Nielsen, Barth, Haver, Havik, Molstad, Rogge y Skatun, 1988; Crits-Christoph, 1992; Wallerstein, 1993; Piper, Azim, Mc Callum,1993;

Strupp y Binder, 1993; Shefler, Gaby, Dasberg, Haim, Ben-Shakhar y Gershon, 1995; Hoglend y Piper, 1995; Barber y Ellman, 1996; Wiborg y Dahl, 1996; Muratori, Picchi, Casella, Tancredo, Milone y Patarnello, 2002; Vaslamatzis, Coccossis, Zervis, Panagiotopoulou y Chatziandreou, 2004; Ablon, Levy y Katzenstein, 2006; Hecke, Hardt y Tress, 2008; Gibbons, Crits-Christoph, Barber, Stirman, Shannon, Gallop, Goldstein, Temes, Christina; Ring-Kurtz, 2009; Maina, Rosso y Bogetto, 2009; Friedlander, Sutherland, Sandler, Kortz, Bernardi, Drozd, 2011) ha quedado más que demostrada con el paso de los años.

En cuanto a España, utilizamos como referente de investigación las Guías de Práctica Clínica (GPC) para el análisis del estado actual de la investigación y el estudio de la conveniencia en la aplicación de las diferentes terapias.

A continuación se exponen algunos resultados encontrados en los siguientes trastornos siguiendo los criterios diagnósticos de la CIE-10 o DSM-IV-TR:

- Psicosis
- Trastornos de Ansiedad
- Trastornos Afectivos
- Trastorno de la Alimentación

Se han excluido otras GPC como, por ejemplo, aquellas referidas al espectro autista o a la obesidad infantil que no nos ha parecido relevante su

estudio pormenorizado por cuestiones de lejanía con el objetivo de nuestro trabajo.

Comenzamos con el estudio de la psicosis, en el que se han encontrado resultados que apuntan que en la fase aguda o crisis psicóticas no se apoyan las técnicas psicodinámicas. Y más aun, la APA lo considera contraindicado pues puede prolongar la desorganización o desencadenar un suicidio. Por lo que se recomienda no utilizar la psicoterapia dinámica durante la fase de psicosis (Emeterio y Aymerich, 2003).

Es importante señalar que esta indicación está hecha específicamente para la fase aguda de la psicosis, no así para la fase prodrómica, la fase estable, o residual, de la que no se exponen resultados. Por otra parte, tampoco aparece especificado el tipo de la técnica dinámica con la que estos resultados estarían contraindicados.

Siguiendo en la misma línea de análisis de las GPC; en cuanto a los trastornos de ansiedad, Gracia y Fontecha (2008), hacen especial referencia a que la psicoterapia dinámica breve ha recibido poca atención no pudiendo por tanto emitir juicios acerca de los aportes de este tratamiento.

Sin embargo, aunque igualmente la escasez de estudios sobre la psicoterapia psicoanalítica breve denota una carencia de resultados en los que basarnos; en lo referente a los trastorno del humor (afectivos) y en particular en el manejo de la depresión mayor en el adulto, González (2008) apunta que los formatos de terapia breve entre seis y ocho sesiones resultan tan efectivas como las más prolongadas, como por ejemplo de 25.

Además, recomienda la terapia interpersonal de Klerman (1984), para algunos autores como Jiménez (2003) considerado una variante estratégica de

la psicoterapia dinámica breve, pues en ambas se maneja especialmente la relaciones interpersonales y el contexto social inmediato del paciente.

De nuevo nos volvemos a encontrar que no existen datos que permitan recomendar la psicoterapia dinámica en el tratamiento depresivo.

Lo que si se apunta es que la psicoterapia dinámica ha sido intencionalmente manipulada como elemento de comparación para otras formas de tratamiento más valoradas por lo que se pone en duda el nivel de confianza que pueden ofrecernos dichos resultados.

Otro de los estudios que nos ha llamado la atención y que pone de manifiesto los huecos en la investigación es el que nos presentan Álvarez y Atienza (2009):

En niños y adolescentes con depresión mayor moderada y grave se recomienda que el tratamiento de inicio (antes que la fluoxetina) sea intervención psicoterapéutica de entre ocho a doce semanas con un mínimo de una sesión semanal (p 63).

En estos resultados, aunque se especifica que son válidas la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar, no existe una acotación de algún otro modelo en específico, con la salvedad de recomendar un mínimo de una sesión semanal durante ocho-doce semanas, es decir, cuatro u ocho meses de tratamiento que corresponde por tanto a lo que sería la duración de una terapia de orientación dinámica breve.

En cuanto a las conductas alimentarias, la publicación del departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya es más bien desesperanzadora pues en relación al aumento de peso en pacientes anoréxicas no hay evidencia suficiente para ninguno de los modelos, especificándose incluso

contraindicaciones al modelo conductual ortodoxo en lo que la paciente esté hospitalizada. Si bien luego se reincide en una terapia cognitivo-conductual como terapia de apoyo y en la terapia conductual activadora (Turón, 2009).

Y por último vamos a atender a la clasificación de lo que en la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por los trastornos mentales graves (TMG):

- Trastorno esquizofrénicos (F20x)
- Trastorno esquizotípico (F21)
- Trastornos delirantes persistentes (F22)
- Trastornos delirantes inducidos (F24)
- Trastornos esquizoafectivos (F25)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
- Trastorno bipolar (F31x)
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

En relación a estos: no se ha encontrado suficiente evidencia para efectuar recomendaciones relacionadas con la psicoterapia dinámica y abordaje psicoanalítico en el tratamiento con personas con TMG (Caro y Martínez, 2009).

Resaltamos como cuestión de crucial importancia la lectura detenida de este hallazgo: el no haber encontrado evidencia no clarifica que específicamente esta terapia no sea útil para el tratamiento de estos trastornos. Desde el modelo con el que trabajamos, la media de sesiones se sitúa entre las

15-20 que se corresponde, al menos temporalmente entorno a los seis meses de tratamiento. Así que en cuestión de lapso temporal no difiere en brevedad respecto de otras terapias, siendo más cercana en estos aspectos a las terapias cognitivo-conductuales que al psicoanálisis ortodoxo, aunque lamentablemente la evidencia específica esté aun por llegar.

Por otra parte, cabe señalar que la presencia de psicólogos y más específicamente psicoanalistas en los estudios propuestos por estas Guías en las que nos hemos detenido, es notablemente escasa.

Por poner un ejemplo, en la GPC de conducta alimentaria, de 61 profesionales de reconocido prestigio y asociaciones o fundaciones ya consolidadas en el marco de la sanidad, solo se ha contado con seis psicólogos. Y se encuentran datos similares en el resto de guías con mucho menor presencia de referentes específicos de psicoterapeutas acreditados y si de enfermeras, psiquiatras, trabajadores sociales, biólogos, etc.

Más sorprendente es aun si tenemos en cuenta que la reforma sanitaria catalana de Salud Mental (Tizón, 1992), que después sirvió como modelo estándar para la reforma psiquiátrica de salud mental en otras comunidades, fue impulsada por el equipo terapéutico de Tizón, afamado psicoanalista.

Y para terminar, destacamos las aportaciones de los profesionales dedicados al Servicio de Psicología Clínica de la Fundación Puigvert de Barcelona, que utilizan como referente la línea propuesta por Malan. En sus publicaciones de casos únicos vienen demostrando los beneficios de este modelo de psicoterapia breve desde su práctica clínica (Farré, Hernández y Martínez, 1992).

RESUMEN

Los planteamientos de la psicoterapia psicoanalítica breve son un esencial foco de atención en la actualidad. Sus perspectivas y líneas de trabajo que desde hace más de medio siglo se vienen aportando desde los diferentes modelos de psicoterapia, responden a la exigencia social, la necesidad de ampliar la oferta terapéutica, de adaptar la técnica clásica a las diferentes necesidades actuales y la apertura a su aplicación en los dispositivos institucionales públicos.

Enraizada en el movimiento psicoanalítico, su historia ha estado sujeta a intensos debates y fracturas internas que comienzan ya desde el periodo freudiano de apertura y que se han ido desarrollando en las últimas décadas.

Algunos de los modelos de tratamiento que se toman como representativos son los de Malan, Sifneos, Mann y Davanloo.

No podía quedar fuera del análisis uno de los aspectos esenciales del modelo: la importancia de las herramientas técnicas. Así se dedica un espacio a su explicación en las que se citan la clarificación, confrontación, interpretación, etc. y el concepto de foco como uno de los aspectos centrales del tratamiento.

En cuanto al análisis de lo que ocurre entre paciente y terapeuta, se destacan como factores primordiales que favorecen el progreso del tratamiento el papel de la colaboración del paciente para que se inicie en su proceso, el establecimiento de la alianza de trabajo, el medio en el que se establece la relación con el paciente a través de la transferencia y las respuestas emocionales a la comunicación del paciente (contratransferencia).

Y por último, con el objetivo de lograr el equilibrio entre los aportes teóricos y prácticos, se incluyen consideraciones críticas y aportes de la investigación.

PARTE II. MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO VII. ERRORES DE MEDICIÓN, FIABILIDAD Y VALIDEZ

CAPÍTULO VIII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES

CAPÍTULO X. DISCUSIÓN

CAPÍTULO VI.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

6.1 INTRODUCCIÓN

6.2 OBJETIVO DE LA TESIS

6.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

6.4. PROCEDIMIENTO

6.1. INTRODUCCIÓN

La segunda parte del trabajo se centra en los aportes obtenidos en la aplicación del tratamiento de psicoterapia psicoanalítica breve, prestando atención a cuáles son los aspectos que contribuyen a una mejor praxis del modelo.

Tras haber examinado la teoría que sustenta el modelo de psicoterapia psicoanalítica breve y su técnica en la primera parte del trabajo, pretendemos ahora integrar a la práctica clínica el análisis metodológico que proporcione una base científica para el sustento de las conclusiones.

Esta parte metodológica elaborada por pasos, se ha centrado en un primer momento en traducir la experiencia analítica al registro de lo real mediante la construcción de categorías cualitativas medibles.

Para ello se han descrito los elementos objeto de análisis que posteriormente han sido agrupados, ordenados y relacionados entre si.

De los conceptos fundamentales que han quedado recogidos tenemos:

- El conflicto del paciente: organizado en cuadros clínicos,
- La evolución en la terapia: atendiendo a aspectos como los síntomas, la comprensión de las fuerzas que iniciaron el estado actual, revisión de experiencias pasadas, etc.,
- Dos de los elementos que tienen lugar en el contexto terapéutico: la alianza y la contratransferencia,
- Otras variables a considerar como la edad, el sexo, el dispositivo de atención, el nivel de estudios, etc.

Tenemos presente que el objeto de estudio del psicoanálisis, desde la práctica clínica es la realidad psíquica inconsciente, y por tanto, cualquier esfuerzo en ajustarse a los criterios de cientifidad habituales representan sólo una aproximación al conocimiento sobre el paciente y la relación que mantiene con el terapeuta.

En qué medida las tareas clínicas se ajustan a los parámetros de verificación empírica es una cuestión que ha generado numerosos debates dentro del campo de la hermenéutica. Autores como Arlow (1959) y Miles (1966), han intentado probar la eficiencia de sus procedimientos bajo la defensa del carácter experimental del psicoanálisis (Ávila y Poch, 1994).

Si embargo, la gran dificultad del investigador radica en la reducción de algo tan singular e irrepetible como la experiencia clínica a un número limitado de variables.

Debe entenderse por tanto que nuestra pretensión no es otra que la de estrechar la distancia entre los hechos que observamos en la situación clínica y el componente teórico de la experiencia, sin que por ello se descuide la rigurosidad y objetividad en el procedimiento (como se detalla en los capítulos VI y VII).

6.2. OBJETIVO DE LA TESIS

El presente trabajo tiene como objetivo estudiar las variables que contribuyen a la efectividad de la Psicoterapia Psicoanalítica Breve, proporcionando un mayor conocimiento sobre qué aspectos de la relación terapéutica subyacen a unos resultados exitosos.

Para ello, se ha fragmentado el objetivo general en dos objetivos específicos siguiendo el esquema que se comenta a continuación:

1.- Estudio descriptivo que de a conocer la distribución de las variables y las características de la población sobre las que van a recaer las conclusiones acerca de la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica breve.

2.- Estudio correlacional que describa cuáles de las variables definidas en el estudio descriptivo tienen relación con el resultado de la psicoterapia psicoanalítica breve.

Asimismo, se quiere investigar por una parte el efecto del tratamiento en psicoterapia de orientación dinámica breve, como ha quedado demostrado en numerosas investigaciones precedentes (Piper y cols, 1990; Svartberg, 1991; Wallerstein, 1993; Anderson y Lambert, 1995; Barber y Ellman, 1996) en el contexto universitario y privado siguiendo el modelo propuesto por Malan (1963).

Además de estudiar la efectividad, estableciendo un lapso de tiempo máximo de entre 15-20 sesiones clínicas para su valoración, se busca encontrar qué variables se relacionan con un resultado beneficioso de la terapia a fin de establecer las condiciones más propicias para su éxito.

El interés por tanto, de la evaluación de los factores que influyen en los resultados terapéuticos radica en que sus conclusiones permitan tanto un avance en la comprensión de los elementos que contribuyen al cambio psicológico así como una optimización de la práctica clínica.

6.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La elaboración del actual trabajo comienza con un proyecto inicial de investigación en el que se analiza una muestra de 45 pacientes pertenecientes a la Unidad Clínica de Psicoterapia Psicoanalítica Breve (UCLIPPSI) de la Universidad de Salamanca.

Inicialmente se incluyeron 7 categorías diagnósticas, excluyendo un amplio abanico de criterios diagnósticos.

De la muestra inicial, solo pudieron ser objeto de estudio para la evaluación de la efectividad de la psicoterapia 14 pacientes.

Tras el análisis de correlaciones del resultado de la terapia se encontró significativa la variable alianza terapéutica. Ante los hallazgos encontrados se planteó ampliar el estudio incluyendo 15 categorías diagnósticas, en una muestra mayor compuesta por 158 pacientes tanto asociados al ámbito universitario como fuera de él.

Se programó ahondar en los conceptos relacionados con la cura terapéutica referentes a la alianza, contratransferencia y demás variables influyentes relativas al sexo, edad, diagnóstico, etc., así como evaluar su impacto en el resultado de la terapia.

Para ello se ha contado con la intervención de 11 terapeutas incluidos en el servicio de Psicoterapia Psicoanalítica Breve de la Universidad de Salamanca, entre los que se encuentran 10 psicólogos y un psiquiatra con formación psicoanalítica. Cinco profesionales implicados en los tratamientos

adquirieron el compromiso de realizar las evaluaciones de consenso interjueces.

Para la evaluación se establecieron reuniones con los profesionales que fueron siguiendo cada uno de los casos incluidos en el estudio a lo largo del todo el proceso de terapia.

Tres de los terapeutas con consultas externas al servicio universitario se ofrecieron a ceder los casos que del ámbito privado se ajustaran a los requisitos de la investigación en cuanto al modelo de tratamiento utilizado y las evaluaciones pertinentes requeridas.

Las intervenciones han sido realizadas desde tres ámbitos diferentes:

1.- El servicio específico de psicoterapia psicoanalítica breve de la Universidad de Salamanca, donde la oferta viene determinada por la relación con la Universidad.

La inclusión de estos pacientes se realiza o bien por un contacto directo de los pacientes con el servicio, o bien por derivación o petición explícita del paciente insertado en un proceso terapéutico desde el servicio de Atención Psiquiátrica y Psicológica de la Universidad de Salamanca, perteneciente a la cartera de servicios ofertada por el SAS (Servicio de Asuntos Sociales).

El dispositivo de atención tiene un coste simbólico de 5 euros. La cobertura es de 15 sesiones ampliables a 20 en caso de necesidad. El compromiso de tratamiento cesa cuando el paciente deja de acudir tres sesiones consecutivas.

2.- Ámbito privado en concierto con seguro sanitario. La inclusión de los pacientes desde este dispositivo requiere de una evaluación previa establecida desde el servicio de psiquiatría que remite a través de un informe la conveniencia para incluirse en un proceso terapéutico. El seguro cubre 15 sesiones de tratamiento. El coste de las sesiones está cubierto en su mayoría por el seguro sanitario privado pero cada intervención realizada durante el mes incrementa el pago del seguro ligeramente.

3.- Ámbito privado. El carácter específico de esta modalidad, no sujeta a exigencias de limitación de tiempo, para su inclusión en el estudio desde el modelo planteado, requirió de una evaluación previa por parte del terapeuta de la conveniencia en el uso del modelo de psicoterapia psicoanalítica breve. Los resultados del tratamiento se evalúan como máximo entre las 15 o 20 sesiones clínicas, con independencia de que el tratamiento continúe después.

En todas las modalidades, los tratamientos se han llevado a cabo de manera individual.

En los casos de tratamientos a menores, se realizan sesiones en colaboración con los padres, que no se incluyen en el estudio.

La frecuencia de las intervenciones se establece a razón de una o dos sesiones semanales a evaluar en función de la necesidad y acuerdo establecido entre paciente y terapeuta.

El consenso establecido en la valoración se ha situado en todos los casos por encima del 80%, desechando aquellos que estuvieran por debajo del límite establecido.

Al comienzo del análisis tras la elección de la muestra, nos encontramos con dos tipos de situaciones:

a) Pacientes que ya habían cesado su proceso terapéutico. Estos pacientes incluyen:

- Aquellos que agotaron la cobertura de sus sesiones de tratamiento habiendo recibido entre 15 y 20 sesiones clínicas sin un resultado exitoso de la terapia o pacientes que habían sido dados de alta en cualquier momento.
- Pacientes que por razones laborales o formativas cambian de ciudad y tienen que abandonar tempranamente su tratamiento.
- Pacientes que abandonan el tratamiento de forma voluntaria sin que terapeuta y paciente hubieran acordado cesar la relación tempranamente por mejoría. Estos casos suelen ser pacientes que dejan de acudir a sesión sin aviso o aquellos que se comunican para transmitir que ya no quieren continuar con su tratamiento aun cuando se mantengan las razones que le empujaron a pedir ayuda.

b) Pacientes que continúan su proceso terapéutico.

Por ello nos planteamos clasificar los resultados de la terapia en cinco categorías como se detalla a continuación:

1.- FINALIZA CON ÉXITO: pacientes dados de alta que han mostrado mejoría en al menos cinco de los siete criterios planteados por Wolberg (1968).

2.- FINALIZA SIN MEJORÍA: pacientes dados de alta que habiendo recibido entre 15 y 20 sesiones de tratamiento obtienen mejoría en cuatro o menos de los siete criterios planteados por el citado autor.

3.- ABANDONO: pacientes que en cualquier momento del proceso terapéutico dejan de acudir voluntariamente sin que las razones se deban a una mejoría.

4.- CAMBIO DE CIUDAD: pacientes que tienen que cesar el contrato terapéutico por motivos de desplazamiento de residencia antes de haber terminado su proceso terapéutico.

5.- CONTINÚA EN TRATAMIENTO: pacientes que no han sido dados de alta ni han cumplido el máximo de 15 a 20 sesiones clínicas.

6.3.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

6.3.1.1. Hipótesis General

Existe una serie de condiciones específicas de la relación terapéutica que favorecen la consecución de unos resultados exitosos de la psicoterapia psicoanalítica breve en un lapso de tiempo de entre 15 y 20 sesiones clínicas.

6.3.1.2. Hipótesis específicas

- 1 La edad del paciente se relaciona con el resultado de la terapia.
- 2 El resultado de la terapia puede depender del diagnóstico del paciente dado que suponemos que ambas variables están relacionadas.
3. El resultado exitoso de la terapia varía en función del establecimiento de una buena alianza terapéutica.
4. No existe relación entre el resultado de la terapia y la combinación de las variables sexo del paciente y sexo del terapeuta.
5. El resultado de la terapia no varía en función del nivel de estudios del paciente.
6. La contratransferencia del terapeuta influye en el resultado del tratamiento.
7. El resultado de la terapia también depende del coste económico de la misma.

6.3.2. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Las variables que se han utilizado en el análisis de la muestra son las propias de los estudios descriptivos con carácter epidemiológico y algunas seleccionadas específicamente para el objetivo de la investigación:

- **A. SEXO DEL PACIENTE:**

- Hombre
- Mujer

- **B. SEXO DEL TERAPEUTA**

- Hombre
- Mujer

- **C. EDAD**

- 5-10 años
- 11-15 años
- 16-20 años
- 21-25 años
- 26-30 años
- 31 -35 años

- 36-40 años
- 41-45 años
- 46-50 años
- 51-55 años
- 56-60 años
- 61 en adelante

- **D. DIAGNÓSTICO**

- Histeria de conversión
- Neurosis Obsesivo-compulsiva
- Neurosis Fóbica
- Neurosis del Carácter
- Psicosis Maníaco-Depresiva
- Hipocondría
- Neurosis de Angustia
- Neurosis traumática
- Órgano neurosis
- Psicosis orgánica

- Esquizofrenia
- Paranoia
- Psicopatía
- Perversión sexual
- Toxicomanía

- **E. RESULTADOS DE LA TERAPIA**

- Finaliza con éxito
- Finaliza sin mejoría
- Abandono
- Cambio de ciudad
- En tratamiento

- **F. ALIANZA TERAPÉUTICA**

- Buena
- Mala

- **G. CONTRATRASFERENCIA**

- Buena
- Mala

- **H. ESPACIO DE ATENCIÓN**

- Servicio Universitario
- Seguro concertado
- Ámbito privado

- **I. NIVEL DE ESTUDIOS**

- Bajo
- Medio
- Alto

ESPECIFICACIÓN DE LA VARIABLE DIAGNÓSTICO

Derivado de la terminología psicoanalítica, se ha tenido en cuenta los criterios planteados por el DSM-IV-TR para cada una de las categorías diagnósticas tal y como se detalla en el APÉNDICE A, según la correspondencia planteada por Gallo y Fernández (citado en de la Hoz y de Santiago, 2006, p 81).

Sin embargo se ha optado por utilizar la clasificación freudiana (Obras Completas) en la que se identifican 15 grupos diagnósticos.

De esta forma los 36 grupos que corresponden a la clasificación DSM-IV-TR, quedan reducidos a más de la mitad, favoreciendo así la organización diagnóstica, aportando criterios psicopatológicos amplios y una comprensión

más profunda de la estructura de personalidad.

Por esta razón tampoco se establecen diagnósticos diferenciales respecto a los grupos de edad infantil y adolescente. La psicopatología se establece desde un dominio interpretativo y por tanto la explicación de la conducta se contesta conforme a la búsqueda del significado, único y particular en la historia del individuo.

No sigue por tanto la línea primordialmente sintomática como ocurre en el manual de la APA, sino dinámica, esto es, referida al conflicto intrapsíquico.

Incluso desde el propio DSM-IV-TR, se explicita que el hecho de presentar una sección específica destinada a los trastornos de inicio en la infancia, niñez o la adolescencia, es sólo una cuestión de conveniencia, y no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos «infantiles» y «adultos».

ESPECIFICACIÓN DE LA VARIABLE ESTUDIOS

La variable estudios se ha dividido en tres categorías atendiendo a los siguientes criterios:

- Nivel alto: estudios universitarios.
- Nivel medio: abarca desde la enseñanza secundaria obligatoria hasta estudios pre-universitarios.
- Nivel bajo: hasta enseñanza secundaria obligatoria.

6.3.3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra seleccionada está formada por pacientes que han pasado por un proceso de terapia en tres tipos de dispositivos terapéuticos:

1.- Pacientes pertenecientes a la cartera de servicios ofrecida por la Universidad de Salamanca, incluida en los dispositivos ofertados por el Servicio de Asuntos Sociales (SAS). Se inserta dentro de la Unidad de atención psiquiátrica y psicológica y forma parte de la unidad específica de Psicoterapia Psicoanalítica Breve, UCLIPPSI. Todos ellos están vinculados directamente a la Universidad de Salamanca como estudiantes universitarios, personal de investigación, personal de administración y servicios y sus familiares de primer grado.

2.- Pacientes pertenecientes a consultas del ámbito privado.

3.- Pacientes asociados a seguros concertados.

La muestra inicial es de 158 pacientes, comprende un rango de edad de entre 5 y 63 años, siendo 111 casos del sexo femenino y 47 del sexo masculino, que se distribuyen tal y como aparece en la siguiente tabla (Tabla 1):

Tabla 1. Tabla de contingencia Edad * sexo

Recuento

		sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Edad	5-10	3	1	4
	11-15	1	2	3
	16-20	6	7	13
	21-25	11	25	36
	26-30	9	34	43
	31-35	8	24	32
	36-40	1	4	5
	41-45	0	7	7
	46-50	3	5	8
	51-55	3	1	4
	56-60	1	0	1
	61 en adelante	1	1	2
Total	47	111	158	

La procedencia geográfica en cada uno de los casos es diversa, siendo en su mayoría personas desplazadas de su núcleo familiar, por cuestiones laborales o formativas. De esta forma se cuenta con residentes de la propia ciudad, de otras comunidades autónomas y con personas extracomunitarias.

La mayoría de los consultantes, por tanto, han sufrido las consecuencias del desplazamiento y abandono temporal de sus hogares o desarraigo cultural, que predispone a la vulnerabilidad a padecer alteraciones emocionales debido entre otras a los cambios de residencia, la separación del núcleo social y familiar y adaptación cultural en los casos de pacientes procedentes de otros países que suponen un porcentaje del 26% de la muestra total.

6.3.4. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A. VALORACIÓN DE LA PERSONALIDAD

De acuerdo con el objetivo de la investigación, para contar con una base de datos homogénea, se elaboró un protocolo de recogida de información tomando como modelo otros protocolos de evaluación utilizados en investigaciones similares que han sido adaptados para el objetivo de la investigación:

- Entrevista semi-estructurada basada en un protocolo de recogida de información para las entrevistas iniciales. (Ver apéndice B).

Para establecer un criterio diagnóstico nos hemos servido de la observación clínica. Para evitar los sesgos que de ella pudiera derivarse como herramienta subjetiva de interpretación, el juicio clínico ha sido sometido a la valoración interjueces, de cinco terapeutas cualificados. Para complementar la detección clínica a través de otro método estandarizado, se ha acompañado de las siguientes pruebas:

- Prueba Proyectiva: Test de Rorschach
- Prueba Psicométrica: Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MMPI).

B. VALORACIÓN DEL RESULTADO DE LA TERAPIA

Se tomó de la literatura científica los aspectos susceptibles de cambio en el modelo psicoanalítico breve planteado por Wolberg (1968).

Se establece como punto de corte el cumplimiento de cinco o más de los

siete criterios para concluir que se ha producido una mejoría, esto es, un resultado exitoso de la terapia. Aquellos pacientes que cumplieran cuatro o menos de los siete criterios son clasificados como pacientes sin mejoría en los siguientes aspectos:

1. Calmar los síntomas.
2. Reestablecer el nivel más alto en que se desarrollaba el paciente antes de la presente enfermedad.
3. Conocer algunas de las fuerzas que iniciaron el trastorno actual.
4. Reconocer la existencia de problemas profundos de personalidad que impiden a una mejor adaptación vital.
5. Reconocer, al menos en parte, que tuvieron origen en experiencias pasadas y en condicionamientos de la infancia.
6. Reconocer la relación existente entre los problemas dominantes de la personalidad y la enfermedad presente.
7. Localizar algunos remedios contra las dificultades ambientales y acaso contra ciertos aspectos globales de las distorsiones de la personalidad

C. VALORACIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA

Se han seguido los criterios formulados por Bulbena y Fernández en el año 2000 (p 483), debiendo cumplirse todos los criterios para considerar que se ha establecido una buena alianza terapéutica.

1. Las intervenciones reflejan la aceptación de las opiniones, creencias y valores del paciente.
2. Vinculación en un determinado nivel emocional, con énfasis en la atención a los sentimientos del paciente.
3. Énfasis en el apoyo más que en la interpretación e insight.
4. Comunicación de una adecuada empatía, seguridad, mirada positiva, calidez y originalidad.
5. Apertura y expresividad.
6. Vinculación y compromiso con el proceso terapéutico.
7. Demostración de estar atentos y expectantes a que el paciente asuma su propio destino y mejoría.
8. Credibilidad y seguridad.
9. Habilidad para dirigir la sesión, siendo coherente con ella e identificando la problemática que plantea el paciente.

D. VALORACIÓN DE LA CONTRATRANSFERENCIA

Se ha utilizado la versión abreviada del inventario Countertransference Factors Inventory (CFI-D) de Gelso, Latts, Gomez y Fassinger del año 2002, teniendo en cuenta los ítems de su escala tipo Likert como aspectos a considerar para su valoración:

1. Estaba de acuerdo con el paciente.
2. Rechazó al cliente.
3. Exceso de apoyo al paciente.
4. Se hizo amigo del paciente.
5. Era apático hacia el paciente.

6. Se comportaba como si él o ella estuviera en otro lugar.
7. Habló demasiado durante la sesión.
8. Cambia con frecuencia el tema.
9. Fue crítico con la paciente.
10. Pasó un tiempo quejándose durante la sesión.
11. Trata al cliente de una manera punitiva.
12. Indebidamente se disculpó con el paciente.
13. Actuó sumiso con el paciente.
14. Actuó de una manera dependiente.
15. Parecían estar de acuerdo con demasiada frecuencia con el paciente.
16. Inapropiadamente asumió un tono de asesoramiento con el paciente.
17. El paciente se distanciaba.
18. Participaba en gran parte a la auto-revelación.
19. Se comportaba como si él o ella estuvieran ausentes.
20. Cuestionó inapropiadamente los motivos del paciente.
21. Proporcionaba una excesiva estructura.

6. 4. PROCEDIMIENTO

De la muestra recogida se seleccionaron aquellos casos que cumplieran los siguientes criterios:

- Que estén inmersos en un proceso de psicoterapia psicoanalítica breve en cualquiera de los tres dispositivos.
- Contar con los datos necesarios para el análisis de las variables propuestas en la investigación.
- Que la recogida de información se haya realizado siguiendo los datos de la entrevista semi-estructurada común para todos los dispositivos.
- Que los criterios diagnósticos hayan seguido las formulaciones del DSM-IV-TR teniendo en cuenta su correspondencia con la terminología psicoanalítica.
- Consentimiento explícito del paciente para el uso de los datos con fines investigadores.
- Contar con la valoración interjueces para el diagnóstico y evaluación de la terapia.

En base al protocolo de recogida de información, se dedican entre dos y cuatro sesiones iniciales a la configuración de la anamnesis del paciente. En este periodo se complementan los datos estipulados en el protocolo y se aplican las pruebas diagnósticas, psicométricas (MMPI) o proyectivas (Rorschach) necesarias para la obtención de un diagnóstico.

Seguidamente, se comienza el tratamiento focal siguiendo la línea de trabajo planteada por Malan (1963) con el análisis de las hipótesis triangulares durante un mínimo de 15 sesiones y un máximo de 20, con una duración de 45 minutos cada una y con periodicidad de una o dos sesiones semanales.

La elección de los focos de tratamiento se hace en función de la valoración interjueces compuesta por cinco terapeutas frente a los que se expone con detenimiento la información derivada de las entrevistas iniciales y previas a la inmersión del paciente en un proceso terapéutico.

A partir de la decimoquinta y hasta la vigésima sesión se analiza el efecto de la terapia atendiendo al cumplimiento de cinco o más de los siete criterios sometidos a consenso por una valoración interjueces de cinco terapeutas.

De la muestra inicial de 158 pacientes, se han seleccionado sólo aquellos clasificados en las categorías de: finaliza con éxito, finaliza sin mejoría y abandono del tratamiento. Las razones que nos han llevado a esta reducción responde al interés del estudio por evaluar la contribución de factores que afectan a la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica breve, para lo que las situaciones de cambio de ciudad del paciente (situación externa al paciente y ajena al transcurso de la terapia) y continúa en tratamiento (condición en la que todavía no se ha podido evaluar el resultado de la terapia) carecen de utilidad.

La reducción de la muestra únicamente ha supuesto una pérdida de 18 casos de los 158 iniciales. La muestra que manejamos para este análisis es de

132 casos, 91 del sexo femenino y 41 del sexo masculino que se distribuyen como sigue (Tabla 2):

Tabla 2. Tabla de contingencia Edad * sexo

Recuento

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Edad	5-10	2	1	3
	11-15	1	1	2
	16-20	6	6	12
	21-25	10	17	27
	26-30	6	26	32
	31-35	7	23	30
	36-40	1	4	5
	41-45	0	6	6
	46-50	3	5	8
	51-55	3	1	4
	56-60	1	0	1
	61 en adelante	1	1	2
Total		41	91	132

En el diseño de nuestra investigación, no se ha incluido grupo de comparación, analizando exclusivamente la muestra objeto de tratamiento. Aunque se considera una característica fundamental para la comprobación científica (Cook y Campell, 1979), cuando el estudio sólo aboca a la descripción de la forma en la que se presentan los elementos psíquicos de interés en la población, y se identifican sus indicadores, no es necesario tener un nivel de comparación para que los datos sean fiables (Ibid, p.126)

CAPÍTULO VII.

ERRORES DE MEDICIÓN, FIABILIDAD Y VALIDEZ

CAPÍTULO VII. ERRORES DE MEDICIÓN, FIABILIDAD Y VALIDEZ

7.1 ERROR DE MEDICIÓN

7.1.1 ERROR ALEATORIO

7.1.2 ERROR SISTEMÁTICO

7.2 FIABILIDAD Y VALIDEZ

7.1 ERRORES DE MEDICIÓN

Tal y como analiza Montfragüe (2011), todo estudio debe tener como principal objetivo ser preciso y válido, por lo tanto necesita plantear desde el principio qué se desea medir, de forma clara y cuantitativa. De este modo, no responder a esta premisa puede ser considerado como una grave deficiencia en su calidad científica (Pita, 1995).

Los estudios epidemiológicos se ven amenazados principalmente por el “*Error Aleatorio*” y el “*Error Sistemático*” que se explican a continuación.

7.1.1 ERROR ALEATORIO

Se denomina así al error que no se comete constantemente en cada medición. Dicho tipo de error afecta a la Fiabilidad, de modo que, cuanto menos frecuente sean estos errores, mayor es la precisión del estudio, porque se reduce el error debido al azar. De Irala et al., (2004) recomiendan, como medida más eficaz para reducir este error, incrementar el tamaño de la muestra.

Desde el primer estudio realizado para la evaluación de la psicoterapia psicoanalítica breve, se ha triplicado la muestra objeto de estudio, incluyendo pacientes de diferentes ámbitos con los que poder acercarnos a un estudio más riguroso.

7.1.2 ERROR SISTEMÁTICO

Se considera así al error cometido constantemente en cada medición. Si éste aparece, afecta directamente a su validez interna e indirectamente a la externa, de tal forma que el estudio queda invalidado.

El error puede ser debido a que el investigador no ha tenido en cuenta algún hecho importante y genera con ello “*Errores de Sesgo*” o error sistemático.

Los errores de sesgo más importantes serían el *Sesgo de selección* y el *Sesgo de información* (Pita, 1995), este último también denominado *Sesgo de Clasificación u Observación* según de Irala et al. (2004):

A) SESGO DE SELECCIÓN

Cualquier error derivado del proceso de selección de la población en el estudio.

Irala-Estévez (2004) Para el control del sesgo de selección recomienda prevenir el sesgo de selección dividiendo el estudio en varias fases:

1.- *Diseño y transcurso del estudio*: el investigador no debe dejarse llevar hacia la selección explícita de los participantes relacionados con la variable de estudio. En la muestra seleccionada, se ha incluido todo tipo de pacientes, sin restricción de criterios que pudieran excluirlos en aras de unos mejores resultados de la psicoterapia.

2.- *En la recogida y análisis de datos*: asegurar que toda la información se ha recogido exhaustivamente y realizar análisis estadísticos de los

datos para comprobar la presencia de sesgos. La parte metodológica del trabajo se ha orientado según este aspecto.

B) SESGO DE INFORMACIÓN U OBSERVACIÓN

El error producido cuando los participantes del estudio se clasifican de forma incorrecta respecto a alguna de las variables seleccionadas por el investigador. Pita (1995) destaca como fuentes de Sesgo de Información más frecuentes:

- a) la utilización de un instrumento de medida no adecuado o los diagnósticos incorrectos,
- b) imprecisiones u omisiones en las fuentes documentales o de los datos,
- c) información imprecisa,
- d) clasificaciones inadecuadas,
- e) finalmente, errores en la recogida de los propios datos

En general, para evitar este tipo de sesgo, Irala-Estévez (2004) recomienda el uso de procedimientos de evaluación sensibles y específicos – empleando siempre los mismos a lo largo de todo el estudio -, la preparación y experiencia suficiente del investigador para la realización de diagnósticos – utilizando siempre los mismos criterios – y la necesidad de evitar en lo posible, que la persona que realiza los diagnósticos se deje influir por *la “expectativa de resultados”*.

En este último punto, según dicho autor, lo más recomendable es el uso de protocolos estrictos en la realización de diagnósticos, o en la valoración del desenlace de las hipótesis.

En la investigación se han incluido los criterios ya consensuados y reconocidos a nivel internacional planteados por el manual diagnóstico del DSM-IV-TR, así como protocolos de recogida de información semi-estructurados y criterios de consenso para la evaluación de las variables.

7.2 FIABILIDAD Y VALIDEZ

Los datos que provienen de la observación, para ser considerados científicos, deben cumplir tres condiciones mínimas: ser objetivos, ser fiables y ser válidos (Pueyo, 2001 p. 97). Por lo tanto los datos observados son objetivos sólo si son independientes del observador. Es decir, si varios jueces independientes llegan a conclusiones similares. Pero además esta objetividad naturalista se puede cuantificar por medio de correlaciones, porcentajes de acuerdos, coeficientes de contingencia, etc. (Anguera, 1978).

En un reciente estudio publicado por Valen, Ryum, Svartberg, Stiles y Mc Cullough (2011) en el que comparan la terapia dinámica breve y la terapia cognitiva, comprueban cómo en ambas se da una fiabilidad entre excelente y buena sensible a los cambios esperados.

Amelang y Bartussek (1986) nos hablan de tres tipos de objetividad: objetividad en el registro, objetividad en la evaluación y objetividad en la interpretación.

Desde esta propuesta, se han seguido las pautas para su cumplimiento como sigue:

1.- *Objetividad en el registro*: que incluye el control del mayor número de variables extrañas posibles. Es por ello que se estableció un protocolo de registro para las entrevistas que unificara la recogida de información relevante a poner en común.

2.- *Objetividad de evaluación*: los evaluadores pertenecen al ámbito clínico y cuentan con una amplia trayectoria que avala su profesionalidad y formación para la aplicación del modelo de psicoterapia evaluado. Todos han seguido el

mismo manual de evaluación diagnóstica y evaluación de las variables incluidas en el estudio.

3.- *Objetividad en la interpretación*: sería el proceso de decisión a partir de los datos. Todos los evaluadores han seguido el mismo formato de registro para interpretar los criterios en función de los cuales se establecía la mejoría de los pacientes tras la finalización del tratamiento.

En cuanto a la fiabilidad, como segundo criterio de adecuación científica de los datos obtenidos, nos apoyamos en Fox (1981) que afirma, desde la metodología de investigación cualitativa, que la variabilidad interjueces es la que determina el grado de fiabilidad. Por otro lado, se entiende que la entrevista clínica sigue siendo el instrumento más importante de evaluación en la clínica (Korchin y Shuldberg, 1981, 1992). Como los citados autores comentan hay una tendencia, en psiquiatría y psicología, a la creación de entrevistas estructuradas y semiestructuradas en busca de una fiabilidad demostrable.

En el proceso de entrevistas se han seguido los criterios planteados por el DSM-IV-TR, y el complemento de evaluación derivado del protocolo de entrevista semiestructurada utilizada por todos los terapeutas.

En lo concerniente a la validez como indica Pérez Serrano (1994) en un análisis de contenido sólo se puede encontrar en la medida en que las inferencias obtenidas se sostengan frente a otros datos obtenidos en forma independiente (p. 155). Pero, como apunta Lang (2001) “la idea de que la validez de una observación depende del consenso entre múltiples observadores es intrínseca a la tarea científica” (p.15).

Los examinadores interjueces del estudio que aquí se presenta, fueron un equipo compuesto por psiquiatras y psicólogos, reconocidos por instituciones tales como la FEAP y la EFFPA y otros con formación de postgrado avalados por años de experiencia en la práctica clínica.

Se estableció como margen el propuesto por Castro (1989) que apunta que: “la cuota mínima de interfiabilidad se sitúa entre el 80 % y el 85 %” (p.186).

CAPÍTULO VIII.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO VIII. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

8.1 ANÁLISIS DE VARIABLES

8.1.1 EDAD

8.1.2 SEXO

8.1.3 NÚMERO DE SESIONES

8.1.4 DIAGNÓSTICO

8.1.5 NIVEL DE ESTUDIOS

8.1.6 ALIANZA

8.1.7 CONTRATRASFERENCIA

8.1.8 RESULTADOS DE LA TERAPIA

8.1.9 DISPOSITIVO DE ATENCIÓN

8.2. ANÁLISIS DE CORRELACIONES

8.2.1 DIAGNÓSTICO

8.2.2 CONTRATRANSFERENCIA

8.2.3 ALIANZA

8.2.4 EDAD

8.2.5 NIVEL DE ESTUDIOS

8.2.6 SEXO DEL TERAPEUTA

8.2.7 DISPOSITIVO DE ATENCIÓN

8.1 ANÁLISIS DE VARIABLES

8.1.1 EDAD

Se analizan las edades de los pacientes categorizados en grupos de 5 en 5 años, siendo el primer intervalo el que va de los 5 a los 10 años, y el último de los 61 a los 65 como se muestra en la siguiente Tabla (Tabla 3):

Tabla 3. Edad de los pacientes.

		Edad			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	5-10	3	2,3	2,3	2,3
	11-15	2	1,5	1,5	3,8
	16-20	12	9,1	9,1	12,9
	21-25	27	20,5	20,5	33,3
	26-30	32	24,2	24,2	57,6
	31-35	30	22,7	22,7	80,3
	36-40	5	3,8	3,8	84,1
	41-45	6	4,5	4,5	88,6
	46-50	8	6,1	6,1	94,7
	51-55	4	3,0	3,0	97,7
	56-60	1	,8	,8	98,5
	61 en adelante	2	1,5	1,5	100,0
	Total	132	100,0	100,0	

La moda indica que el grupo más numeroso que acude a consulta es el que comprende el intervalo de los 26 a los 30 años de edad. Le sigue el grupo que va de los 31 a los 35 años con una frecuencia de 30 pacientes y de los 21 a los 25, con una frecuencia de 27 pacientes.

En el grupo de mujeres, la media de edad es de 5,49 y la desviación típica de 1,7, mientras que en el grupo de hombres la media se sitúa en 5,39 con una desviación típica de 2,6.

8.1.2 SEXO

Se analiza la demanda de atención en función del sexo.

Existe un claro predominio de las mujeres que representan EL 68,9% de la muestra. De los 132 pacientes del estudio, encontramos a 91 mujeres frente a 41 hombres, como observamos en la Tabla 4:

Tabla 4. Sexo de los pacientes.

		Sexo			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	41	31,1	31,1	31,1
	Mujer	91	68,9	68,9	100,0
	Total	132	100,0	100,0	

Los datos publicados en el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), apoyan la evidencia encontrada en nuestro estudio, por la que los trastornos mentales afectan a más mujeres que a hombres, y esta tendencia se observa también al comparar España con otros países.

Encontramos también unos resultados parecidos en Cardenal y Fierro (2001), cuyos hallazgos ponen de manifiesto que los varones puntúan en promedio más alto en estabilidad emocional.

En el servicio de atención psicológica de la Universidad Complutense de Madrid, similar a uno de los dispositivos analizados en nuestro estudio, encuentran la misma distribución de mujeres (Labrador, Fernández y Ballesteros, 2011).

También es preciso tener en cuenta en la interpretación de estos resultados, la influencia diferencial de los distintos roles sociales respecto de la vivencia de malestar que unas y otros experimentan. Es más probable que las mujeres soliciten ayuda y refieran que tienen problemas ya que los roles sociales modulan la conducta relativa a la búsqueda de solución o alivio de malestar, es decir, la conducta de frecuentación de servicios de salud mental y psicoterapia.

En un estudio realizado por Watkins (2011) sobre psicoterapia dinámica a corto y largo plazo, encuentran que los hombres tienden a hacer uso de servicios terapéuticos mucho menos que las mujeres.

8.1.3 NÚMERO DE SESIONES

De la muestra total, la media de sesiones en la que permanecen los pacientes en tratamiento se sitúa en 10,50 (Tabla 5).

Tabla 5. Número de sesiones

Estadísticos

Sesiones		
N	Válidos	132
	Perdidos	0
Media		10,50

Una de las razones que puede explicar este resultado es la expectativa previa de la duración de la terapia que tiene el paciente antes de comenzar su tratamiento. Estudios que se han encargado de evaluar esta variable encuentran que alrededor del 70% de los pacientes creen que la duración del tratamiento será de 10 visitas o menos y aproximadamente el 50% espera que la duración será de 5 visitas o menos (Pekarik ,1993).

Otros estudios muestran que alrededor del 65-80% de los pacientes abandona el tratamiento antes de la décima sesión (aunque un 25-33% de estos dice abandonar por haber mejorado) (Berenger y Quintanilla, 1994; Castañeda y Mira, 1998; Garfield, 1994; Pekarik, 1993)

8.1.4 DIAGNÓSTICO

La variable diagnóstico ha sido clasificada en función de 15 categorías.

La categoría diagnóstica más frecuente corresponde a la neurosis del carácter que comprende un 19,7% de la muestra total, tal y como encontramos en otros estudios de prevalencia (Zimmerman, Rothschild y Chelminski, 2006).

Le sigue la neurosis de angustia con un 18,9%, la psicosis maniaco depresiva con un 15,2% y la neurosis traumática con un 12,9%, con unos porcentajes parecidos a los encontrados en estudios con muestras clínicas más amplias como los de Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, Eshleman, Wittchen, Kendler (1994); Blacker y Clare (1987); Weissmann (1988) (en Caballo, Buela-Casal y carboles (1995), siendo los porcentajes muy superiores en comparación con la incidencia en la población general (Haro, Palacín, Vilagut, Martínez, Bernal y Luque, 2006).

Las menos frecuentes son la hipocondría, paranoia, perversión sexual y toxicomanía, en las que solo encontramos una frecuencia de un paciente por categoría con la siguiente distribución (Tabla 6):

Tabla 6. Diagnóstico de los pacientes.

		Diagnóstico			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Histeria de conversión	15	11,4	11,4	11,4
	Neurosis obsesivo-compulsiva	12	9,1	9,1	20,5
	Neurosis fóbica	4	3,0	3,0	23,5
	Neurosis del carácter	26	19,7	19,7	43,2
	Psicosis maníaco-depresiva	20	15,2	15,2	58,3
	Hipocondría	1	,8	,8	59,1
	Neurosis de angustia	25	18,9	18,9	78,0
	Sin especificar	2	1,5	1,5	79,5
	neurosis traumática	17	12,9	12,9	92,4
	psicosis orgánica	2	1,5	1,5	93,9
	Esquizofrenia	5	3,8	3,8	97,7
	Paranoia	1	,8	,8	98,5
perversión sexual	1	,8	,8	99,2	
Toxicomanía	1	,8	,8	100,0	
Total		132	100,0	100,0	

8.1.5 NIVEL DE ESTUDIOS

Se analiza el nivel de estudios de los pacientes que acuden a terapia y encontramos que casi el 80% de los pacientes tienen un nivel de estudios alto (Tabla 7) esto es, han cursado o están cursando estudios universitarios.

Tabla 7. Nivel de estudios

		Estudios			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	bajo (educación obligatoria)	10	7,6	7,6	7,6
	medio (formación profesional)	20	15,2	15,2	22,7
	alto (universitarios)	102	77,3	77,3	100,0
	Total	132	100,0	100,0	

Según la Estrategia de Salud Mental (2009) hay mayor prevalencia de enfermedad mental tanto en hombres como en mujeres con menores niveles de estudios.

En nuestra muestra la distribución del nivel de estudios responde a las características específicas de los dispositivos de atención como sigue:

1) Del total de 132 pacientes, 50 corresponden al servicio de psicoterapia de la Universidad de Salamanca, que en su mayoría acuden en calidad de estudiantes universitarios o personal de investigación y por tanto, forman parte de la categoría de nivel de estudios alto.

2) El resto de los pacientes reciben atención en consultas privadas. Existiendo una cobertura gratuita desde los Servicios de la Sanidad Pública, suponemos que el coste económico del proceso terapéutico, es asumido mayoritariamente por personas de una esfera social más acomodada que puede relacionarse con un nivel de estudios alto.

8.1.6 ALIANZA

Se analiza la alianza terapéutica (Tabla 8) que tiene lugar a lo largo del tratamiento y encontramos que en la psicoterapia psicoanalítica breve, la buena alianza terapéutica está presente en 88 de los casos frente a 44 que establecen una mala alianza.

Tabla 8. Alianza terapéutica.

Alianza

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Buena	88	66,7	66,7	66,7
	Mala	44	33,3	33,3	100,0
	Total	132	100,0	100,0	

Podemos suponer que, a la vista de estos resultados, desde abordaje terapéutico se favorece la buena relación con el paciente. Las razones que teorizamos para el apoyo del modelo frente a otros niveles de psicoterapia podrían ser:

- El modelo de Malan, a diferencia de las técnicas conductistas, marcadas por las indicaciones del terapeuta, no genera resistencias en el tratamiento por la sensación de pérdida de autonomía (Bischoff y Tracey, 1995) como tampoco utiliza las confrontaciones excesivas de las defensas del paciente como ocurre en el modelo de Sifneos.

- Las intervenciones del terapeuta son frecuentes pero no excesivas. De esta forma, se evitan situaciones de silencios prolongados como los que aparecen en los análisis clásicos (*curatipo*) que pueden generar incomodidad y frustración o por el contrario, diálogos marcados principalmente por la directividad del terapeuta que limiten la expresión de los sentimientos del paciente, como pudiera encontrarse en los modelos cognitivo conductuales (Keijsers, Schaap & Hoodgduin, 2000).

- La orientación dinámica marcada por el análisis de la individualidad, deja fuera directrices del tratamiento que favorecen una relación genuina y flexible. Como nos señala Bados, García y Fusté (2002), los tratamientos manualizados impiden el desarrollo de las habilidades terapéuticas básicas y la formación de una buena alianza terapéutica.

8.1.7 CONTRATRANSFERENCIA

Se analiza la variable contratransferencia del terapeuta (Tabla 9). El 70% de los terapeutas establecen una buena contratransferencia con los pacientes frente al 30% de los casos en los que aparece una mala contratransferencia. El porcentaje resulta muy similar a los datos obtenidos en la variable anterior.

Puesto que a alianza se incluye en la parte “sana” del paciente (Meltzer, 1967) con la que el terapeuta se “alía” para trabajar, cabe esperar que la expresión de la contratransferencia del terapeuta en el encuentro con su paciente se vea favorecida en una relación encaminada a la colaboración en su proceso de cura -a pesar de existir otra parte del sujeto que esté conflictuada y se oponga-.

Tabla 9. Contratransferencia.

Contratransferencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Buena	92	69,7	69,7	69,7
	Mala	40	30,3	30,3	100,0
	Total	132	100,0	100,0	

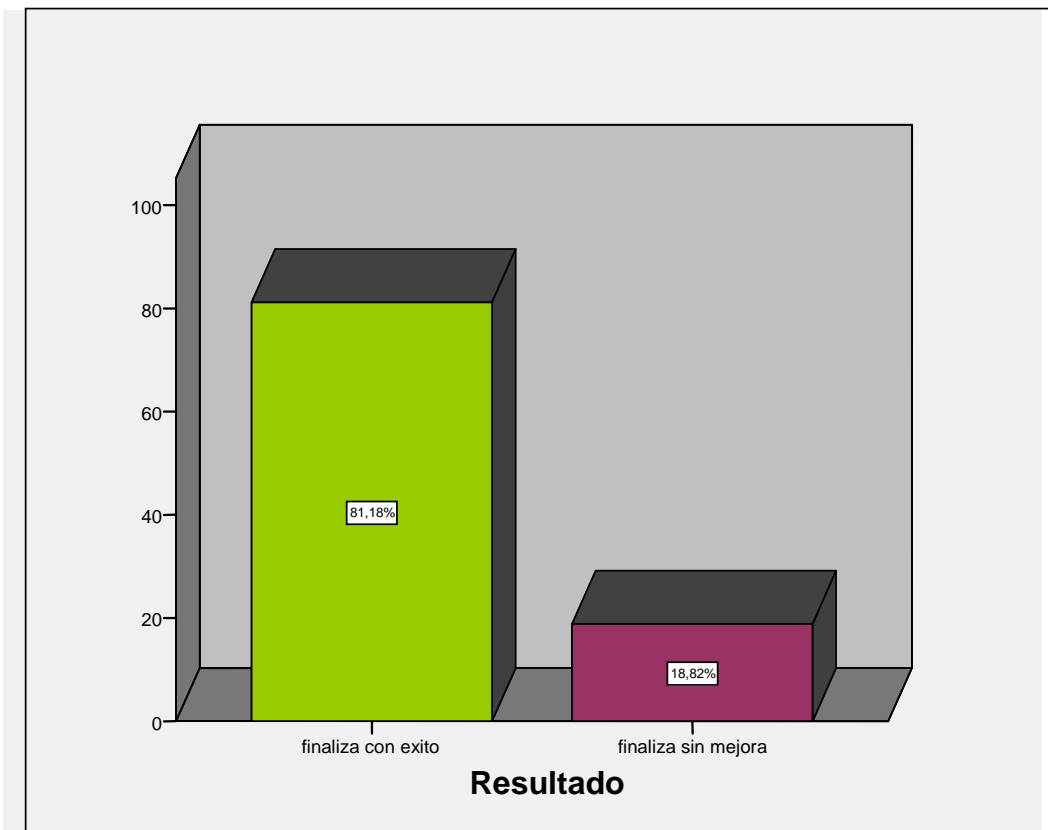
8.1.8 RESULTADOS DE LA TERAPIA

Se analiza la variable resultado de la terapia en tres categorías (Tabla 10): finaliza con éxito, finaliza sin éxito y abandono.

En el análisis de los casos de la muestra encontramos diferentes desenlaces. Por un lado tenemos pacientes que finalizan la terapia (con o sin mejoría) que comprenden un porcentaje acumulado del 64,4 %.

De estos encontramos que el 81,2% de los casos finaliza su terapia con éxito frente al 18,8% que finaliza sin mejoría (Gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución de resultados en pacientes que finalizan la terapia



Respecto a la muestra total, el mayor porcentaje de la muestra corresponde a los pacientes que finalizan con éxito que comprenden un 52,3 % de la muestra total. Estos resultados siguen en consonancia con los encontrados en otros estudios acerca de la efectividad de la psicoterapia (Friedlander, Sutherland, Sandler, Kortz, Bernardi, Drozd, 2011).

Le sigue la categoría de pacientes que abandona el tratamiento antes de finalizar la terapia, siendo este del 35,6%.

Tabla 10. Resultado de la terapia

Resultado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Finaliza con éxito	69	52,3	52,3	52,3
Finaliza sin mejora	16	12,1	12,1	64,4
Abandono	47	35,6	35,6	100,0
Total	132	100,0	100,0	

La media de sesiones en la que estos pacientes permanecen en tratamiento antes de abandonar es de 4 (Tabla 11), que coincide precisamente con el tiempo estimado para la recogida de datos previa al comienzo de la terapia (entre 2 y 4 sesiones estimadas).

Tabla 11. Grupo abandono. Variable número de sesiones

Sesiones

N	Válidos	47
	Perdidos	0
Media		3,57
Mediana		3,00
Moda		1

Este mismo dato se encuentra en otras investigaciones como la de Bellack (1992) en su psicoterapia breve intensiva y de urgencia, en la que plantea el número de sesiones, apoyándose en las estadísticas de consulta

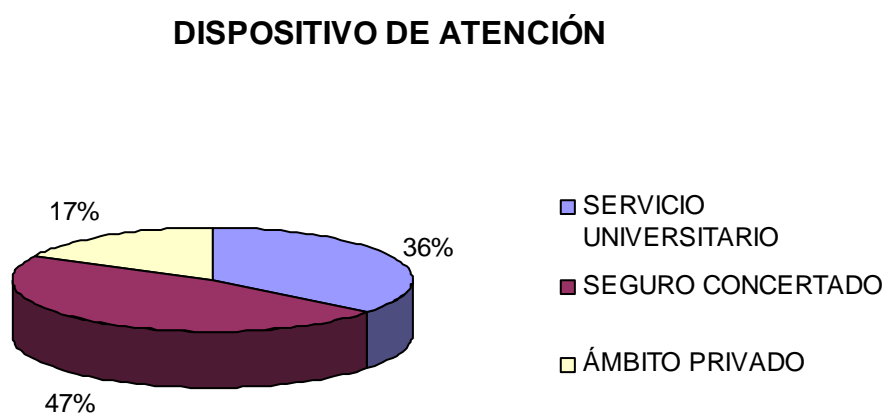
ambulatoria y el número de frecuencia que suelen asistir de forma voluntaria hasta dejar el tratamiento, situándolo en cinco sesiones más una de seguimiento.

Las llamadas “fugas” están presentes en todo tratamiento psicoterapéutico. El miedo a la vinculación con el terapeuta representa un peligro grave en tanto se reviven conflictos relacionados con experiencias de dependencia de otras figuras de amor (Williams, 2005).

8.1.9 DISPOSITIVO DE ATENCIÓN

Se analiza la distribución de pacientes en los diferentes dispositivos de atención como sigue: el 37,9% de los pacientes han sido tratados desde el Servicio Universitario (Unidad Clínica de Psicoterapia Psicoanalítica Breve de la Universidad de Salamanca), el 18,2% pertenecen al ámbito privado y el 43,9% restante acuden por medio de un seguro concertado. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Dispositivo de atención



8.2 ANÁLISIS DE CORRELACIONES

A continuación exponemos el análisis de la relación que pudiera existir entre algunas de las variables seleccionadas para el estudio y el **resultado de la terapia**.

Para contrastar la existencia de estas, se recurrió a Chi cuadrado y la razón de verosimilitud.

8.2.1 DIAGNÓSTICO

Como puede verse en la tabla de significación (Tabla 12, apéndice c, página 291), la razón de verosimilitud 43,574, con una $p\text{-sig} = ,017 < ,05$ podemos concluir que las variables estudiadas diagnóstico del paciente y resultado de la terapia están significativamente correlacionadas, con un coeficiente de contingencia = ,512 que expresa un tamaño del efecto de la asociación elevado.

Para interpretar cómo se asocian las variables de cada categoría una vez que se ha observado la correlación nos fijamos en los residuos de la tabla de contingencia donde encontramos que los diagnósticos que se relacionan de forma significativa con los resultados de la terapia son los siguientes:

FINALIZA CON ÉXITO:

- La neurosis obsesivo compulsiva, aunque no podemos hablar de relación significativa con la variable resultado de la terapia exitoso ($R_{tc} = 1,7 < 2$) sí podemos pensar que tiene una tendencia que podría llegar a serlo en próximos estudios.

- La neurosis traumática correlaciona con un resultado exitoso de la terapia (Rtc= 2,1).

FINALIZA SIN MEJORÍA

- La esquizofrenia correlaciona con un resultado sin éxito de la terapia (Rtc= 4,7).

ABANDONA LA TERAPIA

- La neurosis del carácter, correlaciona con un abandono de la terapia (Rtc= 2,6).

En lo referente al grupo de las neurosis encontradas en nuestro estudio como relacionadas con el resultado exitoso de la terapia (neurosis obsesivo-compulsiva y neurosis traumática) como señala Williams (2005), las características de estos pacientes con un alto grado de autonomía y un sólido sentido de la realidad en comparación con las estructuras psicóticas o borderline, su capacidad para tolerar los contenidos desagradables que destapa el análisis, se pueden esperar resultados saludables (p.95).

En esta misma línea, más en concreto respecto del grupo de la neurosis traumática, cabe mencionar un estudio realizado por D'Andrea y Pole (2011) en el que comparan los efectos de la terapia dinámica respecto de otros modelos de tratamiento, encontrando una reducción significativamente mayor de los síntomas y otros parámetros -mejora de RSA (arritmia sinusal respiratoria) y una sesgos atencionales- desde este modelo.

En cuanto a la categoría diagnóstica de neurosis del carácter, (los trastornos de personalidad según la clasificación del DSM-IV-TR) algunos de los términos utilizados para referirse a sus patrones comportamentales desadaptativos aparecen junto con calificativos tales como: permanentes, persistentes, inflexibles, estables, de larga duración. Pero si además destacamos su comorbilidad tanto dentro del Eje II como con el Eje I, el reto en su tratamiento va cobrando peso en el marco de la clínica cualquiera que sea su enfoque.

No es de extrañar entonces que estos pacientes abandonen el tratamiento antes de su finalización o que no resuelvan sus conflictos de manera exitosa en un encuadre breve.

Siguiendo esta clasificación, la razón del desenlace de la terapia se entiende por su alta comorbilidad con otro tipo de trastornos, generalmente en los trastornos de ansiedad (agorafobia, trastorno por pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.) o en trastornos del estado de ánimo (Postigo, 2009). El interés del paciente se centra en solucionar el problema por el que demanda atención, sin embargo, el terapeuta sabe que para que el sujeto se recupere de dicho trastorno necesita modificar sus características de personalidad (Ibid, p 37). Como señala Racamier (1963), la neurosis del carácter es realmente una “enfermedad” que pone al individuo en situación de desventaja permanente, y cuando consigue expresar su sufrimiento, en general no se cuestiona demasiado (en Bergeret, 2001), lo que deja poco margen de actuación a la labor terapéutica.

Y para terminar, el hallazgo encontrado en el caso de la esquizofrenia, coincide con lo encontrado en la tradición clínica de psicoterapia individual de orientación dinámica, como el estudio realizado por el State Hospital Study en 1978 (Gabbard, 2002), y otros estudios como el de Grinspoon (1972) que encuentran cuestionable el beneficio de la psicoterapia en estos casos.

8.2.2 CONTRATRANSFERENCIA

Continuamos el estudio con los datos recogidos de la contratransferencia (buena/mala) y el resultado de la terapia (Tabla 13, apéndice c, página 292). Se desea comprobar si se puede afirmar que cuando existe una buena contratransferencia terapéutica tiende a haber un mejor resultado de la terapia. Para su análisis se ha utilizado de nuevo una prueba de contrastes no paramétrica chi-cuadrado basándonos en la razón de verosimilitudes al haber encontrado una frecuencia esperada inferior a 5.

Como puede verse en la tabla de significación, la razón de verosimilitud de 61,217, con una $p\text{-sig} = ,000 < ,05$ podemos concluir que las variables estudiadas contratransferencia y resultado de la terapia están significativamente correlacionadas.

Para interpretar cómo se asocian las variables de cada categoría una vez que se ha observado la correlación nos fijamos en los residuos de la tabla de contingencia donde encontramos que una buena contratransferencia terapéutica correlaciona con un resultado de la terapia exitoso ($R_{tc} = 7,2$), y por el contrario, una mala contratransferencia terapéutica se asocia

significativamente con un terapia sin éxito ($R_{tc} = 4,1$) y con un abandono del paciente de la terapia ($R_{tc} = 4,7$).

Además del estudio de los residuos, se calcula el estadístico estimador de la magnitud de la asociación observada a través del coeficiente de contingencia, para el que encontramos un tamaño del efecto elevado ($C = ,537$).

Este hallazgo se puede explicar por el valor de los sentimientos de la contratransferencia como fuentes de información valiosa para el trabajo con el paciente. Tal y como nos señalan Racker (1953, 1968) y Safran y Muran (2005), la contratransferencia facilita la identificación del terapeuta con los objetos internalizados del paciente y autores como Ogden (1962) elaboran el concepto en términos de identificación proyectiva. De esta manera, el paciente, proyecta en el analista aspectos indeseados del self. Cuando el terapeuta, a través de su contratransferencia, es capaz de metabolizar esta experiencia, puede recuperar los aspectos del self del paciente que estaban enajenados, pudiendo así comprender mejor el papel que representa en el transcurso de la terapia.

8.2.3 ALIANZA

Al igual que en el caso anterior, las variables resultado de la terapia y alianza terapéutica aparecen significativamente correlacionadas (Tabla 14, apéndice c, página 293). Por lo que podemos afirmar que en la muestra de 132 pacientes sometidos a un tratamiento de psicoterapia psicoanalítica breve, el

resultado de la terapia no es independiente de la alianza terapéutica al encontrar una razón de verosimilitudes=, 70,754, gl=2; p= ,000.

Atendiendo a los residuos tipificados corregidos, encontramos que una buena alianza terapéutica aparece asociada a una finalización con éxito de la terapia (Rtc=7,8) y una mala alianza terapéutica se asocia a un final no exitoso de la terapia (Rtc= 2,1) y al abandono del paciente (Rtc=6, 7).

La estimación del tamaño del efecto de esta asociación es elevada, con un coeficiente de contingencia de ,563.

Diversas investigaciones permiten hoy afirmar que la evidencia más sólida que relaciona proceso y resultado, es la alianza terapéutica (Orlinsky, Ronnestad & Willutzki, 2004).

Una revisión de 132 investigaciones de proceso y resultado psicoterapéutico realizada por Orlinsky, Grawe y Parks en 1994 concluyó que existe una fuerte relación entre la calidad de la alianza terapéutica y el resultado del proceso de psicoterapia, surgiendo una amplia gama de investigaciones a nivel mundial que plantean que diversos aspectos de la alianza terapéutica han sido correlacionados positivamente con los resultados del tratamiento (Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998).

Considerando la perspectiva de los consultantes, Krause (2001) señaló que la ausencia de un ajuste emocional o *sintonía* (entendida como un sentimiento de simpatía y de confianza hacia el terapeuta) pone en peligro el proceso de cambio y con frecuencia lleva a la ruptura de la relación de ayuda.

La autora plantea que la calidad de este ajuste emocional se hace evidente en fases tempranas de la relación de ayuda. Los pacientes relatan

que ya en la primera sesión se dan cuenta si podrán o no establecer una relación emocional positiva con su terapeuta.

8.2.4 EDAD

Como puede observarse en la Tabla 15 (apéndice c, página 294), la razón de verosimilitud =35,837 resultó significativa para un nivel de confianza de 0,95.

Los valores del estadístico de contraste llevan asociada una $p\text{-sig} = ,032 < ,050$ por lo que no se acepta la H_0 de independencia para la edad del paciente. Por tanto, el resultado de la terapia aparece correlacionado en nuestra muestra con la edad del paciente.

La mayoría de los estudios de prevalencia contemplan las patologías específicas, su manifestación y diagnósticos según periodos de edad específicos (Target y Fonagy, 1996 y Zeanah, Boris y Scheeringa, 1997) ya que la edad en la que se manifiestan los trastornos y su variabilidad a lo largo del desarrollo tiene connotaciones importantes en cuanto al pronóstico.

Estudios con muestras poblacionales de diferentes edades encuentran que si existen importantes diferencias en los patrones sintomáticos y el curso del desarrollo de la terapia (Cooper y Godyer, 1993).

Atendiendo a la tabla de los residuos encontramos que el intervalo de edad de los 16 a los 20 años correlaciona con un abandono de la terapia (RC= 2,6) y que a partir de los 61 años, aunque no podamos hablar de una relación significativa (RC= 1,7), existe una tendencia a que los pacientes finalicen sin mejoría que podría llegar a serlo en próximos estudios.

8.2.5 NIVEL DE ESTUDIOS

Se analiza si el nivel de estudios del paciente (bajo/medio/alto) aparece correlacionado con el resultado de la terapia (Tabla 16, apéndice c, página 295).

La prueba de independencia en este caso nos muestra que no existe correlación entre las dos variables, esto es, entre el nivel de estudios del paciente y el resultado de la terapia (razón de verosimilitud = 5,766 con una p -sig = ,217 > ,05).

Esta variable se ha considerado teniendo en cuenta los requisitos planteados por algunos modelos de psicoterapia psicoanalítica breve para la inclusión de los pacientes que podrían relacionarse con el nivel educativo, como el modelo de Sifneos (1972, 1987) que plantea entre otros, el criterio de poseer un grado de inteligencia y sutileza psicológica adecuado, o el de Davanloo (1978,1980) cuando nos habla de una aptitud para responder a las interpretaciones psicoanalíticas.

A diferencia de los estudios centrados en el cumplimiento del tratamiento terapéutico en el ámbito médico, en los que si aparecen relaciones significativas con el nivel de estudios (Martín y Riquelme, 2007), en el ámbito de la psicoterapia, no parece tratarse de una cuestión que se reduzca a unas competencias meramente académicas.

8.2.6. SEXO DEL TERAPEUTA

Se analiza si el sexo del terapeuta influye en el resultado de la terapia en función de si el paciente es hombre o mujer.

Tanto en el grupo de pacientes hombres (Tabla 17, apéndice c, página 295) como en el grupo de pacientes mujeres (Tabla 18, apéndice c, página 295) la significación encontrada en la prueba chi-cuadrado, razón de verosimilitudes, es en ambos casos $> 0,5$, por tanto, el sexo del terapeuta no afecta a que el tratamiento resulte exitoso o no exitoso.

8.2.7. DISPOSITIVO DE ATENCIÓN

Se analiza si el resultado de la terapia varía en función de que el paciente pertenezca a un dispositivo de atención público (Universidad de Salamanca) o privado (seguro concertado o consulta privada).

Tras realizar el análisis de correlaciones observamos que ambas variables no aparecen relacionadas. Como puede verse en la Tabla 19, (apéndice c, página 296) la razón de verosimilitud de 3,165, no resulta significativa con una $p= ,531$.

CAPÍTULO IX.

CONCLUSIONES

CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el desarrollo de este trabajo de investigación se pueden dividir en tres apartados que se refieren a las variables mediadoras en el resultado de la psicoterapia psicoanalítica breve:

1) Variables relacionadas con el paciente: edad, sexo, diagnóstico, nivel de estudios, alianza terapéutica.

2) Variables relacionadas con el terapeuta: sexo y contratransferencia.

3) Variables externas: dispositivo de atención, según sea este público (Universidad de Salamanca) o privado (seguro concertado, consulta privada).

Los datos aportados en el análisis de estas variables han permitido dar respuesta a los objetivos planteados y extraer las siguientes conclusiones:

- Las variables analizadas que aparecen relacionadas con el resultado de la terapia son:
 - El diagnóstico del paciente
 - La alianza que establece el paciente con su terapeuta
 - La contratransferencia del terapeuta.
 - La edad del paciente

- Las variables que no influyen en el resultado del tratamiento son:
 - El sexo del paciente en relación al sexo del terapeuta
 - El nivel de estudios del paciente
 - El dispositivo de atención desde el que se establece el tratamiento

Estos hallazgos nos permiten establecer un perfil de condiciones óptimas para la obtención de unos resultados exitosos del tratamiento que mejore la práctica clínica, respondiendo así a la hipótesis general de nuestro estudio como sigue:

- El paciente que con más probabilidad terminará su tratamiento de forma satisfactoria es aquel capaz de establecer una alianza terapéutica buena, que a su vez encuentre en la relación con su analista una contratransferencia positiva, con independencia de cuál sea su nivel de estudios, y que además presente un cuadro de neurosis traumática.

Estos resultados confirman las hipótesis específicas número 2, 3, 5 y 6, en coherencia con otros estudios (Orlinsky, Ronnestad y Willutzki, 2004; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham y Shapiro, 1998; Racker, 1953, 1968; Safran y Muran, 2005).

- Se confirma la hipótesis específica número 1 en la que la edad del paciente influye en el resultado de la terapia tal y como cabría esperar en base a los precedentes que existen en los estudios de prevalencia (Target y Fonagy, 1996 y Zeanah, Boris y Scheeringa, 1997)

■ Un paciente con estructura psicótica de personalidad, concluirá con mayor probabilidad su tratamiento sin éxito, y si los conflictos del paciente se refieren a una neurosis del carácter, éste abandonará el tratamiento antes de finalizar con más frecuencia que el resto de diagnósticos, quedando confirmada la hipótesis específica número 2 en la misma línea que se viene demostrado en numerosos estudios (Williams, 2005; D'Andrea y Pole, 2011; Postigo, 2009; Racamier, 1963; Bergeret, 2001; Gabbard, 2002; Grinspoon, 1972).

■ Como se planteaba en la hipótesis 4 del estudio, se confirma que el sexo del terapeuta, no condiciona los resultados del tratamiento, de manera que el beneficio de la terapia será el mismo con independencia de que el analista sea del mismo sexo o del sexo contrario al del paciente.

Cabe aquí señalar que este aspecto ha sido bien diferenciado desde las psicoterapias dinámicas. La posibilidad de transferir sentimientos conflictivos del paciente vividos en relación a figuras masculinas o femeninas es una cuestión que se juega en el plano de lo simbólico. Los lugares que el terapeuta ocupa para el paciente a lo largo del tratamiento, así como los afectos volcados sobre él, son cambiantes y la experiencia de reparación aparece en lo subjetivo.

■ Por último, dado que el modelo de trabajo para el tratamiento y los terapeutas, en todos los dispositivos de atención coinciden, se entiende que la diferencia de resultados de la psicoterapia responde a una cuestión económica. En el análisis aparece que tampoco el dinero resulta ser un factor de importancia en el resultado del tratamiento. De manera que tanto si el

dispositivo es público como si no lo es, la tasa de abandono, de resultado exitoso, o de resultado sin mejoría no se ve afectada.

Llama la atención las conclusiones encontradas a este respecto, que contradicen la hipótesis específica número 7, sobre la que haremos una sucinta reflexión:

Además del significado del dinero, es preciso tener en cuenta el significante, esto es, la representación que cada persona tiene de él y el sentido que le atribuye.

Desde el punto de vista social, habitualmente se transfieren conexiones inconscientes entre el dinero (precio) y la calidad del objeto adquirido.

Dentro de la tradición psicoanalítica, también se atiende a este aspecto del contrato terapéutico, donde el manejo del dinero representa el precio (esfuerzo) que cada persona está dispuesta a pagar, su implicación en el proceso de terapia y en qué medida el paciente se responsabiliza (paga) por sus actos (Nunes, 2009).

Cabría entonces esperar que hubiera diferencias entre los grupos analizados. Una posible respuesta al por qué, en esta investigación, no se han encontrado las diferencias esperables entre los diferentes dispositivos, vendría desde la consideración de las posibilidades económicas de los grupos que han recibido tratamiento.

En un análisis cualitativo, encontramos que el grupo de pacientes que ha recibido tratamiento público - en el servicio ofertado por la Universidad - son en su mayoría estudiantes universitarios, sin trabajo remunerado que cuentan con escasos recursos económicos.

Por tanto, el precio establecido por sesión - 5 euros- puede suponer en ellos un esfuerzo comparable al que realizan el resto de pacientes que asumen un coste mayor en los dispositivos privados contando con unos recursos económicos más elevados.

CAPÍTULO X.

DISCUSIÓN

CAPÍTULO X. DISCUSIÓN

El estudio de las diversas vertientes psicológicas y su efectividad constituyen uno de los principales objetos de la investigación, ya sea desde la orientación conductual, cognitivista o psicoanalítica.

En esta última, a partir de la creación de la psicoterapia psicoanalítica breve y hasta la actualidad, los esfuerzos de la investigación se han centrado en responder dos preguntas fundamentales: ¿es efectiva? y ¿para quién?

¿ES EFECTIVA?

La primera pregunta ha dado lugar a investigaciones que analizan cuáles son los efectos que la psicoterapia tiene en los individuos, cuánto se mantiene en el tiempo los resultados obtenidos y si la técnica breve es comparable a la calidad de los análisis de larga duración.

Por citar algunas aportaciones destacamos las realizadas en la fundación Menninger por Wallerstein y Kernberg, (1950-1979-1986); o de la Tavistock de Balint en 1955, continuada por Malan en 1963, en las que se comprueba la efectividad de la psicoterapia psicoanalítica breve.

Otras investigaciones intentan responder a la misma pregunta haciendo una comparación de diferentes modelos de psicoterapia como son las de Molteni, Garske y Stedman (1984), Luborsky, Singer y Luborsky, (1975); o las derivadas de las Guías de Práctica Clínica elaboradas por el Sistema Nacional de Salud, que se encuentran en constante revisión.

En los resultados de nuestro estudio se ha encontrado que de los pacientes que finalizan su tratamiento (64,4%), el 81,2% obtiene unos

resultados beneficiosos, frente a una minoría (18,8%) que no finaliza con mejora.

¿PARA QUIÉN?

Dentro de esta pregunta estarían los estudios centrados en clarificar cuáles son las características que deben cumplir los pacientes para beneficiarse de un determinado tratamiento. Se propusieron una amplia gama de criterios de inclusión/exclusión. Algunos de ellos fueron: el diagnóstico (Malan, 1963), la voluntad de examinar sentimientos (Strupp y Binder, 1993), presencia de relaciones significativas en la infancia (Sifneos, 1972. 1987), capacidad para tolerar la ansiedad (Davanloo, 1978,1980), etc.

Cada modelo de psicoterapia resolvía el problema atendiendo a las características específicas de su técnica, como el modelo de Psicoterapia de Tiempo Limitado de Strupp y Binder (1993), la Psicoterapia Dinámica Breve Intensiva y de Urgencia de Bellack (2006), la Psicoterapia Breve con Provocación de Angustia de Sifneos (1987), etc.

Consecuentemente con esta realidad se diseñó la presente investigación, como un esfuerzo por integrar varias dimensiones de los fenómenos que tienen lugar en el contexto terapéutico para su posterior estudio.

En esta línea se consideraron variables desde tres perspectivas, relacionadas con el paciente, con el terapeuta y un componente específico de la relación: el acuerdo económico analizado a través de los diferentes resultados obtenidos desde tres dispositivos de atención.

Dentro del análisis del paciente y del terapeuta se analizan a su vez dos dimensiones:

- Variables estáticas: el sexo, el nivel de estudios y el diagnóstico.
- Variables dinámicas construidas en la relación interpersonal: la alianza terapéutica y la contratransferencia.

Los hallazgos obtenidos con los resultados de cada una de estas variables nos permiten abrir una vía de debate y reflexión.

Si entendemos el psicoanálisis como un conjunto de teorías y prácticas clínicas, todos los analistas compartirán una serie de conceptos fundamentales que los unen.

Kernberg (1993) identifica nueve puntos de convergencia, entre los que aparece la contratransferencia, que ha sido uno de los fenómenos de interés teórico e investigador de nuestro estudio.

Tal y como señala Gabbard (2004), la concepción se vino desarrollando desde Freud (1912/1958), como una expresión de conflictos irresueltos del inconsciente del analista, pasando por Winnicott (1949) que lo entiende bajo una reacción natural al comportamiento del paciente, hasta Kernberg (1965) como una herramienta de diagnóstico y tratamiento que informa al terapeuta acerca del mundo interno del paciente. (pp 14-15).

Sin embargo, en la mayoría de teorías actuales se asume como una contribución conjunta del pasado del terapeuta y de sentimientos inducidos por el comportamiento del paciente. (Gabbard, 1994).

En cualquier caso, desde la perspectiva del terapeuta, el análisis de este fenómeno es una fuente de información valiosa y por tanto, su estudio supone un aporte indudable a la disciplina.

En consonancia con los estudios precedentes (Heimann ,1950; Reich, 1951; Kernberg, 1965; Rozenfeld, 1988; Gokin, 1987) se reincide en su

importancia como un potente elemento de la relación terapéutica vinculado en su vertiente positiva al resultado de la terapia exitoso, tal y como aparece en nuestros resultados.

Continuando el análisis desde el terapeuta, se destaca también las características personales que funcionan o bien como un elemento facilitador o por el contrario, como limitantes para el cambio.

Tal y como señalan Ortiz y Guerra, (2002), a la hora de elegir un terapeuta, influyen variables como la edad, la fama o el género.

Sin embargo, en cuanto al género, las diferencias de que un paciente sea hombre o mujer tratado por un terapeuta del mismo sexo o del contrario, de la que nos hemos ocupado en la investigación, no encuentra relación alguna de su efecto sobre el tratamiento.

Cómo influye el género en la situación analítica es un tema complejo que no permite establecer generalizaciones simples. Es por ello que en el presente estudio, teniendo en cuenta el contexto de análisis desde diferentes dispositivos de atención, que abarca una gran diversidad diagnóstica, la respuesta no sea determinante y nos inclinemos por seguir la perspectiva planteada por Kernberg (2008), desde la que se considera la importancia del género en función de relaciones de objeto básicas internalizadas. La elección de objeto incluye los aspectos que definen el self y el objeto relacionado.

Por tanto, el género del terapeuta y del paciente pasa a formar parte dominante de la relación terapéutica exclusivamente en el seno de una relación específica, por ejemplo:

En pacientes con una organización límite o patología pre-edípica, ante la combinación de características de ambas imágenes parentales acompañadas de conflictos de identidad de género que

den lugar a una transferencia rápida e inconsciente de relación existente de un género con otro, originando así una turbulencia crónica en la relación transferencial y contratransferencial. (Ibid. p277)¹³

Esta especificidad en la que el sexo influye, no se puede entender fuera del contexto relacional y producto de la combinación de varios elementos.

De nuevo hacemos referencia a los conceptos estudiados en la parte teórica y metodológica del trabajo acerca de la importancia de la relación terapéutica, de cómo influye la transferencia, la contratransferencia y la propia alianza terapéutica en el marco de una vinculación plagada de repeticiones inconscientes, conflictos del pasado y elementos objetivos.

Mientras alianza se refiere a las tendencias del paciente que actúan para mantener la relación de tratamiento y que se relacionan con el resultado de la terapia como se confirmaba en la hipótesis 3, también es importante mencionar las fuerzas que se oponen al proceso: las resistencias, esto es, los intentos del paciente para evitar conflictos que le provocan ansiedad dentro de la situación analítica, así como ocurre con en el despliegue de estrategias defensivas que el paciente pone en funcionamiento para encontrar una vía de resolución del conflicto que se comentaban en el capítulo IV.

Aunque haya sido posible separar la influencia de cada elemento en la parte metodológica del trabajo, en este apartado nos decantamos por una reflexión integral.

¹³ La traducción es nuestra.

El paciente puede establecer relaciones con el analista no conflictivas y racionales, a lo que Greenson llamó alianza de trabajo (1965), pero también aparece la expresión de sentimientos negativos en el marco transferencial.

Esta manifestación necesaria genera en el paciente la confianza de tener un lugar en el que está permitido manifestar su queja, que lejos de entorpecer la alianza terapéutica, puede fortalecerla.

Transferencia y alianza por tanto funcionan de manera complementaria, contribuyendo ambas a la disposición del paciente para colaborar con el terapeuta y movilizarse hacia unos objetivos que tienen que ver con la construcción de significados y la simbolización que requieren de un gran esfuerzo.

El paciente se ve enfrentado al problema de que gran proporción del material con el que debe trabajar se basa en la traducción de su inconsciente. El descifrar las producciones que de él se derivan -como pudiera ser el caso de los nombres que ocupan un lugar de sustituto completamente erróneo en los *lapsus linguae*- precisa una gran sutileza psicológica.

Los cambios en el tratamiento ocurren en el reino del conocimiento que comprende cómo actuar, sentir y pensar (Lyons-Ruth, 1998), pero esta capacidad no puede ser evaluada como una cuestión meramente intelectual.

Encontramos en este punto, tal y como señalábamos anteriormente en los resultados del análisis, que el nivel de estudios, elegido como variable por su calidad de indicador cuantificable, poco tiene que decir respecto a la evolución del tratamiento.

Cuestión diferente ocurre con la variable diagnóstico, implicada en el resultado de la intervención terapéutica, como destacan numerosos autores

(Bellak y Small, 2006; Alexander y French, 1946; Wolberg, 1968; Malan,1975) y que la presente investigación viene a reforzar confirmando la hipótesis 2.

Es por ello que debemos prestar especial atención a la entrevista clínica, que sigue siendo el instrumento central para formular hipótesis sobre los trastornos mentales, pieza indispensable para la orientación del tratamiento por su valor orientador y predictivo, como se desprende de nuestra investigación.

Pero no queremos reducir la importancia del diagnóstico a sólo una de sus dimensiones, esto es, la que se refiere al resultado de un esfuerzo por abreviar la fenomenología, etiología y curso de una serie de rasgos en categorías; diagnosticar también implica reflexionar acerca de la noción de qué entendemos por normalidad y qué por patología: ¿están separados por una ruptura o forman parte de un continuo? ¿hay normalidad en la patología o una normalidad patológica?. Bergeret (2005) nos decía al respecto que la normalidad se halla tan ligada a la vida como el nacimiento o la muerte (p.31).

Resumiendo lo dicho hasta ahora, los ingredientes terapéuticos capitales encontrados en nuestro estudio para el éxito o fracaso de la terapia son la triada: alianza, contratransferencia y diagnóstico.

Como conceptos clínicos que se originan dentro de la situación analítica, tradicionalmente se ha subrayado sólo un aspecto de la relación: lo que ocurre dentro del paciente -su transferencia y su alianza-. Pero a partir de la década de los años 40, se ha puesto mayor atención en los escritos psicoanalíticos a la relación del analista hacia su paciente (Cuesta, 2001, p.115),

Siguiendo esta tendencia más actual se incluyó en la investigación el estudio de la contratransferencia. Sin embargo, existe otro aspecto de la relación que integra ambas perspectivas –la del paciente y la del terapeuta–: el vínculo interrelacional, esto es, *una relación en la que se constituyen el objeto con su sujeto* (Caparrós, 2004, p.80). Sería interesante incluir este elemento en futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ablon, J., S. Levy, R. A. y Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (2), 216-231.
- Alexander, F. y French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy* Nueva York: Ronald Press.
- Allen, J. G., Newsom, G. E., Gabbard, G. O. y Coyne, L. (1984). Scales to assess the therapeutic alliance from a psychoanalytic perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 48(5), 383-400.
- Álvarez Ariza, M. y Atienza Merino, G. coords (2009). Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Galicia.
- Álvarez, H. (2005). Competencias clave en psicoterapia breve dinámica. La práctica clínica más allá del manual. *Aperturas Psicoanalíticas*, 20, 292.
- Álvarez, J.M.; Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis.
- American Psychiatric Association Texto revisado (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5a. ed.). Washington: Masson.
- Amimi, F., Lewis, T., Lanno, R. (1996). Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213-239.
- Anderson, E.M. y Lambert, M.J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.

- Arbach, K., Lourido, M. y Mas, N (2010). La directividad en la relación terapéutica: análisis de la evidencia encontrada en investigación. *Terapia psicológica*. 28, (1), 95-107.
- Arco Tirado, J.L.; López Ortega, S.; Heilborn Díaz, V.; y Fernández Martín, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas de rendimiento académico y ansiedad: eficacia del modelo “La Cartuja” *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 589-608.
- Aron, A. y Aron, E. (2001). *Estadística para psicología*. Buenos Aires: Prentice Hall.
- Aron, L. (1996). *A meeting of minds*. New York: Analytic Press.
- Audet, C., y Everall, R. D. (2003). Counsellor self-disclosure: Clientinformed implications for practice. *Counselling and Psychotherapy Research*, 3, 223–231.
- Ávila Espada, A y Jiménez, F. (1999). *MMPI-II Inverntario Multifásico de Personalidad de Minesota-2. Manual de adaptación española*. Madrid: TEA.
- Ávila Espada, A. (1989). Psicoanálisis, psicoterapias de orientación psicoanalítica y efectividad terapéutica . *Clínica y Análisis Grupal. Psychoanalysis, Psychoanalytic Psychotherapy, Therapeutic Effectiveness* 11 (50), 51-74.
- Ávila Espada, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia? Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 67-84.
- Ávila Espada, A. y Poch i Bullich, J. (1994). *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.

- Bados López, A.; García Grau, E. y Fusté Escolano, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2 (3), 477-502.
- Baldwin, S.A., Berkeljon, A., Atkins, D. C., Olsen, J. A. y Nielsen, S.L. (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (2), 203-211.
- Balint, E. (1968). Remarks on Freud's metaphors about the "mirror" and the "receiver.". *Comprehensive Psychiatry*, 9 (4), 344-348.
- Balint, E.y Balint, M. (1955). Dynamics of Training in Groups for Psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 28, 135-143.
- Balint, M. (1966). *Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina*. London: Siglo XXI.
- Balint, M. y Ornstein, H.P. (1996). *Psicoterapia focal. Terapia breve para psicoanalistas*. Barcelona : Gedisa.
- Barber, J. P; Ellman, J. (1996). Advances in short-term dynamic therapy. *Curren opinion in Psychiatry* , 9,188-192.
- Barkham, M., Connell, J., Miles, J.N., Evans, C., Stiles, W. B., Margison, F. y Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (1), 160-167.
- Bassols, M. (2002). Psicoanálisis, medicina y psicoterapia. *Cuadernos de Psicoanálisis de Castilla y León*, 4, 21-56.
- Bellak, L. y Meyers, B. (1984). Evaluación de las funciones del yo y analizabilidad En Bellak, L. y Goldsmith, L.A. *Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo*. México: Manual Moderno.

- Bellak, L. y Siegel, H. (1992). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México : Manual Moderno.
- Bellak, L. y Small, L. (2006). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Manual moderno.
- Bento Gastaud, M. y Tiellet Nunes, M.L. (2010). Abandono de tratamiento na psicoterapia psicoanalítica: em busca de definição. *Brasil Journal of Psychiatry*. 59 (3), 20-48.
- Bergeret, J. (2005). *La personalidad normal y patológica*. Barcelona: Gedisa.
- Beutler, L. (1991). Have all won and must all have prizes?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 226-232.
- Bion, W.R. (1980) *Experiencias en grupos*. Barcelona: Paidós.
- Bischoff, M. y Tracey, T. (1995). Client resistance as predicted by therapist behaviour: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 487- 495.
- Bleichmar, H. (2010). ¿Son Todas las Psicoterapias Psicoanalíticas Iguales? *Clínica Contemporánea*, 1 (1), 5-17.
- BOCyL. Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León. nº 81, de 30-4-2003, p. 6393.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Botella, L. y Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M.Garrido y J. García (comps.), *Psicoterapia: modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp.91-104). Valencia: Promolibro.

- Brandariz, R. (2010). Evaluación de la efectividad de un programa de intervención breve en el contexto educativo, dirigido a adolescentes con consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*, 7, 14-32.
- Breger, L. (2000). *Freud, el genio y sus sombras*. Madrid: Javier Vergara.
- Brenner, C. (1979). Working alliance, therapeutic alliance, and transference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 137-158.
- Breuer y Freud (1893-1895). *Estudios sobre la histeria*. (O.C.I. 39-138) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bulbena Vilarrasa, B y Fernández de Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson.
- Burguillo Prieto, F. (2010). La magia del psicoanálisis multifamiliar. La articulación del modelo psicoanalítico con la realidad del trabajo en el sistema público. *Revista Internacional On-Line*. 9 (2), 1-14.
- Caballo, E. V., Salazar, I.C. y Carboles, J.A. (Dirs) (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V.E; Buela-Casal, G. y Carroble, J.A. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. Vol.1. Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Cabrera, L.; Bethencourt, J. T., Álvarez Pérez, P.; y González Alfonso, M. (2006). El problema del abandono de los estudios universitarios. *Relieve*, 2, (2), 21-27.
- Calvo, I., Riterman, .F. y cols. (2001). *Cuerpo-vínculo-trasferencia*. Argentina: Amorrortu.

- Canestri, J. (2007). Algunas preguntas acerca de la realidad virtual y el psicoanálisis. En Guimón, J. y Zac de Filc, S. (Eds) *Retos del psicoanálisis en el siglo XXI. Psicoanálisis, salud y psicosexualidad en la era de la realidad virtual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Caparrós Sánchez, N. y García de la Hoz, A. (1985). La teoría del grupo y sus aplicaciones clínicas. *Papeles del Psicólogo*, 19. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=214>
- Caparrós, N. (2004). *Orígenes del psiquismo. Sujeto y vínculo*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cardenal Hernández, V. y Fierro Bardaji, A. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar social y adaptación social. *Psicothema*, 13 (1) 118-126.
- Carmona, J. y del Río Noriega (2009). Gestión clínica en salud mental. *Asociación española de neuropsiquiatría*, 8, 33-46.
- Caro Rebollo, F.J. y Martínez Roig, M. (2009). *Guía Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Ministerio de sanidad y política social. Barcelona.
- Castañeda, I. y Mira, J.J. (1998). Abandono de las consultas en salud mental: Estudio sobre los factores que determinan su interrupción prematura. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 11, 42-52.
- Chambless, D.L. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of psychology*, 52, 685-716.

- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham V, Bennett Johnson S, Pope KS, et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-19.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- Colina, F. (2000). Los sueños del psicoanálisis. *Cuadernos de Psicoanálisis de Castilla y León*, 0, 51-65.
- Colina, F. (2006). *Deseo sobre deseo*. Madrid: Ediciones cuatro.
- Colina, F. (2011). *Melancolía y paranoia*. Madrid: Síntesis.
- Colson, D.; Horwitz, L.; Allen, J.G.; Frieswyk, S.; Gabbard, G.; Newsom, G. y Cooper, P. y Goodyer, I. (1993). A community Study of Depression in Adolescent Girls I: Estimates of Symptoms and Syndrome Prevalence. *British Journal of Psychiatry*, 163, 369-374.
- Corbella, S. y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2), 205-221.
- Coyne, L. (1988). Patient Collaboration as a Criterion for the Therapeutic Alliance. *Psychoanalytic Psychology*, 5 (3), 259-268.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149 (2), 151-158.
- Cuesta Ordoñez, A. (2001). *Psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico*. Venezuela: Karol.
- Curtis, R.; Field, C.; Knaan-Kostman, I. y Mannix, K. (2004). What 75 psychoanalysts found helpful and hurtful in their own analyses. *Psychoanalytic Psychology* . 21 (2), 183–202.

- D'Andrea, W., y Pole, N. (2011). A Naturalistic Study of the Relation of Psychotherapy Process to Changes in Symptoms, Information Processing, and Physiological Activity in Complex Trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Recuperado de Advance online publication. doi: 10.1037/a0025067.
- Davanloo, D. (1978). *Basic principles and techniques in shorth term dynamic psichotherapy* New York: Spectrum.
- Davanloo, D. (1980). *Shorth term dynamic psychoterapy*, New Jersey: Aronson.
- De Santiago Herrero, F-J (2007). *Los casos clínicos de Sigmund Freud* Salamanca: Amarú.
- De Santiago Herrero, F-J (2008). Ananké, Pulsión, Deseo e Identidad en relación a las nuevas tecnologías del S.XXI. *En Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 2, (2). Recuperado de <http://psi.usal.es/rppsm/>
- De Santiago Herrero, F-J; y Montfragüe, G.M. (2006). *El posfreudismo: autores y corrientes psicoanalíticas. A propósito del yo*. Salamanca :Universa Terra.
- De Santiago Herrero, J. (2005). *Evaluación de las funciones del yo en población reclusa y no reclusa mediante el método EFY de L. Bellak*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad pontificia de Salamanca, Salamanca.
- Díaz-Benjumea, M.D. (2011). Fundamentos del Cambio en la Psicoterapia Psicoanalítica: La Interpretación, el Vínculo y el Análisis del Vínculo. *Clínica Contemporánea*. 2 (1), 5-24.

- Dozier, M., Cue, KL, & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 793–800.
- Duro Martínez, J.C. y Escudero Álvaro, C. (1985). La psicología y los grupos. *En los papeles del psicólogo*, nº 19. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=211>
- Echeburú, E. & Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: De la investigación a la práctica clínica [Psychological therapies efficacy: From research to clinical practice]. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 181-204.
- Echeverría, R. (1994) *Ontología del lenguaje*. Santiago de Chile: Dolmen Estudio.
- Elliott, R., Stiles, W.B. y Shapiro, D.A. (1993). Are some psychotherapies more equivalent than others? En Giles T.R. (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 455-479). Nueva York: Plenum.
- Emeterio, M y Aymerich, M. Guía de Práctica Clínica para la Atención al Paciente con Esquizofrenia. Versión breve para la aplicación en la práctica clínica. Barcelona: Agencia d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. (GPO1/2003).
- Espina Elzaguirre (2007). Impulsividad en la bulimia nerviosa y psicoterapia dinámica. *Cuadernos de terapia familiar*, 66, 119-128.
- Espina Eizaguirre, A (2006). Psicoterapias psicoanalíticas. Bulimia nerviosa. Perspectivas clínicas actuales. Obtenido el 4 de marzo de 2011 de la base de datos Océano (Proquest).

- Etchegoyen, R.H. (2005). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16 (5), 319-324.
- Eysenck, H. J. (1980). Los efectos de la psicoterapia: Una evaluación. En H. J. Eysenck y G. D. Wilson (Eds.), *El estudio experimental de las teorías freudianas* (pp. 402- 420). Madrid: Alianza (V.O. 1952).
- Farré Hernández, V. y Martínez M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve, una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado*. Barcelona: Paidós.
- Fenichel, O. (1941). *Problems of psychoanalytic technique*. New York: Psychoanalytic Quarterly.
- Fenichel, O. (1954) Brief psychotherapy. En Fenichel, H. y Rappaport, D.(Eds) *The collected papers of Otto Fenichel* .New York: Norton.
- Ferenczi, S (1919). *La técnica psicoanalítica*. Obras Completas (Vol II). Barcelona: RBA.
- Ferenczi, S. (1921). *Prolongaciones de la técnica activa en psicoanálisis*. Obras Completas (Vol III), Madrid: Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1924). *Perspectivas en Psicoanálisis*. Obras Completas (Vol II), Barcelona : RBA.
- Ferenczi, S. (1925). *Contraindicaciones de la técnica activa*. Obras Completas (Vol III), Madrid: Espasa Calpe.

- Ferenczi, S. (1928). *Elasticidad de la técnica activa en psicoanálisis*, Obras Completas (Vol IV), Madrid : Espasa Calpe.
- Ferenczi, S. (1931). Child analysis in the analysis of adults. En *Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis*, pp. 126-142. London: Karnac.
- Fiorini, H.J. (1973). *Teoría y técnica de la psicoterapia*. Buenos Aires : Paidós.
- Fiorini, H.J. (1993). *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires : Nueva Visión.
- Fliess, R. (1953). Counter-transference and counter-identification. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 268-284.
- Fonagy, P; Roth, A & Higgitt; A. (2005). Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1, 69.
- French, T.M. (1958). The integration of behaviour. *The University of Chicago Press*, 3, 99-102.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defence*. Londres: Hogarth Press. [Trad. Cast: *el yo y los mecanismos de defensa*, Buenos Aires: Paidós, 1950].
- Freud, S (1914 (1918). *Historia de una neurosis infantil. El hombre de los lobos*. (O.C.II, 1941-2009) México: Manual Moderno.
- Freud, S 1925 (1926). *Inhibición, síntoma y angustia* (O.C. III, 2833-2883) Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1894) *Neuropsicosis de defensa* (O.C.I,169-178). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Freud, S. (1895). *Estudios sobre la histeria* (O.C.I, 39-168) Madrid: Biblioteca Nueva
- Freud, S. (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos*. (O.C.I.209-256) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1896) *Nuevas observaciones sobre las psiconeurosis de defensa*. (O.C.I, 286-293) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1901 [1905]). *Análisis fragmentario de una histeria*. (O.C.I. 933-1002). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1913). *La iniciación del tratamiento* (O.C.II, 1661-1674). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1914). *Introducción al narcisismo*. (O.C.II. 2017-2033). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1915). *Lo inconsciente*. (O.C.II, 2061-2082). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1915[1914]). *Observaciones sobre el amor de transferencia* (O.C.II,1689-1696). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1918 [1919]). *Los caminos de la psicoterapia psicoanalítica* (O.C.III, 2457-2462). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1919) *El porvenir de la terapia psicoanalítica*. (O.C II. 1564-1570). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer* (O.C.III2507-2541). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. (O.C.III. 27012729) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1925). *Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica*. (O.C.II. 2896-2903). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Freud, S. (1925). *La Negación*. (O.C.III.2884-2886). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1930). *El malestar en la cultura*. (O.C.III. 3017-3067) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1932 [1933]). *Nuevas lecciones introductorias al psicoanálisis* (O.C.III. 3101-3206). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1934 [1939]). *Moisés y la religión monoteísta* (O.C.III.3241-3324) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable* (O.C.III, 3339-3364). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1940 [1938]). *La técnica psicoanalítica*. (O.C.I. 39-138) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. 1922 (1923). *Psicoanálisis y teoría de la libido*. (O.C.III, 2661-2676). Madrid : Biblioteca Nueva.
- Friedlander, M. L. , Sutherland, O. , Sandler, S., Kortz, L., Bernardi, S., Lee, H. y Drozd, A. (2011). Exploring Corrective Experiences in a Successful Case of Short-Term Dynamic Psychotherapy. Recuperado de Advance online publication. doi: 10.1037/a0023447.
- Friedlander, M.L.; Escudero, V. y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Gabbard, G. O. (2002). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Madrid: Panamericana.
- Gabbard, Glen O. (1995). On love and lust in erotic transference. *Journal Am Psychoanalysis Associaton.*, 42, 385-403.
- Gallo Mezo, P (1998). *La regresión. Aproximación teórica, clínica y técnica*. Salamanca: Amarú.

- García de la Hoz, A. (2000). *Teoría psicoanalítica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García de la Hoz, A. (2004). *De Edipo a Narciso. Feminidad y moral en psicoanálisis*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García de la Hoz, A. y de Santiago Herrero, J. (2006). *Técnica y Práctica en Psicoterapia*. Salamanca : Sigmun SGE.
- García, E., Bados, A. y Saldaña, C. (1998). La eficacia de la intervención psicoterapéutica: Una reflexión crítica. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 23-48.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. En Bergin, A.E. y Garfield S.L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ª ed.) (pp. 190-228). Nueva York: Wiley.
- Garske, J.P. y Molteni, G.A. (1988). Psicoterapia dinámica breve: un enfoque integrador. En Jay Linn, S. y Garske, J.P. Bilbao: DDB.
- Gay, P. (1988) *Freud, una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Gibbons Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Stirman Wiltsey, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., Temes, C. M. y Ring-Kurtz, S. (2009). Unique and Common Mechanisms of Change Across Cognitive and Dynamic Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 801-813.
- Gelso, C. J., Latts, M., Gomez, M. y Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 861-867.
- Gillerón, E. (2004). *Manual de psicoterapias breves*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Glover, E. (1937). The theory of the therapeutic results of psicoanálisis, *International Journal of Psycho-Analysis*, 18,125.
- Gómez Beneyto, M. Coord. (2007). Estrategia de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- González Louro, A. (2008). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Ministerio de Sanidad y Consumo. Galicia.
- Gorkin, M. (1987). *The uses of countertransference*. New York: Aronson.
- Gracia San Román, J. y Luengo González, R. (2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos del Espectro Autista en Atención Primaria. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid.
- Gray, P. (1996). *El yo y el análisis de la defensa*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Guerra Cid, L.R. y Jiménez Torres (2011). *Psicoterapia psicoanalítica: nuevos caminos para el avance de un método*. Salamanca: Amarú.
- Guggenbuhl-Craig, A. (1992) *Poder y destructividad en psicoterapia*. Caracas: Monte Ávila Editores.
- Guimón, J. (2002). *Los profesionales de la salud mental: actividades, vicisitudes y formación*. Madrid: Core Academia.
- Guimón, J. (2010). La thérapie groupale dynamique intensive brève. *Avances en Salud Mental Relacional*, 9, (1).
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin Barc*, 126, 445-51.

- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. *American Psychiatric Association Annual Review*, 4, 532-549.
- Hatcher, R. L. y Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 292–299.
- Hecke, D., Hardt, J. y Tress, W. (2008). Effectiveness and clinical significance of brief dynamic psychotherapy: the Duesseldorf Short-Term Dynamic Psychotherapy Project. *Zeitschrift Fuer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54 (2), 107-31.
- Heimman, P. (1950) On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 31, 81-84.
- Hernández Monsalve, M.(1988). Tratamiento integral del paciente con esquizofrenia. *Psiquiatría y psicología humanista*, 36, 67-78.
- Hesnard, A. (1968). *Psicoanálisis del vínculo interhumano*. Argentina: Proteo.
- Hillman, J. (1992). *El mito del análisis*. Barcelona: Siruela.
- Hillman, J. (1999). *El código del alma. La respuesta a la voz interior*. Bogotá: Martínez Roca.
- Hoglend, P. y Piper, W:E. (1955). Focal adherence in brief dynamic psychotherapy: a comparison of findings from two independent studies. *Investigation of psychotherapy*, 13 (3), 271-292.
- Horowitz, L. M.,Rosenberg, S. E. y Bartholomew, K. (1993). Interpersonal Problems, Attachment Styles, and Outcome in Brief Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 61(4), 549-560.

- Horowitz, M.J., Marmar, C., Weiss, D.S (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome, *Arch Gen Psychiatry*, 41, 438-448.
- Horvath, A. O. y Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Horvath, A. O., y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561–573.
- Howard, I. K., Kopta, S. M., Krause, M. S. y Orlinsky, D. E. (1986). The dose effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41 (2), 159-164.
- Irala-Estevez, J. (2004). Medidas de frecuencia. En J. de Irala-Estevez, M. A. Martínez González y M. Seguí Gómez (Eds.), *Epidemiología aplicada* (pp. 101-131). Barcelona: Ariel.
- Irala-Estevez, J., Martínez, M. y Seguí, M. (2004). Diseños de investigación en epidemiología. En J. de Irala-Estevez, M. Martínez y M. Seguí (Eds.), *Epidemiología aplicada* (1 ed., pp. 167-256). Barcelona: Ariel.
- Itzigsohn, J.A. y Dasberg, H. (1985). *Terapias breves*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Jiménez, J.P.(2003). El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada. *Aperturas psicoanalíticas*, 13. Recuperado de <http://www.aperturas.org>.
- Jones, E. (1979). *Vida y obra de Sigmund Freud*. Buenos aires: Paidós.
- Jung, C. G. (1963). *Memories, dreams, reflections*. New York: Random House.

- Jung; G.C. (1934). Consideraciones generales sobre la teoría de los complejos.
En Jung, C.G (Ed). *La dinámica del inconsciente*. Madrid : Trotta.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1998). *Terapia de grupo*. Madrid: Panamericana.
- Kaufmann, P. (1996). *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte Freudiano*. Barcelona: Paidós.
- Keijsers, G., Schaap, C. y Hoodgduin, C. (2000). The impact of interpersonal
- Kernberg, O. (1965) Notes on countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 13, 38-56.
- Kernberg, O. (1993). Convergences and divergentes in contemporary psicoanálisis. *International Journal of Psychoanalysis.*, 74, 659-667.
- Kernberg, O. (2008). *Controvérsias contemporâneas acerca da teoria, prática e aplicação psicanalíticas*. Lisboa: Climepsi editores.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*; 51, 8-19.
- Klein, M. (1932). *The Psycho-Analysis of Children*. Londres: Hogarth Press.
[Trad. Cast: El psicoanálisis de niños, en Obras completas, Vol 2, Buenos Aires: Paidós, 1987].
- Klein, M. (1935). *Contribución a la psicogénesis de los estados maníacos-depresivos*. (O.C.I.279-307) España: RBA.
- Klein, M. (1952). *Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante*. (O.C. III, 177-207). Buenos Aires: Paidós.
- Klerman, G.L.; Weissman, M.M.; Rounsaville, B.J. y Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York:Basic Books.

- Knight, R (1954). Relacionando el psicoanálisis y la psiquiatría. *American Journal Psychiatry*, 101, 777-782.
- Knight, R y Freedman, R.C. (1960). *Psiquiatría psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Kopta, S. (2003). The dose-effect relationship in psychotherapy: A defining achievement for Dr. Kenneth Howard. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (7), 727-733.
- Krause, M. (2001, Noviembre). *¿Subjetividad del cambio o cambio subjetivo?* [Subjectivity of the change or subjective change?]. Trabajo presentado en Coloquio realizado en la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.
- Labrador, F.J., Fernández, P. y Ballesteros, F. (2011). Tratamientos psicológicos en la práctica clínica cotidiana. *Anales de psicología*, 27 (2), 319-326.
- Lacan, J. (1957-158). Clase 9: La metáfora paterna. En Lacan, J. (Ed.), *El Seminario V. Las formaciones del inconsciente* (pp 165-184). Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. (1959). *Seminario 6. El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. (1960-1961). Clase XII: La transferencia en el presente. En Lacan, J. (Ed.), *Seminario 8. La Transferencia*. (pp195-208). Buenos Aires: Paidós, 2005.
- Lacan, J. (1965-1966). El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. En Lacan, J. (Ed.), *Escritos 1*. (pp187-203). Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2003.

- Lacan, J. (1966-1967). *Seminario XIV. La lógica del fantasma*. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- Lacan, J. (1975). *El Seminario XXIII. El objeto del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2004.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross y M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Leff, J. (1987). Changing the family environment of schizophrenic patients. En J. S. Strauss, W. Böker y H. D. Brenner (Eds.), *Psychosocial treatment of schizophrenia* (pp. 87-93). Toronto: Hans Huber.
- Levenson, H (1997). *Guía práctica para una nueva terapia de tiempo limitado*. Bilbao: DDB.
- Lewis, R. y Wolberg, M.D. (1968). *Psicoterapia breve*. Madrid: Editorial Gredos.
- Liang, B., Tummala-Narra, P. and West, J. (2011). Revisiting Community Work From a Psychodynamic Perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42 (5), 398- 404.
- Lira-Mandujano, J; González-Betanzos, F.; Carrascosa Venegas, C.. Ayala Velázquez, H.; Cruz-Morales, S. (2009). Evaluation of a brief motivational intervention program for smokers: results of a pilot study. *Revista de salud mental*, 32 (1), 35-41.
- Loewenstein, R.M. (1969). Developments in the theory of transference in the last fifty years. *Internacional Journal of Psycho-Analysis*, 50, 583-588.

- López-Pedraza, R. (2006) *Cuatro ensayos desde la psicoterapia*. Caracas: Festina Lente.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Lyons-Ruth, K. (1998). Members of the change process study group: Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal*. 19, 282-289.
- Maina, G., Rosso, G. y Bogetto, F. (2009). Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results. *Journal of Affective Disorders*, 114 (1-3), 200-207.
- Malan, D. H. (1976). *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*, New York: Plenum Press.
- Malan, D.H (1963). *A Study of Brief Psychotherapy*. Londres:Tavistock Publications.
- Malan, D.H (1975). *La psychothérapie brève*. Paris : Payot.
- Malan, D.H. (1976). *The frontier of brief Psychotherapy*. New York:Plenum.
- Malan, D.H. (1992). *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica* Barcelona : Ediciones Paidós.
- Malugani, M (1990). *Psicoterapias breves*. Barcelona: Editorial Herder.
- Mann, J (1973). *Time-Limited Psychotherapy*, Cambridge: Harward University Press.
- Mann, J y Coleman. A. (1982). *A casebook in time-limited psychotherapy* New York: MacGraw-Hill.

- Martin Carbonell, M. y Riquelme Marín, A. (2007). Factores asociados al reporte de cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud*, 17 (1), 63-68.
- Masterson J.F, Rinsley D.B. (1975) The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *Interview Journal of Psychoanalysis*, 56, 163-177.
- Meissner, S.J (2007). Therapeutic alliance. Theme and variations. *Psychoanalytic Psychology*. 24 (2), 231–254.
- Meltzer, D. (1967). *The psycho-analytical process, Perthshire*. Scotland: Clunie Press.
- Menninger, K.A. y Holzman, S.P. (1973). *La teoría de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Psique.
- Millán Ventura, M., (2010). Terapia sistémica breve. En Guerra Cid, R. y Jiménez Torres, S (Ed.), *Psicoterapias breves y focales contemporáneas. Teoría y práctica*. Madrid: Editorial Manuscritos.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración del programa de salud mental en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. . Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo, 2011.
- Miró Coll, T. (2005). Psicoanálisis y asistencia pública en salud mental o ¿tiene algo que ver el psicoanálisis con la salud mental?. *Revista de psiquiatría y psicología humanista*, 62.

- Moneo Martín, F (2008). Avances en salud mental relacional "Crisis y porvenir del psicoanálisis. Obtenido el 7 de Junio de 2011 de la base datos Océano (Proquest).
- Montfragüe Mateos, M. (2011). Análisis de la demanda asistencial en trastornos del lenguaje, habla y comunicación. Un estudio epidemiológico realizado desde la Unidad Asistencial de Logopedia de la Universidad Pontificia de Salamanca (UPSA) (Tesis inédita de doctorado). Universidad Pontificia. Salamanca.
- Muratori, F. ,Picchi, L., Casella, C., Tancredi, R. ,Milone, A. y Patarnello, MG.(2002). Efficacy of brief dynamic psychotherapy for children with emotional disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(1), 28-38.
- Myers, D., y Hayes, J. A. (2006). Effects of therapist general selfdisclosure and CT disclosure on ratings of the therapist and session. *Psychotherapy*, 43, 173–185.
- Myron, F & Weiner, M.D. (1998). Papel del lider en la terapia de grupo. En Kaplan, H.; Benajamin, J. y Sadock (Ed). *Terapia de grupo*. Madrid: Panamericana.
- Nacht, S (1957). Sobre las variantes técnicas. En Nacht, S. (Ed) *La presencia del psicoanalista* (pp. 73-77) Buenos Aires: Proteo.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2006) *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nathan, P. y Gorman. J. (Eds.) (1998). *A guide to treatments that work*. Nueva York: Oxford. University Press.

- Nicoló, A. (2001). *El trabajo clínico con los adolescentes difíciles. ¿De qué manera ha cambiado la técnica?*. Presentado en Modelos de abordaje de la conflictiva adolescente, Marzo, Madrid.
- Nielsen, G., Barth, K., Haver, B., Havik, OE., Molstad, E., Rogge, H. y Skatun, M. (1988). Brief dynamic psychotherapy for patients presenting physical symptoms. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 50 (1), 35-41.
- Nunes Araujo, D. (2009). El manejo del dinero en el psicoanálisis. *Revista de Psicoterapia, Psicoanálisis y Salud Mental*, 2 (1), pp 1-12.
- Orlinsky, D., Grawe, K. & Parks, K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En Bergin, A.E. y Garfield, S.L. (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ta. ed., pp. 270-378). Nueva York: Wiley.
- Orlinsky, D., Ronnestad, M. y Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. En M.Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5ta. ed., pp. 307-393). Nueva York: Wiley.
- Ortiz Oria, V. y Guerra Cid, L.R. (2002). *Antropología, personalidad y tratamiento*. Salamanca: Amarú.
- Pastor, A.; Blanco, A. y Navarro, D. (coords) (2010). *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Síntesis.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness: Uses of consumer-oriented criteria in defining treatment success. En Giles T.R. (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 409-436). Nueva York: Plenum.
- Perdigón, A. (2010). Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental. Volumen Primavera, 8-13.

- Pérez Álvarez, M. & Fernández Hermida, J.R. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 523-529.
- Piaget, J. (1985). *Psicología y epistemología*. Barcelona: Planeta de Agostini.
- Piper, W. E. (1993). Concentration and correspondence of transference interpretations in short term psychotherapy. . *Consult Clinic. Psychology*, 61, 585-595.
- Piper, W., Azim H., Mc Callum, M. (1990). Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal Consult Clin Psychol*, 58, 475-481.
- Pita, S. (1995). *Epidemiología. Conceptos básicos*. Retrieved 14 septiembre, 2007, Recuperado de http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios.htm
- Poch i Bullich , M. L. y Godoy Pérez, M (1994). Teorías del mundo interno y del conflicto intrapsíquico (II): Relaciones objetales. En Ávila Espada, A. y Poch i Bullich, J. (Ed). *Manual del técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: S.XXI.
- Postigo, M. (2009). *Trastorno de la personalidad por dependencia*. Madrid: Pirámide.
- Preston, J (1998). *Terapia breve integradora. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Quiroga Méndez, P. (2003). *C.G. Jung. Vida, obra y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rank, O. (1971). *El trauma del nacimiento*. Buenos Aires: Paidós.

- Reich, A. (1951). On countertransference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 32, 25-31.
- Romero Chamorro, E (1994). El proceso de la psicoterapia psicoanalítica y sus diferentes modelos. Las “reglas básicas” del tratamiento psicoanalítico. En Ávila Espada, A. y Poch i Bullich, J. (Ed) *Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. Madrid: Siglo XXI.
- Rosenfeld, H. (1988) *Impasse e Interpretação: Fatores Terapêuticos e Antiterapêuticos no Tratamento Psicanalítico de Pacientes Neuróticos, Psicóticos e Fronteiriços*. Río de Janeiro: Imago.
- Roth, A.D. y Fonagy, O. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. Nueva York: Guilford.
- Safran, D.J y Muran Christopher, J (2005). *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- San Emeterio, M., Aymerich, M., Faus, G., Guillamón, I., Illa, J. M., Lalucat, Ll. (2003). Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión extensa. Fondo de Investigación Sanitaria (número de expediente 01/10077). Barcelona.
- San Román Gracia, F.J. y Fontecha del Campo Díaz, P. coords., (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid.
- Sánchez- Barranco, A. (1991). *Trastorno mental e intervención: enfoque psicoanalítico*. Barcelona: PDU.
- Sánchez-Barranco Ruiz, A. y Sánchez-Barranco Vallejo, P. (2001). Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21 (78), 7-25.

- Sandler, J.; Dare, C. y Holder, A. (2001). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Argentina: Paidós.
- Santiago Herrero, F.J., García Mateos, M.M. y Montesano del campo, A. (2006). *Análisis del yo y de los mecanismos de defensa*. Salamanca: Universa Terra.
- Saúl, L. A.; López González, M. A. y Bermejo, B. (2009). Revisión de los Servicios de Atención Psicológica y Psicopedagógica en las Universidades Españolas. *Acción Psicológica*, 1 (6), 17-40.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L., y Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioral psychotherapy*. Nueva York: Wiley.
- Schacht, T.E.; Binder, J.L. y Strupp, H.H. (1984). The dynamic focus. En Strupp, H.H. y Binder, J.L.(Ed) *Una nueva perspectiva en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Schopenhauer, A. (2010). *El mundo como voluntad y representación*. Madrid: Alianza.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M. y Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Sharpe, E.F. (1947) The psycho-anayst. *International Journal of Psycho-Analysis*, 28,1-6.
- Shefler, Gaby, Dasberg, Haim, Ben-Shakhar y Gershon (1995). A Randomized Controlled Outcome and Follow-Up Study of Mann's Time-Limited Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4),585-593.

- Sifneos, P. E. (1967). Two Different Kinds of Psychotherapy of Short Duration. *American Journal of Psychiatry*, 123, 10-69.
- Sifneos, P.E. (1972). *Short-term psychotherapy and emocional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sifneos, P.E. (1987). *Short-term dynamic psychotherapy evaluation and technique*. New York: Plenum.
- Sifneos, P.E. (1992). *Psicoterapia breve con provocación de angustia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Small, L. (1997). *Psicoterapias breves*. Barcelona : Gedisa.
- Smith ML, Glass GV, Miller TI (1980) *The benefits of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press. Baltimore: MD.
- Stekel, W. (1938). *Technique de la Psychotherapie analytique*. Paris :Payot.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 117-126.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., y Elliott, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?" *American Psychologist*, 4 (2), 165-180.
- Stiles, W., Agnew-Davies, R., Hardy, G., Barkham, M. y Shapiro, D. (1998). Relation of the alliance with psychotherapy outcome: Findings in the Second Sheffield sychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (5), 791-802.
- Stone, L.(1961). *The psychoanalytic situation*. New York: International Universities Press.
- Strachey, J. (1934). The nature of the therapeutic action of psicoanálisis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 127-159.

- Strupp, H. H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 37, 947-954.
- Svartberg, M. y Stiles, T. (1991). Comparative effects of short term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5) 704-714.
- Talarn Caparrós, A. y Maestre Lorén, F. (1994). Emociones y estrategias técnicas en el seno de la psicoterapia psicoanalítica. En Ávila Espada, A. y Poch i Bullich, J. (Ed.), *Manual de Técnicas de Psicoterapia* (pp. 291-312). Madrid: Siglo Veintiuno.
- Tandon, R., Nasrallah, H. A. y Keshavan, M. S. (2010). Schizophrenia, “just the facts” 5. Treatment and prevention past, present, and future. *Schizophrenia Research*, 122, 1-23.
- Target, M. y Fonagy, P. (1996). The Psychological Treatment of Child and Adolescent Psychiatry Disorders. En Roth, A. y Fonagy, P. *What Works for Whom?. A critical Review of Psychotherapy Research*. New York: The Guilford Press.
- Tizón García, J.L. coord. (1992). Atención Primaria en Salud Mental y Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Doyma.
- Toma, F. (2000). A comparison of the perception of drug and alcohol measures on the helpfulness of therapeutic attitudes used by counsellors. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 3, 103-110.
- Torres Torija, J. y Lara Muñoz, M.C. (2002). Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. *Salud Mental*, 25 (6), 27-34.

- Trujillo, M. y Cullough, L. (1985). Short-term dynamic psychotherapy: Clinical and research issues. *Clinical insights monograph series*. Recuperado de <http://www.psicoterapiabreve.com/principios.htm>.
- Turón, V. (2009). Guía de Práctica Clínica sobre trastornos de la conducta Alimentaria Ministerio de sanidad y consumo. Generalitat de Catalunya.
- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale: Interrater Reliability and Sensitivity to Change in Short-Term Dynamic Psychotherapy and Cognitive Therapy. *Psychological Assessment*. Recuperado de Advance online publication. doi: 10.1037/a0023649.
- Vaslamatzis, G., Coccossis, M. Zervis, C., Panagiotopoulou, V.y Chatziandreou, M. (2004). A psychoanalytically oriented combined treatment approach for severely disturbed borderline patients: The Athens project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68 (4) , 337-349. doi: 10.1521/bumc.68.4.337.56640
- Vilela Santeiro, T. (2005). Psicoterapias Breves Psicodinámicas: Produção Científica em Periódicos Nacionais e estrangeiros (1980/2002). Centro de Ciências da Vida, da Pontificia Universidade Católica, Campinas.
- Villamarzo, P. F. (1982-1983). *El yo y los mecanismos de defensa* (Vol. I). Madrid: ISEF.
- Villamarzo, P. F. (1982-1983). *El yo y los mecanismos de defensa* . (Vol. II). Madrid: ISEF
- Villamarzo, P. F. (1982-1983). *El yo y los mecanismos de defensa* (Vol. III). Madrid: ISEF.

- Villamarzo, P.F (1995). *Vigencia clínica de Freud. El método terapéutico freudiano como situación "cuasi-experimental"*. Salamanca: Amarú.
- Villamarzo, P.F. (1982). *Frustración pulsional y cultura en Freud*. (Vol. I y II). Salamanca: U.P.S Biblioteca de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad
- Villamarzo. P-F. (1987). *El proceso psicoanalítico y su conducción*. Madrid: ISEF.
- Waelder, R. (1956) Introduction to the discussion on problems of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37, 367-368.
- Wallerstein, S.R. (1986). *Forty two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Wallerstein, S.R. (1992). *Los tratamientos psicoanalíticos: una perspectiva histórica*. Barcelona: PDU.
- Watkins, C. E. (2011). The study of men in short-term and long-term psychodynamic psychotherapy: A Brief Research Note. *Psychoanalytic Psychology*. Recuperado de Advance online publication. doi: 10.1037/a0025183.
- Wiborg, IM y Dahl, AA (1996). Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder?. *Archives of General Psychiatry*, 53 (8), 689-94.
- William, N. (2005). *Diagnóstico psicoanalítico*. Lisboa: Climepsi editores.
- Wilson, J.J. y Gil, K.M. (1996). The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease-related and non-disease-related pain. *Clinical Psychology Review*, 51, 17-21.
- Winnicott, D. W. (1960). Countertransference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 17-21.

- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth.
- Winokur, M. y Dasberg, H. (1985). Psicoterapias Dinámicas Breves. En Itzigsohn, J.A y Haim Dasberg (Ed). *Terapias breves*. Salamanca: Biblioteca Salmanticensis.
- Zeanah, C.H.; Boris, N.W. y Scheeringa, S.M. (1997). Psychopathology in Infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (1), 81-99.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *Internacional Journal of Psycho-Analysis*, 37, 369-375.
- Zimmerman, M.; Rothschild, L. y Chelminski, I. (2006). Prevalencia de los trastornos de la personalidad del DSM-IV en pacientes psiquiátricos ambulatorios. *American Journal of Psychiatry*, 9 (1), 65-74.

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

APÉNDICE A. CORRESPONDENCIA DIAGNÓSTICA

APÉNDICE B. PROTOCOLO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

APÉNDICE C. TABLAS DE ANÁLISIS

APÉNDICE A.
CORRESPONDENCIA DIAGNÓSTICA

APÉNDICE A. CORRESPONDENCIA PSICOPATOLÓGICA

CLASIFICACIÓN FREUDIANA	DSM-IV-TR
Histeria de conversión	F.44X Tras. De conversión [300.11] .4 Con síntoma o déficit motor .5 Con crisis o convulsiones .6 Con síntoma y déficit sensorial .7 De presencia mixta
Neurosis obsesivo-compulsiva	F.42.8 Trastorno Obsesivo-compulsivo
Neurosis fóbica	F.40.2 Fobia específica [300.29] F.40.1 Fobia social [300.23]
Neurosis del carácter	Trastorno de la personalidad
Psicosis maníaco-depresiva	Trastorno del estado de ánimo
Hipocondría	F.45.2 Hipocondría [300.7]
Neurosis de angustia	Trastorno de angustia F41.0 Trastorno de ansiedad sin agorafobia [300.01] F41.01 Trastorno de ansiedad con agorafobia [300.21] F40.00 Agorafobia sin historia de T.A. [300.02]
Neurosis traumática	F43.1 Tras. Por Estrés Postraumático (309.8) Tras. Por estrés agudo (308.3)

Órgano-neurosis	<p>Trastornos somatoformos</p> <p>F45.0 Tras. De somatización (300.81)</p> <p>F45.1 Tras. Somatomorfo indiferenciado (300.81)</p> <p>F45.4 Tras. Por dolor asociado a factores psicológicos (307.80) y Tras. Por dolor asociado a factores psicológicos y enfermedad médica (307.89)</p>
Psicosis orgánica	<p>Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos</p> <p>Trastorno mental debido a enfermedad médica</p> <p>Trastorno psicótico inducido por sustancias</p>
Esquizofrenia	<p>F20.0x Esq. Tipo paranoide (295.30)</p> <p>F20.1x Esq. Tipo desorganizado (295.10)</p> <p>F20.2x Esq. Tipo catatónico (295.20)</p> <p>F20.3x Esq. Tipo indiferenciado (295.90)</p> <p>F20.5 Esq. Tipo residual (295.60)</p> <p>F20.8 Tras. Esquizofreniforme (295.70)</p> <p>F25.x Tras. Esquizoafectivo (295.70)</p> <p>F23.8x Tras. Psicótico breve (298.8)</p>
Paranoia	F22.0 Tras. Delirante (297.1)
Psicopatía	F60.2 tras. Antisocial de la personalidad (301.7)
Perversión sexual	Grupo de las parafilias, tras. sexuales y de la identidad sexual
Toxicomanías	Tras. Relacionados con sustancias

APÉNDICE B
PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS

APÉNDICE B. PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS

FECHA 1ª CONSULTA:
FECHA DE ALTA:
Nº TOTAL DE SESIONES
TERAPEUTA

NOMBRE Y APELLIDOS (Iniciales):
DOMICILIO:
POBLACIÓN:
LUGAR DE TRABAJO/ESTUDIOS

FECHA NAC.:
TLFNO:

EDAD:

SEXO:

MOTIVO CONSULTA

.....

CON QUE LO RELACIONA

.....

SÍNTOMAS E INICIO

OBSERVACIONES DEL TERAPEUTA

TRATAMIENTOS CON OTROS PROFESIONALES (ESPECIFICAR TIEMPO Y EDAD)

PSICOLOGOS (ORIENTACION)
 PSIQUIATRAS
 OTROS

EXPRESIÓN LITERAL DEL MOTIVO DE CONSULTA

.....

.....

QUIÉN ACUDE A CONSULTA

Padres Padre Madre Otros
 Paciente

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MENTAL

PRIMER GRADO: Padre Madre Hermano Hijos

SEGUNDO GRADO

ENFERMEDADES MÉDICAS

TRATAMIENTO FÁRMACOLÓGICO

	HA UTILIZADO	UTILIZA
<input type="checkbox"/> Neuroléptico		
<input type="checkbox"/> Ansiolítico		
<input type="checkbox"/> Estabilizador del humor.....		
<input type="checkbox"/> Antidepresivo.....		
<input type="checkbox"/> Hipnóticos		
<input type="checkbox"/> Otros.....		

DATOS FAMILIARES

NÚCLEO FAMILIAR: (PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR FAMILIAR)

PADRES (P = Padre, M = Madre)

Edad: P..... M.....

Profesión: P. M.

HERMANOS:

Nº Total (incluido el paciente)..... Lugar que él ocupa.....
Edades..... Edad del paciente.....

LUGAR DE PROCEDENCIA DEL PACIENTE:

.....

RELACION CON LA UNIVERSIDAD (ESPECIFICAR)

- Estudiante Familiar de primer grado
- Personal Investigador
- Personal de Administración y servicios

JUICIO DIAGNÓSTICO

- Histeria de conversión
- Neurosis obsesivo-compulsiva
- Neurosis fóbica

- Neurosis del carácter
- Psicosis maníaco-depresiva
- Hipocondría
- Neurosis de angustia
- Neurosis traumática
- Órgano neurosis
- Psicosis orgánica
- Esquizofrenia
- Paranoia
- Psicopatía
- Perversión sexual
- Toxicomanía

EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO

- Finaliza con éxito
- Finaliza sin mejoría
- Abandono
- Cambio de ciudad
- En tratamiento

FOCO DE TRABAJO

- Nuclear
- Secundario

Especificar a lo largo del tratamiento

MECANISMOS DE DEFENSA

MEJORAS DEL PACIENTE

PRUEBAS DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

.....

.....

.....

.....

APÉNDICE C
TABLAS DEL ANÁLISIS

APÉNDICE C. TABLAS DEL ANÁLISIS

Tabla 12. Diagnóstico

Tabla de contingencia Diagnóstico * Resultado

			Resultado			Total
			finaliza con éxito	finaliza sin mejora	abandono	
Diagnostico	Histeria de conversión	Recuento	9	1	5	15
		Residuos corregidos	,6	-,7	-,2	
	Neurosis obsesivo-compulsiva	Recuento	9	1	2	12
		Residuos corregidos	1,7	-,4	-1,4	
	Neurosis fóbica	Recuento	2	0	2	4
		Residuos corregidos	-,1	-,8	,6	
	Neurosis del carácter	Recuento	6	5	15	26
		Residuos corregidos	-3,3	1,2	2,6	
	Psicosis maniáco-depresiva	Recuento	11	2	7	20
		Residuos corregidos	,3	-,3	-,1	
	Hipocondría	Recuento	1	0	0	1
		Residuos corregidos	1,0	-,4	-,7	
	Neurosis de angustia	Recuento	13	3	9	25
		Residuos corregidos	,0	,0	,0	
	sin especificar	Recuento	1	0	1	2
		Residuos corregidos	-,1	-,5	,4	
	neurosis traumática	Recuento	13	0	4	17
		Residuos corregidos	2,1	-1,6	-1,1	
	psicosis orgánica	Recuento	2	0	0	2
		Residuos corregidos	1,4	-,5	-1,1	
	esquizofrenia	Recuento	1	4	0	5
		Residuos corregidos	-1,5	4,7	-1,7	
	paranoia	Recuento	0	0	1	1
		Residuos corregidos	-1,1	-,4	1,3	
	perversión sexual	Recuento	1	0	0	1
		Residuos corregidos	1,0	-,4	-,7	
	toxicomanía	Recuento	0	0	1	1
		Residuos corregidos	-1,1	-,4	1,3	
Total		Recuento	69	16	47	132

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,886(a)	26	,007
Razón de verosimilitudes	43,574	26	,017
Asociación lineal por lineal	,199	1	,655
N de casos válidos	132		

a 31 casillas (73,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,596	,007
	V de Cramer	,421	,007
	Coeficiente de contingencia	,512	,007
N de casos válidos		132	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 13. Contratransferencia

Tabla de contingencia contratransferencia * Resultado

			Resultado			Total
			finaliza con éxito	finaliza sin mejora	abandono	
contratransferencia buena	Recuento	67	4	21	92	
	Residuos corregidos	7,2	-4,1	-4,7		
mala	Recuento	2	12	26	40	
	Residuos corregidos	-7,2	4,1	4,7		
Total		69	16	47	132	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,596(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	61,217	2	,000
Asociación lineal por lineal	39,339	1	,000
N de casos válidos	132		

a 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,85.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Phi	,637	,000
	V de Cramer	,637	,000
	Coeficiente de contingencia	,537	,000
N de casos válidos		132	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 14. Alianza terapéutica

Tabla de contingencia alianza * Resultado

			Resultado			Total
			finaliza con éxito	finaliza sin mejora	abandono	
alianza buena	Recuento	67	7	14	88	
	Residuos corregidos	7,8	-2,1	-6,7		
mala	Recuento	2	9	33	44	
	Residuos corregidos	-7,8	2,1	6,7		
Total	Recuento	69	16	47	132	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	61,308(a)	2	,000
Razón de verosimilitudes	70,754	2	,000
Asociación lineal por lineal	58,419	1	,000
N de casos válidos	132		

a 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 5,33.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. Aproximada
Nominal por nominal	Phi	,682	,000
	V de Cramer	,682	,000
	Coefficiente de contingencia	,563	,000
N de casos válidos		132	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 15. Edad del paciente

Tabla de contingencia Edad * Resultado

			Resultado			Total
			finaliza con éxito	finaliza sin mejora	abandono	finaliza con éxito
Edad	5-10	Recuento	2	0	1	3
		Residuos corregidos	,5	-,7	-,1	
	11-15	Recuento	1	1	0	2
		Residuos corregidos	-,1	1,7	-1,1	
	16-20	Recuento	2	0	10	12
		Residuos corregidos	-2,6	-1,3	3,6	
	21-25	Recuento	16	1	10	27
		Residuos corregidos	,8	-1,5	,2	
	26-30	Recuento	21	5	6	32
		Residuos corregidos	1,7	,7	-2,3	
	31-35	Recuento	14	5	11	30
		Residuos corregidos	-,7	,9	,1	
	36-40	Recuento	2	0	3	5
		Residuos corregidos	-,6	-,8	1,2	
	41-45	Recuento	2	2	2	6
		Residuos corregidos	-1,0	1,6	-,1	
	46-50	Recuento	6	1	1	8
		Residuos corregidos	1,3	,0	-1,4	
	51-55	Recuento	2	0	2	4
		Residuos corregidos	-,1	-,8	,6	
	56-60	Recuento	0	0	1	1
		Residuos corregidos	-1,1	-,4	1,3	
	61 en adelante	Recuento	1	1	0	2
		Residuos corregidos	-,1	1,7	-1,1	
Total		Recuento	69	16	47	132

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,963(a)	22	,050
Razón de verosimilitudes	35,837	22	,032
Asociación lineal por lineal	,443	1	,506
N de casos válidos	132		

a 29 casillas (80,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es ,12.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Phi	,507
	V de Cramer	,359
	Coefficiente de contingencia	,452
N de casos válidos	132	

a Asumiendo la hipótesis alternativa.

b Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 16. Nivel de estudios

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,371(a)	4	,173
Razón de verosimilitudes	5,766	4	,217
Asociación lineal por lineal	,173	1	,677
N de casos válidos	132		

a 3 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,21.

Tabla 17. Grupo de hombres. Sexo del terapeuta.

Tabla de contingencia terasexo * Resultado

			finaliza con éxito	Resultado finaliza sin mejora	abandono	Total
Terasexo	Hombre	Recuento	8	4	9	21
		Residuos corregidos	-1,1	1,4	,2	
	Mujer	Recuento	11	1	8	20
		Residuos corregidos	1,1	-1,4	-,2	
Total		Recuento	19	5	17	41

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,309(a)	2	,315
Razón de verosimilitudes	2,438	2	,296
Asociación lineal por lineal	,446	1	,504
N de casos válidos	41		

a 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,44.

Tabla 18. Grupo de mujeres. Sexo del terapeuta.

Tabla de contingencia terasexo * Resultado

			Resultado			Total
			finaliza con éxito	finaliza sin mejora	abandono	
Terasexo	Hombre	Recuento	30	6	13	49
		Residuos corregidos	1,3	,0	-1,4	
	Mujer	Recuento	20	5	17	42
		Residuos corregidos	-1,3	,0	1,4	
Total		Recuento	50	11	30	91

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,098(a)	2	,350
Razón de verosimilitudes	2,101	2	,350
Asociación lineal por lineal	2,044	1	,153
N de casos válidos	91		

a 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 5,08.

Tabla 19. Dispositivo de atención

Tabla de contingencia dispositivo de atención * Resultado

			Resultado			Total
			finaliza con éxito	finaliza sin mejora	abandono	
Dispositivo	Universidad	Recuento	26	4	20	50
		Residuos corregidos	,0	-1,1	,8	
	Consulta privada	Recuento	13	5	6	24
		Residuos corregidos	,2	1,4	-1,2	
	Seguro concertado	Recuento	30	7	21	58
		Residuos corregidos	-,1	,0	,1	
Total		Recuento	69	16	47	132

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,259(a)	4	,515
Razón de verosimilitudes	3,165	4	,531
Asociación lineal por lineal	,030	1	,862
N de casos válidos	132		

a 1 casillas (11,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.
La frecuencia mínima esperada es 2,91.