

# Capítulo 1

## INTRODUCCIÓN:

### EL CAMPO DE LAS PSICOTERAPIAS Y ALGUNAS DE SUS DIRECCIONES DE DESARROLLO

El campo de las psicoterapias emerge en los últimos años portador de problemáticas de una complejidad creciente. Desafía nuestros esfuerzos en varios niveles: epistemológico (incluyendo los replanteos de la crítica ideológica), teórico, técnico, docente, de investigación (con sus complejas exigencias de orden metodológico). El avance en el desarrollo de estos niveles, para una elaboración científica del campo, es lento; lo cual debe necesariamente preocuparnos: en la más simple de las intervenciones terapéuticas se juegan vidas, proyectos, rumbos de individuos y grupos. Toda carencia científica en este campo es problema de urgencia, de responsabilidad social humana.

Las vías de abordaje para su desarrollo científico son múltiples, lo cual no impide el reconocimiento de prioridades. Tres aspectos se nos han presentado como más urgidos de una tarea elaborativa que apuntara a ahondarlos: uno, la necesidad de afinar la descripción y explicación de sus técnicas; otro, el del trabajo sobre ciertos pilares teóricos en los que pueda asentarse y a los que pueda a su vez enriquecer la práctica técnica; tercero, el del cuestionamiento ideológico de las teorías y de las técnicas, que pueda colocarlas en relación con determinaciones del contexto social más amplio. Los capítulos de este libro reflejarán sin duda, con distinto grado de acierto, estas prioridades. Un enfoque que intenta constituir una *teoría de las técnicas de psicoterapia que incluya una consideración crítica de algunas de sus bases ideológicas*. Esto quiere decir una teoría de las técnicas que no acepta limitarse a dar cuenta de manipulaciones concebidas con fines de mera utilidad, que no apunta a lograr “resultados” aislados de un amplio marco social, teórico e ideológico. Si se concibiera a las técnicas como recetas sobre lo que se debe hacer (acepción que parece tomarse en el rechazo de autores lacanianos a

hablar en ese nivel de las técnicas) todo interés en las técnicas obedecería seguramente a fines espurios. Se trata en cambio de estudiar las técnicas en cuanto campo de una práctica que, cuidadosamente investigada, revisada, conceptualizada, remite inevitablemente a una teoría. En esta orientación, un salto teórico importante se opera en el nivel de las técnicas cuando se pasa de las comunicaciones categorizadas según la teoría de cada escuela, al intento de describir las intervenciones concretas del terapeuta mediante un lenguaje no comprometido con aquellas superestructuras teóricas.

Este pasaje conduce a trabajar en un nivel más alto de teoría. Muchos de los temas que se abordan en este volumen han surgido de la enseñanza del Dr. Mauricio Goldenberg y de la práctica clínica realizada con su dirección en el Servicio de Psicopatología del Policlínico Gregorio Araoz Alfaro, de Lanús, Provincia de Buenos Aires. Han sido objeto de discusión en grupos de médicos, psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales, que han constituido grupos de trabajo, principalmente hospitalario, centrados en la elaboración teórico-técnica del amplio campo de las psicoterapias. De su trabajo crítico han surgido valiosos aportes; gran parte de nuestros desarrollos han fraguado a la luz de ese incesante diálogo grupal. Desde 1978 fundamos el Centro de Estudios en Psicoterapias, institución de asistencia y formación de posgrado, en cuyos equipos de trabajo también hemos discutido y profundizado las líneas de investigación trazadas para el campo de las Psicoterapias Psicoanalíticas. Desde 1986 hasta el presente hemos fundado y conducido la Cátedra de “Clínica Psicológica y Psicoterapias” en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. En sus aulas hemos tratado sistemáticamente los temas centrales de este campo de estudios, con 50 docentes, 300 graduados y 15.000 alumnos del último año de la Carrera de Psicología. En la institución Ágora de Montevideo, en Esip de Porto Alegre, y especialmente en Acippia de Madrid hemos sostenido años de trabajo clínico, ateneos y jornadas de elaboración teórica.

Al terminar un ciclo de tareas, los miembros de uno de estos grupos de discusión<sup>1</sup> evaluaron sus resultados, llegando a conclusiones que reflejan, creo, ciertos alcances de nuestro enfoque teórico-técnico del campo. Fueron algunas de esas conclusiones: “Pude entender mejor al paciente-persona como ser social, con un interjuego dialéctico de lo interno y de lo externo, y esa comprensión me dio instrumentos para

trabajar con él de otra manera.” “Se me abrió un camino más amplio:

<sup>1</sup>Grupo de Discusión sobre Psicoterapias (1972-73), CISAM (Centro Interdisciplinario para la Salud Mental), Buenos Aires.

relacionarme con el paciente o con el grupo en forma global, vinculando sus problemas con todos los aspectos de su mundo circundante, distinguir en él fantasía de realidad y estudiar esa relación.” “Frente a un ser humano complejo vi que no hay una cosa para hacer sino muchas.” “Empecé a pensar más libremente desde una perspectiva humana y desde mí.” “Me sentí más libre como terapeuta, vi que es útil preguntar, que no está prohibido reír a veces, y que no siempre hay que interpretar.” “La comprensión de un enfoque situacional me aclaró cómo entra la ideología.” “Me quitó el fantasma de la distancia terapéutica y perdí el miedo a errar la interpretación.” “Me aproximé a un psicodiagnóstico que dé una visión más concreta del paciente.” “Vi que no todo está terminado y que de mí también depende el desarrollo de la psicoterapia en la Argentina.”

Estas conclusiones pueden ser un estímulo motivador para preguntarnos cuáles son los soportes de una orientación teórico-técnica capaces de concurrir en la dirección de aquellos resultados. Movernos a caracterizar los aspectos fundamentales de contenidos teóricos e ideológicos que trazan las líneas directrices de aquella orientación de trabajo. Al menos esa es la tarea que indujeron en mí. Mencionaré entonces las que he podido reconocer como direcciones clave de una actitud científico-técnica comprometida con el desarrollo de este campo.

1. Entenderlo como un campo en estado experimental pleno, ocasión de una diversidad de aperturas, seno de una dispersión creadora antes que lugar de anclaje de sistemas acabados. Esto quiere decir terreno fértil para innovaciones e intuiciones, tratables progresivamente con el rigor de una exploración científica. En este aspecto el campo se enriquece constantemente con el surgimiento de nuevos enfoques técnicos. Para algunos esto conduce a ensayar una suerte de actitud liberal dispuesta a admitir sin prejuicios de escuela, mientras se sigue con el propio método que otros reclamen también un lugar. Pero en realidad de este modo se esquiva un problema más básico: el impacto necesariamente reconfigurador del campo que las nuevas técnicas pueden llegar a producir al dar muestras de nueva eficacia: obligar a replantear las indicaciones específicas de cada una de las técnicas y, más profundamente, los soportes teóricos de cada enfoque. Si nuevos recursos aportan efectos originales (y tal es el caso de ciertos enfoques grupales, de parejas, comunitarios, intervenciones breves, terapias por la música y el movimiento) ellos llevan a revisar las limitaciones de los anteriores y a construir una teoría que dé cuenta de estas limitaciones y de aquellos efectos. De donde la emergencia de una extendida exploración empírica crea condiciones

para un vasto movimiento de transformaciones teóricas. Debemos asumir que la creatividad potencial del campo desborda hasta el momento a las elaboraciones capaces de efectuar su rescate conceptual.

2. Identificar entonces como uno de los puntos de urgencia la necesidad de construir teoría, arriesgarnos a inventar conceptos y modelos de procesos: aventurar hipótesis que podamos cambiar al primer paso dado por su luz provisoria. Si reconocemos que sin teoría no hay práctica científica, podremos entender por qué, de una masa enorme de publicaciones que circulan en los EE.UU. sobre psicoterapias resulta escaso en proporción el material rescatable, el que permita cuestionar a fondo los métodos y abrir rutas conceptuales nuevas. He revisado buena parte de las investigaciones producidas sobre psicoterapias en los últimos 20 años. Sus resultados son pobres, quedan lejos de la riqueza de la experiencia clínica. No es que carezcan de diseños rigurosos; el déficit no es metodológico en principio. Las limitaciones están en las categorías que operacionalizan, en el restringido edificio teórico del que se las desprende. Por ejemplo: las investigaciones sobre proceso en psicoterapias son raras y fragmentarias. Algunas caen en el atomismo microscópico (computando “cantidad de palabras por unidad de tiempo” o “cocientes de silencio”). Otras investigaciones, destinadas a explorar aspectos más significativos de la interacción terapéutica (como las de Strupp sobre tipo de intervención del terapeuta) han quedado en un primer escalón descriptivo, exploratorio. De la misma manera, investigaciones sobre resultados han permitido objetivar aspectos del cambio en psicoterapias, pero no han superado el nivel descriptivo, en la medida en que no han propuesto teorías sobre el cambio. Por ello entendemos que la tarea de construir teoría es prioritaria en este campo. Sólo si avanzamos en esta dirección tendrá después sentido intentar investigaciones más ambiciosas.

3. Partir de la necesidad de inscribir toda teoría psicológica y psicopatológica y toda conceptualización referente a métodos terapéuticos en el marco de una teoría del hombre, de una concepción antropológica totalizadora. Sartre ha podido aseverar que la sociología y la psicología, incluido el psicoanálisis, en cuanto carentes de esa concepción totalizadora del mundo humano, carecen de verdadera teoría. Ahondando en el sentido de este cuestionamiento, cada vez le reconozco a Sartre mayor razón, porque ¿qué me dicen acaso de una persona su complejo de Edipo, sus defensas histero-fóbicas, sus identificaciones proyectivas, sus núcleos melancólicos? Poco, y tal vez

me engañen, recortando elementos efectivamente reales de esa persona puestos en estado de cosas, no articulados, ignorando la estructura de la experiencia, su organización en base a las tendencias que en esa persona presionan hacia alguna totalización de sí misma, en cuyo seno los dinamismos grupales (familiar, laboral, cultural), sus campos prospectivos reales e imaginarios, sus prácticas ideológicas, y sus condiciones materiales socioeconómicas y políticas concurren, chocan y se acoplan para dar emergencia al hombre en situación. Una teoría antropológica que enmarque el incesante esfuerzo de construcción y reconstrucción de totalidades singulares concretas es condición para que toda manipulación correctiva pueda aspirar a una

inserción en el nivel humano.

4. Profundizar todo esfuerzo de descripción de los hechos que emergen en la experiencia psicoterapéutica, exigir el máximo a las palabras para obligarlas a dar cuenta de toda la riqueza del acontecer en la situación terapéutica, detectar su enjambre de significaciones, sus secuencias, sus leyes todavía oscuras. Este trabajo de descripción rigurosa tiene relevancia científica e ideológica: es necesario terminar con las élites profesionales que puedan monopolizar sus fórmulas, como si se tratara de secretas alquimias. Lo que se ha pretendido, e interesadamente preservado como arte intuitivo individual, debe transformarse en saber trasmisible, si es posible mediante recursos docentes más amplios que los de la contratación bipersonal privada. Si lo que realmente se ha querido asegurar es la función del contacto empático, de la intuición y de la sensibilidad poética, nada impide que un oficio sólido basado en la objetivación de las técnicas conserve

además vivas aquellas dimensiones del arte.

5. Conceder importancia especial en la formación del terapeuta a la experiencia de vivir y estudiar más de una técnica de psicoterapia. Es en el juego de contrastes y semejanzas en este campo diversificado donde se adquiere plena noción del sentido y los alcances de cada una de las técnicas. Es por el juego de contradicciones y superposiciones entre distintas técnicas que puede ir desprendiéndose el aporte específico de cada una de ellas. Cierta tradición de escuela ha propuesto que el terapeuta se forme en una técnica y con una teoría “para evitar confusiones”. Esa temida confusión es seguramente evitable para cualquier terapeuta de cociente intelectual medio. En cambio lo temible de aquella postura es la restricción mental, el empobrecimiento defensivo frente a la palpitante riqueza del campo, la resignación al tañido de una cuerda sola frente al estallido de la polifonía. Lo peligroso está en que todo experto en una técnica es

proclive a intentar con ella abarcar el mundo. Y es conocido que monocultivo y subdesarrollo van juntos.

6. Las psicoterapias individuales son seguramente los métodos de más asentada conceptualización y aplicación clínica, a partir de heredar la larga experiencia psicoanalítica y muchas de sus elaboraciones teóricas. En las últimas décadas, la masividad de la demanda, entre otros factores, induce el desarrollo de técnicas grupales de acelerado ritmo de expansión en virtud de sus mayores posibilidades de alcance social. Cabe plantearse por qué pueden, no obstante, las técnicas individuales seguir concertando nuestro interés y cuáles son sus relaciones con las técnicas grupales. Varias son las razones: aquella herencia teórico-técnica que favorece sin duda los desarrollos de esta área; las muy frecuentes situaciones en que, por factores diversos, el individuo requiere instancias de crecimiento personal separables de sus pertenencias grupales; también la ventaja de poder pensar un sistema que con menor número de participantes restringe algunas de las variables en juego y las hace resaltar con mayor nitidez. Personalmente he podido cotejar la experiencia de las técnicas individuales (psicoanálisis, psicoterapias de *insight*, de apoyo, entrevistas de orientación) con otras grupales (parejas, familias, laboratorios). He constatado que muchos de los conceptos teórico-técnicos surgidos de los métodos individuales encuentran entera aplicación en contextos grupales (nociones de foco, relación de trabajo, motivación para la tarea, proceso de contrato, tipos de intervención del terapeuta, *timing*, estrategias y articulación de recursos, entre otros).<sup>2</sup> Esta aplicabilidad grupal de la experiencia bipersonal no niega, por el contrario puede respetar plenamente, los dinamis-mos propios del nivel grupal multipersonal. Lo que se desprende de esta experiencia es que los métodos individuales, aunque limitados (y no excesivamente) en sus alcances asistenciales, siguen constituyendo instancias de investigación teórico-técnica capaz de nutrir en ciertas dimensiones incluso la tarea con grandes grupos. A la vez, no hay duda de que las aperturas grupales pueden cuestionar profundamente y llevarnos a replantear los enfoques individuales: desde la experiencia de un club de socialización (2), por ejemplo, es posible cuestionar a fondo los métodos de sojuzgamiento cultural o de instauración de relaciones autoritarias en el ámbito bipersonal, donde funcionan encubiertos bajo el signo de lo obvio.

<sup>2</sup> Por tal razón, cuando en distintos desarrollos teóricos y técnicos se hace, en diferentes capítulos de este libro, referencia al “paciente”, será conveniente entender que ese paciente puede ser un individuo o un grupo de amplitud variable.

7. Las psicoterapias de mas antiguo arraigo, las mas difundidas y estudiadas son, sin duda, las verbales, esto es, las que concentran sus expectativas de cambio en el poder modificador, revelador de la palabra

Se ha señalado como problema el desgaste de las palabras con el uso (o el mal uso) del lenguaje psicoterapéutico (3). Se ha hablado de que hay palabras (como “persecución”, “dependencia”, “castración”, “negar” “una parte de uno, o del otro”) que cada vez dicen menos, que a menudo se usan, como decía Bion, para no pensar. Que nos colocan, como lo denunciaba Artaud, frente al “desconcertante desamparo de la lengua en sus relaciones con el pensamiento” cuando “ni una sola de nuestras palabras vive en nuestra boca más que separada del cielo”.

El enfrentamiento de esta problemática del lenguaje es otra de las direcciones importantes para el desarrollo de nuestro campo. En ella surge todo el problema del lenguaje en sus relaciones con el cuerpo y con la acción. Y se abre entonces a la investigación la cuestión de las posibilidades de un lenguaje activo, vivo, en el marco de una interacción corporal restringida, y en el contexto más amplio de un estilo de vida de paciente y terapeuta, signado por las restricciones represivas de la acción. La tradición terapéutica ha asentado en la premisa de no actuar para poder pensar, quedarnos quietos para poder concentrarnos. La ideología de estas premisas o sus derivados ha sido destacada. ¿Aquella propuesta con lo que tiene de verdad parcial no ha sido a la vez la adaptación inadvertida a un contexto de inmovilidad general? Lo cierto es que una nueva línea de experiencias grupales, psicodramáticas, de trabajo corporal, su convergencia en los laboratorios de interacción social, han venido también a cuestionar aquellas premisas sobre las cuales surgen los problemas del deterioro de la palabra. En estas experiencias lo que se constata es la posibilidad de invertir en parte la premisa, subrayando la necesidad de actuar, de comprometer también el cuerpo para poder sentir-pensar-verbalizar con una intensidad y veracidad nuevas. Estas experiencias facilitan un acceso pleno a ese nivel de sensibilización y contacto consigo mismo y con los otros donde el lenguaje vivo, personal, afectivo, a menudo poético, es emergente natural de lo vivido. Estos nuevos contextos de experimentación grupal abren además al aprendizaje de nuevos lenguajes, plásticos, corporales, dramáticos, que una cultura represiva mantiene relegados a la época de los añorados juegos infantiles.

Desde luego, no se puede suponer que baste con sentir el propio cuerpo o la piel del otro, con intimar y expresarse más libremente como metas. Además, hay que poder abrirse a palabras verdaderas,

a palabras vivas que habitan el mundo personal y lo hacen habitar por la cultura, y abrirse además a un proceso de enfrentamiento consigo mismo y con la cultura a través de ese encuentro con las palabras, Papel singular, decisivo, del lenguaje verbal, en la experiencia terapéutica

Esta dirección de desarrollo en psicoterapia apunta a recuperar todas aquellas condiciones con las cuales se haga posible a la palabra el encuentro de su máxima plenitud. Problema terapéutico que ha sido desde siempre problema de poetas: encontrar palabras que logren ser acción más que contemplación, que más vale abran enigmas en lugar de resolverlos, que vuelvan “cuerpo vivo lo que está prisionero en las palabras”. Desde esta tarea se entiende el consejo de Laing a los nuevos terapeutas: leer y escribir poesía como actividad formativa esencial. Una coherencia con esa poesía leída y escrita exige además vivirla, dentro y fuera de sesión.

8. Parte integrante del quehacer sanitario, las psicoterapias comparten la necesidad de una revisión epistemológica y filosófica constante. Portadoras de premisas sobre salud y enfermedad de las personas, las psicoterapias deben ser colocadas, todas, bajo la lente de una rigurosa crítica epistemológica. Si el terapeuta se pretende develador de enigmas de su paciente, es éticamente forzoso que empiece por indagar cuidadosamente el inconsciente de su clase y de su capa social, por cuestionar radicalmente sus propias determinaciones, las que tiñen su acción y su discurso. Este es otro nivel de la investigación en psicoterapias. No es casual que llegue con retraso en relación con los anteriores; las razones de este atraso se explican desde una sociología del conocimiento; tienen íntima ligazón con las presiones de la cultura oficial, que impuso por años como obvias sus propias definiciones de salud y enfermedad, y también con las restricciones intelectuales impuestas a las capas profesionales por una particular praxis de clase y por las distorsiones de la colonización cultural. En este sentido, hablamos al comienzo de intentar una teoría de las técnicas de psicoterapia replanteada en sus bases ideológicas. En cuanto profesionales surgidos de esta práctica social tal vez podamos replantear algunas de esas bases ideológicas; otras posiblemente tenderán a quedársenos ocultas en las raíces de las técnicas que nos hicieron a nosotros.

La problemática ideológica de las psicoterapias se abre en varios frentes. Obliga a rever el hecho de que las técnicas y sus teorías vengán construidas por una capa social, aislada en claustros académicos de las luchas, vicisitudes y pautas culturales de los demás estratos sociales.

Esta problemática se ha hecho decisiva en momentos de discutir seriamente programas de salud mental en Chile. La misma viene unida al hecho de que las técnicas se han forjado en las metrópolis colonizadoras y han sido aplicadas sin respetar condiciones de regionalización, es decir, al margen de hábitos, tradiciones, subculturas urbanas, suburbanas y rurales.

Otro nudo de cuestiones reside en cuestionar estilos terapéuticos, modalidades de vínculos propuestos entre paciente y terapeuta que pueden estar asentados en el modelo de las diferencias de clases y de las relaciones de poder establecidas por esas diferencias.

Aspectos complementarios de esta problemática se abren con el estudio de las instituciones en las que se aplican las psicoterapias y en las que se enseñan, cuyas funciones ideológicas van siendo progresivamente develadas.

Otros niveles de investigación de la problemática ideológica surgen con el estudio del papel que juegan en la relación terapéutica la ideología explícita por un lado, y la ideología no explícita por otro, vehiculizada a través de interpretaciones orientadas en una determinada dirección, y del empleo de nociones psicológicas o psicopatológicas de fachada "científica". Emergen asimismo los problemas creados por la concentración del esfuerzo terapéutico en individuos o en pequeños grupos, prácticas de las que importa destacar las nociones sectoriales de enfermedad y curación que enfatizan, y el significado que asume ese recortamiento sobre el fondo del sistema social en que se aplican.

Es posible que como resultado de estos replanteos, las técnicas de psicoterapia que conocemos deban ser parcial o totalmente cambiadas. Si fuera éste el caso, todo esfuerzo de descripción y conceptualización podrá contribuir, con otros factores, a que ese proceso se acelere y conduzca a niveles más altos de la elaboración científica en salud mental. Cumplirían entonces su misión de peldaño. Sabemos, además, que el futuro de las psicoterapias consistirá en negarse dialécticamente como terapias, para volcar sus adquisiciones y desarrollos en los campos de la prevención y la educación.

Las revisiones por realizar nos llevan a un trabajo interdisciplinario. El pensamiento propio de epistemologías de Complejidad (Edgar Morin, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Ilya Prigogine) se ha ido constituyendo en el cruce de aportes sociológicos, físicos, químicos, cibernéticos, climatológicos, de biología celular, antropológicos, ecológicos. Ese pensamiento nos conduce a muy amplias revisiones sobre las conductas, las fuerzas incidentes en micro y macrosistemas, sus condiciones de cierres y aperturas.

En el campo de las psicoterapias, en aspectos más delimitados de

especialización, se han desarrollado aportes de enfoques vinculado», sistémicos, cognitivistas, bioenergético», lingüístico», así como renovados aportes de la investigación psicoanalítica. Todos estos enfoques han mostrado perspectivas de una creciente complejidad para nuestros abordajes clínicos. Hacerse cargo de esta complejidad se convierte en otra de las direcciones principales del trabajo teórico y de las prácticas que configuran este campo.

Los problemas sociales desplegados con la era del capitalismo global introducen nuevos impactos para la salud mental de individuos, grupos y comunidades. La desocupación y la inestabilidad en las condiciones de trabajo nos introducen en el estudio de nuevas situaciones críticas y traumáticas. Las problemáticas del poder globalizador, sus modos de constitución y sus efectos, obligan a nuevas investigaciones sobre las condiciones que hacen a los trastornos y a las tareas capaces de promover salud mental. Se trata de comprender el entramado de factores sociales, económicos, jurídicos, políticos y culturales que hacen a la constitución de la subjetividad en las sociedades actuales. El campo de las psicoterapias debe abrirse actualmente a estos desafíos.

## Referencias bibliográficas

1. Alexander, Franz y French, Thomas (1946), *Terapéutica Psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1956.
2. Balint, M., Omstein, P., Balint, E. (1972), *Psicoterapia Focal. Terapia Breve para Psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock*, Buenos Aires, Gedisa, 1985.
3. Bernardi, Ricardo, Defey, Denise, Elizalde, Juan, Fiorini, Héctor, Fonagy, Peter, Rivera, Jorge, Kernberg, Otto, Kachele, Horst, *Psicoanálisis. Focos y Aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2000.
4. Bleichmar, Hugo, *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona, Paidós, 1997.
5. Calvo, M. C., *Del Espejo al doble. Lenguajes del ser*, Buenos Aires, El Otro, 1997.
6. Deleuze, G., *Conversaciones*, Valencia, Pre-textos, 1995.
7. Deleuze, G., Guattari, F., *Mil Mesetas*, Valencia, Pre-textos, 1994.
8. Fiorini, Héctor, *El Campo Teórico y Clínico de las Psicoterapias Psicoanalíticas*, Buenos Aires, Tekné, 1987.
9. Fiorini, Héctor, *El Psiquismo Creador*, Buenos Aires, Paidós, 1995.
10. Fiorini, Héctor, *Estructuras y Abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 6ª ed., 1998.
11. Fiorini, Héctor, "Focalización y Psicoanálisis", en: Bernardi, R., Defey, D., Kachele, H., Elizalde, H., Rivera, J. y otros, *Psicoterapia Focal*.

12. Fiorini, Héctor, *Nuevas Lineas en Psicoterapia» Psicoanalítica n. j'«aria, Técnica y Clínica*. Seminarios en ACIPPI A. Madrid, Psimática, 1999.
13. Fiorini, Héctor, Defey, Denise, Elizalde, Juan, Menéndez, Pedro, Ilivera, Jorge y Rodríguez, Ana María, *Focalización y Psicoanálisis*, Montevideo, Roca Viva, 1992 .
14. Fiorini, Héctor y Peyru, Graciela, *Aportes teórico-clínicos en Psicoterapias*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1978.
15. Feixas, G., Miro, M. **ü.**, *Aproximaciones a la Psicoterapia. Una Introducción a los Tratamientos Psicológicos*, Barcelona, Paidós, 1993.
16. Freud, Sigmund (1910), “Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica”, en *Obras Completas*, voi. 11, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
17. Freud, Sigmund (1918), “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, *Obras Completas*, voi. 17, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
18. Gedo, J., *Advances in Clinical Psychoanalysis*, New York, International University Press, 1981.
19. Goldenberg, Mauricio, *Cursos de Psiquiatría Dinámica*, Servicio de Psicopatología del Policlínico Araoz Alfaro, Lanús, Provincia de Buenos Aires, 1965-1970.
20. Goldenberg, Mauricio, *Supervisiones clínicas, Ateneos y Discusiones de Estrategias. Servicio de Psicopatología del Policlínico Araoz Alfaro*, Lanús, Provincia de Buenos Aires, 1962-1970.
21. Gril, S., Ibáñez, A., Mosca, I. y Souza, P. (eds.), *Investigación en Psicoterapia. Procesos y Resultados, Investigaciones Empíricas 1998*, Brasil, Pelotas, Educat, 2000.
22. Guattari, F., *Caosmosis*, Buenos Aires, Manantial, 1996.
23. Hardt, M., Negri, A. (2000) *Imperio*, Buenos Aires, Paidós, 2002.
24. Horowitz, M. J., *Nuances of Technique in Dynamic Psychotherapy*, Northwvale, N. J., Jason Aronson Inc., 1989.
25. Jiménez, Juan Pablo, “El Psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada”, en Defey, D., Elizalde, J. y Rivera, J. (comp.), *Psicoterapia Focal*, Montevideo, Roca Viva, 1995.
26. Kaes, R. (comp.), *Crisis, ruptura y superación*, Buenos Aires, Ediciones Cinco, 1990.
27. Kaes, R., *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*, Buenos Aires, Paidós, 1998.
28. Kernberg, Otto, “ Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo”, en Kernberg, O., Bernardi, R., Kachele, H., Fiorini, H., Fonagy, P., Defey, D., Elizalde, H., Rivera, J. y otros, *Psicoanálisis. Focos y Aperturas*, Montevideo, Psicolibros, 2000.
29. Kernberg, Otto, *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*, New Haven y London, Yale University Press, 1984.
30. Kernberg, Otto, “Convergences and Divergences in Contemporary Psychoanalytic Technique”, *Int. J. Psychoanal.*, 74, 1993: 659-673.
31. Kernberg, O. et al., “Psychotherapy and Psychoanalysis. Final Report of

- the Menninger Foundation H Psychotherapy Rechearch Project, *Bull Menn. Clinic*, 36, 1972: 1-275.
32. Killingmo, B., "Conflict and Deficit: implications for technique", *Internat J. Psycho-Anal.*, 70 , 1989: 65-79.
  33. Luborsky, L., *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment*, New York, Basic Books, Inc., 1984.
  34. Marrone, M., "Las aplicaciones de la teoría del apego a la psicoterapia psicoanalítica", en *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*, Madrid, Psimática, 2001.
  35. Morin, E., *Introducción al Pensamiento Complejo*, Barcelona, Gedisa, 1995.
  36. Morin, E., *Mis Demonios*, Barcelona, Kairos, 1995.
  37. Morin, E., *El Método. El Conocimiento del Conocimiento*, Madrid, Cátedra, 1988.
  38. Orlinsky, D., Howard, K., "Process and Outcome in Psychotherapy", en Garfield, S. L. y Bergin, A. E. (comps.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley, 1986.
  39. Sennett, R. (1998), *La Corrosion del Carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*, Barcelona, Anagrama, 2000.
  40. Sifneos, P., *Short-term anxiety-provoking psychotherapy*, New York, Basic Books, 1992.
  41. Sluzki, C. E., "Terapia familiar como construcción de realidades alternativas...", en *Sistemas Familiares*, 1, 1985: 53-59.
  42. Stolorow, R. D., Lachmann, F. M., *Psychoanalysis of Developmental Arrests Theory and Treatment*, New York, International University Press, 1980.
  43. Strupp, H. H., Binder, J. L., *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*, New York, Basic Books, 1984.
  44. Thoma, H., Kachele, H., *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. I. Fundamentos*, Barcelona, Herder, 1989.
  45. Thoma, H., Kachele, H., *Teoría y Práctica del Psicoanálisis. II. Estudios Clínicos*, Barcelona, Herder, 1990.
  46. Wallerstein, Robert, *The Talking Cures. The Psychoanalyses and the Psychotherapies*, New Haven y Londres, Yale University Press, 1995.
  47. Wallerstein, R. S., *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*, New York, Guilford, 1986.
  48. Widlocher, D. & Braconnier, A., *Traitement psychanalytique. Psychanalyse et psychotherapies*, Paris, Medecine-Sciences, Flammarion, 1996.
  49. Winnicott, D. W., *Holding and Interpretation. Fragment of an analysis*, Londres, Karnac Books, 1989.
  50. Wolberg , L. R., *The Technique of Psychotherapy*, (3ª ed.), New York, Grüne & Stratton, 1977.

## Capítulo 2

### PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE.

### APORTES PARA UNA TEORÍA DE LA TÉCNICA<sup>1</sup>

#### 1. Introducción

Es notable en nuestro medio el ritmo de crecimiento de la actividad psiquiátrica, tanto en ámbitos institucionales como en la asistencia privada. El proceso de desarrollo tiende a crear disparidad entre el monto de las demandas siempre crecientes y la organización de recursos teóricos y técnicos con que contamos para enfrentarlas. Avanzamos en la perspectiva de una psiquiatría social, hacia una comprensión más totalizadora del paciente, con las limitaciones de una experiencia tradicionalmente basada en la práctica privada y su correlativa concepción “individualista” de la enfermedad. La práctica hospitalaria nos impone un salto de nivel que pone en evidencia hiatos teóricos, traducidos en desajustes en el plano técnico: los instrumentos desarrollados en la etapa previa presentan inevitables limitaciones. “Los métodos tradicionales resultan insuficientes para satisfacer las necesidades concretas” (16). Esta práctica asistencial resulta movilizadora: lleva a cuestionarse sobre los principios de la propia “ideología” terapéutica, a revisar sus fundamentos. Básicamente son los urgentes problemas prácticos creados a las instituciones los que “fuerzan un replanteo sobre los métodos actuales de tratamiento y la búsqueda de nuevos métodos” (51).

De hecho, frente a demandas ya creadas, las instituciones se ven obligadas a instrumentar terapéuticas breves. Estas modalidades de

1 Los trabajos contenidos en este capítulo y en los dos siguientes fueron originalmente publicados en *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (años 1968, 1970 y 1971, respectivamente). Agradezco a la dirección de la Revista su autorización para incluirlos en este volumen.

asistencia, que asumen con frecuencia el carácter de ensayos, se extienden bajo el signo de la desconfianza o el descrédito (aun para quienes las ejercen) por tratarse de instrumentos considerablemente ambiguos en sus fundamentos y en su técnica, y cuya brevedad de aplicación sugeriría ya soluciones precarias, más aparentes que efectivas. Lo cierto es que para estas psicoterapias, en gran medida “empíricas”, vale el cargo de que constituyen procedimientos poco definidos, altamente impredecibles y de efectos difícilmente evaluables (71).

No obstante, estas psicoterapias van haciendo la prueba de la experiencia (que ya no es tan nueva), y arrojan resultados que permiten construir algunas hipótesis provisionales. Parece, pues, oportuno considerar al menos la posibilidad de que estas prácticas rebasen el marco de un empirismo oscuro, encuentren una racionalidad que las legitime, las haga coherentes y las constituya en técnicas individualizables, dotadas de sentido, indicadas científicamente y no meros recursos accidentales para una emergencia socioeconómica y sanitaria. Para ello estas terapias breves necesitan asentar su base en la experiencia clínica, concepción teórica y sistematización técnica del psicoanálisis, e incluir aportes de otras disciplinas sociales y de diferentes modalidades terapéuticas, pero orientándose hacia la elaboración de un esquema referencial propio, ya que se ejercen en un contexto original que no admite la extrapolación directa de conceptos e instrumentos surgidos en otros campos asistenciales.

## **2. Algunos elementos para un esquema referencial propio de las psicoterapias breves**

Una terapéutica breve puede organizarse por referencia a determinados modelos sobre etiología y funcionamiento normal y enfermo de la personalidad. Queremos reseñar aquí algunos conceptos básicos que, a nuestro juicio, pueden incluirse entre los fundamentos que dan apoyo teórico a la ideología asistencial propia de estas modalidades terapéuticas:

- a) *Modelo etiológico*. Una terapéutica breve se orienta fundamentalmente hacia la comprensión psicodinámica de los *determinantes actuales* de la situación de enfermedad, crisis o descompensación. Esto no significa omitir la consideración de los factores disposiciona-

les históricos intervinientes en la ecuación etiológica, pero sí un *dirigirse esencialmente a aprehender la estructura de la situación transversal* en que se actualizan los determinantes patogénicos; esto obliga a menudo a *jerarquizar el papel desempeñado por las condiciones de vida del paciente*, dirigirse a la experiencia actual de “la realidad” del paciente (60). Un criterio básico reside en considerar que en gran medida “el hombre depende directamente de su ambiente diario común para su normal funcionamiento” (64).

En consecuencia, en la psicoterapia breve se intenta *una comprensión psicodinámica de la vida cotidiana* del paciente que se instrumenta en las interpretaciones, en la planificación de su vida diaria, en orientación familiar o laboral. Esto significa ocuparse del “afuera” del tratamiento, esquema operacional propio de esta técnica que contrasta con las reglas técnicas del psicoanálisis estricto. [El antagonismo franco que existe en este aspecto entre ambos esquemas referenciales explica las dificultades con que tropiezan terapeutas con formación analítica preponderante cuando enfrentan condiciones asistenciales que requieren este otro encuadre (17, 49).]

Por “condiciones de vida” se alude aquí no sólo a la constelación de vínculos interpersonales que constituyen el grupo primario del paciente, sino además a sus condiciones de vivienda, trabajo, perspectivas de futuro, las tensiones de su grupo social, su cultura particular, prejuicios, mitos y otras formas de conciencia alienada.

Se tiende así a asignar eficacia causal etiológica a un conjunto de factores que operan, más allá de la etapa de neurosis infantil, en un campo dinámico que rebasa el nivel de fenómenos ligados a la situación edípica (56) (con toda la importancia que no obstante se reconoce a estos factores básicos).

Melanie Klein ha destacado especialmente las limitaciones de un enfoque exclusivamente centrado en los primeros impulsos y fanta-

sías infantiles:

Esto lleva necesariamente a una presentación algo unilateral y esquemática, pues no me permite hacer justicia a los múltiples factores que ejercen durante toda la vida una interacción entre las influencias del mundo externo y las fuerzas internas del individuo, y que actúan

conjuntamente para elaborar una relación adulta (43).

Una adecuada comprensión social del paciente que no se oponga como alternativa excluyente de su comprensión psicodinámica, sino que se dirija a complementarla y enriquecerla, puede clarificar el interjuego variable entre ambos mundos, interno y externo: una compleja organización dinámica de relaciones objetales, estructura-

das n lo largo de experiencias básicas tempranas, frente a un mundo actual de objetos reales, grupos, instituciones profundamente penetrados por determinaciones económicas, culturales, ideológicas. Hartmann ha llamado la atención sobre el papel selectivo que en la aparición de trastornos psíquicos ejercen determinadas estructuras sociales, actualizando o inhibiendo la emergencia de actitudes adaptativas(36). La investigación sociológica en psiquiatría confirma esta perspectiva:

La personalidad no puede adaptarse a la vez porque está enferma y porque la situación social es demasiado traumatizante; la distancia entre ambas (que es un hecho social) deriva de la implicación mutua en un conjunto dinámico orientado hacia la ruptura en lugar de ir hacia la acumulación (12).

En este campo interaccional complejo, la estructura de la personalidad, relativamente autónoma, debe ser comprendida como subestructura, no suficiente en cuanto no encierra en sí la totalidad de sus determinaciones. Una constelación de factores múltiples correspondientes a diferentes niveles, potenciados mutuamente por “encaje recíproco”, configura la estructura “enfermedad”. Si bien hay pacientes en quienes la relación con objetos internos es dominante funcional en la emergencia de síntomas, siendo para ellos el mundo externo mero depositario de sus proyecciones, ésta no parece ser la ley universal de toda situación de enfermedad, desajuste o descompensación: las crisis resultan en importante proporción del choque del individuo con factores ambientales capaces, por sus condiciones objetivas, de desarticular los mecanismos homeostáticos frágiles de una personalidad predispuesta (18, 33, 70).

La preponderancia relativa de cada una de las series complementarias es variable, pero detectar la configuración especial con que se articulan en cada situación concreta abre posibilidades de operación específicas. Si se comprende el momento de crisis como una estructura Original sumida por las contradicciones esenciales del sujeto en circunstancias específicas, pueden ponerse de relieve los puntos nodales, “estratégicos”, de esa estructura, los eslabones permeables de la misma, vías de acceso por las cuales operar para producir reestructuraciones efectivas (6). En esta perspectiva adquieren legitimidad los intentos de abordaje múltiples, a diferentes niveles simultáneos, de la estructura compleja, heterogénea, de la existencia enferma (enfoque multidimensional de las terapias breves), y en particular las medidas orientadas hacia el ambiente, hacia una organización más favorable de la vida cotidiana del paciente.

b) relaciones entre psicopatología y comportamientos potencialmente adaptativos. La psicopatología dinámica ha iluminado fundamentalmente el campo de los fenómenos de "enfermedad" del paciente. Pero todo un cuerpo de datos de la experiencia clínica, así como de la psicología general y social (8), ha llevado a cuestionar la posibilidad de que modelos de conducta patológica puedan dar cuenta de toda la conducta del paciente, de su existencia total.

Freud advertía en estos términos la limitación del área "enferma" en pacientes psicóticos:

El problema de las psicosis sería simple e inteligible si el desprendimiento del yo con respecto a la realidad pudiese efectuarse íntegramente. Pero esto sucede, al parecer, sólo en raros casos, o quizás nunca. Aun en estados que se han apartado de la realidad del mundo exterior en medida tal como los de confusión alucinatoria (amencia) nos enteramos, por las comunicaciones que nos suministran los enfermos una vez curados, que aun entonces se mantuvo oculta en un rincón de su mente -como suelen expresarlo- una persona normal que dejaba pasar ante sí la fantasmagoría patológica, como si fuera un observador imparcial. [...] Quizá podamos presumir, con carácter general, que el fenómeno presentado por todos los casos semejantes es una escisión psíquica. Se han formado dos actitudes psíquicas, en lugar de una sola: la primera, que tiene en cuenta la realidad y es normal; la otra, que aparta al yo de la realidad bajo la influencia de los instintos. Ambas actitudes subsisten la una junto a la otra. El resultado final dependerá de su fuerza relativa (23).

Asimismo ha resultado inesperada la experiencia de comunidades terapéuticas en las que los pacientes pueden desempeñar actividades sociales y asumir responsabilidades con una participación activa, constructiva y altamente adaptada (64).

Hartmann, desarrollando las consecuencias de hallazgos clínicos de este tipo, llega a reformular la concepción psicodinámica de la enfermedad planteando que no es posible entender la misma sin considerar en todo momento su interacción con el funcionamiento normal. "Sin considerar tanto el funcionamiento no conflictivo como los conflictos centrales del paciente no puede comprenderse la conducta" (37). Si el paciente es capaz de conservar en grado variable cierto comportamiento realista adaptativo, si interjuegan en su conducta fenómenos patológicos y adaptativos, pueden localizarse áreas de enfermedad, y distinguirse grados o niveles de la misma. Una terapéutica breve organiza sus recursos de modo elástico "principio de flexibilidad", que contrasta con la estructuración tónica constante de una técnica reglada con un encuadre estricto, como es

el caso del psicoanálisis- y los organiza en función de una evaluación total de la situación del paciente, de su grado de enfermedad y del potencial adaptativo de su personalidad: elabora su estrategia según qué capacidades están invadidas por conflictos o libres de ellos (26).

Se orienta hacia el fortalecimiento de las “áreas del yo libres de conflicto”. (Esto lleva a caracterizar a la psicoterapia breve como psicoterapia “del yo”, aspecto particularmente relevante para la comprensión del proceso terapéutico que discutiremos especialmente en el capítulo 8).

- c) *Modelos motivacionales y cognitivos de la personalidad.* En coincidencia con aquella concepción del yo que establece una dualidad funcional de la personalidad, una polaridad entre aspectos sanos y enfermos, esta dualidad se encuentra a nivel motivacional en la coexistencia en el sujeto de motivaciones de tipo infantil y adulto. La posibilidad de que comportamientos primitivamente ligados a motivaciones infantiles se autonomicen, adquiriendo en el desarrollo funciones fines en sí mismas, sugiere la necesidad de entender al individuo como un sistema de múltiples motivaciones organizadas en una relación de estratificación funcional compleja, en la que un nivel dinámico no consiste en la mera apariencia del otro, si bien no actúa aisladamente (5, 34). En este modelo la jerarquía motivacional se caracteriza por una combinación de autonomía, dependencia e interpenetración (61).

En esta concepción pluralista se asigna importancia motivacional a la orientación del sujeto hacia el futuro, su organización en proyectos de alcance diverso que incluyen una relación con cierta imagen de sí y con un mundo de valores o metas ideales (56).

En concordancia con esta orientación, una terapia breve necesita instrumentar una gama amplia de recursos, susceptibles en principio de abarcar los diversos niveles motivacionales en lo que cada uno tiene de específico. Se considera que tal multipotencia motivacional es una de las condiciones de eficacia de la psicoterapia breve (59). Esto significa dirigirse no sólo a las motivaciones primarias (“egoístas”, regidas por el principio del placer), sino también a sus motivaciones secundarias y a lo que se ha denominado motivaciones de valor (7). Ciertas experiencias de grupos terapéuticos, por ejemplo de alcoholistas, operan abarcando a la vez varios de estos niveles motivacionales.

Desde el plano de los procesos de pensamiento aquella dualidad funcional de la personalidad se expresa por la coexistencia contradictoria de un pensamiento derivado de impulsos (vinculado al proceso primario) y en grado variable de un pensamiento realista con capa-

cidad instrumental de adaptación, capaz de intervenir en la organización de la conducta, favoreciendo su ajuste a las condiciones de la realidad objetiva. Capacidad de pensamiento que en determinadas condiciones asume el carácter de dominante funcional (6). Hartmann ha subrayado la importancia de esta capacidad adaptativa del pensamiento y su papel organizador de la conducta, criticando cierta tendencia unilateral del pensamiento psicodinámico a comprender toda conducta intelectual en términos de defensa contra impulsos [reduciéndose por ejemplo toda razón a racionalización (34, 35)].

Una psicoterapia breve puede lograr, mediante el esclarecimiento de aspectos básicos de la situación del paciente, un fortalecimiento en su capacidad de adaptación realista, de discriminación y rectificación en grado variable de significaciones vividas. Freud ha expresado en este aspecto:

Nuestros esfuerzos por fortalecer el yo debilitado parten de la ampliación de su autoconocimiento. Sabemos que esto no es todo, pero es el primer paso (22).

Y Rapaport acota gráficamente:

La vida psíquica no es una avenida de una sola mano en la que las defensas limitan las comunicaciones: las comunicaciones pueden también combatir los efectos deletéreos de las defensas (61).

En conclusión:

De las consideraciones precedentes, el individuo enfermo surge como un objeto complejo, multideterminado por factores susceptibles de integrar estructuras diversas, diferenciadas por la dominancia variable ejercida por unos y otros de sus componentes. Porque existen tales alternancias funcionales se hace necesario la flexibilidad en la elección de técnica, en función de cada situación concreta. Esta flexibilidad es rasgo distintivo de la psicoterapia breve.

Asimismo aquella pluralidad causal hace indicado el empleo de técnicas de diferente nivel y puntos de aplicación. Sólo puede aspirarse a totalizar al sujeto por su inclusión simultánea en múltiples redes referenciales entrecruzadas (30), lo cual deriva en la necesaria adopción de *un arsenal terapéutico multidimensional*. Rickman ha puesto de relieve esta necesidad de integrar al trabajo asistencial psiquiátrico instrumentos provenientes de diferentes niveles de investigación (62). En esta ampliación de perspectivas se fundamenta la búsqueda actual en terapias breves de/o *más completa utilización de todo recurso que demuestre ser de alguna eficacia* (51, 73).

Estos criterios respaldan una de las características básicas de las terapéuticas breves: la de operar con una estrategia multidimensional.<sup>2</sup>

### 3. La terapéutica breve en instituciones

Partiendo de una evaluación exhaustiva del paciente, que abarque tanto su historia dinámica como sus condiciones de vida actuales, pueden ser recurso de la acción terapéutica:

a) Ofrecer al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos, censurados en su medio habitual.

b) En ese marco, adecuado para una experiencia “emocional correctiva”, favorecer el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de sus conductas habituales, tanto en su interacción familiar como institucional.

c) Alentar al paciente en la asunción de roles que fortalezcan, por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista.

d) Ayudarle en la elaboración de un proyecto personal, con metas que impliquen adquisición de cierto bienestar y autoestima. (Esto significa dirigir el esfuerzo no sólo hacia el incremento de la *conciencia de enfermedad*, sino también hacia una más clara *conciencia de perspectivas personales*.)

e) Ejercer alguna influencia sobre las pautas de interacción familiar, favoreciendo su comprensión del sentido de la enfermedad, de los síntomas, orientándolo hacia un manejo más controlado de sus ansiedades y hacia la elaboración grupal de nuevos modos de ajuste interpersonal.

En función de estos varios parámetros sobre los que se intenta ejercer influencias terapéuticas, pueden ser en la institución instrumentos técnicos útiles:

<sup>2</sup> Estamos empleando el término “breve” por la difusión que ha alcanzado y a falta de otro más adecuado. Pero es un término equivoco, ya que hay razones para entender que lo esencial de esta psicoterapia no está en su brevedad sino tal vez en éste, su carácter multidimensional: puede pensarse que es sólo por esta capacidad de acción múltiple que puede lograr ciertos objetivos en plazos limitados. “Breve” alude a la limitación temporal, pero a costa de sugerir pobreza, escasez, y omitir aspectos cuantitativos propios de esta psicoterapia que le confieren cierta riqueza de matices no despreciable. Encubre, además, el hecho de que puede trabajarse eficazmente con esta modalidad terapéutica en lapsos no tan breves.

1. La psicoterapia, individual y/o grupal.
2. La terapia ocupacional, que, orientada según la comprensión dinámica del paciente, se constituye en un nuevo campo significativo de aprendizajes, de expresión motriz y actividades grupales (32,40).
3. La acción terapéutica sobre el grupo familiar, con modalidades variables que van desde la información al esclarecimiento, orientación, asistencia social, hasta la psicoterapia familiar (1, 29, 54).
4. Actividades grupales de tipo comunitario (asambleas, grupos de discusión, grupos de actividad cultural).

*La máxima eficacia de una terapéutica breve depende de la elaboración por un equipo asistencial, de un programa unitario de tratamiento que coordine estas diversas técnicas en una acción total, hilvanada según una línea psicodinámica coherente (39).*

Además importa comprender los alcances de un hecho: la sola admisión del paciente por una institución. Factor relevante por el papel de depositario que asume para el paciente, así como por constituir en la vida del paciente una realidad nueva, diferente de sus experiencias habituales. Este aspecto merece destacarse especialmente en el paciente que es internado, con lo cual ingresa en un nuevo campo de experiencias, normas, vínculos, cuidados, recreaciones, que rompen las limitaciones y estereotipias de su mundo cotidiano. Adquiere un grupo de convivencia que lo alienta a una participación activa (en grupos de discusión, actividades culturales, deportivas, etc.), situación nueva de importantes consecuencias dinámicas (68).

De esta variedad de recursos pasamos a considerar aspectos particulares de la psicoterapia individual.

#### **4. Diseño e instrumentos técnicos específicos de una psicoterapia dinámica breve**

Dentro de la asistencia institucional en equipo, el terapeuta es no sólo el agente de la psicoterapia sino, además, el supervisor y coordinador del conjunto de actividades terapéuticas. Su relación con el paciente se complejiza por mantener a la vez contactos con el paciente y con sus familiares, así como otra serie de vínculos indirectos, a través de otros pacientes, del personal, y en otros contextos fuera de las sesiones (por ejemplo en asambleas, reuniones culturales, etc., dentro de la institución). Estas conexiones permiten al terapeuta conocer una gama más amplia de conductas que las reveladas en la psicoterapia, así como poner más de relieve para el paciente rasgos de la personalidad del terapeuta (en contraste con la impersonalidad necesaria en el

encuadre analítico). Esta diferencia de contextos entre una y otra técnica es significativa desde un punto de vista dinámico: establece condiciones diferenciales para el desarrollo de reacciones transferenciales y contratransferenciales, lo que deriva en importantes diferencias sobre el tipo y nivel de interpretaciones prevalentes indicadas en una y otra técnica.

*El terapeuta debe desempeñar en la terapia breve un papel esencialmente activo.* Se exige de él una gama amplia de intervenciones: no se limita al material que aporta el paciente; además explora, interroga (comenzando por la minuciosa recolección de datos con la que elabora desde el comienzo la historia clínica); eventualmente incluye en las sesiones aspectos de la conducta “extraterapéutica” del paciente, dentro de la institución, en su grupo familiar, etc. Su participación es más directamente orientadora de la entrevista que la del analista en la técnica *standard*, cuyo rol es más pasivo en el sentido de limitarse a interpretar según el material que espontáneamente va aportando el paciente (19, 71, 74). Un terapeuta que introduce en la sesión sus iniciativas para la confrontación, que promueve el diálogo, es uno de los componentes originales de esta técnica, tal vez el más específico para su caracterización. Sin esta intervención abiertamente participante del terapeuta, el curso de una terapia breve, librado a la espontaneidad del paciente, sufre serias dificultades. La falta de una adecuada comprensión de este hecho fundamental por parte del terapeuta parece detectarse con frecuencia como uno de los determinantes fundamentales de fracasos en tratamientos breves (39).

La participación activa del terapeuta asume en esta técnica aspectos particulares específicos: a partir de evaluar la situación total del paciente, *comprendiendo la estructura dinámica esencial de su problemática*(42,69)*elabora un plan de abordaje individualizado* (4, 74).

Este proyecto terapéutico establece ciertas metas fundamentales, desde luego limitadas, a alcanzar en plazos aproximadamente previsibles. Para el logro de estos objetivos parciales *esboza una estrategia general*, que comprende a su vez objetivos tácticos escalonados. La dirección que asume la interacción médico-paciente, sus características dinámicas peculiares, determinantes a su vez de las limitaciones de un tratamiento breve y de sus alcances potenciales, dependen de la estructura conferida al proceso terapéutico por esta deliberada planificación estratégica (4, 71, 75).

Esta planificación se basa en la evaluación de ciertos aspectos dinámicos básicos del cuadro; por ejemplo: ¿a qué áreas de conflictos parecen ligarse más directamente los síntomas? ¿Cuáles de las

defensas resulta conveniente atacar y qué otras debe tenderse a fortalecer? (26) Orientación estratégica de las sesiones significa *focalización del esfuerzo terapéutico*. El terapeuta opera manteniendo *in mente* un “foco”, término que puede traducirse como *aquella interpretación central sobre la que se basa todo el tratamiento*. Se lleva al paciente hacia ese foco mediante interpretaciones parciales y atención selectiva, lo que significa omisiones deliberadas: el terapeuta necesita entrenarse en el esfuerzo de “dejar pasar” material atractivo, incluso “tentador”, siempre que el mismo resulte irrelevante o alejado del foco (47). Un primer objetivo de esta focalización consiste en general en dirigir la atención del paciente hacia la función y significado interpersonal de sus síntomas (21). *La focalización de la terapia breve es su condición esencial de eficacia*. Este criterio puede incluirse dentro de la noción general de que la eficacia dinámica de una interpretación depende de su “valor posicional”: el punto nodal al que se dirige dentro de la conflictiva nuclear o más inmediata del paciente (44). La habilidad y el “tacto” terapéuticos se miden por la capacidad del terapeuta para seleccionar en cada momento aquellas interpretaciones (de muchas intervenciones posibles, referibles a múltiples niveles de análisis) *que posean mayor valor posicional*.

El llamado “principio de flexibilidad” se aplica en una terapia breve no sólo en la individualización de la misma, basada en el criterio de que “pacientes diferentes requieren tratamientos diferentes”, sino además en la remodelación periódica de la estrategia y las tácticas en función de la evolución del tratamiento: una evaluación dinámica continuamente actualizada lleva a efectuar reajustes, por ensayo y error, hasta lograr el máximo rendimiento del “arsenal” terapéutico disponible.

Resumiendo: *iniciativa personal del terapeuta, individualización, planificación, focalización, flexibilidad, definen parámetros específicos de la psicoterapia breve* y confieren a esta técnica una estructura propia, diferente de la técnica psicoanalítica. Estos rasgos peculiares de la psicoterapia breve hacen a esta técnica susceptible de objetivación; permiten intentar para la misma algún grado aproximativo de formalización, lo cual resulta importante desde el punto de vista de la supervisión y enseñanza de esta técnica. La casuística existente en la literatura muestra la posibilidad de aplicar aquellos criterios distintivos con cierto rigor, con lo cual puede llevarse esta psicoterapia a un nivel científico más elevado que el que tradicionalmente se le ha atribuido de “arte intuitivo no transmisible”.

Las intervenciones del terapeuta comprenden una amplia diversidad en tipos y alcances:

- a) Pedidos de información y emisión de información al paciente con características que pueden acercarse al diálogo.
- b) Operaciones de encuadre, proponiendo tiempo de tratamiento, condiciones del mismo, derechos y obligaciones del paciente, relación ulterior con la institución.
- c) Intervenciones de esclarecimiento, señalamientos y confrontaciones, en las que se explicitan aspectos significativos de la conducta del paciente, se dirige su atención hacia puntos nodales de su comunicación, se reformulan sus mensajes clarificándolos, se ponen de relieve las contradicciones entre lo verbalizado y la conducta actuada (72).
- d) Interpretaciones de tipo, alcances y profundidad diferentes, desde las que revelan el significado de conductas microscópicas hasta las formulaciones totalizadoras que iluminan las relaciones estructurales entre experiencias significativas, condiciones actuales de descompensación, ¿síntomas y conflictos subyacentes.

Estas formulaciones psicodinámicas globales (interpretaciones “panorámicas”, sintéticas o reconstructivas) tienen en esta técnica un lugar jerárquico primordial (4, 39, 71). Exigen del terapeuta el esfuerzo de transformar su comprensión de lo que ocurre en un nivel regresivo, de proceso primario, en formulaciones referidas a la problemática actual, al nivel más manifiesto “en superficie”. Kris ha observado que, en un paciente tratado durante años con interpretaciones de nivel regresivo, las interpretaciones dirigidas con esta otra orientación, a un nivel actual de problemática, producían una notoria ampliación y enriquecimiento de perspectivas (44).

Las interpretaciones transferenciales, instrumentos propios de toda psicoterapia dinámica, no intervienen, en psicoterapia breve con el sentido y el carácter sistemático que asumen en la técnica psicoanalítica. Este criterio diferencial apoya en varias consideraciones dinámicas:

1. Las condiciones de encuadre de la terapia breve limitan las posibilidades de regresión transferencial, por su menor frecuencia de sesiones, por la intervención más personal y activa del terapeuta (manejo diferente de los silencios por ejemplo), y por hacerse “frente a frente”. El control visual coloca mucho más al paciente en “situación de realidad”, le permite discriminar más al terapeuta en su persona y rol objetivos, mientras las condiciones del encuadre analítico inducen mucho más la conexión con un objeto virtual, la proyección transferencial (45).

2. En una institución se reduce la posibilidad de concentrar la

transferencia en la relación con el médico. Las proyecciones del paciente se diversifican en el contexto multipersonal, se distribuyen en múltiples vínculos, con otros miembros del equipo terapéutico, con otros pacientes, etc., complejizando las relaciones en el aquí y ahora de la sesión (63). Las condiciones para la instrumentación eficaz de la interpretación transferencial (relativo recortamiento de la interacción bipersonal) están aquí en parte interferidas.

3. El tiempo limitado de tratamiento hace indeseable el desarrollo de una intensa neurosis transferencial cuya elaboración exige claramente otro encuadre. Dado que la reiteración por parte del terapeuta de interpretaciones transferenciales (su focalización selectiva en los aspectos de la conducta ligados al campo bipersonal presente) induce el desarrollo de la regresión transferencial (27), surge, como condición técnica primordial en psicoterapia breve, la necesidad de autocontrol por parte del terapeuta, debiendo regular las interpretaciones transferenciales en función del mantenimiento de la relación médico-paciente en un nivel óptimo (4); este nivel parece consistir en un grado moderado de transferencia positiva estable (13,33).

En función de estos elementos de juicio se ha estimado que un énfasis excesivo por parte del terapeuta en interpretar los aspectos transferenciales de la conducta (por extrapolación del esquema operacional analítico) puede configurar en psicoterapia breve un error técnico, perjudicial para el tipo de proceso terapéutico que involucra esta modalidad de tratamiento (71). Sin embargo, este punto es en especial objeto de controversias. Para algunos autores se indica el empleo de interpretaciones transferenciales sólo cuando surgen resistencias que impiden mantener una relación de aceptación, confianza y respeto por el médico (42). Para otros, en cambio, es necesario actuar mediante interpretaciones transferenciales desde el principio, a condición de mostrar en cada caso la conducta como repetición de actitudes elaboradas en los vínculos parentales (47). En general se entiende que en esta técnica la interpretación transferencial es eficaz cuando se hace evidente inmediatamente su conexión con la problemática nuclear actual del paciente (4). Se la destina entonces a *favorecer la comprensión de una situación global a partir de lo vivido presente, más que a profundizar en ese aquí y ahora.*

Es en concordancia con estas consideraciones como la psicoterapia breve se orienta hacia la conducta del paciente en el “afuera” de la sesión (en sus vínculos familiares, en su trabajo, etc.) con el claro objetivo de centrar la atención del paciente en sí mismo y en su mundo

habitual, más que en su transitoria relación terapéutica (15, 69).<sup>3</sup> Aquí sí se sugiere una orientación divergente de la técnica analítica: mientras en ésta la unidad de indagación es la sesión y no se trata de inferir por lo observado en esa hora lo que pasa en “las otras veintitrés” (65), en psicoterapia breve se trata de dar el mayor peso a “las otras veintitrés horas”. *La consigna general es aquí “orientación constante hacia la realidad”* (4, 33, 54).

Se trata de fortalecer en el paciente su capacidad de discriminación, para lo cual en esta técnica, que no busca la regresión, será necesario distinguir entre conductas transferenciales y conductas adecuadas a la realidad (a las condiciones objetivas del paciente, de la institución y del médico en su rol social) (59). Esta distinción marca una importante diferencia de esquema referencial con la orientación kleiniana, que opera en base a hipótesis de este tipo:

... todas dificultades del analizado, todos sus sufrimientos y angustias, tienen su base, durante el tratamiento, en la transferencia”. “Los conflictos del analizado con otros objetos” (extratransferenciales) son frecuentemente interpretados como conflictos entre partes del propio yo (y ello) o bien como conflictos con el analista. Pero los conflictos entre partes del propio yo también están siempre relacionados con la transferencia, puesto que simultáneamente una de las partes propias es siempre proyectada (manifiesta a latentemente) sobre el analista (58).

En psicoterapia breve la orientación preponderante hacia la realidad actual extratransferencial se basa en la necesidad de ayudarlo a efectuar ciertas tareas integrativas inmediatas, a recuperar lo antes posible su capacidad para remover los obstáculos que le impiden lograr una homeostasis más satisfactoria (72). En consecuencia actúa confrontando sistemáticamente al paciente con su realidad social, ambiental y con sus perspectivas frente a la misma. Esto implica además otro tipo de intervenciones del terapeuta:

- e) La clarificación y elaboración con el paciente de perspectivas personales, de ciertas “salidas” o proyectos en los que se aplican de alguna manera concreta aspectos de la comprensión dinámica que va logrando de su situación (24,54,75). Se postula aquí el criterio de que toda mejoría del paciente deberá acompañarse de cambios en sus condiciones de vida (y que necesita además apoyarse en esos cam-

<sup>3</sup> En este aspecto, si bien la psicoterapia breve coloca de hecho al paciente frente a la pérdida dada por la limitación temporal del tratamiento, podría cuestionarse la validez de una línea interpretativa focalizada en las vivencias transferenciales frente al duelo del alta.

bios); de allí que el terapeuta pueda intentar, frente a posibilidades inmediatas de modificación de esas condiciones que el paciente no llega a vislumbrar, algún tipo de “sugerencia interpretativa” confrontando al paciente con situaciones de cambio hipotéticas (consideradas accesibles en ese momento de su evolución dinámica) e interpretando sus respuestas a estas formulaciones. Existe el riesgo de un forzamiento autoritario por parte del terapeuta que coloque de hecho a la terapia en una línea expresamente directiva como deliberadamente se orientan algunas terapias breves (24), pero una cuidadosa evaluación individual dinámica de la situación total del paciente puede permitir tal vez atenuar el efecto de dirección (inevitable en toda terapia) (27), favoreciendo el descubrimiento, la captación en un momento preciso, “fértil” del tratamiento, de alternativas diferentes para su existencia futura (46). Otro criterio que puede indicar, al menos con debidos recaudos, este tipo de intervenciones, es que las dificultades del paciente para elaborar salidas personales no responden solamente a factores dinámicos (por ejemplo, defensas que crean escotomas), sino también a limitaciones culturales, educacionales y de información.

Puntualizados algunos aspectos técnicos cabe preguntarse cuál es el criterio de eficacia para la psicoterapia breve y qué indicadores existen de tal eficacia.

## **5. Evaluación y discusión de resultados de psicoterapias breves**

Si toda psicoterapia enfrenta importantes dificultades metodológicas para evaluar resultados por métodos objetivos incuestionables (28, 66), estas dificultades se multiplican si, a partir de evaluar los *efectos* de una acción múltiple en la que juegan numerosos parámetros, se intenta hacer inferencias sobre lo ocurrido a nivel del *proceso* terapéutico.

Se ha objetado con razón que las comunicaciones sobre casos clínicos tratados con terapias breves consignan prácticamente siempre éxitos terapéuticos, mientras escasean las comunicaciones y el examen detallado de los fracasos (71).

Aceptando el margen de subjetividad comprendido en los diseños habituales empleados en estas evaluaciones, no son desechables, a esta altura del desarrollo de las investigaciones en psicoterapia, evaluaciones parciales.

Estas se basan habitualmente en el juicio clínico de entrevistadores (16, 33, 38), en autoevaluaciones del paciente sobre listas de

síntomas, tests (51) escalas de eficacia social (interacción grupal) (11), evaluaciones por el grupo familiar del paciente (9). Particularmente pueden ser significativas aquellas que combinando varios métodos muestran concordancia en los resultados (10, 11).

*Estos trabajos consignan un porcentaje elevado de mejorías estables, en pacientes evaluados antes del tratamiento, al alta y después del alta (dos, tres, cinco o más años de “seguimiento”) (10, 47).*

La limitación básica de muchos de estos estudios reside en que trabajan con categorías ambiguas, insuficientemente definidas operacionalmente, como es el caso de “mejoría”. La polémica entre escépticos y partidarios de las terapias breves radica en cuanto al tipo, niveles, alcances y estabilidad de los cambios que pueden englobarse en aquel amplio rótulo. Mientras en psicoanálisis mejoría significa mayor *insight*, en terapia breve puede aludir sólo a supresión sintomática.

Si se parte del criterio de mejoría empleado en la técnica analítica, la psicoterapia breve, al no centrarse en la elaboración de la neurosis de transferencia, no puede producir más que modificaciones superficiales, a través del apoyo, la sugestión, la supresión de síntomas y el reforzamiento defensivo.

Desde esta perspectiva, brevedad equivale a ineficacia, como se observa en los fundamentos dados por numerosos analistas de Nueva York para rechazar la invitación a participar en un programa asistencial de plazos limitados (10).

Pero en la discusión sobre resultados importa reconocer las serias limitaciones epistemológicas de la crítica a una técnica específica, realizada en gran parte por simple deducción, desde los marcos conceptuales de una teoría constituida en base a otra técnica. Stone ha destacado los riesgos de tal extrapolación a un campo que incluye variables nuevas de gran importancia dinámica.

No son pocos los autores que disienten con aquel escepticismo, basados en resultados concretos y en consideraciones teóricas más amplias sobre la naturaleza del proceso terapéutico de esta técnica. Parten del criterio de que los conceptos de transferencia y contra-transferencia no abarcan todos los momentos de la interpretación terapéutica (4, 21, 53); más aún, en que “no se puede sostener con tanto énfasis que el *insight* a través de la transferencia sea el único tipo de *insight* que sirve a la reorganización y a la reintegración del yo (41).

*En primer lugar se cuestiona seriamente la hipótesis de una directa equivalencia entre duración de una psicoterapia y profundidad de sus efectos (2, 4, 20).*

Se sostiene la idea de que esta técnica puede lograr modificaciones dinámicas de mayor alcance que la mera supresión sintomática.

Esto se basa, en primer lugar, en la observación clínica y en la evaluación mediante otros instrumentos, antes señalados, de las modificaciones que produce esta terapia, que comprenden:

- a) Alivio o desaparición de síntomas.
- b) Modificaciones correlativas en el manejo de las defensas con el reemplazo de técnicas más regresivas por otras más adaptativas.
- c) Mayor ajuste en las relaciones con el medio (comunicación, trabajo, etc.).
- d) Incremento en la autoestima y el confort personal.
- e) Incremento en su autoconciencia, con mayor comprensión de sus dificultades fundamentales y el significado de las mismas (lo que puede considerarse al menos un primer grado de aproximación al *insight*, comparado con el que puede lograrse por un tratamiento intensivo y prolongado).
- f) Ampliación de perspectivas personales, bosquejo inicial de algún tipo de “proyecto” individual.

Un hecho de observación importante es que *las modificaciones iniciales puestas en marcha durante el tratamiento no se detienen con el alta*, sino que el paciente continúa en muchos casos aplicando a nuevas experiencias el criterio, la actitud ante sus problemas aprendida en el tratamiento (75). Además existen consideraciones teóricas que apoyan la hipótesis de que *esta técnica puede producir modificaciones más significativas que el mero cambio sintomático*. Se refieren al carácter del proceso terapéutico, a sus probables mecanismos de influencia, ejercidos a varios niveles:

1. La experiencia “emocional correctiva” que representa el tipo original de relación con un terapeuta en cuanto objeto efectivamente “bueno”, permisivo, que ayuda. La influencia del vínculo con la persona real, con su rol social objetivamente positivo y nuevo para el paciente (6). Fairbairn ha subrayado la importancia terapéutica de esta relación realmente benéfica aparte del papel desempeñado por las interpretaciones (citado por Gunthrip) (31). En el mismo sentido, Alexander destaca que la importancia emocional<sup>4</sup> de estas diferencias es también modificadora (2).

Asimismo desempeña un papel integrador la participación en

<sup>4</sup> Ponemos énfasis en la experiencia emocional correctora, de rectificación a través de lo vivido, como proceso diferente de la elaboración verbal consciente (que incluye en el *insight* también componentes “intelectuales”).

nuevos vínculos con personal y otros pacientes en el marco de la institución, la inclusión en grupos y en nuevas tareas (68).

En este aspecto debe incluirse el papel ejercido por la proyección en el terapeuta y en la institución de roles reparadores, protectores, idealizados. La mejoría del paciente puede deberse a la creación de un vínculo regresivo simbiótico con depositación en la relación terapéutica, en su encuadre mismo, de la “parte psicótica” de la personalidad (14). Este dinamismo fundamental subyace en las “curas transferenciales” debidas a un efecto placebo. Sin embargo, no puede éste suponerse el mecanismo universal implicado en toda mejoría debida a terapias breves, pues de lo contrario el alta traería un retroceso a la situación previa a la admisión, o un empeoramiento considerable, observación que no es la regla en los estudios de seguimiento. Más aún, la brevedad y baja frecuencia de sesiones inhiben a menudo el desarrollo intenso de este mecanismo regresivo. \*

2. Al dirigir la atención del paciente hacia todo lo que vive y actúa, se inaugura en él un proceso de aprendizaje en el autoexamen en la evaluación y toma de distancia crítica frente a su propia conducta.

3. El papel dinámico que puede ejercer en el paciente el fortalecimiento de su capacidad de comprensión y discriminación frente a sus impulsos. La experiencia original de objetivar en la palabra todo su mundo emocional tiene ya en sí misma consecuencias dinámicas positivas (35). Esto adquiere mayor relieve si se tiene en cuenta que el paciente llega al tratamiento con un estrechamiento general de su campo de “conciencia posible”, pudiendo ser ésta la primera experiencia educativa que le ayude a ampliarlo.

4. Las interpretaciones dinámicas de diverso tipo empleadas pueden crear en el paciente al menos “núcleos iniciales de *insight*”, de grado limitado, pero susceptibles de ulterior crecimiento a través de la elaboración de nuevas experiencias (42, 67).

5. La influencia de los cambios positivos que paralelamente con el tratamiento el paciente va introduciendo en la organización de su vida diaria -actividad, vínculos, recreaciones, aperturas de nuevos campos de interés-, que actúan por efecto de retroalimentación, favoreciendo el pasaje hacia el funcionamiento en niveles motivacionales más “maduros” (59).

6. El papel que ejerce sobre el presente la elaboración de alguna imagen constructiva de futuro y la experiencia de algunos pasos dados hacia su realización.

7. La influencia de modificaciones dinámicas en la constelación familiar por acciones directas (orientación o terapia familiar) o

indirectas (respuesta de la familia al ingreso del paciente en tratamiento o a los cambios manifiestos por el paciente).

Para esta serie de mecanismos de acción terapéutica se postulan influencias a diferentes niveles de “profundidad dinámica”, principalmente ejercidas en el fortalecimiento de funciones “yoicas”, influencias capaces de producir cambios en cierto grado “reconstructivos” de la personalidad (39,67,74). Sobre la base de estas consideraciones se diferencia esta técnica de lo que en sentido estricto se denomina

“psicoterapia superficial”: “acercamiento inspirado en el sentido común, consistente en bondad, tolerancia e indulgencia; en un deseo de mitigar la angustia por cualesquiera medios disponibles, a base de pruebas y errores, amistad y demostraciones de seguridad”... en que se intenta lograr cambios, de modo puramente intuitivo, sin la búsqueda deliberada de la comprensión y crítica del paciente sobre sus trastornos (48).

La evaluación de resultados de psicoterapia breve efectuada por el equipo de la Tavistock Clinica mostrado que trastornos serios, aun algunos de larga evolución, pueden recibir ayuda importante.

En este aspecto sugiere que la línea “conservadora”, que considera a la psicoterapia breve un mero paliativo, sólo efectivo en trastornos leves y recientes, apoya más en un prejuicio que en una investigación rigurosa de hechos clínicos (47).

## **6. Limitaciones de una terapia breve**

Un panorama de esta técnica no puede por cierto soslayar sus importantes limitaciones. Se ha objetado cierta tendencia en la literatura sobre el tema a crear un clima de exagerado optimismo terapéutico, dando una imagen de facilidad en el manejo de las áreas enfermas de la personalidad (algunos comentarios clínicos de la escuela de Chicago, por ejemplo, nos parecen efectivamente encuadradas en esta ilusión de curas relativamente fáciles). Con este abordaje podrán o no obtenerse mejorías más que transitorias, dependiendo el resultado del cuadro clínico, la estructura básica de la personalidad, el nivel evolutivo al que se efectúe regresión en la crisis y diversas condiciones grupales y situacionales.

Puede fracasar absolutamente (por ejemplo en psicopatías) o

producir únicamente variaciones en superficie (fenomenológicas) actuando sólo por efecto de cura transferencial con desaparición de síntomas e instalación de una pseudoadaptación a un nivel regresivo.

No puede, en plazos limitados, producir cambios en la estructura nuclear de la personalidad, aunque sí modificaciones dinámicas no despreciables, como se expuso anteriormente.

Un énfasis excesivo puesto en la comprensión racional, así como interpretaciones prematuras, pueden reforzar resistencias incrementando la intelectualización (45).

El operar por sugestión puede impulsar la “fuga a la salud” e inducir al paciente al *acting-out* (54).

Estos riesgos hacen aconsejable el ejercicio de esta técnica por terapeutas con formación dinámica y experiencia clínica ya hecha.

Si bien importa tener clara conciencia de estas limitaciones y riesgos, *las consideraciones formuladas en la discusión de resultados cuestionan el derecho a una generalización tal de estas insuficiencias que justifique el rechazo o la negación de otros alcances efectivos para esta técnica.*

## 7. Indicaciones

Desde un punto de vista social existe una situación de hecho: para una gran masa de población y con la actual organización asistencial, la opción es tratamientos limitados o no tratamientos, independientemente de los trastornos que presente. Ante esta falta de opción asistencial puede una terapia breve, en grado variable, beneficiar prácticamente a todos los pacientes (33,51). Con miras a discriminar, para una mejor organización de recursos terapéuticos, qué pacientes se benefician más con este tipo de tratamiento, puede distinguirse:

a) Pacientes que obtienen menor beneficio: en general, trastornos psiquiátricos crónicos, fuera de fases agudas. Por ejemplo, cuadros paranoides, obsesivo compulsivos, psicósomáticos crónicos, perversiones sexuales, adicciones, caracteropatías graves y sociopatías. Sólo el intento de una terapia intensiva a largo plazo puede producir algunos cambios estables para tales cuadros.

b) Con expectativas de mejorías importantes, se indican para terapéutica breve: cuadros agudos, particularmente situaciones de crisis o descompensaciones (39). Situaciones de cambio, por ejemplo en transición de etapas evolutivas (adolescencia, matrimonio, graduación, climaterio, jubilación). Trastornos reactivos en pacientes

que conservaban previamente un nivel de adaptación aceptable. Trastornos de intensidad leve o moderada que no justificarían tratamientos de años (problemática neurótica incipiente o psicósomáticos de reciente comienzo). Puede beneficiar como tratamiento preparatorio pre-analítico a *borderlines* y psicóticos (71).

Además debe notarse que la terminación de la terapia breve de “final abierto”, admite cualquier tratamiento intensivo ulterior si la evolución del paciente lo exigiera.

Este panorama de indicaciones diferenciales ha llevado a Meninger a expresar:

Ahora bien, nosotros creemos que hay enfermedades para las cuales el psicoanálisis es el tratamiento más efectivo... sin embargo, hay otras enfermedades para las cuales no estamos seguros de que el psicoanálisis sea el mejor tratamiento, y aún hay otras para las que sí estamos convencidos de que no es el mejor tratamiento (50).

En el mismo sentido, Stone recuerda que, originalmente, el psicoanálisis tuvo su indicación fundamental en las neurosis; posteriormente se lo extendió a otros cuadros de la más diversa índole. “Es posible que ese grado de optimismo terapéutico deba ser revisado, llevando el psicoanálisis a sus indicaciones originarias, y dejando grupos de pacientes a ser mejor tratados por ‘terapia breve’, ‘psiquiatría psicoanalítica’ o ‘psicoanálisis modificado’...”.

Destaquemos que esta perspectiva puede ser válida no sólo en el ámbito institucional sino también en la asistencia privada. Al margen de razones socioeconómicas, *para determinados pacientes una terapia breve puede ser el tratamiento de elección.*

## Conclusión

Si son posibles ya algunas generalizaciones sobre psicoterapia breve, ésta puede ser una de las más significativas; se trata de una orientación técnica específica, que opera en condiciones originales con un complejo *set* de variables propias. En consecuencia, no puede abordársela por simple extrapolación de datos de otras técnicas: constituye un campo a investigar en su estructura dinámica particular.

En este proceso, lo que hemos expuesto representa la búsqueda de un andamiaje provisorio, un conjunto de hipótesis y criterios operacionales a verificar, una y otra vez, en la experiencia clínica.

## Referencias bibliográficas

1. Ackerman, N., "Family Psychotherapy. Theory and Practice", *Am. J. Psychoter.*, 1966, 20, p. 405.
2. Alexander, F., "Psychoanalytic Contributions to Short Time Psychotherapy", *op. cit.*, ref. 39, 84, 1965, 126.
3. Alexander, F., "The Dynamics of Psychotherapy in the Light of Learning Theory", *Int. J. Psychiat.*, 1, 1965, p. 189.
4. Alexander, F. y French, T., *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 2ª ed., 1965.
5. Allport, G., *La personalidad, su configuración y desarrollo*, Barcelona, Herder, 1965.
6. Althusser, L., "Contradicción y sobredeterminación", en *La revolución teórica de Marx*, México, Siglo XXI, 1967.
7. Ancona, L., "La motivación desde el punto de vista clínico", en *La motivación*, Buenos Aires, Proteo, 1965.
8. Asch, S., *Psicología social*, Eudeba, Buenos Aires, 1964.
9. Avnet, H., "Short-term Treatment Under Auspices of a Medical Insurance Plan", *Am. J. Psychiat.*, 122, 1965, p. 143.
10. Avnet, H., "How Effective is Short-term Therapy", *op. cit.*, ref. 39, 1965, 7, p. 22.
11. Battle, C. y otros, "Target Complaints as Criteria of Improvement", *Am. J. Psychother.*, 1966, n° 20, p. 84.
12. Bastide, R., *Sociología de las enfermedades mentales*, México, Siglo XXI, 1967.
13. Berliner, B., "Short Psychoanalytic Psychotherapy: its Possibilities and its Limitations", *Bull. Menning Clin.*, 1941, 5, p. 204.
14. Bleger, J., "Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico", *Rev. Psicoanál.*, 1967, 24, p. 241.
15. Browne, E., "Short Psychotherapy with Passive Patients. An Experiment in General Practice", *Brit. J. Psychiat.*, 1964, 110, p. 233.
16. Campbell, R., "Psychotherapy in a Community Mental Health Center", *Am. J. Psychiat.*, 1965, 122, p. 2.
17. Campbell, R., "Modificaciones de la psicoterapia", *Cuad. Psicoter.*, Buenos Aires, 1967, 2, p. 13.
18. Fenichel, O., *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Buenos Aires, Paidós, 1964.
19. Ferenczi, S., "Perfeccionamiento de la 'técnica activa' en el psicoanálisis", *Rev. Psicoanál.*, Buenos Aires, 1945-6, 3, 4.
20. Frank, J., "The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship. Determinants and Effects of the Therapist's Influence", *Psychiat.*, 1959, 32, p. 17.
21. Frank, J., "Discussion on Short-term Psychotherapy" (Symposium of the American Psychologic Association), *Am. J. Psychiat.*, 1965, 122.
22. Freud, S., *Introducción al psicoanálisis*, t. 2, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948.
23. Freud, S., "Esquema del psicoanálisis", *Obras postumas*, t. XXI, Buenos Aires, Santiago Rueda, 1955.

24. Garner, H., "Interventions in Psychotherapy and Confrontation Technique", *Am. J. Psychother.*, 1966, 20, p. 291.
25. Gill, M., "El estado actual de la teoría psicoanalítica", en *Aportaciones a la teoría y técnica psicoanalítica*, op. cit., ref. 60.
26. Gill, M., "Psicología del yo y psicoterapia", en Knight, R., *Psiquiatría psicoanalítica*, op. cit., ref. 42.
27. Glad, D., "An Operational Conception of Psychotherapy", *Psychiatry*, 4, p. 371.
28. Gottschalk, L. y Auerbach, A., *Methods of Research in Psychotherapy*, Nueva York, Appleton-Century-Crofts, 1966.
29. Gralnik, A., "Conjoint Family Therapy: its Role in the Rehabilitation of the In-patient and Family", *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1963, 136, p. 500.
30. Granger, G., "Información y conocimiento de lo individual", en *El concepto de información en la ciencia contemporánea*, México, Siglo XXI, Coloquios de Royaumont, 1966.
31. Gunthrip, H., *Estructura de la personalidad e interacción humana*, Buenos Aires, Paidós, 1965.
32. Hamilton, V., "Psychological Changes in Chronic Schizophrenics Following Differential Activity Programmes: a Repeat Study", *Brit. J. Psychiatr.*, 1964, 110, p. 283.
33. Harris, R., Kalis, B. y Freeman, E., "Precipitating Stress: an Approach to Brief Therapy", *Am. J. Psychother.*, 1963, 17, p. 465.
34. Hartmann, H., *La psicología del yo y el problema de la adaptación*, México, Pax, 1961.
35. Hartmann, H., "On Rational and Irrational Action", en *Essays*, op. cit., ref. 36.
36. Hartmann, H., "Psychoanalysis and Sociology", en *Essays on Ego Psychology*, Londres, The Hogarth press, 1964.
37. Hartmann, H., "Technical Implications of Ego Psychology", en *Essays*, op. cit., ref. 36.
38. Heilbrunn, G., "Results with Psychoanalytic Therapy and Professional Commitment", *Am. J. Psychother.*, 1966, 20, p. 89.
39. Hoch, P., "Short-Term versus Long-Term Therapy", en Lewis R. Wolberg (comp.), *Short-Term Psychotherapy*, Nueva York-Londres, Grune and Stratton, 1965, pp. 51, 66.
40. Hutt, S., Crookes, T. y Glancy, L., "The Behaviour of Chronic Psychotic Patients During Three Types of Occupation", *Brit. J. Psychiatr.*, 1964, 110, p. 270.
41. Karno, M., "Communication, Reinforcement and Insight. The Problem of Psychotherapy Effect", *Am. J. Psychother.*, 1965, 19, p. 467.
42. Knight, R., "Una crítica de la situación actual de las psicoterapias", en *Psiquiatría psicoanalítica, psicoterapia y psicología médica*, Buenos Aires, Hormé, 1960.
43. Klein, M., "Amor, culpa y reparación", en *Las emociones básicas del hombre*, Buenos Aires, Nova, 1960.
44. Kris, E., "Ego Psychology and Interpretation in Psychoanalytic Therapy", *Psychoanal. Quart.*, 1951, 20, p. 15.

45. Lowenstein, R., "The Problem of Interpretation", *Psychoanal. Quart.*, 1951, n° 20, p. 15.
46. López, R., "La psicoterapia dinámica breve", *Acta Psiquiátr. Psicol. Amér. Lat.*, 1967, 13, p. 260.
47. Malan, D. H., *A Study of Brief Psychotherapy*, Springfield-IUinois, C. Tomas, 1963.
48. Marcolin, S., "Principios psicoterapéuticos en la práctica psicósomática", en Wittoker, E., Cleghom, R. A. y cois., *Progresos en medicina psicósomática*, Buenos Aires, Eudeba, 1966.
49. Masterson, J. y Reagan P., "Teaching Psychiatric Residents the Therapeutic Value of the Environment", *Psychiatry*, 1959, 22, p. 51.
50. Menninger, K., *Teoría de la técnica psicoanalítica*, México, Pax, 1960.
51. Mental Health Institute, "Brief Therapy Center" (Proyecto de asistencia e investigación en terapias breves), Palo Alto, California, monografía, 1966.
52. Morton, R., "An Experimentin BriefPsychotherapy", *Psychological Monographs General and Applied, of the American Psychological Assoc.*, 1965, 69, p. 386.
53. Muldworf, B., *Psychanalyse et Psychothérapie*, Paris, C.E.R.M., 1964.
54. Natfeerson, J, y Grotjahm, M., "Responsive Action in Psychotherapy", *Am. J. Psychiatry*, 122, p. 140.
55. Norton, N., Detre, T. y Jarecki, H., "Psychiatric Services in General Hospitals: a Family-Oriented redefinition", *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1963, 136, p. 475.
58. Nuttifj, J., "Origen y desarrollo de los motivos", en *La motivación*, Buenos Aires, Proteo 1965.
57. Pichon-Riviére, E., "Introducción a una nueva problemática de la psiquiatría", *Acta Psiquiát. Psicol. Amér. Lat.*, 1967, 13, p. 355.
58. Racker, H., *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1960.
59. Rado, S., "Relationship of Short-term Psychotherapy to Developmental Stages of Maturation and Stages of Treatment Behavior", *op. cit.*, ref. 67-85.
60. Rapaport, D., "Un examen histórico de la psicología psicoanalítica del yo", en Rapaport, D. y Gill, M., *Aportaciones a la teoría y técnicas psicoanalítica*, México, Pax, 1962.
61. Rapaport, D., *Hacia una teoría del pensamiento*, Buenos Aires, Escuela, 1964.
62. Rickman, J., "Methodology and Research in Psychopatology", en *Selected Contributions to Psycho-Analysis*, Londres, The Hogarth Press, 1957.
63. Rickman, J., "The Application of Psychoanalytical Principles to Hospital In-patients", en *op. cit.*, ref. 62.
64. Rodrigué, E., *Biografía de una comunidad terapéutica*, Buenos Aires, Eudeba, 1965.
65. Rodrigué, E. y Rodrigué, G. T. de, *El contexto del proceso analítico*, Buenos Aires, Paidós, 1966.

66. Sargent, H., "Intrapsychic Change: Methodological Problems in Psychotherapy Research", *Psychiatry*, 1961, 24, p. 93.
67. Saul, L., "On the Value of One or Two Interviews", *Psychoanal. Quart.*, 1951, 20, p. 613.
68. Schwartz, D., "The Integrative Effect of Participation", *Psychiatry*, 1959, 22, p. 81.
69. Semrad, E., Binstock, W. y White, B., "Brief Psychotherapy". *Am. J. Psychother.* 1960, 20, p. 576.
70. Sifneos, P., "A Concept of Emotional crisis", *Mental Hygiene*, 1960, 44, p. 169.
71. Stone, L., "Psychoanalysis and Brief Psychotherapy", *Psychoanal. Quart.*, 20, p. 215.
72. Ulloa, F., *La entrevista operativa*, Ficha Fac. Filos. y Letras, Buenos Aires, 1964.
73. Warren Dunham, H., "Community Psychiatry: the Newest Therapeutic Bandwagon", *Int. J. Psychiat.*, 1965, 1, p. 553.
74. Wolberg, L., "The Technic of Short-term Psychotherapy", *op. cit.*, ref. 39, 1965, pp. 127-200.
75. Wolberg, L., "Methodology in Short-term Therapy", *Am. J. Psychiat.* 1965, 122, p. 135.

## Actualización bibliográfica

- Araoz, D., Carrese, M. (1996), *Solution-Oriented Brief Therapy for Adjustment Disorders*. New York, Brunner/Mazel.
- Balint, M., Ornstein, P. H., Balint, E. (1986), *Psicoterapia Focal. Terapia breve para psicoanalistas. Modelo desarrollado en la Clínica Tavistock*. Buenos Aires, Gedisa.
- Braier, E. (1981), *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Garske, J. P., Molteni, A. L. (1985), "Psicoterapia psicodinámica breve: un enfoque integrador". En: Linn, S. J. y Garske, J.P. (comps.) *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao, D.D.B., 1988.
- Koss, M. P., Butcher, J. N. (1986), "Research on brief psychotherapy". En: Garfield, S. L. y Bergin, A. E. (comps.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley.
- Levenson, H., Butler, S., Beitman, B. (1997), *Brief Dynamic Psychotherapy*. Washington, American Psychiatric Press.
- Marmor, J. (1979), "Short-term dynamic psychotherapy." *American J. Psychiat.*, 136, 149-156.
- Montado, G. (1995), "Fundamentos de las terapias breves de orientación psicoanalítica". En: Defey, D., Elizalde, J. H., Rivera Jorge (comps.), *Psicoterapia Focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos*. Montevideo, Roca Viva.
- Sifneos, P. (1972), *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Ma., Harvard University.

- Strupp, H., Binder, J. (1984), *Psychotherapy in a new key. A guide to time limited dynamic psychotherapy*. New York, Basic.
- Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974), "Brief therapy: focused problem resolution". *Family Process*, 13, 141-168.
- Wolberg, L. (1965), *Psicoterapia breve*. Madrid, Gredos.

## **Capítulo 3**

# **DELIMITACIÓN TÉCNICA DE PSICOTERAPIAS**

### **Introducción**

Si consideramos en su estado actual las psicoterapias que proveen las instituciones asistenciales (servicios hospitalarios, centros de salud mental), surge con evidencia un problema fundamental: la falta de una conceptualización clara de sus técnicas.

Creemos que esta situación se origina en parte en el desarrollo prevalentemente empírico de estas terapias, cosa que responde a condiciones asistenciales impuestas con un monto de demandas poco propicio para la elaboración teórica de sus fundamentos.

Así constituidas, en las diversas instituciones asistenciales se ha ido modelando un estilo psicoterapéutico que combina, de modo variable, instrumentos técnicos correspondientes originariamente a diferentes estrategias: apoyo, esclarecimiento, transferencial. El problema reside en que la manera en que se articulan estos diferentes instrumentos no responde, en general, a modelos estratégicos definidos y coherentes, por lo que tales psicoterapias asumen en principio el carácter de un complejo técnico indiscriminado. Esto autoriza a suponer que en su aplicación quedan expuestas tanto a la intuición individual de los terapeutas como a las exigencias del contexto institución (desde presión de listas de espera hasta aceptación variable de diferentes cuadros según se adecúen o no a los esquemas referenciales allí jerarquizados). Es claro entonces que esta situación de ambigüedad teórico-técnica, constituye un punto de urgencia en la asistencia, supervisión y docencia ligada a estas psicoterapias.

Ante este panorama creemos útil intentar una reconsideración del problema. Nuestro método consistirá en identificar los instrumentos

esenciales correspondientes a diferentes estrategias psicoterapéuticas (apoyo, esclarecimiento, transferencial). Esta delimitación constituirá luego el marco de referencia para la discusión del sentido y las posibilidades de asociación de instrumentos técnicos vinculados en su origen a estrategias de cambio diferentes.

Si bien nuestro estudio se limitará a psicoterapias individuales de adultos, es posible que varias de las consideraciones siguientes sean extensibles a terapias grupales y/o de otras edades evolutivas.

### **Delimitación de técnicas de psicoterapia sobre la base del criterio de coherencia entre objetivos, estrategia instrumentos particulares**

Si se analiza de modo aislado cada una de las técnicas psicoterapéuticas ya mencionadas se comprueba que, en cada caso, sus recursos (encuadre, tipo de vínculo paciente-terapeuta, actitudes e intervenciones del terapeuta) son convergentes, tienden a potenciarse para la producción de determinados efectos en el paciente. Sin embargo, tal convergencia no es tanto el resultado de aplicar un modelo operacional explícito, como una organización esbozada, implícita, producto decantado de una larga historia de manipulaciones intuitivas.

Lo que comprobamos es que cualquiera de las técnicas psicoterapéuticas tradicionales responde a un principio de coherencia interna. Tal coherencia deriva en primer lugar del acuerdo entre los objetivos que se propone alcanzar y la estrategia de cambio adoptada para lograr dichos objetivos. En segundo término, determinados recursos técnicos (procedimientos, maniobras, que aquí designamos genéricamente como "instrumentos") resultan adecuados o no según su congruencia con la estrategia de cambio indicada. La estrategia psicoterapéutica global define entonces como apropiadas ciertas actitudes del terapeuta (activo en una técnica, pasivo en otra), ciertas intervenciones del mismo (ya sugestivo-directivas, ya interpretativas), el recortamiento de un cierto universo de discurso (ya el de los síntomas, ya el de las motivaciones), cierto modo de entender las separaciones (como pérdidas en un caso, como ocasiones de prueba en otro), la adopción de determinado encuadre, etcétera.

Trataremos de examinar desde esta perspectiva, los instrumentos necesarios y posibles para cada técnica, destacando su coherencia con la estrategia básica.

En cuanto a la elección de parámetros adecuados para el estudio