(cont.) UNIDAD 3: TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LA NEUROSIS

3.3 Personalidad borderline

El término organización fronteriza de la personalidad, más que estados fronterizos o cualquier otra denominación, es el que mejor describe a los pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable y no un estado transitorio que fluctúa entre la neurosis y la psicosis.

Los síntomas iniciales pueden ser similares a los de las neurosis y los desórdenes caracterológicos, aunque lo más importante de la contribución a la comprensión de la organización fronteriza de la personalidad y su tratamiento surge del análisis de la patología de las relaciones objetales internalizadas de estos pacientes: la importancia de sus conflictos pregenitales, sobretudo los orales, así como la inusual intensidad de su agresión pregenital.

CARACTERÍSTICAS SINTOMÁTICAS

Los pacientes de personalidad fronteriza presentan al comienzo lo que superficialmente parece ser una típica sintomatología neurótica. Ninguno de estos síntomas es por sí solo patognomónico, pero la presencia de dos, o especialmente tres de los enumerados a continuación, constituye un fuerte indicio de una personalidad fronteriza subyacente. El diagnóstico definitivo depende de la patología propia característica y no de los síntomas descriptivos.

- a. *Ansiedad* : crónica o difusa. Contratransferencialmente puede invadir al terapeuta.
- b. *Neurosis polisintomática* : fobias múltiples, que limitan la vida del paciente (de tipo obsesivo: cuerpo o apariencia) con una connotación paranoide. Puede haber síntomas obsesivo - compulsivos egosintónicos para el sujeto y bastante racionalizados. Pueden haber síntomas de conversión elaborados o grotescos, reacciones disociativas (fugas histéricas + amnesia posterior), hipocondría y tendencias paranoides.
- c. *Tendencias sexuales perverso - polimorfias* : desviación sexual manifiesta, coexistiendo varias tendencias perversas (promiscuidad, elementos sádicos, etc.). Cuanto más caóticas y múltiples son las fantasías y los actos perversos y cuanto más inestables son las relaciones objetales vinculadas con esas interacciones, mayores motivos hay para sospechar la presencia de un desorden fronterizo.
- d. *Estructura de personalidad prepsicótica* : personalidades base paranoide, ciclotímica o esquizoide.
- e. *Neurosis impulsiva y de adicción* : Para lograr una satisfacción directa de los impulsos. Están comprendidas aquí las formas graves de patología caracterológica en las que hace irrupción de modo crónico y repetitivo un impulso destinado a gratificar necesidades instintivas, de un modo que, fuera de los episodios impulsivos, resulta distónico con el yo, mientras que dentro del contexto de dichos

episodios es sintónico con el yo y altamente placentero. El alcoholismo, las drogadicciones, ciertas formas de obesidad psicogénica y la cleptomanía son típicos ejemplos de esta categoría.

- f. *Desórdenes caracterológicos de nivel inferior* : donde la personalidad narcisista es la más inferior, en la que no son capaces de depender realmente de alguien (la estructura depresivo - masoquista es de nivel superior). Probablemente pueden tener un carácter sadomasoquista, con una personalidad fronteriza y carácter autodestructivo, cuando se irritan.

Muchas personalidades infantiles, narcisistas, "como si" y antisociales presentan predominantemente esta patología.

Alrededor de dos terceras partes de las personas con trastorno de personalidad límite son mujeres. La dependencia intensa y la manipulación caracterizan sus interacciones y hacen que el trato con ellos sea muy difícil; además, los comportamientos autodestructivos son su "especialidad conductual".

La fuerte necesidad de relaciones lleva a estos individuos a tener temores crónicos y duraderos que las personas de las que dependen los abandonen. Son característicos en ellos, la inestabilidad emocional con cambios a la ansiedad y desequilibrios en los conceptos de identidad, con probables sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento. Prácticamente todas las áreas de su vida están en conflicto, debido a las relaciones objetales.

PSICODINAMIA

El análisis estructural se refiere al análisis de los procesos mentales desde la perspectiva de las tres estructuras psíquicas (yo, ello y superyó).

1. *Manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica* : falta de tolerancia a la ansiedad, formando nuevos síntomas o a través de una regresión. Falta de control de los impulsos, impulsividad errática egosintónica. No hay un buen desarrollo de la sublimación, incapacidad de gozar y ausencia de creatividad. En ocasiones, la rigidez de los patrones caracterológicos es erróneamente considerado índice de fortaleza yoica.
2. *Desviación hacia el pensamiento del proceso primario* : en la entrevista aparecen estructurados y estas desviaciones sólo se hacen evidentes en los tests proyectivos, por medio de evidencias del pensamiento primario como fantasías primitivas, disminución de la capacidad de adaptarse a los datos formales de los test y, en especial, el uso de particulares verbalizaciones. Cualquiera que sea su origen, la regresión a este tipo de pensamiento es el más importante de los indicadores estructurales individuales de la organización fronteriza.
3. *Mecanismos defensivos* : la escisión por excelencia. También presentan idealización primitiva frente a objetos externos (para que los protejan); para asegurarse que no los han destruido, los convierten en ideales y se alejan de la realidad. La idealización omnipotente se evidencia en que el paciente comparte la grandeza del

objeto idealizado, por lo que se protege de la agresión y satisface sus necesidades narcisistas, llegando a la desvalorización de los objetos externos. También usan la negación, identificación proyectiva y la proyección de la agresión.

Sienten que son seres especiales, por lo tanto necesitan atención especial también, lo que se traduce en el mayor problema en la terapia, en que cambian de objeto en objeto. La principal deficiencia del desarrollo radica en la incapacidad de sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y negativas, junto a una incapacidad de reunir imágenes de sí mismo y de los objetos de origen agresivo y libidinal. El típico paciente fronterizo conserva prácticamente intactos los límites de su yo y su prueba de realidad.

4. *Patología de las relaciones objetales* : existe una diferenciación sujeto - objeto, pero en la transferencia se desvanece (psicosis transferencial), por lo que no se trabaja la regresión en la terapia.

Los principales factores etiológicos parecen ser el exceso de la agresión primaria, de la agresión secundaria o la frustración, a los cuales probablemente contribuyen ciertas deficiencias en el desarrollo de las funciones yoicas primarias y la falta de tolerancia a la ansiedad.

No se logran conciliar las introyecciones positivas y negativas, por lo que no se experimenta culpa ni depresión. Sus depresiones se dan en forma de rabia impotente y sentimientos de derrota, más que duelo por la pérdida de objetos buenos. Son incapaces de experimentar empatía y desarrollar relaciones personales.

Superficialmente, pueden aparecer como con sentimientos de inferioridad, pero a nivel profundo, éstos son estructuras defensivas por fantasías omnipotentes y rasgos narcisistas del carácter.

Hay difusión de la identidad, no tienen un concepto de sí mismos y de los objetos en relación con él. Nunca tienen muy claro lo que quieren.

Retienen conscientemente el material, desvalorizan la ayuda y hacen esfuerzos inconcientes para confundir al terapeuta. Provocan angustia y sensación de inutilidad muy grande en el terapeuta.

"En resumen, persisten en el yo imágenes de sí mismo primitivas, irreales y de características extremadamente contradictorias, lo cual impide la formación de un concepto integrado de sí mismo; tampoco es posible la integración de imágenes objetales ni la concomitante evaluación realista de los objetos externos. La constante proyección de imágenes 'totalmente malas' de sí mismo y de los objetos perpetúa un mundo de objetos peligrosos y amenazantes, contra el cual se emplean defensivamente las imágenes 'totalmente buenas' de sí mismo, dando lugar a representaciones magalomaníacas del sí mismo ideal, ... por lo que las funciones superyoicas tienden a quedar personificadas sin llegar a la abstracción, y son fácilmente reprojectadas en el mundo externo". (Kernberg, 1979, p. 46)

ANÁLISIS GENÉTICO DINÁMICO

Es frecuente que la historia de los pacientes con personalidad fronteriza consigne experiencias de frustración extrema o intensa agresión (secundaria o primaria) en los primeros años de vida. La excesiva agresión pregenital, sobretodo la oral, tiende a ser proyectada y provoca una agresión paranoide de las tempranas imágenes parentales, en especial las de la madre. Al mismo tiempo, se produce un prematuro desarrollo de las tendencias genitales, mediante el cual se intenta evitar la rabia y los temores orales.

En ambos sexos, el exceso de agresión pregenital, y en especial de agresión oral, tiende a inducir al prematuro desarrollo de las tendencias edípicas, como consecuencia de una particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, causada por el predominio de las tendencias agresivas.

UNIDAD 4: TEORÍA DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA

4.1 El método psicoanalítico

La labor de la psicología dinámica consiste en reconstruir, partiendo de ciertas manifestaciones dadas, la constelación de fuerzas que dio origen a esas manifestaciones. El psicoanálisis es un sistema de investigación del funcionamiento humano, que a la vez es también una técnica terapéutica cuyas principales indicaciones son las neurosis crónicas y las alteraciones caracterológicas que interfieren con el funcionamiento adaptativo del individuo en la sociedad.

Contrato analítico

El contrato psicoterapéutico es el conjunto de normas que reglan la relación bipersonal entre terapeuta - paciente, que determina que ambos compartan un objetivo en común. Implica la idea que el terapeuta es el instrumento de intervención para el paciente, la consideración del tiempo del tratamiento, la decisión de incluir a otras personas y el esclarecimiento de la función del terapeuta como parte a cargo del proceso.

La regla básica es la *asociación libre*, reduciendo al máximo los estímulos externos (setting) para eliminar los obstáculos que impiden la descarga. Se pide al sujeto que, sin hacer selección alguna, diga todo aquello que pasa por su mente. Se funciona bajo el supuesto que sus impulsos hacia la palabra o la acción están determinados por:

- a. estímulos externos de toda índole, a los que reacciona.

- b. su estado físico, que da origen a estímulos internos y determina la ansiedad y la modalidad de las impresiones producidas por los estímulos externos.
- c. ciertos fines conceptuales, el pensamiento de lo que desea hacer o decir, que le hacen eliminar todo aquello que no atañe al tema.
- d. los derivados de todos los impulsos rechazados que pugnan por encontrar una descarga.

El objetivo principal de la regla básica es la eliminación del tercero de los factores perturbadores. En esto, el paciente no debe ser activo en lo absoluto; su única labor consiste en no impedir la expresión de los impulsos que surgen en su interior.

La contrapartida de la asociación libre es la *atención flotante*, por la que el terapeuta escucha lo que se le plantea sin un esfuerzo activo por encontrarle sentido inmediatamente.

Existen también en el contrato algunas colaterales:

1. el tratamiento tiene una frecuencia regular y prefijada y un horario estricto;
2. el costo del tratamiento se determina de antemano;
3. todo tratamiento es tentativo y el paciente tiene el derecho a terminarlo cuando lo considera adecuado;
4. el psicoanalista sólo actúa como tal y no como psiquiatra o médico, y
5. el tratamiento se hace con el paciente tendido en un diván o con el terapeuta fuera de su visión.

Regresión

Mediante este fenómeno, los derivados de los impulsos prohibidos y de memorias reprimidas encuentran una expresión en las emociones y pensamientos del presente. El paciente es progresivamente capaz de regresar en niveles más profundos de su inconiente; se hace más infantil y se abre a la posibilidad de renacer, habiendo superado conflictos o situaciones que no pudo hacer siendo niño.

El fenómeno de la regresión y el proceso analítico son en sí molestos y dolorosos. El apoyar en forma rápida o el interpretar prematuramente impiden el desarrollo del fenómeno regresivo, al gratificar muy rápidamente la necesidad del paciente de ayuda, comprensión o resolución inmediata de sus problemas.

El paciente oscila desde una expectativa de ser ayudado mágicamente por el analista, a otra de ser cuidado o querido por éste, a otra de enojo y rechazo por no recibir el tipo de ayuda directa esperada. Para poder ser analizado, es necesario que el paciente tenga un grado de desarrollo parcial del yo. Éste le posibilita esta "regresión al servicio del yo" que a la larga le permite superar su neurosis.

Interpretación

Se llama interpretación al método de deducir lo que el paciente realmente tiene en su ánimo y comunicárselo. El terapeuta debe tratar de reducir el significado de las palabras del sujeto o ayudarlo para que éstas salgan a la conciencia (siempre sobre el interés del sujeto en ese momento). El paciente tiene que estar preparado, con el material más cercano a la conciencia. Freud interpretaba constantemente, hacía interpretaciones detalladas y a veces muy extensas, transformando la sesión en un franco diálogo, al contrario de la técnica clásica del psicoanálisis que determina mucho silencio y poca interpretación (en todo caso, el silencio del analista es un actuar). La interpretación ayuda al analizado a elaborar sus conflictos inconcientes.

Cuanto más confiesa el analizado, tanto más el analista se convierte en el superyó moral, el que constituye, en un aspecto, la parte buena del analizado y determina una disociación más marcada entre su parte buena y mala, identificándose más con la mala. Debido a este proceso, es que la asociación libre no se recomienda como proceso de curación.

La interpretación está contraindicada para los casos en que no se dispone del tiempo suficiente o en los que el terapeuta la utiliza como defensa o defensa maníaca. Sin embargo, cuando se da en el sentido esperado, intensifica la transferencia positiva sublimada y hace conciente lo inconciente.

El analista debe hacer sus comunicaciones sólo cuando el analizado está en transferencia positiva, o bien, si no se ha dado el caso, debe analizar las "resistencias de la transferencia" para poder restablecer la transferencia positiva. La interpretación debe ser dada cuando el analista sabe lo que el analizado no sabe, necesita saber y es capaz de saber.

La interpretación debe partir de lo que el analizado expresa, llegando después a lo más lejano a la conciencia. En el aspecto estructural, la interpretación completa debe referirse al ello, el yo y el superyó, partiendo del yo y de sus mecanismos de defensa.

Una interpretación psicoanalítica, según Menninger, tiene una estructura triangular que toca tanto a los conflictos que tiene el paciente en su situación vital externa (*allí y afuera*), su origen en el pasado (*allá y entonces*), pero centrada en el presente transferencial (*acá y ahora*).

Artificios de la deformación: puede que falte continuidad en las asociaciones del paciente, que los afectos coartados se expresen en otro sentido o que se deforme el contenido por la sustitución de una idea por otra asociativamente ligada a ella.

El terapeuta debe buscar el factor común entre las expresiones del paciente y la relación entre la conducta verbal - no verbal. Hay que empatizar con el paciente y por esto, mientras más conoce el analista la historia de su paciente, tanto más lo puede comprender

Resistencia

El equilibrio psicológico de toda persona se basa en el equilibrio de sus fuerzas internas; al variar este equilibrio surge la angustia, y toda persona tiende a oponerse a cualquier intento de provocar angustia, en forma automática.

De forma natural, siempre hay un temor ante lo nuevo y lo desconocido, de modo que a la corta o a la larga, el paciente se coloca a la defensiva y comienza a sabotear el avance terapéutico.

Freud distinguió cinco formas de resistencia:

1. **Resistencia represiva**, la tendencia normativa y automática del yo a bloquear las emociones displacenteras.
2. **Resistencia transferencial**, ligada a la frustración que el paciente experimenta cuando el analista no reacciona como lo espera o como lo hicieron las figuras del pasado.
3. **Resistencia por ganancia epinósica o secundaria**, aquella por la cual el paciente se resiste a ceder las ventajas relativas que le ha procurado tal enfermedad a lo largo del tiempo.
4. **Resistencia por compulsión a la repetición**, que surge del ello y se liga a la tendencia a volver a actuar, pensar o sentir como lo hizo en el pasado.
5. **Resistencia por culpa**, relacionada al superyó, por la que el paciente puede sentir inconcientemente que la enfermedad es un castigo justo por su neurosis y que no debe mejorar.

Clínicamente estas resistencias se evidencian en: Verborrea o silencio, olvido de hechos o interpretaciones, focalización en un tiempo, racionalidad excesiva y/o crítica a la teoría o el analista, o aceptación de la teoría como abstracta.

Una resistencia aguda dirigida contra la discusión de un tópico particular es mucho más fácil de manejar que las "resistencias caracterológicas". Estas últimas consisten en actitudes en que el paciente ha ido creando previamente con el fin de mantener sus represiones y que ahora manifiesta con el analista.

Transferencia

La comprensión de los contenidos del inconciente del sujeto partiendo de las ocurrencias de éste es relativamente la parte más sencilla de la labor del analista; el manejo de la transferencia constituye la parte más difícil. La transferencia es un fenómeno inconciente y, como tal, emocional.

La transferencia es un fenómeno universal que consiste en el desplazamiento de emociones y conductas que originalmente se experimentan en relación a personas significativas de la infancia y/o hacia personas de la vida presente del sujeto. El paciente exterioriza sus afectos hacia el terapeuta y también tiene sentimientos específicos frente a él (amor por la ayuda y odio por las expresiones desagradables). El paciente interpreta erróneamente el presente en términos del pasado y luego, en lugar de recordar el pasado, y sin reconocer la naturaleza de sus actos, tiende a vivirlo nuevamente y a hacerlo esta vez en forma más satisfactoria que en la infancia ("transfiere al presente actitudes del pasado").

La transferencia es lo resistido y la resistencia:

- Resistencia: vive su conflictiva infantil con el terapeuta. Sirven para falsear el sentido de las situaciones originales, con lo que la descarga obtenida es necesariamente insuficiente.
- Resistido: permite observar la conflictiva infantil, siempre y cuando el terapeuta no enganche con ésta.

Favorece la transferencia el que se dé un ambiente constante, el que el terapeuta no reaccione frente a las emociones del paciente y no lo provoque. De este modo, son transferidos sobre el analista aquellos objetos internos con los que el analizado ha vinculado o identificado aquella acción rechazante o rechazada; cuanto más se convierte el analista en objeto rechazante, tanto mayor será la necesidad del analizado de ser aceptado y amado por él (no es la necesidad de amor sino la capacidad de amar que se intensifica y se vuelca hacia el analista).

Son las transferencias negativa y sexual las que Freud denominó como "resistencias de la transferencia" y para las cuales estableció una regla de timing para interpretarlas por la que mientras las comunicaciones y ocurrencias del paciente sean dadas sin interrupción, debe dejarse sin tocar el tema de la transferencia; es decir, hasta que la transferencia se haya transformado en resistencia.

Cuando los fenómenos transferenciales aparecen en forma explícita y evidente, se habla de "*neurosis de transferencia*", entendida como la reedición de la neurosis infantil original, en la cual el analista aparece como el foco de los conflictos infantiles entre impulsos y defensas.

La transferencia debe diferenciarse del concepto de *alianza terapéutica*, que es la parte conciente de la relación entre paciente y analista, que incluye una división voluntaria del yo del paciente, en que una parte coopera con el analista en la observación del resto del yo que está vivenciando el conflicto en un plano más emocional.

Para saber la validez de la interpretación transferencial se tiene que ver la reacción posterior del paciente. Una interpretación válida determina un cambio dinámico, que se manifiesta en las asociaciones subsiguientes del paciente y en la totalidad de su conducta.

Contratransferencia

En cuanto aceptamos que la relación del analizado con el analista es, desde el punto de vista técnico, lo esencial, tenemos que adjudicar significado central también a la contratransferencia, por varios motivos, pero ante todo porque es a través de ella que sentimos y podemos comprender lo que el analizado siente y hace en relación con el analista y lo que siente y hace frente a sus instintos y sentimientos hacia el analista.

La *contratransferencia* es la contrapartida, en el analista, de la transferencia, refiriéndose a las actitudes y sentimientos que se experimentan hacia el paciente. Para manejar satisfactoriamente la contratransferencia es esencial haber tenido una íntegra formación como terapeuta, que implica una amplia formación teórica, entrenamiento en habilidades de investigación, relacionales y de intervención, la aplicación de supervisión, además de autoconocimiento y el trabajo personal del terapeuta, unidos a sus experiencias de vida.

Sólo en la medida en que el analista esté "libre de represiones" podrá suplir lo que el analizado había reprimido o bloqueado. Los dos aspectos de la contratransferencia son, la respuesta contratransferencial a la transferencia manifiesta y actual y, por el otro lado, la respuesta contratransferencial a la transferencia latente y potencial, pero reprimida o bloqueada.

El papel básico que desempeña la transferencia positiva en el proceso psicoanalítico consiste en que suministra la energía necesaria para la colaboración del analizado y, análogamente, la contratransferencia positiva desempeña un papel básico, suministrando la energía necesaria para ver el inconsciente del analizado, superando el analista sus contrarresistencias. Así como la transferencia negativa y sexual perturba la colaboración del analizado, así también la contratransferencia negativa o sexual perturba la comprensión del analista y necesita ser analizada y disuelta .

Análogamente a la neurosis de transferencia existe también la *neurosis de contratransferencia*, debido a la identificación con los objetos transferidos del analizado, implicando la vivencia de las angustias y defensas patológicas de esos objetos. Normalmente el analista no queda fijado a esta identificación, sino que la utiliza para comprender e interpretar los procesos del mundo interno del analizado.

CLAVES PARA LAS REACCIONES CONTRATRANSFERENCIALES

1. Incapacidad de comprender material que toca en problemas personales del analista.
2. Descuido en la mantención del encuadre.
3. Reacciones emocionales intensas.
4. Maniobras de apoyo narcisista.
5. Fomentar la dependencia del paciente a través del apoyo excesivo.
6. Compulsión a hablar acerca del paciente.

7. Interpretaciones innecesariamente sarcásticas.
8. Sentir que los comentarios positivos o negativos del paciente acerca del analista le son personalmente importantes.
9. Discutir con el paciente.
10. Ayudar al paciente en forma extra - analítica.
11. Impulsos frecuentes a pedirle favores al paciente.
12. Soñar con el paciente.
13. Interés o desinterés excesivo por el paciente.

TÉCNICA CLÁSICA V/S TÉCNICAS ACTUALES

Los principios fundamentales de la técnica psicoanalítica son hacer conciente lo inconciente o la superación de las resistencias. Freud designó la resistencia y la transferencia como los dos puntos de partida del análisis; por lo que todos los analistas consideran la transferencia positiva como útil para obtener de ella la energía necesaria para la superación de las resistencias, centrándose el análisis en las neurosis de transferencia.

Existen múltiples variaciones entre cada terapeuta, determinadas por algunos de estos factores:

1. La amplitud de conocimientos psicológicos generales y específicamente técnicos.
2. La aceptación o no de nuevos hallazgos, lo que conduce a distintos conceptos de nivel secundario y diferentes técnicas.
3. El factor individual o personal (carácter, nivel de comprensión, etc.)
4. El factor genealógico, es decir, la influencia de distintos padres y arquipadres analíticos.

En definitiva, a pesar de las diferencias técnicas entre uno y otro analista, todos dirigen su atención a las causas de las perturbaciones.

Freud establece una regla fundamental para el analista denominándola *atención flotante* y designa como meta el conocer y dominar la contratransferencia, tarea a la que los analistas actuales agregan el utilizar la contratransferencia para la comprensión de los procesos psicológicos del analizado, por los que ésta es originada. Sólo así puede crearse en la situación analítica un clima realmente favorable a la labor terapéutica.

La atención flotante no es más que un solo aspecto de la comprensión del inconciente. El ideal es comprender cada frase, cada detalle con el enfoque esencial de la sesión y de cada sesión como expresión de la personalidad total.

Hay otras recomendaciones que ha hecho Freud sobre la terapia: la *actitud del cirujano*, que se refiere al relativo distanciamiento que protege al terapeuta de la ambición de curar y la identificación sin reserva, y la recomendación del *analista como espejo*, referida a que el terapeuta debe hablarle al analizado sólo de él. La intención del analista de no mostrar más

que lo imprescindible de él debe permitirle al analizado percibir el interés y el afectos del analista hacia su persona, pues sólo Eros puede originar Eros.

De igual forma que el analizado, el terapeuta debe dividir su yo en uno racional, observador, y uno irracional, vivencial. Sólo así puede reproducir las fantasías sentidas por el analizado y romper el círculo vicioso entre la transferencia negativa y la contratransferencia negativa, al conservar su contratransferencia positiva y percibir y movilizar la transferencia positiva reprimida o disociada del analizado. Por esto, la tarea del terapeuta consiste en desarrollar un interés constantemente vivo y una empatía continua con los procesos psicológicos del analizado, a todo nivel, dirigiendo su atención y energía a comprender la transferencia y a superar los aspectos patológicos mediante las interpretaciones adecuadas.

Fines Terapéuticos

El psicoanálisis reconoce como meta fundamental el hacer consciente lo inconsciente. Pero la experiencia clínica nos permite comprobar que esta finalidad trae además aparejada la perspectiva de una reconstrucción de la estructura de personalidad del analizado, como el resultado terapéutico quizá más trascendente, la cual involucra la resolución de conflictos básicos y sus derivados a través de la elaboración y el consiguiente logro de un mayor bienestar, con lo que se propende a la eliminación o alivio de los síntomas de modo franco y sostenido.

En la terapia de objetivos limitados, las metas son reducidas y más modestas que las del tratamiento psicoanalítico. Los objetivos suelen plantearse en términos de superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente. Preferentemente, y mientras resulte posible, la solución de problemas inmediatos y el alivio sintomático deberán, en un sentido psicodinámico, responder al logro de un comienzo de insight del paciente acerca de los conflictos subyacentes.

En un orden de importancia generalmente secundario figuran diversas formas de brindar alguna ayuda al paciente en lo que a las situaciones perturbadoras se refiere, sea procurando aliviar su ansiedad a través de medios como, por ejemplo, los psicofármacos, sea interviniendo directamente en esas situaciones de ansiedad, como en el caso de la asistencia social, etc.

Temporalidad

Mientras que en un tratamiento psicoanalítico la duración no es determinada de antemano y se prolonga durante años, en las llamadas terapias breves suele fijarse previamente y ser más corta, de unos meses por lo general.

Stekel, entre otros, ha puntualizado la incidencia favorable que en el proceso psicoterapéutico podía tener la limitación temporal establecida de antemano, la que estimularía el progreso de la terapia.

Diferencias Técnicas

La Labor con los Conflictos

La investigación psicoanalítica nos demuestra que las situaciones conflictivas actuales del individuo están vinculadas con conflictos infantiles, de los que en realidad derivan. Durante el tratamiento psicoanalítico el paciente revive dichos conflictos, que son profundamente analizados, a fin de lograr su resolución por medio del trabajo elaborativo.

En la PB orientada hacia el insight hay, como primer elemento distintivo destacable, una elección de los conflictos a tratar, que recaerá en los que prevalecen por su urgencia y/o importancia, sin ahondar mayormente en éstos, por elementales principios de prudencia, evitando que se produzca una excesiva movilización afectiva y, sobretodo, que se favorezca la regresión en el paciente.

En algunos tratamientos breves es necesario y posible enfrentar al paciente con el conflicto original. En ocasiones es el paciente mismo, si tiene cierta capacidad de insight, quien trae a colación el conflicto infantil, relacionándolo con su situación conflictiva. No deberán abordarse otros aspectos del conflicto, ya que no tiene sentido abrir heridas de manera indiscriminada en la estructuración defensiva del paciente, poniendo al descubierto contenidos que sin duda no habrá oportunidad de analizar suficiente y convenientemente en esa terapia.

Cuando se trata de una psicoterapia de breve duración el terapeuta puede sentirse apremiado por el tiempo, debiendo evitar, por sobretodo, caer en interpretaciones prematuras acerca de los conflictos infantiles. En PB se realiza una tarea interpretativa parcial de los conflictos del paciente, circunscrita a aquellos que han sido escogidos, y que a su vez se abordan de un modo también parcial. siempre se hace un intento de resolución interpretativa de los conflictos derivados y aunque ésta no sea idéntica a la que pueda obtenerse mediante el psicoanálisis; se trata de una resolución parcial o incompleta, consistente en la producción de ciertos cambios dinámicos en los conflictos.

Regresión, Dependencia, Transferencia, Neurosis de Transferencia

La *regresión* puede entenderse como el proceso por el cual cobran vida estados o modos de funcionamiento psíquico pertenecientes a etapas anteriores del desarrollo del individuo. En el proceso analítico se trata de favorecer, por distintos medios, una regresión vivencial en la transferencia con el terapeuta, la cual representa un medio esencial para lograr el fin terapéutico. Se espera, claro está, que el proceso regresivo se revierta a lo largo del camino terapéutico, dando lugar a un crecimiento paulatino que hará posible que el paciente asuma en definitiva una conducta más adulta en la vida.

Para comprender las distintas peculiaridades del vínculo terapéutico en terapias breves de insight, es preciso tomar además en cuenta los conceptos de transferencia y neurosis de transferencia. En este tipo de psicoterapia no es conveniente favorecer el desarrollo de la regresión ni el de una neurosis transferencial; por medio de distintos recursos, ha de procurarse que el paciente no concentre tanto la libido en la relación con el terapeuta. La regresión debería ser permitida sólo en grado pequeño, no yendo más allá de los niveles requeridos para posibilitar la exploración y experiencias iniciales de insight de las situaciones conflictivas actuales.

Resistencia

En el tratamiento psicoanalítico llamamos *resistencias* a los diversos obstáculos que el analizando opone a su acceso al propio inconsciente, esto es, a la labor terapéutica y su curación. El análisis exhaustivo de las resistencias constituye una parte imprescindible de todo tratamiento psicoanalítico.

En la PB la resistencia de transferencia no es muy intensa, y ello se debe a lo siguiente: sabemos que esta forma de resistencia obedece en parte al resentimiento despertado en el paciente por sentirse frustrado en su relación transferencial con el terapeuta (razón por la que Menninger propone llamarla resistencia de la frustración o de la venganza), fenómeno que no se da mayormente en PB debido a la función activa del terapeuta en las sesiones.

Insight y Elaboración

Por *insight* entendemos la adquisición del conocimiento de la propia realidad psíquica, que presupone una participación afectiva. La *elaboración* es el proceso por el cual un paciente en análisis descubre gradualmente, a través de un lapso prolongado, las connotaciones totales de alguna interpretación o insight. La finalidad de las interpretaciones del analista, que son su instrumento terapéutico por excelencia, es promover el insight de los conflictos del paciente.

Propiciar la adquisición del insight en el paciente por medio de las interpretaciones debe constituir el principal propósito en la psicoterapia breve, siempre que las condiciones

psíquicas del paciente lo permitan. Pero la técnica breve demanda peculiares restricciones para el insight del paciente:

* Debido a su extensión y a las condiciones del encuadre, sólo existe la alternativa de proporcionar lo que podríamos considerar experiencias iniciales de insight.

* En cuanto a su tipo y profundidad, cabe señalar que mientras que el insight psicoanalítico tiene lugar en el seno de una atmósfera regresiva que lo favorece y depende principalmente de la actividad interpretativa (respecto de las diversas reacciones propias de la neurosis de transferencia), en PB la búsqueda de insight está dirigida con más frecuencia hacia las relaciones del sujeto con los objetos externos de su vida cotidiana y presente.

* Todavía es posible plantear otra diferencia con el insight del tratamiento psicoanalítico, que concierne a la naturaleza misma del fenómeno de comprensión psicológica en el paciente y que obedece también a la necesidad de controlar la intensidad de los fenómenos regresivos y transferenciales: en PB el insight posee una mayor participación cognitiva que afectiva que habrá que intentar que el paciente comprenda.

Como no se estimula el desarrollo de la regresión ni el de la neurosis transferencial y no se realiza un análisis intensivo de ésta ni de las resistencias, en PB no se puede hablar de elaboración en el mismo sentido que en el psicoanálisis. Sin embargo, es posible concebir la existencia de un proceso, distinto cualitativamente del de la elaboración psicoanalítica, sin la profunda reestructuración metapsicológica que ella implica y básicamente circunscrito a la conflictiva focal. Un proceso incompleto que en algunos pacientes con suficiente capacidad yoica podría quizá continuar aun después de concluido el tratamiento; una especie de autoelaboración, la cual se habría iniciado a un tiempo con la labor terapéutica para seguir un camino progresivo hacia el afianzamiento de los logros.

Fortalecimiento y Activación de Funciones Yoicas

La adquisición del insight es la forma más apreciada de lograr el fortalecimiento del yo del paciente, pero deben tenerse en cuenta otras formas que no son necesariamente incompatibles.

Muchas veces las diversas medidas terapéuticas destinadas al afianzamiento y activación de funciones yoicas se engloban dentro de la denominación genérica de *psicoterapia de apoyo*. Las terapias de apoyo se hacen frente a un yo débil, en las que se recurre a técnicas de apoyo emocional para suprimir los síntomas y donde las intervenciones verbales van a estar dedicadas al reforzamiento del yo sin mucha interpretación. Se refuerzan las funciones yoicas sanas y relaciones objetales, para no fomentar la dependencia. Si parte de nuestra meta terapéutica consiste en aumentar las funciones yoicas sanas del paciente y su capacidad para las relaciones objetales, es importante confirmar aquellos aspectos de su conducta que indican un funcionamiento sano; debido a lo mismo, la actividad del terapeuta se orienta hacia la estimulación de las capacidades autónomas del paciente, señalando en éste sus rendimientos yoicos adecuados, en lugar de promover una relación dependiente.

Las psicoterapias dinámicas, incluidas las de objetivos y tiempo limitado, son en su mayoría el resultado de una reunión de elementos propios de una técnica de insight con esos otros elementos, reforzadores y estimuladores de determinadas funciones del yo. Diremos entonces que las PB son, en su enfoque y en la práctica, con mucho más frecuencia mixtas, en vez de ser puramente interpretativas, o reforzadoras del yo - no interpretativas, o aun exclusivamente de apoyo.

Multiplicidad de Recursos Terapéuticos

En PB, todo recurso que haya demostrado ser útil en el campo de la terapia psiquiátrica podrá incorporarse eventualmente al tratamiento, además de los distintos tipos de intervenciones verbales no interpretativas y otros elementos tales como psicodrogas, técnicas grupales, comunitarias, etc., cuyas perspectivas de inclusión corren parejas con los progresos que en el quehacer científico se registran en el empleo de los distintos recursos psicoterapéuticos.

Los distintos instrumentos psicoterapéuticos deben implementarse coherentemente, siempre con adecuada comprensión y fundamentación psicodinámica.

UNIDAD 5: PSICOTERAPIA DE ADULTOS

5.2 Conceptos básicos psicoanalíticos, aplicados a las psicoterapias de orientación analítica.

Técnicas

Un elemento básico para posibilitar este tipo de psicoterapias es que el paciente pueda entablar una alianza terapéutica. en ésta se produce un desdoblamiento del yo del paciente en el cual una parte regresa parcialmente a modos más tempranos y primitivos de funcionamiento, y otra (*yo observador*) se mantiene junto al terapeuta evaluando y enfrentando esta regresión, que de por sí sola provoca angustia y tensión.

Entre las maniobras técnicas que utiliza el terapeuta para mantener y desarrollar esta alianza terapéutica, pueden citarse:

1. **Abreacción:** el paciente expresa lo más abiertamente sus emociones y pensamientos y relata sus conductas. Esta capacidad de estar allí y aceptar del terapeuta, es un elemento básico para desarrollar una alianza positiva y para promover otros avances en el tratamiento.

2. **Clarificación:** en esta maniobra se intenta dilucidar ambigüedades o confusiones en el discurso del paciente, ayudándolo así a definir una situación. Una forma especial de clarificaciones son las confrontaciones; en ellas, el terapeuta enfoca la atención del paciente hacia una conducta o tema del que ambos han tomado conocimiento, pero que el paciente ha evitado tratar espontáneamente. Una forma extrema de este tipo de intervención es la *notificación*, en la cual se informa al paciente de un cambio en el sistema de tratamiento, o de la suspensión de éste, en el caso de reiterar conductas que a pesar de haber sido analizadas, no han disminuido.
3. **Sugerencia y manipulación ambiental:** en la primera, se le plantean abiertamente al paciente, ideas o conductas alternativas a las que está desarrollando y en la segunda, se le ayuda a que cambie el medio ambiente que le rodea.
4. **Interpretación:** pueden realizarse interpretaciones dinámicas, referidas a fuerzas y conflictos, o genéticas, referidas a aspectos biográficos. También pueden referirse a aspectos transferenciales o extratransferenciales.

DIFERENCIAS ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LAS PSICOTERAPIAS DE ORIENTACIÓN ANALÍTICA		
<i>Objetivos de la terapia</i>	La más amplia reestructuración de la personalidad que sea posible.	Conseguir una estabilización en el punto medio, a través de la satisfacción de necesidades emocionales del paciente y un manejo selectivo de las manifestaciones transferenciales.
<i>Objetivos del terapeuta</i>	Exploración del inconsciente y la modificación de la estructura caracterológica como un subproducto de lo anterior.	Focos más directamente terapéuticos y se enfrentan más directamente los síntomas de consulta.
<i>Técnicas</i>	La maniobra técnica central es la interpretación y todas las otras se subordinan a ésta. El terapeuta desarrolla una neutralidad comprensiva centrado en ésta.	Se utilizan en forma combinada y selectiva la sugerencia, la abreacción, la clarificación, la manipulación y la interpretación. Terapeuta activo.
<i>Métodos</i>	Emplea la asociación libre y una situación analítica diseñada para maximizar la regresión psíquica. Encuadre fijo	Entrevista poco estructurada, flexible, limitando el potencial regresivo del paciente por medio de la disposición, la frecuencia y la actitud del

		terapeuta.
<i>Énfasis de la actitud terapéutica</i>	Aquí y ahora del vivenciar y elaboración de la neurosis transferencial que se desarrolla en la situación analítica.	Acento en la situación vital y conducta externa del paciente, en sus relaciones con terceras personas.
<i>Valores terapéuticos</i>	Es esencial el conocerse a sí mismo.	Es importante cambiar y ganar terapéuticamente.
<i>Temporalidad</i>	No existen plazos fijos y se actúa con el supuesto de la atemporalidad que caracteriza a los fenómenos inconcientes.	Existen plazos y límites, lo que posibilita la fijación de objetivos a corto y mediano plazo, y su evaluación.
<i>Dinámica de la sesión</i>	Centrada en el proceso primario de pensamiento y aspectos inconcientes, fomentando regresiones a niveles primitivos de funcionamiento, con interpretaciones transferenciales.	Centrada en el proceso secundario y fantasías preconcientes y concientes. Regresiones menores (genitales o pregenitales tardías), con interpretaciones transferenciales y extratransferenciales.

DIFERENCIAS ENTRE EL PSICOANÁLISIS Y LA PSICOTERAPIA BREVE		
<i>Fines terapéuticos</i>	Reestructuración de la personalidad, a través de hacer conciente lo inconciente	Alivio de síntomas y problemáticas del paciente; secundariamente, intervenir su realidad. Tiene como meta la recuperación de la autoestima y adquirir conciencia de enfermedad.
<i>Temporalidad</i>	No se plantea un término.	Fijación previa del número de sesiones. Desalienta las fantasías omnipotentes de unión permanente con el terapeuta y acelera el progreso.

<p><i>Labor con los conflictos</i></p>	<p>Para el psicoanálisis las situaciones actuales derivan de los conflictos infantiles, por lo tanto, es importante trabajar con todas las situaciones conflictivas.</p>	<p>En la psicoterapia breve se eligen los conflictos y se trabajan según la urgencia. Se centra en la problemática actual del conflictivo focal subyacente. Dependiendo de la capacidad de insight y lo cercano que esté a la conciencia el conflicto infantil, se trabaja.</p>
<p><i>Regresión unida a la dependencia</i></p>	<p>En el psicoanálisis se fomenta la regresión por medio del setting, la asociación libre, la falta de estimulación; para revivir la conflictiva infantil y fomentar la dependencia, provocando la neurosis transferencial, que debe ser resuelta.</p>	<p>En la psicoterapia breve, es importante el insight de situaciones conflictivas actuales. No se fomenta regresión para evitar conflictos de duelo ante la separación. Se fomenta la transferencia positiva sublimada, para entender al paciente y sólo se interpreta cuando interfiere en la relación. Fomenta la autonomía del paciente y no la dependencia.</p>
<p><i>Resistencias</i></p>	<p>En el psicoanálisis se interpretan todas.</p>	<p>En la psicoterapia breve algunas serán analizadas, otras serán respetadas e, incluso, reforzadas. No es usual que aparezca la resistencia de transferencia, porque se frustra menos al paciente (y si apareciera, es necesario interpretarla).</p>
<p><i>Multiplicidad de recursos terapéuticos</i></p>	<p>En el psicoanálisis el instrumento es la interpretación.</p>	<p>En la psicoterapia breve también hay recursos verbales no interpretativos, drogas, medicamentos, técnicas grupales, de imaginería, conductuales, etc.; en fin, toda técnica que podría ser útil, que tenga fundamento psicodinámico. El terapeuta tiene que ser flexible y</p>

		creativo.
--	--	-----------

5.4 Psicoterapia breve

Las psicoterapias breves se realizan con una frecuencia de una o dos sesiones semanales, variando entre 12 y 40 sesiones en total. Si bien aparecen sistematizadas en los últimos diez o quince años, su origen se remonta a los inicios del psicoanálisis.

Sifneos clasifica las psicoterapias breves de acuerdo a dos parámetros: la presencia o ausencia de una situación de crisis emocional externa, que puede transformarse en el foco de la terapia, y las características técnicas de la psicoterapia propiamente tal. Existen las psicoterapias breves provocadoras de ansiedad y supresoras de ansiedad.

Situación problema

"Situación que se hace presente en la vida del individuo, frente a la cual y a causa de su acción descompensadora, surgen o pueden surgir en él dificultades de índole psíquica que obran como obstáculos para alcanzar el desenvolvimiento y desarrollo adecuado".

Se desembocan por cualquier hecho externo objetivable, que produce una serie de síntomas. En general, el motivo de consulta son los síntomas, que el terapeuta tiene que conectar con la situación problema.

Puede existir más de una situación problema.

Foco

Llevar la situación terapéutica a determinado síntoma. Se tienen metas selectivas y se debe tener coherencia y operatividad para la planificación de objetivos. Al propiciar una centralización en la tarea, la focalización contribuye a hacer más efectiva la actividad terapéutica en función de las metas seleccionadas y en una terapia de duración limitada; pero no sólo la justifica una limitación temporal: la técnica focal también es adecuada en aquellos pacientes que pueden realizar psicoterapias sin plazo fijo de terminación e incluso prolongadas, en las cuales, por diversos motivos el tratamiento psicoanalítico está contraindicado.

El trabajo con una técnica de enfoque implica entre otras cosas: mantener coherencia y operatividad respecto de la fijación de objetivos terapéuticos prioritarios, planificar el

tratamiento, combatir la pasividad y el perfeccionismo del terapeuta y contrarrestar del desarrollo de la neurosis de transferencia.

El foco debe ser visto desde un punto de vista psicopatológico. En este sentido ha de estar dado por una estructura integrada por los distintos factores intervinientes en la génesis de la que ha sido escogida como la problemática central del tratamiento, constituyendo a la vez una hipótesis o conjunto de hipótesis del terapeuta respecto de los mecanismos operantes dentro de dicha problemática.

En la práctica terapéutica todo foco tiene un eje central que generalmente está dado por el motivo de consulta; subyacente y ligado al motivo de consulta hay un conflicto nuclear exacerbado, el que se inserta en una situación grupal específica y en la que un examen analítico nos permite distinguir zonas con diversos componentes: aspectos caracterológicos del paciente, aspectos histórico - genéticos individuales y grupales reactivados, así como también una zona que concierne al momento evolutivo individual y grupal y otra de determinantes del contexto social más amplio, con la que también se vinculan todos los componentes citados.

La elección por parte del terapeuta de una situación problema y del foco consiguiente para su abordaje preferencial en un tratamiento breve depende, entre otros factores, de sus criterios personales y experiencia previa.

Al comenzar toda terapia focal, deberá contarse por lo menos con un esbozo de foco terapéutico inicial, conformado a partir de los hallazgos obtenidos en las entrevistas clínicas y el psicodiagnóstico. A veces hay que cambiar el foco y las metas terapéuticas en pleno tratamiento.

Puntos de urgencia

"Situación psíquica inconciente del conflicto, que por la acción de factores actuales predomina en el sujeto en un momento dado, siendo motivo de determinadas necesidades o defensas". Puede estar cercano al foco o puede ser extrafocal.

Mientras que un tratamiento breve suele desarrollarse sobre la base de una sola estructura focal o, a lo sumo, de dos focos, el punto de urgencia es variable y cuando se detecta, debe ser trabajado inmediatamente. Siempre está el punto de término de terapia.

Hipótesis psicodinámica inicial

"Esbozo reconstructivo de la historia dinámica del paciente, intento de comprensión global de su psicopatología que tiende a incluir todas las perturbaciones del paciente que nos sean

conocidas y que se constituyen a partir de los datos que nos dan las primeras entrevistas y el psicodiagnóstico".

Es mucho más amplia que la situación problema y engloba la hipótesis focal y los otros conflictos que no necesariamente vamos a trabajar.

La elaboración de una hipótesis psicodinámica inicial permitirá extraer elementos suficientes para una devolución diagnóstica al paciente, la que a su vez pone en marcha la búsqueda de convenios con éste sobre las metas terapéuticas y desarrollar una planificación del tratamiento, consecuente con la hipótesis formulada y los objetivos seleccionados.

Tipos de intervención verbal del terapeuta

1. Interrogar: preguntar es continuamente consultar a la conciencia del paciente, sondear las limitaciones y distorsiones de esa conciencia, transmitir asimismo un "estilo interrogativo" frente a los fenómenos humanos. Revela un terapeuta no omnipotente y puede transmitir, al paciente, un respeto por parte del terapeuta sobre el carácter estrictamente singular de su experiencia. Es también una forma de indagar en la perspectiva que el paciente hace de su situación. Simplemente con preguntar, dramatizando o no, el terapeuta pone en acción varios estímulos de cambio: uno primordial es que ejercita con el paciente una constante ampliación del campo perceptivo y el otro es el papel reforzador del yo de la experiencia de escucharse hablar. Todo estímulo para la explicitación apunta a romper las limitaciones y el encubrimiento contenido en el uso cotidiano del lenguaje convencional.
2. Informar: en psicoterapias es altamente pertinente aclarar al paciente elementos de higiene sexual, perspectivas de la cultura adolescente actual, o problemática social de la mujer. También explicarle ciertos aspectos de la dinámica de los conflictos. La experiencia muestra que el mensaje que el paciente haga de esas lecturas, su experiencia global frente a la bibliografía, es sumamente rica para esclarecer conflictos de toda índole; crea una perspectiva desde la cual los problemas del paciente, con toda su singularidad, dejan de ser vistos como algo estrictamente individual que "sólo le pasa a él".
3. Confirmar o rectificar enunciados del paciente: la rectificación permite poner de relieve las lagunas en el discurso, las limitaciones en el campo de la conciencia y el papel de las defensas en ese estrechamiento, contribuyendo a enriquecer ese campo. La confirmación contribuye a consolidar en el paciente la confianza en sus propios recursos yojicos. La capacidad del terapeuta de actuar flexiblemente con rectificaciones y confirmaciones de los enunciados del paciente es fundamental para crear un clima de ecuanimidad, propio de una relación "madura".
4. Clarificaciones: apuntan a lograr un despeje de la maraña del relato del paciente a fin de recortar elementos significativos del mismo. A menudo se clarifica mediante una reformulación sintética del relato. Estas intervenciones preparan el campo para penetrar en sus aspectos psicológicamente más ricos y comprensibles, lo cual se

hará mediante señalamientos e interpretaciones.

Las clarificaciones juegan durante la gran parte del proceso terapéutico el papel de instrumentos primordiales, en cuanto sientan las premisas para que algún momentos otras intervenciones, de tipo interpretativo, por ejemplo, puedan ser activamente elaboradas.

5. Recapitulaciones: estimulan el desarrollo de una capacidad de síntesis, que es fundamental en el proceso terapéutico para producir recortes y cierres provisionarios, en conjunto con las interpretaciones panorámicas.
6. Señalamientos: actúan estimulando en el paciente el desarrollo de una nueva manera de percibir la propia experiencia. Recortan los eslabones de una secuencia, llaman la atención sobre componentes significativos de esa experiencia habitualmente pasados por alto y muestran relaciones particulares.
En psicoterapias tal vez constituya una regla técnica general la conveniencia de señalar siempre antes de interpretar. El fundamento de esta regla está en que el señalamiento estimula al paciente a interpretarse a partir de los elementos recortados, es un llamado a su capacidad de autocomprensión. En las respuestas del paciente a cada uno de estos señalamientos se revelan con gran nitidez su capacidad de insight, sus recursos intelectuales, el papel de los mecanismos defensivos y la situación transferencial.
7. Interpretaciones: introduce una racionalidad posible allí donde hasta entonces había datos sueltos, inconexos, ilógicos y contradictorios para la lógica habitual. Es importante recordar que toda interpretación es, desde el punto de vista metodológico, una hipótesis.

Las interpretaciones en terapia deben cubrir un amplio espectro:

- a. Proporcionar hipótesis sobre conflictos actuales en la vida del paciente, es decir, sobre motivaciones y defensas.
 - b. Reconstruir determinadas constelaciones históricas significativas.
 - c. Explicitar situaciones transferenciales de peso en el proceso.
 - d. Rescatar capacidades del paciente negadas o no cultivadas.
 - e. Hacer comprensible la conducta de los otros en función de nuevos comportamientos del paciente.
 - f. Destacar las consecuencias que se derivarán de encontrar el paciente alternativas capaces de sustituir estereotipos personales o grupales.
8. Sugerencias: con estas intervenciones el terapeuta propone al paciente conductas alternativas, lo orienta hacia ensayos originales. Pero el sentido de las mismas no es meramente promover la acción en direcciones diferentes, sino proporcionar insights de nuevos ángulos; operan haciendo resaltar contrastes entre lo vivido y lo posible, y estos contrastes no se comentan en un discurso de ideas sino que se muestran gracias a un lenguaje de acción.
Las sugerencias en psicoterapia por lo común vienen a insertarse sobre desarrollos del proceso terapéutico en base a los demás tipos de intervención. Son oportunas cuando las condiciones del paciente para asumirlas y las del vínculo interpersonal en juego, han llegado a un momento de su evolución que las hace fértiles, receptivas para este tipo de estímulo.
 9. Intervenciones directivas: las directivas que surgen en psicoterapia aluden tanto a necesidades propias del proceso terapéutico como a actitudes claves a evitar o ensayar fuera de la relación terapeuta - paciente. Si el paciente se enfrenta a una

decisión importante, la intervención puede jugar un rol preventivo, jerarquizable no en términos de dinanismos sino en términos de existencia; otro nivel de acción está en el insight que puede lograrse después de la acción.

En general, se hace necesaria una intervención directiva en aquellas ocasiones en las que el paciente se encuentre sin los necesarios recursos yoicos, sólo hasta el preciso instante en que el paciente los adquiera o los recupere y logre una necesaria autonomía y capacidad de elaboración.

10. Operaciones de encuadre: estas intervenciones comprenden todas las especificaciones relativas a la normalidad espacial y temporal que habrá de asumir la relación terapéutica: lugar, ubicación de los participantes, duración y frecuencia de las sesiones, ausencias, retribuciones, etc. Una distinción importante es la que reside entre aquellas intervenciones que establecen un encuadre y otras en las que se propone un encuadre a reajustar y elaborar juntamente con el paciente. El trabajo de elaboración conjunto del encuadre a adoptar constituye en la experiencia clínica una instancia mucho más rica desde el punto de vista de los datos que arroja sobre la problemática del paciente.
11. Meta - intervenciones: son todas aquellas intervenciones del terapeuta cuyo objeto son sus propias intervenciones. Pueden dirigirse a aclarar el significado de haber realizado en ese momento de la sesión o de esa etapa del tratamiento determinada intervención. Esta aclaración sobre la propia intervención es fundamental, ya que el aprendizaje esencial está en los métodos y no en los productos. Una variante de meta - intervención radica en el cuestionamiento por el terapeuta de su propia intervención, señalando el carácter parcial de sus fundamentos, o el carácter aun hipotético de alguna de sus premisas. Otra variante consiste en la explicitación por el terapeuta de la ideología subyacente a algunos supuestos de su propia intervención.

PRIMERA SESIÓN

De los primeros contactos con el paciente depende en buena medida el destino de la relación de éste con su terapeuta; será beneficioso si puede mostrarse interesado por los problemas del paciente, dispuesto a brindarle su ayuda y confiado en su método terapéutico; además, si desde un primer momento es claro y explícito en su comunicación con el paciente.

Lo más importante es establecer el rapport y la alianza terapéutica. Se intenta de este modo disminuir resistencias ocasionadas por malentendidos o temores respecto del tratamiento, todo lo cual puede fácilmente conducir a la deserción; si hay una buena relación terapéutica, el paciente creará y obedecerá en la terapia.

Siempre hay que centrarse en la persona; debe sentirse aceptada, acogida, escuchada. Lo más importante es acoger al paciente y que sienta que lo están entendiendo.

Según Fiorini, la entrevista tiene varias fases:

1. **DIAGNÓSTICO APROXIMATIVO:** a partir de los datos que da el paciente. Clínico y psicodinámico, en función de los síntomas principales, el grupo familiar, relación éxito fracaso en la conducta del paciente, relación establecida en la entrevista, actitudes del paciente frente a la terapia.
2. **DIAGNÓSTICO DE LAS CONDICIONES DE VIDA:** el lugar geográfico, nivel económico, horarios de trabajo, etc.
3. **CLARIFICACIÓN INICIAL DEL TERAPEUTA SOBRE LA PROBLEMÁTICA:** aclarar sobre qué se está trabajando.
4. **CONFRONTACIÓN ENTRE LAS EXPECTATIVAS DEL PACIENTE Y TERAPEUTA.**
5. **PROPOSICIÓN DEL CONTRATO TERAPÉUTICO,** hablar de la anticipación de la tarea.

El empleo de las interpretaciones en las entrevistas iniciales debe quedar limitado principalmente a:

- a. Clarificar y encauzar la relación transferencial cuando surgen obstáculos.
- b. Efectuar una devolución diagnóstico - pronóstica, en la que puede recurrirse a las *interpretaciones panorámicas*.
- c. Detectar la capacidad del paciente para efectuar una psicoterapia de insight empleando aislada y prudentemente las *interpretaciones de ensayo*.

Ha de tenerse en cuenta que la posibilidad de manejar la entrevista con un enfoque interpretativo enfrenta el riesgo de una reacción negativa del paciente, quien puede sentirse invadido en exceso, o descalificado en sus ideas sobre su propia situación, antes de haber conocido y aceptado las reglas del juego.

Historia clínica : es importante que tengamos la mayor información del paciente antes de iniciar la psicoterapia. Es esencial saber su motivo de consulta y cómo llega a eso, su historia vital, la relación con la familia actual y de origen y otras áreas importantes.

Respecto de la metodología a emplear, cabe recomendar un modelos de anamnesis a manera de guía, aunque ello no implica que tenga que seguirse un orden rígido cuando se interroga a un paciente. Es una entrevista inicialmente libre que después se torna estructurada.

Evaluación diagnóstica - pronóstica:

1. Diagnóstico nosográfico - dinámico: diagnóstico del episodio actual, de la enfermedad y de la personalidad.
2. Diagnóstico de la familia de origen: como ha incidido en la problemática actual.
3. Ambiente: condiciones que rodean al paciente, que tan patológico es, cuántas redes de apoyo hay, etc.
4. Evaluación de condiciones yoicas: básicas, de relaciones objetales, control de impulsos, mecanismos defensivos, tolerancia a la ansiedad y la frustración y regulación de la autoestima. Para ver con qué contamos del paciente.
5. Evaluación del grado de motivación al tratamiento y aptitudes de insight: que tanta conciencia de enfermedad hay. Si quiere recibir ayuda. Sus respuestas a las interpretaciones de ensayo y señalamientos nos darán la pauta de su capacidad de autoobservación, su resistencia o su permeabilidad ante las intervenciones del terapeuta.
6. Determinar el foco: para saber dónde intervenir. La determinación del foco y el ahondamiento en su conflictiva engloba el diagnóstico del punto de urgencia y a su vez se halla comprendida dentro de la formulación psicodinámica temprana, ya que esta última no es otra cosa que una hipótesis diagnóstica integral.

Para esto, el psicodiagnóstico contribuye a obtener información. La batería de tests a emplear puede constar del Test de Rorschach (por excelencia), el Test de Relaciones Objetales de Phillipson o el Test de Apercepción Temática de Murray, y completarse con el de Bender, dibujo libre, figura humana, desiderativo, etc. Los test de inteligencia se aplican sólo hay dudas sobre su capacidad de abstracción o cuando el propio paciente tiene dudas sobre su capacidad intelectual. Los tests, en general, hay que aplicarlos al principio y se cobran como una sesión más.

Devolución diagnóstica - pronóstica

En este segundo momento la tarea pasa por el suministro de información que el terapeuta pueda ofrecer, por su capacidad de respuesta a las interrogantes del paciente. Esta reciprocidad de derechos necesita funcionar con la mayor simetría posible.

Se devuelve la información colectada en los test y las hipótesis del terapeuta respecto a su problema, se lleva a cabo en la última sesión diagnóstica. El entrevistador transmitirá oralmente al paciente, con un lenguaje sencillo y claro, impresiones generales acerca de su problemática, con el fin de hacer sentir al paciente que se le presta atención, brindarle cierta clarificación preliminar de su problemática, reforzar su motivación para entender y resolver sus dificultades y facilitar la elección de las metas terapéuticas. El papel del terapeuta es alentar aquí al paciente a que cuestione, plantee dudas y objeciones a todo lo expuesto; porque el problema no consiste sólo en ver qué necesita hacer el paciente sino en considerar, además, que está dispuesto él a hacer, cuales son sus disposiciones y sus dificultades para tratarse.

Se le explica la duración del tratamiento, poniendo en claro que ésta puede variar o no. El tiempo depende de la problemática, de aspectos externos, etc. Después de efectuada la devolución diagnóstica, paciente y entrevistador intercambiarán opiniones acerca de los posibles objetivos de la terapia a realizar, hasta llegar a establecerlos claramente y de común acuerdo.

El terapeuta se referirá a los objetivos del modo más claro y sencillo posible; es preciso que se propongan como presuntivamente alcanzables, clasificándose en primordiales y secundarios, inmediatos y mediatos y en explícitos e implícitos. La duración del tratamiento breve varía según las circunstancias determinadas por las modalidades institucionales, situaciones propias del paciente y lo que el terapeuta y paciente resuelvan.

El momento final de la entrevista consiste en indagar qué información tiene el paciente sobre el funcionamiento de la relación terapéutica (entrevista inductora del rol del paciente), específicamente sobre cuatro aspectos: la visión general de la psicoterapia como método de aprendizaje, la caracterización de los respectivos roles, la anticipación del surgimiento de fenómenos resistenciales y la formulación realista de las expectativas sobre los resultados.

Se explica el método de trabajo y las normas contractuales, la modalidad de trabajo (horario, tiempo, honorarios), las técnicas a utilizar, la confidencialidad, etc. En lo que respecta a las funciones del paciente, deberá hacerse hincapié en explicarle cuidadosa y detalladamente lo que será su regla básica de funcionamiento a lo largo de la terapia y el papel del terapeuta. También conviene informar al paciente si se piensa emplear otros recursos terapéuticos (psicofármacos, familiares, etc.), ilustrándolo aunque sea en forma mínima acerca de su sentido y alcances. Por último deben fijarse las distintas condiciones del contrato terapéutico, en especial las correspondientes a los aspectos espaciotemporales del encuadre.

TRATAMIENTO

Recordemos que hay en el contexto *psicoanalítico* condiciones que facilitan el establecimiento, desarrollo y análisis de la neurosis transferencial regresiva, la cual, es fundamental en el proceso terapéutico. Así encontramos que:

El analista procura mantener el anonimato a fin de no entorpecer la producción de los fenómenos transferenciales, además trata de adoptar una actitud neutral y relativamente distante, lo que implica también promover en el paciente una situación de frustración; el vínculo es marcadamente asimétrico, hecho acentuado entre otras cosas por el uso del diván.

También en lo temporal el encuadre favorece la dependencia regresiva, al constar de varias sesiones semanales y una duración, en principio, no limitada del tratamiento.

Con respecto a lo espacial, la posición del paciente, se encuentra ligada con fenómenos regresivos tales como el dormir y la meditación y fomenta además el desarrollo de la neurosis transferencial dado que, al estar privado el paciente de ver al analista, la prueba de realidad se vuelve más dificultosa.

La regla fundamental psicoanalítica determina en el paciente un funcionamiento mental regresivo; de acuerdo con Racker, al implicar la abolición del rechazo, incide confiriéndose una particular intensidad a la transferencia de la situación analítica. El analista emplea a su vez la atención flotante, propendiendo así a una comunicación de inconciente a conciente.

En la *psicoterapia breve*, en cambio, deben desalentarse tanto el desarrollo de la regresión como el de la neurosis transferencial. El vínculo que se establece con el paciente es más realista y definido, ya que la ambigüedad es aquí inconveniente.

Hay de parte del terapeuta una mayor proximidad afectiva que se espera que obre positivamente sobre el proceso terapéutico. Es que en principio será necesario que se establezca un buen rapport, sobre todo si se trata de una terapia cuyo tiempo será limitado; habrá que fomentar el rápido desarrollo de una alianza terapéutica, condición básica para aspirar al éxito. Al paciente se le debe permitir cierto grado de gratificación de necesidades emocionales, propendiendo al mantenimiento de una relación transferencial positiva sublimada a lo largo de toda la terapia. La relación será finalmente menos asimétrica que en tratamiento psicoanalítico.

La posición frente a frente actúa contraponiéndose a las tendencias del paciente al desarrollo de la regresión y de la neurosis de transferencia. Es preciso señalar la función activa que tiene que ejercer el terapeuta y que será decisiva para el logro de buenos resultados, debido a que favorece la gestión de focalización de la labor terapéutica; el terapeuta intenta agilizar el intercambio, procurando producir un efecto catalizador en el proceso terapéutico.

En cuanto a las interpretaciones, han de ser dirigidas fundamentalmente a aclarar la conflictiva focal, por medio de las cuales el terapeuta encauza la exploración en una determinada dirección, escogiendo entre el material aquello atingente al foco y descartando lo extrafocal.

Por lo general, se evita la prolongación excesiva de los silencios no sólo porque incrementa la ansiedad y la regresión consiguiente, sino porque se trata de utilizar operativamente el tiempo disponible. En particular los silencios prolongados del terapeuta pueden provocar hostilidad transferencial debido a la frustración ocasionada. **Wolberg** recomienda que el terapeuta de "juego libre a su expresión facial", que serán beneficiosas en tanto sean espontáneas y no estudiadas.

Aunque no se recomienda el uso generalizado de la asociación libre, en algunos casos presenta ciertas ventajas, que estarían dadas, desde ya, por la facilitación del acceso a los

contenidos inconcientes. Su aplicación podría ser especialmente útil cuando se trata de pacientes con excesiva tendencia a la intelectualización. Sin embargo, la utilización de la regla fundamental psicoanalítica podría dar lugar tanto en algunos momentos al ahondamiento en la estructura focal, como en otros, al alejamiento de la misma. La flexibilidad de la que el terapeuta deberá hacer gala ha de posibilitarle la opción de utilizar este recurso técnico cuando lo considere oportuno y ante pacientes capaces de responder positivamente al mismo.

En PB, puede que el papel activo del terapeuta se interponga reduciendo o hasta dejando sin efecto la asociación libre espontánea del paciente. El terapeuta, con sus continuas intervenciones, gracias a las cuales promueve la activación yoica del paciente, estimulará asociaciones intencionalmente guiadas.

Se ha dicho que en PB el terapeuta debe emplear una atención selectiva, en virtud de la cual tiende a conservar mentalmente un foco. Sin embargo, resulta útil en muchos momentos recuperar la atención flotante a fin de explorar el inconciente del paciente y no transformar el tratamiento en una terapia de lo preconciente, estereotipando excesivamente el intercambio verbal entre terapeuta y paciente.

En PB, las intervenciones verbales del terapeuta deben reunir tres condiciones básicas:

- a. Mantener una coherencia interna, no es admisible que haya contradicciones en el empleo de las distintas intervenciones del terapeuta, las cuales deben responder a una estrategia terapéutica elaborada según cada caso.
- b. Constar de una proporción elevada de intervenciones no interpretativas, con el fin de contrarrestar los efectos de estimulación de la dependencia que significaría el uso casi exclusivo de interpretaciones. También constituye una clara expresión del papel activo y focalizador del terapeuta.
- c. Estar focalizadas, de esta manera, son también focalizadoras en sus efectos.

Además de las interpretaciones, el terapeuta cuenta con diversos instrumentos en la terapia verbal (8): *los señalamientos, las preguntas, el suministro de información, las sugerencias, los comentarios, las intervenciones de reaseguramiento o refuerzo, las indicaciones y los consejos.*

En forma adicional, en muchas ocasiones resulta beneficioso agregar otras herramientas a la psicoterapia individual y breve, por ejemplo: *psicodrogas, intervención de familiares y/o allegados del paciente, dramatización, psicoterapia grupal, terapia ocupacional, comunidad terapéutica, hipnosis, servicio social, internación breve, etc.*

Interpretación en psicoterapia breve

Aunque no en forma exclusiva, la interpretación en PB sigue siendo una herramienta fundamental en la terapia si ésta pretende lograr un grado de insight en el paciente. Sin

embargo, es deseable que el tratamiento no se reduzca a un empleo sostenido o exclusivo de interpretaciones, al ser éstas inductoras de la dependencia regresiva.

La profundidad de las interpretaciones está limitada por las mismas características del encuadre, al considerar que las interpretaciones profundas pueden inducir a estados regresivos de consideración.

En PB existen criterios dispares en cuanto al uso de interpretaciones "transferenciales", aunque parece haber un acuerdo generalizado en hacer uso de ellas en forma prudente y limitada, para no fomentar la neurosis de transferencia. El paciente acude para resolver problemas vitales actuales que lo afectan, concurre sólo una o dos veces por semana a tratarse y si, a pesar de tal situación seguimos instándolo a que se concentre en su relación con nosotros, podemos generar considerables resistencias a la tarea que reducirán nuestras posibilidades de alcanzar el éxito terapéutico de insight.

Es válido considerar como norma la regla freudiana de no interpretar la transferencia positiva sublimada, que en cambio deberá ser estimulada y utilizada para hacer posible la labor terapéutica. Se recomienda hacer uso de este tipo de interpretaciones cuando surgen resistencias transferenciales (quebres del encuadre, por ejemplo) y cuando pueden constituir para el paciente un elemento demostrativo de determinados aspectos de su problemática focal (como modelo clarificador).

Tanto en las etapas iniciales como en las finales de la terapia suele producirse una mayor necesidad de recurrir a las intervenciones transferenciales. Durante las primeras sesiones porque es preciso despejar el panorama de resistencias transferenciales dadas por el surgimiento natural de ansiedades paranoides y en los estados finales porque la terminación de la terapia y el duelo de la separación requieren también ser trabajados. El uso diestro de las interpretaciones es el medio más eficaz de que dispone el terapeuta para regular el tipo y la intensidad de la relación.

La intención es incluir siempre la realidad que está más allá del consultorio, hacia la cual se ha de orientar continuamente el paciente, disminuyendo de esta manera la concentración excesiva de la exploración psicológica en el vínculo con el terapeuta. Entre la emergencia de la transferencia y su resolución debe transcurrir el menor tiempo posible. Conviene tener ciertas precauciones al interpretarla:

1. Que el paciente demuestre estar capacitado para recibir y aprovechar estas interpretaciones,
2. Que las condiciones del encuadre, principalmente las temporales, sean propicias,
3. Que los componentes histórico - genéticos a incluir sean pertinentes a la estructura focal,
4. Que al trabajar sobre un conflicto infantil derivado no se debe aspirar a eliminar la amnesia infantil,
5. Que al formular las interpretaciones se debe facilitar la comprensión de los determinantes históricos del conflicto, en vez de hacer revivir al paciente sus conflictos infantiles. Para esto es útil presentar las interpretaciones en forma de preguntas o sugerencias.

Sueños

La interpretación de los sueños, practicada del mismo modo que en el psicoanálisis, entrañaría un riesgo básico, dado por la posibilidad de estimular excesivamente la producción de fenómenos regresivos en el paciente. Frente a los sueños, el terapeuta debe asumir la misma actitud que frente a cualquier otro producto de la actividad mental, es decir, interpretar en la medida que lo considere útil para clarificar la conflictiva focal.

Por lo general se ha de evitar la referencia a deseos infantiles inconcientes, para remitirse primariamente a las ideas latentes preconcientes. Por otra parte, deberán interpretarse más que nada aquellos contenidos que parecen más claros para el paciente.

Tipos de psicoterapia breve

a) Psicoterapia de Apoyo

1. Metas terapéuticas

1.1 Primordial: lograr que el paciente disminuya su sintomatología, favoreciendo el retorno al equilibrio psicológico.

1.2 Secundarias: mejorar la autoestima del paciente, aumentar la conciencia de enfermedad, ayudar al paciente a lograr una mayor comprensión de..

2. Planificación

2.1 Psicoterapia predominantemente de apoyo

2.2 Tipo de relación terapeuta - paciente: se establecerá un vínculo reasegurador, protector y orientador. El terapeuta será activo y directivo, con rol transferencial divalente; gratificador en las necesidades, evitando la ambigüedad de la relación. El terapeuta cumplirá la función de yo auxiliar, fomentando la transferencia positiva sublimada. Encuadre frente a frente.

2.3 Recursos terapéuticos:

* Intervenciones no verbales: postura y gestos que reflejen calidez, acogida e interés en el paciente.

* Intervenciones verbales: intervenciones de apuntalamiento yoico, suministro de información, indicaciones, sugerencias, preguntas, clarificaciones, señalamientos, recapitulaciones, confirmaciones, interpretaciones, etc.

* Otros recursos: imaginiería (disminuir defensas, mayor experiencia emocional, combatir defensas maníacas, relaciones inconclusas, duelos), silla vacía (relaciones inconclusas, disminución de la idealización del objeto), tareas (ensayo de nuevas pautas de conducta, capacidad de autoobservación, cambio de visión), fotografías (descubrimiento de relación, sentimientos frente a otros), grabación de la sesión (relación con el terapeuta), lecturas, esquemas, relajación, etc.

3. Encuadre

3.1 Duración del tratamiento: la frecuencia será de dos sesiones semanales durante cinco meses, las que luego disminuirán a una sesión semanal durante dos meses. En las etapas finales del tratamiento se efectuarán cada 15 días por tres meses. Cada sesión tendrá una duración de 40 minutos.

3.2 Contrato terapéutico: éste se efectuará en conjunto con el paciente determinándose frecuencia y periodicidad del tratamiento, metas terapéuticas, reglas del funcionamiento paciente - terapeuta, posible recontrato, posibilidades de apoyo familiar en el transcurso de la terapia, condiciones de evaluación de la terapia y seguimiento.

Las reglas de funcionamiento para el terapeuta serán brindar ayuda y apoyo al paciente, proporcionar un punto de vista distinto a su problemática y poner a su disposición todos los recursos terapéuticos posibles. Las reglas de funcionamiento para el paciente serán el asistir a las sesiones, ser puntual, y mostrar una disposición positiva frente a las distintas intervenciones del terapeuta.

La labor terapéutica se centrará en aspectos relacionados con la problemática real, con atención selectiva para el terapeuta y asociaciones intencionalmente guiadas para el paciente.

4. Estrategias terapéuticas

Durante las primeras sesiones se afianzará la relación terapéutica a través de intervenciones no verbales y verbales de apuntalamiento yoico, entregar información respecto a características de una crisis, señalarle que cuenta con recursos para enfrentar la situación

actual, tranquilizarlo en relación a sus síntomas. A su vez, se aumentará la motivación del paciente para el tratamiento mediante explicitación de beneficios de la terapia.

Se permitirá la abreacción, cumpliendo el terapeuta un rol de contenedor de las emociones a través de preguntas, evitando los silencios prolongados.

Una vez que haya disminuido la angustia del paciente se utilizarán recapitulaciones, clarificaciones y señalamientos con el propósito de reordenar los distintos aspectos involucrados en la problemática del paciente, brindando de este modo una nueva visión del conflicto. Posteriormente se propondrá al paciente modos alternativos de acción, a través de sugerencias, alentando cualquier intento espontáneo del paciente por enfrentar la situación, utilizando confirmaciones y fomentando activamente la independencia del paciente.

Dependiendo de su evolución se realizarán interpretaciones de ensayo con el objeto de apreciar su capacidad de insight; si los resultados son favorables se profundizará en los determinantes actuales de la problemática a través de señalamientos, clarificaciones, preguntas, recapitulaciones e interpretaciones.

El último tercio del tratamiento se destinará a la elaboración de la separación paciente - terapeuta, a través de señalamientos de la situación de pérdida, junto a esto se realizarán intervenciones destinadas a lograr que el paciente se haga responsable por los logros alcanzados.

5. Posibles dificultades. Pronóstico.

5.2 Dificultades: entre las posibles se puede mencionar la dependencia, hostilidad, ambivalencia y pasividad de parte del paciente, identificación del terapeuta con los objetos primarios, idealización del terapeuta, alto nivel de angustia en el paciente, utilización de defensas maníacas. Estas dificultades serán tomadas en cuenta durante el tratamiento, para evitar posibles efectos negativos.

5.3 Pronóstico. se estima un buen pronóstico del tratamiento producto de que se considerarán las dificultades, situación de crisis, motivación del paciente, limitación de la patología, apoyo familiar, determinación temprana del foco, duración de la terapia, expertez del terapeuta, así como la contratransferencia positiva, que permitirá un buen vínculo con el paciente.

6. Tipo de transferencia y contratransferencia.

6.1 Transferencia. se estima que la transferencia será positiva, puesto que se tendrán en cuenta los aspectos que la favorezcan.

6.2 Contratrtransferencia: el terapeuta deberá tener en cuenta su perfeccionismo y omnipotencia frente a la problemática, sus reacciones frente a la angustia de otros y frente a la propia angustia, la forma en que enfrenta la dependencia de otros, el grado de elaboración de sus propios conflictos, su tolerancia a la frustración y el nivel de aceptación del paciente.

7. Evaluación de resultados terapéuticos.

7.1 Tipo de evaluación e implementación: los criterios que se utilizarán para evaluar los logros obtenidos con el tratamiento son los siguientes: mejoría sintomática, insight de la problemática focal, resolución de la problemática focal, conciencia de enfermedad, autoestima, proyectos a futuro y otras modificaciones (sexualidad, relaciones interpersonales, laborales, recreación, etc.).

La evaluación se efectuará a través de entrevistas de autoevaluación del paciente, de evaluación del terapeuta y aplicación de Rorschach se implementará de la siguiente forma:

- * Evaluación inmediata: de tres sesiones, en las que se aplicará Rorschach, autoevaluación del paciente y evaluación del terapeuta.
- * Evaluación mediata: con sesiones de seguimiento a los dos y seis meses y un año.

b) Psicoterapia de Insight

1. Metas terapéuticas

1.1 Primordial: lograr que el paciente obtenga una mayor comprensión de los motivos subyacentes a su problemática, favoreciendo de este modo el alivio sintomático.

1.2 Secundarias: mejorar la autoestima del paciente, aumentar la conciencia de enfermedad.

2. Planificación

2.1 Psicoterapia predominantemente de insight

2.2 Tipo de relación terapeuta - paciente: se establecerá una relación de indagación clarificadora. El terapeuta asumirá un rol de docente experto, activo, cálido y espontáneo para el diálogo fluido.

Encuadre frente a frente. Se evitarán los silencios prolongados en una relación positiva sublimada, con grado mínimo de disociación.

Rol de docente experto: implica énfasis en el aprendizaje del paciente, fomentar su independencia y rol activo. Hay un rol más realista, en la que existe gratificación moderada.

2.3 Recursos terapéuticos:

- * Intervenciones no verbales: postura y gestos que reflejen calidez, acogida e interés en el paciente.

- * Intervenciones verbales: preguntas, sugerencias, clarificaciones, señalamientos, recapitulaciones, confirmaciones y rectificaciones, metaintervenciones, confrontaciones, interpretaciones, etc.

- * Otros recursos: imagería (disminuir defensas, mayor experiencia emocional, combatir defensas maníacas, relaciones inconclusas, duelos), tareas (ensayo de nuevas pautas de conducta, capacidad de autoobservación, cambio de visión), grabación de la sesión (relación con el terapeuta), lecturas, esquemas, etc.

3. Encuadre

3.1 Duración del tratamiento: la frecuencia será de una a dos sesiones semanales, lo que posibilitará el trabajo de insight y la tarea de profundización, restringiendo la regresión y la dependencia. Se extenderá por un período entre 10 y 12 meses. Cada sesión tendrá una duración de 40 minutos.

3.2 Contrato terapéutico: éste se efectuará en conjunto con el paciente determinándose frecuencia y periodicidad del tratamiento, metas terapéuticas, reglas del funcionamiento paciente - terapeuta, posible recontrato, condiciones de evaluación de la terapia y seguimiento.

Las reglas de funcionamiento para el terapeuta serán proporcionar un punto de vista distinto a su problemática, favoreciendo activamente la indagación y clarificación de diferentes aspectos de la problemática y enfatizando el hecho que el éxito del tratamiento dependerá en gran medida del paciente. El terapeuta será un facilitador de este proceso. Las reglas de funcionamiento para el paciente serán el asistir a las sesiones, ser puntual y participar activamente en las sesiones, mostrando una disposición positiva en la profundización de su conflictiva.

La labor terapéutica se centrará en aspectos relacionados con la problemática real, con atención selectiva para el terapeuta y asociaciones intencionalmente guiadas para el paciente.

4. Estrategias terapéuticas

Durante las primeras sesiones se afianzará la relación terapéutica y la motivación del paciente a través de la explicitación de los beneficios de la terapia y conducta no verbal del terapeuta. Se fomentará la motivación del paciente señalando el rol activo que debe asumir en la terapia.

Se fomentará la capacidad de autoobservación del paciente, para lo cual se utilizarán preguntas y señalamientos de los distintos aspectos de su conflictiva, de modo que él vaya estableciendo asociaciones entre dichos aspectos. Se solicitará al inicio de la sesión que lleve a cabo recapitulaciones para apreciar el nivel de análisis entre sesiones.

Luego se centrará la labor terapéutica en aumentar la conciencia de enfermedad, para lo cual se utilizarán preguntas y confrontaciones. Posteriormente, se realizarán interpretaciones de ensayo para observar la aceptación de dichas intervenciones. A su vez, el terapeuta proporcionará explicaciones pedagógicas acerca del método del tratamiento y características del funcionamiento mental, para lo que utilizará metaintervenciones, cuyo propósito será promover un papel activo del paciente en el que pueda aportar datos en la dirección que asume en cada momento de la búsqueda, así como ensayar la formulación de sus propias intervenciones.

La estrategia fundamental consistirá en establecer una relación de indagación centrada en esclarecer las conexiones significativas entre la biografía, la transferencia de vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas. Esto es a través de señalamientos, clarificaciones e interpretaciones.

El último tercio del tratamiento se destinará a la elaboración de la separación paciente - terapeuta, a través de señalamientos de la situación de pérdida, junto a esto se realizarán intervenciones destinadas a lograr que el paciente se haga responsable por los logros alcanzados.

5. Posibles dificultades. Pronóstico.

5.2 Dificultades: entre las posibles se puede mencionar la dependencia, hostilidad, ambivalencia y pasividad de parte del paciente, identificación del terapeuta con los objetos primarios, idealización del terapeuta, familia que no acepte los cambios, resistencia al cambio y mecanismos de defensa, rigidez cognitiva, que el paciente entregue gran cantidad de información ajena al foco, dificultades económicas, disponibilidad de tiempo y lugar de

residencia distante del paciente. Estas dificultades serán tomadas en cuenta durante el tratamiento, para evitar posibles efectos negativos.

5.3 Pronóstico. se estima un buen pronóstico del tratamiento producto de que se considerarán las dificultades, situación de crisis, bajo nivel de angustia del paciente, motivación del paciente, limitación de la patología, apoyo familiar, determinación temprana del foco, duración de la terapia, capacidad de tolerar la separación, expertez del terapeuta, así como la contratransferencia positiva, que permitirá un buen vínculo con el paciente.

6. Tipo de transferencia y contratransferencia.

6.1 Transferencia. se estima que la transferencia será positiva, puesto que se tendrán en cuenta los aspectos que la favorezcan.

6.2 Contratransferencia: el terapeuta deberá tener en cuenta su perfeccionismo y omnipotencia frente a la problemática, sus reacciones frente a la angustia de otros y frente a la propia angustia, el grado de elaboración de sus propios conflictos, manejo de la frustración cuando el paciente se muestre muy pasivo o con mucha resistencia.

7. Evaluación de resultados terapéuticos.

7.1 Tipo de evaluación e implementación: los criterios que se utilizarán para evaluar los logros obtenidos con el tratamiento son los siguientes: insight de la problemática focal, resolución de la problemática focal, mejoría sintomática, conciencia de enfermedad, autoestima, proyectos a futuro y otras modificaciones (sexualidad, relaciones interpersonales, laborales, recreación, etc.).

La evaluación se efectuará a través de entrevistas de autoevaluación del paciente, de evaluación del terapeuta y aplicación de Rorschach se implementará de la siguiente forma:

- * Evaluación inmediata: de tres sesiones, en las que se aplicará Rorschach, autoevaluación del paciente y evaluación del terapeuta.
- * Evaluación mediata: con sesiones de seguimiento a los dos y seis meses y un año.

REFERENCIAS

- Bagladi, V. (1996). Los psicoterapeutas y su formación: Una responsabilidad social, profesional y personal. *Revista Terapia Psicológica*, **VI**, 49 - 60.
- Braier, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Coderch, J. (1991). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.
- Fenichel, O. (1974). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Nova.
- Fiorini, H.J. (1997). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1997). *Los textos fundamentales del psicoanálisis*. Barcelona: Altaya.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Kottow, M. (1996). Bioética y psicoterapia: Algunos alcances preliminares. *Revista Terapia Psicológica*, **VI**, 81 - 86.
- Racker, H. (1990). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

ASIGNATURA: Psicología Clínica II (Orientación Psicodinámica)

DOCENTE: Pilar Hernández G.

PERÍODO: II Semestre de 1998.