



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**PSICOTERAPIA BREVE EN UN CENTRO
COMUNITARIO DE SALUD MENTAL**

T E S I S

**Que para obtener el título en
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA**

Presenta

ARMANDO GARCIA DE LA CADENA MUÑOZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

23053.00
UNAM
1978
124
E:11

UNAM.124
1978
ej. 2
✓

M.-23185

Tps. 7273a

I N D I C E

PSICOTERAPIA BREVE EN UN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

	Págs.
Introducción	1

CAPITULO I

a) Historia de la Psicoterapia en ge neral y definición. -----	5
b) Lo escrito por Freud sobre Psico- terapia. -----	11
c) Psicoterapia y Psicoanálisis. -----	20
d) La Teoría general del Psicoanáli- sis. -----	34

CAPITULO II

a) Definición de Psicoterapia Breve.-----	56
b) Diferenciación del Psicoanálisis.-----	58
c) Principios y técnica de la Psico- terapia Breve. -----	63
d) Por qué es necesaria esta técnica.-----	70
e) Esquemas generales de Psicoterapia Breve. -----	76
f) Características personales y profe- sionales del terapeuta. -----	81

g) Limitaciones con que cuenta esta técnica. -----	85
h) La primera entrevista en Psicoterapia Breve. -----	90

CAPITULO III

a) El empleo de esta Psicoterapia Breve en Servicios de Asistencia Social. -----	95
b) Procedimientos de Psicoterapia Breve que son utilizados en el C. C.S.M. -----	100
c) Medidas adjuntas en la Psicoterapia Breve. -----	122
d) Factores que justifican el alargamiento del tratamiento. -----	123
e) Terminación del tratamiento. -----	124
f) Comentarios de los resultados en Psicoterapia Breve. -----	126

CAPITULO IV

Exposición de Casos. -----	130
Observaciones. -----	144

Págs.

CAPITULO V

Conclusión.----- 145

Bibliografía.----- 146

PSICOTERAPIA BREVE EN UN CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

Introducción

El decidirme a realizar un trabajo de tipo bibliográfico referente a la psicoterapia breve fué causa de conocer la labor que se realiza en el Centro Comunitario de Salud Mental en la cual emplean esta técnica, y al ver los resultados positivos que se obtenian me entusiasmó el investigar como nació y que diferencia existe del tratamiento psicoterapéutico tradicional. Y más aún el hecho de saber que cada día es mayor el número de personas que reconocen la imperiosa necesidad de recibir tratamiento psicoterapéutico, pero la mayoría de estas personas no pueden asumir ni los elevados honorarios del psicoanálisis y de las demás psicoterapias a largo plazo, ni la perdida de horas de trabajo económicamente productivas que exigen esos métodos. Afortunadamente muchas de estas personas han encontrado en la psicoterapia breve un amortiguante a sus apremiantes necesidades.

Lógicamente esta modalidad de psicoterapia se extiende bajo el signo de la desconfianza debido a que su brevedad de aplicación sugeriría ya soluciones precarias, y porque al contrario del psicoanálisis que busca lograr la reestructuración de la personalidad del paciente; en la psicoterapia breve de base psi

coanalítica únicamente se focaliza el síntoma principal y sobre este se trabaja, además de otras variantes que se mencionarán posteriormente.

Afortunadamente esta psicoterapia ha demostrado resultados muy alentadores, permitiendo que esta práctica vaya adquiriendo una racionalidad que la legitime, la haga coherente y la constituya en una técnica individualizada dotada de un sentido propio. Aunado a que Servicios Asistenciales de otros países - han obtenido resultados muy halagadores con el empleo de esta técnica. Hechos por los cuales se creó el Centro Comunitario de Salud Mental.

El objetivo de este trabajo es el de señalar que el empleo de la psicoterapia breve en el C.C.S.M. perteneciente al I.M.S.S. es efectivo. Dicho empleo en el I.M.S.S. es a causa del movimiento mundial de dar tratamiento a la cada día mayor cantidad de personas conflictuadas e inestables. Ya Bellak y Small (1969) citan un estudio realizado en los consultorios de asistencia de perturbados del City Hospital de Elmhurst, Queens, New York. En el cual fueron tratados con psicoterapia breve cerca de 1000 pacientes, cuyos síntomas eran diversos: trastornos somáticos, ansiedad, depresión, hostilidad y agresión, dependencia, problemas sexuales,

problemas matrimoniales, psicosis, alcoholismo, afición a las drogas, etc. Se obtuvieron los resultados siguientes: el 45 - por ciento pasó a tratamiento ulterior, el 13.6 por ciento se mantuvo mediante medicamentos y el 7.6 por ciento fué remitido a otro tipo de asistencia ambiental; el 8.1 por ciento se negó a emprender tratamientos adicionales.

En la clínica Tavistock de Londres, el Dr. Balint y su grupo del cual forma parte D.H. Malan (1963) realizó una investigación empleando psicoterapia breve en 21 pacientes cuyas perturbaciones eran similares a las citadas por Bellak y Small. El número total de sesiones fué hasta de 19 con un seguimiento promedio del paciente durante un año.

De los 21 pacientes tratados uno abandonó el tratamiento y otro fué turnado a terapia prolongada, obteniéndose en 9 de los restantes una evidencia de resolución sustancial o por lo menos una mejoría sintomática. En los 10 pacientes restantes no se aparecieron cambios tajantes en su sintomatología. Se considera este como un buen resultado debido a la brevedad del tratamiento y a las psicopatologías tratadas, lo que reafirma la confianza en la psicoterapia breve.

Así mismo Wolberg (1965) menciona una investigación realizada por la Group Health Insurance, Inc., de New York en el cual también se obtuvieron resultados muy halagadores.

El I.M.S.S. no pudo permanecer impasible ante la posibilidad de obtener semejantes resultados positivos, por lo que -- creó el centro piloto comjnitario de salud mental, el cual desde sus inicios en Abril de 1975 hasta el 15 de noviembre de 1978 ha dado consulta a 3 715 pacientes y dado de alta a aproximadamente al 57% de estos; desafortunadamente no se cuenta con el dato exacto del motivo de alta; sin embargo extraoficialmente se reconoce que la mayoría terminó exitosamente el tratamiento.

Por lo anterior y por las características que se verán posteriormente, el empleo de la psicoterapia breve en servicios asistenciales día a día goza de mayor confianza.

CAPITULO I

a) Historia de la Psicoterapia en General y Definición.

El mejoramiento del hombre no es una preocupación reciente, como tampoco lo es el estudio de la naturaleza y de los móviles de la conducta. A este respecto la Psicología y sus aplicaciones en Psicoterapia corren paralelas con la historia de las demás disciplinas que ayudan al hombre, la Física, la Biología, la Química, etc.; sin embargo, las leyes físicas y biológicas que se supone explican el funcionamiento del Universo, cambian constantemente. De modo semejante se observan cambios en los modelos compuestos para explicar la naturaleza humana. Sin embargo, el interés por el mejoramiento del hombre, no existiría de no haber en los innovadores, una predisposición particular y netamente psicológica que es la libertad para sentirse descontento con las inferencias aceptadas. Cuando el hombre se miró así mismo como una criatura desamparada y dominada por fuerzas ajenas a su control, se excluía cualquier intento de comprensión precisa de sí mismo y de su mundo. Pero cuando el hombre se supo con capacidad de poder controlar, dominar, y explorarse a sí mismo y a su mundo de una manera más amplia, fué cuando realmente se concibió como un ser capaz de comprender lo que él era

y de poder cambiar.

Según la concepción antigua cuando el hombre padecía de ciertas conductas bizarras, a éstas conductas se les consideraba como fuerzas ajenas al control del hombre y que éstas -- eran manifestaciones demoníacas, y para expulsar al demonio del cuerpo del supuesto poseído, se le flagelaba, etc. Según otra creencia el hombre realizaba conductas bizarras debido a trastornos del espíritu divino, y su curación procedía de dentro del paciente por medio de la fé y de la oración.

En el periodo Renacentista lo que no se constataba no existía, y en ésta época se desechó la idea de que las personas con conductas bizarras se encontraban poseídas por lo -- que las torturas cesaron; sin embargo, éstas personas continuaron en paupérrimas condiciones ya que se les asilaba y prácticamente eran olvidados.

Fué a mediados del Siglo XVIII (Singer 1969) cuando se produjo una oleada de interés por estudiar y comprender al hombre, y fué ya de una manera sistemática, en el año de -- 1879, en Leipzig, cuando Wundt creó el primer laboratorio psicológico.

Pero el interés por el mejoramiento del hombre tropezó

con ciertas dificultades filosóficas, ya que las investigaciones científicas avanzaban relativamente sin obstáculos. La aplicación de los hallazgos o la forma de utilizar esos hallazgos estaban determinados por el distinto entendimiento de lo que constituía el "mejoramiento", por lo que se preguntaban si estos hallazgos impulsarían o harían retroceder el avance humano. En el siglo XIX se plantó que la salud orgánica podría prevenir o curar todos los trastornos mentales, y creían que todas las aberraciones psíquicas eran causadas por alguna lesión física del cerebro; en consecuencia a estos argumentos, surgió la teoría de los funcionalistas que decían que sí es cierto que las lesiones cerebrales pueden producir alteraciones psíquicas, pero no ha podido encontrarse una lesión encefálica para cada trastorno, y al no encontrarse una lesión en el cerebro se pensó en trastornos funcionales, y en los casos que si había alteraciones psíquicas se denominó trastorno orgánico y estos requerían un tratamiento físico, y la idea de trastornos funcionales trajo consigo el desarrollo de tratamientos por medios psicológicos. En sí la psicoterapia moderna surgió de esta última premisa. (14)

En el sentido apropiado de la palabra, Psicoterapia quiere decir curación de la mente por medio de la mente (W. Wolff 1974), o sea, sus métodos son de naturaleza psicógena, y no

somática. Y ya que las manifestaciones de la mente pueden comunicarse por medio de gestos y aún más por medio de la palabra, la psicoterapia es ante todo una técnica verbal, cuyas bases son las conversaciones sostenidas entre el paciente y el psicoterapeuta, con el fin de readaptar al paciente consigo mismo y con su medio ambiente. La psicoterapia es entonces un proceso para integrar la personalidad del individuo dentro y fuera de sí mismo. (17)

Wolberg (1967) define a la psicoterapia como un procedimiento terapéutico que se establece entre dos personas (el paciente y el psicoterapeuta) para el tratamiento de trastornos emocionales y que tiene como meta:

- 1) La desaparición de síntomas
- 2) La reducción de síntomas
- 3). Evitar el agravamiento de los mismos y
- 4) Tratar de estimular los aspectos y las capacidades sanas del paciente.

Lo esencial en el ser humano es su capacidad para definirse a sí mismo y la capacidad para ejercer la libertad personal. A todos los aspectos que interfieran en ese empeño - por definirse a sí mismo, serán considerados como patológicos, y a todos los aspectos que estimulen dicha empresa se les denominará sanos.

De acuerdo con ésto lo sano está relacionado con el grado en que una persona sea libre para percibirse a sí misma como una unidad que actúa y que reacciona con independencia, y que practica conscientemente las elecciones que se hallan a su alcance y que las realiza con conciencia de la responsabilidad que significan. Por lo tanto, la psicoterapia tiene la finalidad de acrecentar esa libertad para saber y la reducción de las limitaciones irracionales autoimpuestas. (15)

El concepto de salud mental dado por la organización mundial de la salud enuncia: es la ausencia de enfermedad patológica, y la presencia de buenas condiciones para el desarrollo de las capacidades sanas del individuo, que le permitan la búsqueda de su bienestar y felicidad.

La relación que hay entre la definición de psicoterapia y de salud mental, es que ambas postulan el desarrollo de las capacidades sanas del individuo. Estas capacidades son específicas del ser humano y son:

La razón

Conciencia de sí mismo

Imaginación

Sensibilidad

Individualidad

Trascendencia (de uno mismo)

Necesidad de relación

Necesidad de un marco intelectual del mundo y de la vida

Creatividad

Amor o relación productiva

El éxito o el fracaso de un tratamiento psicoterapéutico depende, en su mayor parte, del deseo que el paciente tenga de cambiar la pauta de su personalidad, además del deseo de readaptación; el paciente deberá tener la capacidad necesaria para comprender las razones de sus trastornos emocionales.

Concluyendo, la psicoterapia es un proceso de aprendizaje por medio del cual la persona adquiere la facultad de dirigirse en forma apropiada para controlar su propia conducta.

La finalidad de la psicoterapia (según W. Wolff, 1974) consiste en:

1) Disminuir la tensión ocasionadora de síntomas y ansiedades.

2) Traer al paciente a su propio nivel de desarrollo para que sea capaz de ajustarse a los diferentes medios y - que se logre la compatibilidad con las pautas de su personalidad.

3) Y como resultado de las dos anteriores no solamente recuperará el paciente su capacidad de bienestar sino que de

sarrollará medios para obtenerla. El individuo debe reconocer las exigencias de la sociedad; puede obedecerlas o rechazarlas, pero no puede escapar de ellas. Debe aprender a ver sus limitaciones y a aceptar los fracasos, pero también a confiar en sus facultades y aceptar los riesgos. (17)

b) Lo Escrito por Freud sobre Psicoterapia

Desde inicios del siglo XVIII, se comenzó a entender que los enfermos mentales eran enfermos como cualquier otro. Sin embargo el vulgo e incluso muchos profesionales seguían mirando al enfermo mental con sospecha y recelo, hasta que Sigmund Freud el descubridor de lo inconsciente y creador del psicoanálisis golpeó ferreamente y sin cavilaciones todos los prejuicios y dió al perturbado su ubicación justa como hombre que debe ser atendido, respetado y curado.

En 1904 Freud pronunció una conferencia en el Colegio de Médicos de Viena (Freud 1948), e hizo constar que la psicoterapia no era ningún método curativo moderno. Por el contrario, es la terapia más antigua de la Medicina.

Comentó que muchos médicos veían todavía en la psicoterapia un producto del misticismo moderno y la consideraban anticientífica e indigna del interés del investigador, comparada con los medios curativos fisicoquímicos, cuyo empleo se

basa en descubrimientos fisiológicos. Y se constituyó en de fensor de la causa de la psicoterapia, y señaló lo que semejante opinión tenía de injusta y errónea, e hizo historia de los métodos de la medicina antigua y primitiva que en su mayo ría pertenecen a la psicoterapia.

Por otra parte dijo que no se puede prescindir de la psico terapia, por la sencilla razón de que otra parte interesada en el proceso curativo, o sea el enfermo no tiene la menor in tención de renunciar a ella. Además señaló que sin que el médico se lo proponga, a todo tratamiento por él iniciado se - agrega en el acto, favoreciendolo casi siempre, pero también a veces contrariándolo un factor psíquico del enfermo, refiriéndose al concepto de sugestión. Por lo que pronunció que todos los médicos practican constantemente la psicoterapia.

La psicoterapia según Freud ofrece procedimientos y caminos muy diferentes, y que cualquiera de ellos que conduzcan a la curación del enfermo, será bueno. En sí la sola promesa de mejoría que se prodiga consoladoramente al paciente corres ponde ya a uno de los métodos psicoterapéuticos. Sin embargo no hay nada que lo obligue a limitarse a semejante consuelo y es por ésto que se habían desarrollado las técnicas de la sugestión hipnótica, de las psicoterapias por distracción y entretenimiento y por provocación de afectos favorables.

Comentó que todas ellas el parecían estimables y las utilizaría en circunstancias apropiadas. Pero se sentía obligado a limitarse a la investigación y perfeccionamiento de la psicoterapia analítica ya que el había participado en la gnesis de esta terapia. Y afirmó que la psicoterapia analítica era la más poderosa, la de más amplio alcance y la que conseguía una mayor transformación del enfermo; afirmó que era la más interesante y la única que instruía sobre la génesis y la conexión de los fenómenos patológicos.

En relación a este método psicoterapéutico rectificó algunos errores y expuso algunas aclaraciones:

1) Dijo que este método es confundido frecuentemente con el tratamiento por sugestión hipnótica. Y en realidad entre la técnica sugestiva y la analítica existía una máxima oposición. La técnica sugestiva no se preocupaba del origen, la fuerza y el sentido de los síntomas patológicos, sino que les sobreponía algo (la sugestión). En cambio la terapia analítica no quería agregar ni introducir nada nuevo, sino por el contrario quitar y extraer algo, y con este fin se preocupaba de la génesis de los síntomas patológicos y de las conexiones de la idea patógena que se propone hacer desaparecer.

2) Dijo que el error muy difundido de creer que la técnica de la investigación de los agentes patológicos y la supresión de los síntomas por dicha investigación, eran cosas fáciles y naturales. Y esto se lo explicaba en base a que ninguno de sus colegas a quienes les interesaba su terapia,

le hubieran pedido información sobre la forma de aplicarla. Continuó diciendo que de vez en cuando, le llegaban noticias de que algún colega estaba sometiendo a uno de sus pacientes a una cura psíquica, con el desconocimiento absoluto de la técnica de tal cura; Freud suponía que su colega confiaba en que el enfermo le revelaría espontáneamente sus secretos o buscaba la salvación en una especie de confesión o confidencia. Y consideraba que semejante tratamiento dañase al enfermo en lugar de beneficiarle.

3) Escribió que la cura analítica entraña ciertas particularidades, por lo que dista mucho de ser una terapia ideal; y la investigación y la pesquisa en que se basa no aseguran ciertamente una rápida obtención del fin curativo. Efectivamente el tratamiento psicoanalítico plantea grandes exigencias, tanto al enfermo como al médico. Para el enfermo se hace demasiado largo y, en consecuencia, muy costoso, a parte del sacrificio que ha de suponerle comunicar con plena sinceridad cosas que preferiría silenciar. Para el médico a más de la prolongada labor que ha de dedicar a cada paciente, resulta muy trabajoso por la técnica que ha de aprender a aplicar.

Comentó que él no tendría nada que objetar al empleo de procedimientos terapéuticos más cómodos, siempre que con ellos se obtuvieran también resultados positivos.

4) Aclaró algunas indicaciones y contraindicaciones del tratamiento analítico:

Primero.- No hay que atender tan solo a la enfermedad sino también al valor individual del sujeto, y se tendrá que rechazar a aquellos enfermos que no posean un cierto nivel cultural y condiciones de carácter en las que se pueda confiar -- hasta cierto punto. Tampoco es aplicable a personas que, al someterse a un tratamiento, no lo hagan espontáneamente, sino por imposición de sus familiares.

Segundo.- Para avanzar seguramente con el procedimiento analítico, se habrá de limitar la elección a personas capaces de un estado normal. Las psicosis y los estados de confusión y de melancolía profunda, contraindican la aplicación de la terapia analítica. Sin embargo, dejó entrever la posibilidad de que una vez modificado adecuadamente el método analítico quedaría superada esta contraindicación.

Tercero.- Señaló también que la edad de los enfermos desempeña un papel importante para la selección del tratamiento analítico pues, en primer lugar, las personas próximas a los cincuenta años suelen carecer de plasticidad de los procesos anímicos, con la cual cuenta la terapia (los viejos no educables), y en segundo lugar, la acumulación de material psíquico prolongaría excesivamente el análisis, por el contrario los individuos muy jóvenes, son a veces muy asequibles a

la influencia analítica.

Cuarto.- Señaló también la imposibilidad de la terapia analítica cuando se trate de la rápida supresión de fenómenos amenazadores, por ejemplo, en una anorexia histérica.

Observó con satisfacción, que la eficacia y rapidez de esta terapia aumenta en razón directa del valor individual del sujeto y de su nivel moral e intelectual.

Quinto.- Afirmó que la cura analítica desarrollada por un médico perito en la técnica del análisis no supone peligro alguno para el enfermo. Y esperaba que otorgaran a su terapia la misma benevolencia crítica que en general se concedía a otros métodos terapéuticos.

Sexto.- Finalizó explicando que esta terapia consiste en el conocimiento de la naturaleza inconsciente de ciertos procesos anímicos, que es la causa primera de los síntomas patológicos. El descubrimiento y la traducción de lo inconsciente se lleva a cabo contra una continua "resistencia" del enfermo. La emergencia de lo inconsciente va enlazada a sensaciones de displacer, a causa de las cuales es rechazado siempre de nuevo. En este conflicto que se desarrolla en el interior del enfermo interviene el médico. Si consigue llevar al enfermo a aceptar algo que hasta entonces había rechazado (reprimido) a consecuencia de la regulación automática determinada por el -

displacer habrá logrado llevar a buen término una parte importante de labor educativa.

Freud aclaró que el marcado énfasis de la sexualidad en la génesis de las neurosis se había difundido muy ampliamente. Y comentó que algunos médicos creían que su teoría refiere en último término que las neurosis provenían a causa de la privación sexual, que existía en realidad debido a las condiciones de vida de la sociedad. Sin embargo, si ésta premisa fuera la causante directa de la neurosis, recomendaría como medicina la actividad sexual para lograr la cura y así eludir el penoso rodeo a través de la cura psíquica. Pero la cuestión era muy distinta, la privación sexual es tan solo uno de los factores que intervienen en el mecanismo de la neurosis. Si fuera el único, la consecuencia no sería la enfermedad sino el desenfreno sexual.

Terminó deseando que se despojaran todo prejuicio hostil -- que se tuviera hacia la psicoterapia analítica, ya que eso apoyaría la labor de conseguir posteriormente resultados positivos en el tratamiento de casos de perturbaciones graves.

En 1905 Freud escribió, que en las épocas pasadas, mucho más aún que en el presente. los médicos habían practicado la psicoterapia. Comprendiéndose como tal los esfuerzos encaminados a despertar en el enfermo las condiciones y los estados psíquicos favorables a la curación, entonces esa forma de tratamiento

médico es históricamente antigua. Los pueblos primitivos apenas disponían de algo más que de la psicoterapia. Incluso al médico se le otorgaba un respeto derivado directamente del poder divino, pues en sus orígenes el arte terapéutico estaba exclusivamente en manos de los sacerdotes. Así, entonces como ahora, la personalidad del médico era uno de los factores cardinales para crear en el enfermo el estado anímico favorable a la curación.

Freud propuso que la psicoterapia (tratamiento psíquico) habría de llamarse tratamiento del alma, o sea, el tratamiento de los trastornos anímicos tanto como corporales, con medios que actúan directa e inmediatamente sobre lo anímico del ser humano. Un instrumento esencial del tratamiento de lo anímico, es ante todo la palabra. En sí la palabra es el medio más poderoso que permite a un hombre influir sobre otro; la palabra es un excelente recurso para despertar movimientos anímicos en su destinatario, es por eso que ya no parecerá tan enigmática la afirmación de que la magia de la palabra puede eliminar manifestaciones morbosas, particularmente aquellas que reposan a su vez en estados anímicos. Los profanos seguramente hallarán difícil comprender que los trastornos patológicos del cuerpo y del alma puedan ser eliminados por medio de las meras palabras del médico. Supondrán sin duda que se espera de él

una fé ciega en el poder de la magia, y no estaban del todo equivocados ya que las palabras usadas cotidianamente, no son otra cosa sino magia atenuada.

Existe la posibilidad de colocar a una persona en un estado psíquico muy peculiar, bastante análogo al sueño, denominado hipnosis. El signo más importante de la hipnosis radica en la conducta del hipnotizado frente a su hipnotizador. Ya que mientras el sujeto se conduce con respecto al mundo exterior como un durmiente, se mantiene despierto para la persona que lo ha colocado en hipnosis.

Cuando el hipnotizador le dice que no puede mover el brazo, éste cae, cuando le dice que el brazo se mueve solo y que no puede detenerlo, éste miembro se mueve efectivamente. La representación que el hipnotizador ha puesto en el hipnotizado por medio de su palabra, despierta en él precisamente aquella actitud corporal que corresponde a su contenido. En este caso, también se observa el poder de la palabra.

El despertar de la hipnosis se produce sin esfuerzo alguno, mediante la simple orden de tal sentido impartida por el hipnotizador.

Freud escribió que el tratamiento hipnótico implica una considerable ampliación del campo de la actividad terapéutica. Y con ello un progreso del arte curativo. Sin embargo, sería pre-

ciso aplicar la hipnosis en una forma muy distinta de la forma que suele prevalecer. Por lo general se recurre a este método cuando todos los demás recursos han fracasado, cuando el enfermo se encuentra abatido y decepcionado.

Es obvio que la moderna y concienzuda psicoterapia, que representa un renacimiento de viejos métodos curativos, habrá de poner en menos el terapeuta armas mucho más poderosas todavía para combatir la enfermedad.

Freud señaló que para realizar la actividad terapéutica no es necesario ser médico, ya que éste no necesariamente tiene la habilidad y el conocimiento psicoterapéutico. (6)

c) Psicoterapia y Psicoanálisis

Freud y continuadores aseguraron que toda psicoterapia tendrá que asentar su teoría en el psicoanálisis, y que conceptos tales como conflicto, motivación, transferencia, estructura significativa del relato, papel de los sueños y de la asociación libre, son pilares para toda labor terapéutica decida el terapeuta trabajar con ellos o no.

Efectivamente las técnicas de psicoterapia en su amplia gama se han nutrido de las adquisiciones técnicas del psicoanálisis; aplicando algunas de ellas con usos similares y oponiéndose a ellas mediante recursos técnicos diferenciados, que encuentran no obstante en aquellos instrumentos la ocasión de una confronta

ción que los delimite más claramente, y a la búsqueda exhaustiva de fundamentos para su propia manipulación.

Alexander y French (1965) aclararon que la expresión psico análisis se aplica a tres cosas distintas:

- 1.- A una teoría psicodinámica del desarrollo de la perso nalidad.
- 2.- Un método de investigación.
- 3.- Un procedimiento terapéutico.

El objetivo de Freud al crear el psicoanálisis era índole terapéutica, sin embargo a su vez servía para la investigación. Ya que cuando se conocía poco de la patología de los trastornos neuróticos, era inevitable y justificable que cada paciente fue ra al mismo tiempo un objeto de terapia y un sujeto de investigación. Consecuentemente al tratar de hallar un mejor medio pa ra curar a las personas perturbadas, recogía datos con los cuales construyó una teoría dinámica de la personalidad. Por medio de la cual, ahora se pueden usar generalizaciones y principios comprobados y así desarrollar una proceder más flexible y econó mico, ajustado a la naturaleza individual de la gran variedad de pacientes.

Alexander y French reconocieron que no hay una tendencia mar cada en diferenciar entre el psicoanálisis y los métodos más flexibles de psicoterapia. Gradualmente, se reconoció que en todos

los casos se aplican los mismos principios con fines terapéuticos: inducir la descarga emocional para facilitar la penetración, y exponer la realidad del paciente a las constelaciones emocionales no resueltas que debe aprender a manejar. O sea que no existe diferencia esencial entre los diversos procedimientos; - que las diferencias estriban meramente en el grado en que se utilizan los diversos principios y técnica terapéuticas.

En otras palabras, se trabaja con las mismas teorías y técnicas con el mismo instrumental; sin embargo se trata de adaptar lo a modo de que se utilice en forma eficiente y en menor tiempo.

Cuadro General del Psicoanálisis

Objetivos	{Reestructurar lo más ampliamente posible la personalidad.
Estrategia básica	{El desarrollo y elaboración sistemática de regresión <u>transferen</u> cial.
Tiempo promedio del tratamiento	{Sin límite establecido desde el inicio.
Frecuencia de <u>se</u> ciones	{Intensivo
Disposicion	{Empleo de diván
Vínculo que <u>tien</u> e de a instalar	{Alternadamente, transferencia y ambivalencia con el rol real <u>dis</u> criminador. Ambos presentes debido a la actividad <u>interpretati</u> va
Definición del rol del terapeuta	{Ambiguo, con múltiples roles, <u>de</u> positario

Actitudes del terapeuta	{ Pasivo, silencioso, interpretativo, distante (en cuanto a <u>con</u> tacto personal).
Intervenciones esenciales	{ Interpretaciones transferenciales.

Fases de la evolución del psicoanálisis

Primera fase.- Hipnosis catártica

Cuando Freud adoptó el método psicoterapéutico para tratar pacientes emocionalmente perturbados, era médico y neurólogo. El tratamiento médico aceptado en ese tiempo consistía en suministrar drogas o realizar operaciones quirúrgicas. A la terapia se le consideraba como un procedimiento en el cual el médico "hace algo" al paciente.

Sin embargo, Freud en colaboración de Breuer desarrollaron su primer método psicoterapéutico que fué la hipnosis catártica; consistía en que el paciente se desembarazara de sus recuerdos traumáticos reprimidos y sus efectos contenidos y se le planteaban preguntas al paciente hipnotizado con el fin de poner al descubierto el origen de sus síntomas y de permitirle descargar sus sentimientos reprimidos.

Esta descarga de emoción poseía gran valor y por lo tanto a éste método se le denominó catártico. Pero pronto apreciaron que la simple descarga de emociones no curaba al paciente, y que el procedimiento hipnótico debía repetirse una y otra vez para obtener resultados.

Freud consideró que la verdadera tarea terapéutica debería de consistir en capacitar a la personalidad consciente para enfrentar emociones tan intolerables que debieron ser reprimidas. En consecuencia burcó un método mediante el cual el paciente conservase las plenas funciones de su mentalidad consciente, y que al mismo tiempo pudiera ser inducido a enfrentar aquello que repudiaba.

Su segunda fase consistió en experimentar la sugestión en estado de vigilia y puede considerarse como el segundo periodo en la evolución científica de Freud. Este colocaba su mano sobre la frente del paciente y le aseguraba que si se lo proponía, podía recordar su pasado. Este período fué el más breve ya que llegó al convencimiento de que no podía, usando la sugestión, obligar a sus pacientes a recordar los acontecimientos traumáticos que condujeron al paciente a su estado neurótico.

Tercera Fase.- Asociación libre.

Freud desarrolló una nueva estrategia, el método de la asociación libre. En ésta encontró un medio de vislumbrar la mentalidad inconsciente del paciente, mientras éste conservaba su estado consciente. Se le pedía al paciente que dijese todo aquello que pasara por su mente sin ejercer selección consciente alguna, sin aplicar lógica alguna al proceso del pensamiento. Lo expresado por él provenía, por tanto, de todo el conjunto de sus

experiencias vitales. En esta forma se permitía a los sentimientos acudir a la superficie por una vía indirecta.

Las asociaciones libres se utilizaron, así como sustituto del recuerdo directo obtenido en la hipnósis.

Cuarta fase.- Neurosis Transferencial.

Freud llamó "transferencia" a la reacción emocional del paciente hacia el analista, pues vió que aquel transfería a este - sus pautas de comportamiento neurótico; que el paciente abrigaba ahora hacia el terapeuta los mismos sentimientos y conflictos que tuviera en su infancia frente a algún objeto cargado de afecto. Este revivir de su pasado neurótico en la relación con el terapeuta lo denominó neurosis transferencial.

Una vez que Freud reconoció que todas las pautas emocionales profundamente arraigadas del paciente, todo el núcleo infantil de su personalidad, obtenía poco a poco libre expresión durante el tratamiento a medida que se superaba las defensas contra ellas; la neurosis transferencial llegó a ser por su representación dinámica del pasado patológico, la base de la moderna terapia psicoanalítica.

Quinta fase.- Reeducción Emocional.

Posteriormente de que Freud descubrió la significación de la transferencia, la terapia psicoanalítica se transformó en un procedimiento destinado a lograr cambios permanentes en la estructura

del paciente. Solo la índole del caso individual puede determinar cual es la técnica que mejor se aviene a la producción de los procesos curativos de descarga emocional, penetración, una cabal asimilación del significado del material inconsciente recuperado. (1)

Y sobre todo, las experiencias emocionales correctivas necesarias para liquidar la antigua pauta ocasionadora del trastorno.

Franz Alexander escribió que además de la decisión en cuanto al tipo particular de estrategia a emplear en el tratamiento, es muy importante el uso consciente y flexible de varias técnicas, cambiando de táctica para adaptarse a las necesidades del momento. Entre estas modificaciones de la técnica estándar figuran: impartir directivas al paciente acerca de su vida cotidiana, variar la frecuencia de las sesiones, el uso de diván o la conversación directa entre paciente y terapeuta sentados frente a frente según lo requiriese la situación, emplear interrupciones de breve o prolongada duración como preparación para finalizar el tratamiento; regular la relación transferencial para hacer frente a las necesidades específicas de cada caso, y hacer uso de verdaderas experiencias de la vida como parte integral de la terapia.

Ninguna de estas modificaciones es, en sí misma, una novedad, ya que todas ellas han sido utilizadas como medidas más o

total del enfermo mediante un lento entrenamiento emocional, además de convertirse en un proceso educativo.

El concepto de psicoanálisis se basa en los requisitos de sesiones diarias, ininterrumpidas, asociación libre, uso de diván y considera la neurosis transferencial como inevitable. Se define esencialmente como una terapia basada en principios psicodinámicos, cuyo intento es conducir al paciente hacia un ajuste más satisfactorio con su ambiente, y ayudar al desarrollo armónico de sus capacidades. En base a esta definición todas las formas de psicoterapias, por flexibles que sean, apoyadas en esta base y orientadas hacia este objetivo pueden considerarse psicoanalíticos.

Cuando el psicoanálisis era considerado como el procedimiento único, el analista seleccionaba a su paciente para adaptarlo a su técnica, solo unos pocos trataban de adaptar el procedimiento a la diversidad de casos que encontraban. Tal situación dista mucho de ser satisfactoria, ya que incluso en la historia de la medicina existen pocos ejemplos en los cuales la herramienta terapéutica es rigidamente fija y los pacientes debían conformarse a ella. Y la psicoterapia no es la excepción, ya que no solo las afecciones difieren sobremanera: los pacientes mismos presentan numerosas diferencias físicas y psicológicas, por lo que en psicoterapia el terapeuta debe adaptar su técnica a las necesidades

menos accidentales o prácticas. Sin embargo, son técnicas que han señalado su utilidad terapéutica por lo que ha demostrado ser convenientemente su incorporación sistemática como partes integrales del procedimiento terapéutico.

Anteriormente existía la creencia de que la neurosis transferencial era inevitable de todo tratamiento psicoterapéutico. Ya que toda mejoría en la vida emocional podía lograrse solo resolviendo sus fijaciones neuróticas a medida que eran desplazadas - hacia el analista, y que el paciente implicaba inevitablemente a su analista en todos sus sueños, deseos y emociones de los cuales debía entonces curársele, el terapeuta usaba la neurosis transferencial como fondo, como base de la interpretación, para fomentar la revelación de material inconsciente, para ayudar a la abreacción y para asistir al paciente en la elaboración de sus problemas. Esta práctica explica en parte lo prolongado de numerosos tratamientos psicoanalíticos. Gradualmente los psicoanálistas hallaron que la neurosis transferencial podía ser utilizada, por los pacientes como resistencia al tratamiento. Cuando se comprendió que controlando esta resistencia podía al mismo tiempo abreviarse y hacerse más eficaz el tratamiento psicoanalítico, resultó natural buscar métodos incluso más breves y desarrollar técnicas para el manejo más sutil de la relación transferencial misma.

Es por esto que la psicoterapia flexible en un afán de man-

tener la neurosis transferencial dentro de límites practicables, aportó el uso consciente de otras técnicas: la regulación y frecuencia de las sesiones, la orientación de la vida cotidiana, la elección y el momento adecuado de las interpretaciones, las variaciones en la escena terapéutica y en la actitud del terapeuta. (1)

Cuadro General de la Psicoterapia Orientada Psicoanalíticamente, utilizada en una forma más flexible.

Objetivos	{ Reestructurar un conflicto emocional específico e identificado como el problema primario
Estrategia Básica	{ Mantener la relación transferencial en los límites de un buen report.
Tiempo promedio del tratamiento	{ El límite lo estipula el terapeuta, provocando interrupciones preparatorias, y observando las reacciones del paciente a medida que estas se manifiestan.
Frecuencia de sesiones	{ Una o dos veces semanales.
Disposición	{ El uso de diván o la conversación - sentadas frente a frente según lo <u>re</u> quiera la situación.
Vínculo que <u>tien</u> de a instalar.	{ La creación de una relación de confianza mutua (report).
Definición del rol del terapeuta	{ El terapeuta es un observador activo y un partícipe activo de la <u>ex</u> periencia psicoterapéutica del <u>pacien</u> te.
Actitudes del terapeuta	{ Toma parte activa en la relación, y la instrucción al paciente cuando es necesario.
Intervenciones esenciales	{ Interpretaciones

Psicoterapia colectiva

Las técnicas psicoterapéuticas de aplicación colectiva han alcanzado un notable desarrollo en los últimos años, ya que la necesidad creciente de hacer accesibles los beneficios de la psicoterapia a un número cada vez mayor de personas, y debido a que el número de psicoterapeutas disponibles es muy inferior a las necesidades de la población. De ahí que consecuentemente se vislumbró la posibilidad de tratar a las personas de grupo. Se ha comprobado su utilidad, tanto en la modificación de actitudes neuróticas como en la remoción de síntomas. Lo más usual es que los grupos esten constituidos de seis a diez personas con cierta problemática en común, ya que el terapeuta inicia la relación mediante una plática sobre algún problema psicológico en común, teniendo ésta el propósito de servir como punto de partida para las discusiones subsecuentes y conducir a los pacientes a la convicción de que aquello que cada sujeto considera sus debilidades y secretos vergonzosos, son en realidad experiencias comunes de los seres humanos. La actitud permisiva del psicoterapeuta y la misma situación grupal facilita la superación de las resistencias; además la labor grupal puede ser complementada con entrevistas individuales que no son tan frecuentes como en la psicoterapia individual.

N. W. Ackerman (1974) señala las siguientes metas en la psicoterapia

coterapia colectiva:

- 1.- Promover apoyo emocional a través de la relación con el grupo
- 2.- Estimular la descarga de agresiones reprimidas.
- 3.- Reducir la culpa y la angustia.
- 4.- Corregir reacciones interpersonales irracionales.
- 5.- Mejorar la estimación por uno mismo y reconocer las propias capacidades constructivas.
- 6.- Promover el desarrollo de una comprensión significativa de los problemas y su asimilación afectiva.

El sentimiento de apoyo colectivo, el cambio de las reacciones del sujeto hacia otros miembros del grupo, con factores que intervienen en la situación de grupo y no ocurren en la psicoterapia individual. Lo cual representa una oportunidad muy valiosa para la modificación de las actitudes sociales. (2)

Dentro de las múltiples formas de psicoterapia, la psicoterapia conyugal, ha cobrado importancia.

Gurin y Col (Borman y Lief, 1975) enfatizan que las razones por las cuales los pacientes solicitan psicoterapia, son debido a problemas emocionales y de ellos los de tipo conyugal, son los que ocupan el primer lugar, seguidos de otros problemas siempre relacionados con la familia; no obstante, ha sido hasta relativamente poco tiempo que algunos psicoterapeutas empezaron a

especializarse en terapia conyugal.

En la terapia conyugal, el terapeuta necesita manejar un amplio rango de técnicas basadas en el conocimiento de la terapia individual, lo que lo llevará a planear su intervención psicoterapéutica.

El terapeuta que tiene entrenamiento tanto en psicoterapia individual como en colectiva, se encuentra en una situación ventajosa para llevar a cabo la terapia conyugal, en contraste con aquellos psicoterapeutas que solamente tienen entrenamiento en alguna de las dos modalidades mencionadas.

La definición de psicoterapia conyugal dada por Ellen M. Borman y Harold I. Lief es: un conjunto de técnicas que comprenden desde orientación financiera y económica hasta orientación legal, así como el uso de técnicas que manejan procesos inconscientes, a los que se atribuyen causas de los síntomas del matrimonio en dificultades tales como síntomas conversivos, sueños, fantasías, actos fallidos y toda la psicopatología individual que pueda presentar una pareja.

La relación conyugal involucra tres dimensiones críticas.

- 1.- El mando: ¿Quién manda?
- 2.- La intimidad ¿Qué tan cerca o tan lejos se está de la intimidad (la necesidad geográfica que guarda la pareja

en su lucha por satisfacer sus necesidades emocionales).

- 3.- Exclusión - inclusión: En una familia ¿Cuántos de sus miembros se consideran parte del sistema marital (lo anterior se refiere a que en una familia no sólo debe incluirse a los parientes, sino también a los arraigados, compañeros de trabajo y aspectos recreativos y sociales de la pareja). En síntesis deben considerarse todo tipo de relaciones que la pareja mantiene. Las formas - como se resuelven los problemas de la psicodinámica marital, dependerán de procesos intrapsíquicos en cada uno de ellos y de la forma como la pareja se relaciona.

En la psicoterapia conyugal es necesario por lo tanto, analizar primariamente los conflictos internos de cada cónyuge; así, muchos matrimonios solamente cambian cuando individualmente se producen cambios en la personalidad de cada uno de ellos. Posteriormente se podrá examinar la comunicación entre la pareja, pues de otra forma sería imposible entender la psicodinámica. (10)

Todo tratamiento psicoterapéutico puede resultar más concreto, eficiente y económico, mediante una dirección y una planificación inteligente. Un plan adecuado de procedimiento es el que determina que debe realizarse con un paciente y el enfoque general más adecuado a esta finalidad, y también cuales son las probabilidades de éxito, cuales las dificultades a encontrar en el

camino, y como espera el terapeuta resolverlas, aunque los objetivos fundamentales y enfoques principales para tratar un caso particular pueden mantenerse sin cambio alguno durante todo el tratamiento. Sin embargo, la táctica debe considerarse sujeta a modificaciones (hasta donde sea posible).

d) Teoría General de Psicoanálisis.

El psicoanálisis tiene su primera raíz en el tratamiento que aplicó el doctor José Breuer, a una enferma afectada de histeria, donde las causas de los síntomas habían resultado ser "los recuerdos reprimidos de la paciente". Este resultado impresionó a Freud, quien impulsó a Breuer a reestudiar juntos el caso. Posteriormente ambos científicos se separaron debido a que discrepaban en sus observaciones. De ahí Sigmund Freud creó y elaboró sus postulados básicos del psicoanálisis (Mandolini, 1969):

La observación original hecha por Breuer era que los síntomas histéricos podían ser aliviados haciendo revivir al paciente, bajo hipnosis, recuerdos y sentimientos penosos que habían sido olvidados (reprimidos). Freud al hallar que no todos los pacientes podían ser hipnotizados, sustituyó este método por el de convencer a la paciente en estado de vigilia, sugestionándola de que -- había cosas que ella había olvidado y que podría recordar. Encontró sin embargo, que la sugestión era a menudo insuficiente para vencer la marcada resistencia ofrecida por los pacientes contra

la recuperación de esos recuerdos.

Estuvo en condiciones de superar esta dificultad cuando encontró que, si pedía simplemente a la paciente que dijera que acudía a su mente en conexión con sus síntomas los recuerdos volvían de una manera disfrazada y simbolizada a ésta técnica la llamó asociación libre.

Lo que busca la asociación libre es hacer surgir en la conciencia del enfermo, materiales ocultos a la misma, con lo que se creía lograda la curación. Al proceso lo llamó abreacción.

La asociación libre, se basa en el hecho de que es imposible que el proceso psíquico pase de un pensamiento a otro si no existe entre ambos una conexión. El procedimiento de la asociación libre fué y es para el psicoanálisis la regla técnica fundamental y todo tratamiento se apoya en ella.

Durante un análisis, la asociación puede verse obstaculizada por distintas causas: la falta de inteligencia del paciente, la ansiedad que provoca el hablar libremente ante otra persona, las emociones que invaden al individuo en su relación con el analista, la inminencia de la conscienciación de una represión, etc.

A medida que Freud fué utilizando la asociación libre, observó que el esfuerzo de conscienciar los elementos olvidados pugnaba con una resistencia constante, que se expresaba en forma de objeciones críticas a la asociación libre por parte del paciente. Y que el material que afloraba, mostraba un tinte que desagradaba

a la conciencia del sujeto, Freud pensó que había una fuerza en el individuo que era la que sepultaba dichos materiales, y a esa fuerza le llamó represión.

La Resistencia.- Freud comprobó que la resistencia se mantenía durante todo el tratamiento, oponiéndose siempre a la labor terapéutica analítica. Al no encontrar excepción a éste fenómeno que aparecía durante la asociación, Freud consideró que la resistencia era parte ineludible del proceso. Así mismo comprobó que las representaciones olvidadas tenían un carácter común: todas eran de naturaleza desagradable, hecho que hacía que el enfermo prefería olvidarlas a recordarlas. Concluyendo así: durante el análisis hay que vencer una fuerza opuesta en el paciente, de naturaleza inconsciente y que esta energía había contribuido a la génesis de los síntomas neuróticos y la denominó represión.

La Represión.- Freud llamó represión a la acción de una -- fuerza, que más que alejar, confina materiales psíquicos fuera de la conciencia. Al descubrirse la represión se eliminó una laguna en la etiología de las neurosis. Los impulsos anímicos de los cuales eran sustitución los síntomas, habían sido olvidados y este no recordar es lo que los convertía en patógenos.

La Transferencia.- Al tratar de resolver los problemas que planteaba la resistencia, Freud observó que el analizado proyectaba hacia la figura del analista: amor, odio, desconfianza, etc.

A este fenómeno lo denominó transferencia. Antes de 1900 la consideró solamente como una de las formas de la resistencia, posteriormente le dió valor de fenómeno propio que podía utilizarse para trabajar el análisis.

En la transferencia se observa, que el psicoanalista revisite para el paciente, por desplazamiento, las características de determinada persona que había ejercido influencia poderosa sobre él y durante el análisis, reacciona ante el médico como reaccionaba ante dicha persona.

Freud escribió que los fenómenos de la transferencia comienzan siempre, por ponerse al servicio de la resistencia; se convierten en la más sólida resistencia cuando no son bien manejados; pero con una técnica correcta se transforman en uno de los mejores elementos auxiliares del análisis.

Y enfatizó que el analista debe, aprovechando la transferencia, que el paciente reviva lo más emotivamente posible los problemas de su vida.

La Teoría de los Sueños. - La teoría de los sueños fue dada a conocer al público en 1900, por Freud en su libro: "La Interpretación de los Sueños".

Freud escribió que el estudio de los sueños, es condición previa e indispensable para entender los procesos de la psicosis. Freud observó que los enfermos incluían en su asociación, sueños que muchas veces, revestían el carácter de ver

daderos síntomas; pensó que los procesos oníricos debían poseer también un sentido particular y que eran posibles de ser interpretados.

Freud trató de establecer cuales son las diferentes excitaciones que tienden a perturbar el reposo, a las que el durmiente responde por medio de los sueños:

Primero.- Distinguió los estímulos exteriores que actúan mientras se duerme. Es sabido que muchas veces, a raíz de un estímulo exterior, el sujeto, en vez de ver alterado su reposo comienza a soñar, relacionando dicho estímulo con el sueño.

Segundo.- Hay sueños cuyo origen se relaciona con un estímulo interior orgánico, tal sería el caso del que habiéndose dormido con un mal proceso digestivo, sueña una situación análoga al malestar estomacal, ya que estos sueños buscan representar el órgano que envía la excitación.

También distinguió una serie de sueños que no responden a ninguno de los dos tipos de excitación mencionados. Estos sueños parecen tener su origen en un estímulo de carácter subjetivo, radicado por lo tanto, en el psiquismo del sujeto.

Freud dedujo que sea cual fuere el origen del estímulo, los sueños son siempre un fenómeno psíquico y no somático. Considerado como un fenómeno psíquico, el sueño se convierte en una manifestación personal, subjetiva del durmiente incomprendible para el observador pero posible de ser interpretado.

Interpretar un sueño, quiere decir indicar su sentido. Para

interpretar los sueños, Freud partió de la premisa de que siendo el sueño una manifestación del durmiente, incomprendible para el observador, el único que podía aclarar los interrogantes que planteaba el fenómeno onírico era el propio soñador. Por lo tanto se le preguntaba al soñante lo que su sueño significaba, pese a que los sujetos contestaban siempre que no sabían nada al respecto; - sin embargo se insistía en la pregunta; lo hacía porque estaba seguro de que el sujeto sabía lo que significaba su sueño, pero no sabiendo que lo sabía, creía ignorarlo.

Y concluyó que el sueño es un acto psíquico representativo, cuyas características principales son: la realización de deseos y la vida psíquica alucinatoria.

En su teoría sobre los sueños, Freud dió una explicación sobre algunas peculiaridades de los mismos:

1.- El soñante utiliza con preferencia, en su relato, impresiones de los días inmediatos al mismo.

2.- Efectúa una selección particular, mediante la cual no figura en el contenido manifiesto lo esencial, sino lo accesorio o indiferente.

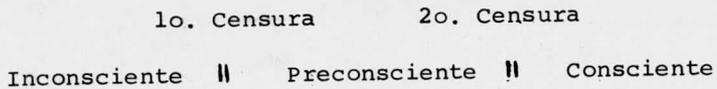
3.- Dispone de impresiones infantiles, llegando a reproducir detalles de dicha edad que le parecen insignificantes y que en su vida consciente, tenía por olvidado desde hace mucho tiempo.

Es sabido que los sueños o muchos de ellos, se van olvidando

desde el momento de despertar, aún cuando se realizan esfuerzos por no olvidarlos. Freud atribuyó este fenómeno a la censura -- psíquica. Las investigaciones freudianas sobre los grados preliminares del olvido, muestran su naturaleza tendenciosa, puesta al servicio de la resistencia. De esto se deduce que no todo sueño - puede ser interpretado, ya que la interpretación depende de la intensidad de la resistencia.

Teoría del Aparato Psíquico

Freud llegó a la convicción de que en el psiquismo humano actúan o se registran tres sistemas: el consciente, el preconscious y el inconsciente, y lo graficó así:



Lo inconsciente lo equiparó a un gran salón en el que se acumulan todas las tendencias psíquicas. A la conciencia la comparó con otro gran salón. Entre ambos salones hay un centinela, la censura. Las tendencias rechazadas por la censura no pueden entrar en la conciencia, son reprimidas. Otras tendencias conscientes, se sitúan en un tercer salón el preconscious. Entre lo preconscious y lo consciente hay una segunda censura.

Para explicar de donde emanan estos procesos psíquicos Freud expuso la teoría de la división de la personalidad en tres instancias: el Ello o Id, y el Yo o Ego, y el Super Yo o Super Ego.

El Ello o Id.- Al nacer, la personalidad es rudimentaria y está constituida en su mayor parte por impulsos instintivos que exigen ser satisfechos.

A la parte de la personalidad que contiene los impulsos instintivos la llamó Ello o Id, y es la zona más oscura del ser ya que es totalmente inconsciente por lo que desconoce así mismo los valores morales.

Algunos de sus impulsos no se hacen conscientes directamente, muchos otros jamás, y otros pueden encontrar expresión en el Yo ligándose a recuerdos de experiencias reprimidas y surgiendo entonces en forma de síntomas, sueños, etc.

El Yo o Ego.- El Yo es la realidad a la cual debe adaptarse la personalidad o sea el Yo es la región del Ello modificada por la influencia del mundo exterior que se ejerce a través de la percepción. El Yo, primero es preconsciente y luego es consciente.

En la configuración del Yo intervienen las distintas identificaciones que el ser experimenta. Una de esas identificaciones, la relacionada a los padres provocará el Super Yo.

El Super Yo o Super Ego.- Es la instancia psíquica desglosada del Yo que autoobserva y critica las acciones del ser humano y le presenta la imagen ideal a que debe parecerse.

El Super Yo juzga y critica. Representa las exigencias de la moralidad y de la sociedad.

Teoría del Inconsciente

Paralelamente a sus investigaciones se percató de la importancia de los procesos inconscientes y preconscientes de la actividad psíquica, ya con Breuer había llegado a la conclusión que ciertos recuerdos no desaparecen jamás, sino que en forma no consciente continúan ejerciendo influencia, confinados por la represión, fuera del campo consciente. Por lo tanto se concluye que en todo individuo existen pensamientos y experiencias que se desarrollan fuera de la consciencia.

El estudio de los sueños llevó a Freud a un mejor conocimiento de los sistemas integrantes del aparato psíquico:

El inconsciente.- Lo consideró como auténticamente psíquico cuya naturaleza nos es de tan desconocida como la verdadera realidad del mundo exterior.

El preconsciente.- Aparece como una pantalla entre lo inconsciente y la consciencia. No sólo cierra el paso hacia la consciencia sino que domina en acceso a la motilidad voluntaria y dispone de la emisión de una carga de energía móvil de la que nos es familiar una parte, a título de atención. Además es el que dirige la labor de debilitar la afectuosidad de las impresiones pasadas y de suprimir ciertos recuerdos.

La consciencia.- Freud escribió que es un órgano sensorial

para la percepción de las cualidades psíquicas.

Teoría de las Neurosis

Entre los años de 1892 y 1899, el estudio de los enfermos neuróticos aquejados de distintos trastornos, entonces no muy bien identificados, llevó a Freud a un intento de explicación, al principio de las fobias, las obsesiones y la histeria y posteriormente a una teoría general de la neurosis.

La neurosis histérica.- Freud distinguió de entre los distintos trastornos neuróticos a la histeria la cual subdividió en 1) histeria de conversión en la que existe un predominio de síntomas físicos; tales como tics, parálisis, convulsiones, vómitos, diarreas, inmadurez afectiva, etc. y 2) histeria de angustia, en la que predominan los síntomas psíquicos, por ejemplo cierta incapacidad sexual, física y psíquica, sensaciones de tensión, angustia física, temores, psadillas irritabilidad, depresión, temor a volverse loco, etc. Y ocupan un lugar relevante las fobias que es el temor exagerado a algún tipo de estímulo o situación determinados.

Las representaciones obsesivas.- Freud consideró a éstas como una cierta neurosis aparte integrada por dos elementos: una idea que se impone al enfermo, que bien puede ser de contenido sexual y un estado emotivo asociado, que puede desencadenar un sentimiento de arrepentimiento, de vergüenza, de cólera, etc.

Posteriormente las representaciones obsesivas las incorporó a la neurosis obsesiva. Las personas que padecen esta neurosis se caracterizan por tener poca fuerza sexual, física y psíquica, cavilaciones sobre una misma idea, tendencia a repetir los mismos actos, no se concentra en los problemas de la vida, sin humor, no tolera debilidades ajenas, desconfiado, vigila a los demás, etc.

Posteriormente distinguió las neurosis actuales las que propiamente llamó neurosis de angustia y estableció que éstas surgen aisladas o en combinación con otras neurosis, y se caracterizan por provocar: excitabilidad general, estados de espera angustiosa, ataques de angustia, pavor nocturno, mareos, perturbaciones digestivas, etc.

Freud consideró que los neuróticos eran personas como las demás, pero que el verse sometidos a ciertas situaciones, en vez de superar y dominar a éstas, como lo hacen los llamados "normales" son dominados por éstas. Por lo tanto, si todas las personas pasan por situaciones análogas y unos llegan a las neurosis y otros no, pensó que para que la enfermedad se produzca, deben coincidir ciertos factores tales como:

Primero.- Cierta disposición del sujeto a la neurosis, disposición que depende desde sus características (congénitas) a la constitución sexual influencias del mundo exterior, experimentadas desde la más temprana infancia.

Segunda.- Comprende todos los factores accidentales que pueden actuar como desencadenantes para la adquisición de la neurosis, tales como la pérdida del objeto amado, las exigencias de su realidad, la mala evolución de sus etapas de maduración, etc.

Tercero.- Al conflicto producido por la oposición de deseos, o sea una parte se opone y los rechaza lo que ocasiona un conflicto, como consecuencia puede adquirir la enfermedad.

Teoría de los Instintos

Freud consideró que en el hombre actúan dos instintos: el de conservación y el instinto de muerte; este último es el responsable de los trastornos neuróticos; en cambio el de conservación no produce conflictos neuróticos, ya que su importancia no puede desconocerse sin que la vida peligre, por lo tanto, su energía no puede alterarse ni desviarse.

Posteriormente señaló que los instintos no son fuerzas de progreso: lo único que persiguen es volver al estado de cosa inanimada, es decir a la muerte, y enunció la paradoja de que toda vida tiende hacia la muerte. Por lo tanto, los instintos de conservación que parecen ser netamente opositores a la muerte no son en realidad más que instintos parciales destinados a asegurar al organismo su peculiar camino hacia la destrucción.

En cuanto a los instintos de muerte, la explicación de su existencia sería la siguiente: no todos los organismos han sucum-

bido a la imposición exterior que nos impulsó a una interrumpida evolución. Tampoco todos los organismos elementales que componen un cuerpo animado superior, recorren con él todo el camino hacia la muerte. Algunos de ellos, las células germinativas, conservan su estructura primitiva de la sustancia viva, y al cabo de algún tiempo se separan del organismo total, cargado con todos los dispositivos instintivos heredados y adquiridos.

En condiciones favorables estas células se desarrollan, o sea, que repiten el mecanismo al que deben su existencia.

Freud designó a la tendencia regresiva que consignan los instinatos autodestructivos: instintos de muerte y, la otra tendencia que forman los instintos vitales que, alimentados por la libido constituyen los instintos sexuales en su más amplio sentido, los denominó instintos de Eros.

En los últimos años de su vida, Freud aclaró su concepto sobre los instintos, definiéndolos como las fuerzas que actúan tras las tendencias del Ello y que representan las exigencias planteadas a la vida. Y que hay un número indeterminado de instintos, pero prácticamente se pueden reducir a dos: los de Eros y los de destrucción.

La Libido

Freud denominó libido a la energía con la que se manifierta el instinto sexual.

La investigación de la sexualidad fué para Freud, en gran parte la investigación de la libido, y como resultado de la misma reconoció diferentes etapas en la evolución sexual:

La etapa oral.- Las primeras manifestaciones de la sexualidad, aparecen ya en el niño de pecho. De primera intención el interés del lactante recae en la absorción de alimentos, pero pronto aprende a lograr placer, con lo que llega al autoerotismo.

Esta etapa abarca desde el nacimiento hasta principios del segundo año de vida aproximadamente.

La libido aprende pues, en los primeros tiempos de vida con centrada en el único órgano que por evidentes razones reviste especial importancia para el niño: la boca. En ella se producen además, la mayor parte de las sensaciones.

La etapa sádico -anal.- Freud pensaba que a fines del primer año de vida la libido centrada principalmente en la boca, se extiende a todo el aparato digestivo, acumulándose especialmente en la región anal. Esta etapa la denomina sádico-anal y dura desde fines del primer año de vida hasta los dos años y seis meses aproximadamente. Por sus funciones y por su situación, la zona anal permite que la sexualidad se apoye en las excreciones. Las perturbaciones intestinales, tan comunes en esa edad, provocan en dichas regiones intensas excitaciones

La etapa Fálica.- Entre los dos años y seis meses y el tercer año de vida, hasta los cinco años aproximadamente, los órganos genitales son susceptibles de erección, hay manifestaciones de preferencias afectivas, celos, una marcada elección de objetos, etc.

Estos son hechos que reafirmaron, en Freud, la convicción de que en el niño de los tres a los cinco años, existe una vida sexual.

En la etapa fálica se registran procesos tales como:

La masturbación.- Los niños descubren que los órganos genitales producen excitaciones, lo que los lleva a ciertas prácticas de evidente carácter masturbatorio.

Diferencias anatómicas entre los sexos.- el niño otorga gran importancia al pene, sobre todo cuando observa que hay personas que carecen de él. Cuando descubre la vagina comienza por negar lo que ve, pues no puede admitir que alguien carezca de un órgano tan importante. Las niñas se sienten inferiores al constatar que carecen de pene, deseando muchas de ellas ser hombres. Esta ambición puede llegar más tarde a formar parte de las neurosis provocadas por fracasos en el cumplimiento de sus funciones femeninas.

El complejo de Edipo.- Es el proceso más importante que se desarrolla durante la etapa fálica. Según Freud el objeto eró-

tico infantil es la madre, la cual llega a constituirse en objeto de amor del hijo y desea tenerla para él solo; se irrita con el padre que es el principal obstáculo de sus deseos absolutos. Estos generan sentimientos hostiles y agresivos en el niño, hacia el padre pero al mismo tiempo lo ama, presentándose la ambivalencia de sentimientos hacia aquel.

Cuando este complejo no se resuelve a tiempo, ocasiona en etapas posteriores un mal desarrollo de la evolución varonil.

Las razones que determinan la terminación del complejo son:

- 1.- La propia evolución del sujeto.
- 2.- La decepción o serie de decepciones que se sufren (reprimendas, nacimientos de hermanos, la ausencia de las satisfacciones esperadas, etc.
- 3.- El temor a la castración.

El complejo de castración.- Freud sostuvo que el complejo de castración puede provenir del recuerdo de amenazas proferidas contra sus órganos genitales (los familiares del niño frecuentemente al verlo jugar con sus genitales, lo amenazan con cortar la mano, o los genitales), sobre todo, si tiene la impresión que la carencia de pene en las niñas se debe a un castigo. Es lógico deducir que si las razones expuestas pueden ser causa del complejo de castración, al atravesar la etapa edípica, los sentimientos de culpabilidad que la misma provoca, lo lleven a experimentar

una exacerbación de sus temores de castración.

La etapa de latencia.- Entre los cinco y siete años aproximadamente la actividad sexual registrada netamente durante el periodo fálico se estanca y entra en un periodo de latencia. Durante el mismo la producción de la excitación sexual no desaparece, sino que sufre únicamente una detención produciendo un mayor acopio de energías, utilizada en su mayor parte para fines no sexuales.

El periodo de latencia dura hasta la iniciación de la pubertad, etapa en que la sexualidad resurgirá con toda su potencia.

El periodo de latencia puede no registrarse en ciertos individuos. La seducción, la corrupción, la masturbación, etc., pueden interrumpirlo y hasta eliminarlo definitivamente, produciendo que el niño conserve un instinto sexual inadecuado.

La etapa genital.- La pubertad se inicia con el resurgimiento de la sexualidad puesta ya al servicio de la procreación.

El instinto sexual hasta entonces autoerótico encuentra su objeto sexual exterior. En la pubertad el fin sexual consiste en el hombre en la descarga de productos sexuales.

En líneas generales, la sexualidad normal se produce por la coincidencia de la ternura y la sensualidad enfocada sobre el objeto sexual.

Freud concluyó y ratificó que la libido es toda la energía disponible en el Eros, y finalmente agregó que la libido carece de sexo. Hay una sola libido que es puesta tanto al servicio de la función sexual masculina como de la femenina.

La teoría de la angustia.- Hacia 1894 Freud enunció que la angustia aparecía cuando existían ciertos impedimentos a una completa descarga sexual, esto debido a que en todos sus pacientes que presentaban angustia, encontraba abstinencia sexual, orgasmos perturbados, coitos anormales, etc. Por lo que consideró a la angustia como una reacción psicológica ante la frustración del orgasmo.

Posteriormente, al no encontrarse satisfecho con su primera teoría, modificó su concepción anterior, diciendo que la angustia más que una sensación, es un estado afectivo. Se registra tanto en neuróticos como en sujetos normales, si bien en los primeros es más frecuente y suele alcanzar sus más altos niveles. Y sostuvo que la angustia es la reacción del Yo ante el peligro de los avances de la libido.

A esta altura de sus investigaciones, Freud hizo notar que los avances de la libido, cuando van a alterar la paz del Yo, al provocar angustia obligan a aquel a defenderse, por lo cual emplea diferentes mecanismos que denominó mecanismos de defensas, a los cuales subdividió en:

A) Mecanismo de defensa eficaz o sublimación.- La sublimación es la única defensa del Yo exitosa, ya que produce la abolición de lo que se rechaza. Por lo que es el único mecanismo plenamente eficaz, por eso se considera que todas las defensas exitosas son sublimaciones.

Freud comprobó que este mecanismo transforma un impulso - instintivo en algo socialmente valioso y aceptable. Ya que lo instintivo al ser sublimado desaparece, porque su energía le ha sido extraída y puesta a disposición del sustituto.

B) Mecanismos de defensa ineficaces:

1.- Negación - Freud lo definió como el mecanismo por el cual no se aceptan las percepciones internas o ideas intolerables que el sujeto no quiere dejar llegar a su conciencia, ejemplo: cuando alguien dice "no se a quien puede representar esa persona de mi sueño; seguramente no es mi madre". Esto quiere decir "se que es mi madre pero todavía estoy en condiciones de negarlo".

2.- Proyección - Se define así a la tendencia a atribuir ciertos procesos mentales reprimidos, cuyo origen personal no se quiere admitir, al mundo exterior. Como consecuencia, esos procesos, no son admitidos como propios por el sujeto, sino como una percepción externa. Freud puntualizó que en su forma común, la proyección consiste en atribuir a otras personas lo que el individuo experimenta.

3.- Introyección - Identificación. La introyección es el mecanismo por el cual se absorbe en el propio psiquismo el ambiente o la personalidad de otros, hasta el punto de reaccionar ante los estímulos externos como si se produjeran en el propio ser, - produciendo la identificación de uno mismo con otras personas.

4.- Represión - Freud la definió como el proceso psíquico mediante el cual las percepciones e ideas que serían dolorosas para la conciencia permanecen en el inconsciente, aunque sin perder su dinamismo (por ejemplo, sentir gran pena por la muerte de un animal y no haberla experimentado en su momento por la pérdida de un ser querido).

5.- Formación reactiva - Este mecanismo de defensa se caracteriza por la utilización de conducta que protegen algún aspecto de la personalidad o historia del individuo, recurriendo con frecuencia a actos disfrazados. Por ejemplo: obedecer ciegamente para ocultar rebeldía. Mediante este mecanismo una tendencia determinada es sustituida por otra contraria.

6.- Anulación Esta consiste en que una segunda acción tiene de a abolir la primera como si esta no hubiera tenido lugar. En la anulación se realiza un acto concreto contra algo que se hizo o pensó antes. Por ejemplo: demostrar exagerada preocupación por el bienestar de alguien puede ser la anulación de impulsos anteriores hostiles contra ese alguien.



7.- Aislamiento - Este mecanismo es peculiar en los neuróticos obsesivos, en los que tras un suceso desagradable por consecuencia viene un periodo de tiempo en el que no ejecutará ninguna acción. Debido al aislamiento el sujeto conoce las vivencias que han sido causa de sus trastornos, pero no sabe que aquellas son las que provocan sus síntomas. O sea se resiste a constatar conexiones reales.

8.- Regresión - La regresión como mecanismo de defensa, es el retroceso de la libido a una etapa anterior de su desarrollo. Para que se produzca es necesario que la tendencia natural de todo ser humano a añorar estados anteriores, cuando los presentes son hostiles y esta se ve aumentada por el grado de vacilación con que el sujeto adopta sus formas de satisfacción y de la intensidad de su adhesión a las etapas anteriores. Ejemplo: el retroceso a una fase genital.

9.- Desplazamiento - Este mecanismo consiste en trasladar el efecto de una idea a otra, pudiendo ser la segunda un sustituto de la primera y que generalmente se trata de una idea lógicamente inadecuada. Por ejemplo: la persona necesitada de afectos que de pronto vive solamente para su gato.

10.- Racionalización - Por este mecanismo el sujeto se convence justificándose consigo mismo de los motivos que tuvo para actuar de una determinada manera. Al darse la razón, elimina la angustia que tales hechos pueden provocarle. Por ejemplo: la per

sona que al no lograr alcanzar algo dice, al fin y al cabo que ni la quería. (11)

En 1929, la Asociación Médica Británica estableció que el término psicoanálisis solo puede ser aplicado legítimamente al método desarrollado por Freud y a las teorías derivadas del uso de dicho método.

CAPITULO II

a) Definición de Psicoterapia Breve.

A pesar de los enormes avances realizados en nuestro siglo en materia de comprensión y tratamiento de los trastornos emocionales, aún hay muchos problemas apremiantes y, en gran medida no resueltos. Uno de ellos es el reducir la duración de la psicoterapia, ya que por muy favorablemente que la psicoterapia prolongada y particularmente el psicoanálisis pueda influir sobre la vida de determinados individuos, en comparación con la cantidad de gente conflictuada e inestable existente en el mundo, su contribución es insignificante. Por esta misma razón se ha intensificado la investigación de la psicoterapia breve, realizada por terapeutas con un conocimiento y experiencia en la técnica psicoanalítica, pero procurando una intervención más flexible y enérgica, a fin de obtener resultados en mucho menor tiempo. Y es definida por Bellak y Small (1969) de la siguiente manera: "Es la interpretación verbal o de alguna otra manera simbólica de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente y dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente". (3)

Y Wolberg (1967) define a la psicoterapia breve como el conjunto de procedimientos de naturaleza psicológica que constitu-

yen una forma de tratamiento para los problemas de naturaleza emocional, que establece un terapeuta con un paciente a efecto de eliminar o modificar los síntomas existentes, así como los patrones de conducta distorsionados. (15)

En sí, estas definiciones de psicoterapia breve, por su contenido son análogas a ciertas definiciones de psicoterapia de prolongada duración. Sin embargo, la diferencia estriba en que en la primera deberá cumplir sus objetivos en un número corto de sesiones terapéuticas, con sesiones cada una del tiempo acostumbrado (45 - 50 minutos).

Garner (Small 1972) concibe a la psicoterapia breve como un tratamiento en el que la extensión y la frecuencia de las entrevistas, así como la duración total de la interacción, se ajustan al mínimo necesario para obtener las metas más viables para el paciente. (13)

La psicoterapia breve es por lo menos tan antigua como los esfuerzos de Freud para hallar cura a las neurosis. Así como la psicoterapia moderna debe sus orígenes a la teoría psicoanalítica, también lo hace el concepto de psicoterapia breve.

Balint (Malan 1963) ha señalado que historias clínicas de análisis breves, que aparentemente tuvieron éxito, se observan con cierta frecuencia en la literatura inicial, y luego parecen desaparecer por completo. En consecuencia y por lo visto, los

primeros analistas deben haber poseído el secreto de la psicoterapia breve y haberlo perdido a medida que crecía su experiencia.

Se deduce de esta aparente paradoja, que estos primeros éxitos fueron meramente curas transferenciales y que un seguimiento más prolongado los habría revelado ilusorios. (9)

Ya en una forma más sistemática Franz Alexander y Thomas -- French, publicaron en 1946 su libro *Psychoanalytic Therapy*, el cual arrojó poderosa luz sobre el camino a seguir hacia el desarrollo de una psicoterapia breve derivada de la comprensión psicoanalítica de la personalidad y del proceso de la psicoterapia.

b) Diferenciación del Psicoanálisis.

Bellak y Small (1964) establecieron particularmente diferencias entre la psicoterapia breve y el psicoanálisis, y las encuadraron de la siguiente manera: es conveniente diferenciar a la psicoterapia breve derivada de la teoría psicoanalítica en tres terrenos: el de las metas, el del factor del tiempo y el de los métodos.

Metas. - La meta de la psicoterapia breve se limita a quitar o a reducir un síntoma determinado; no se propone la restructuración de la personalidad, si bien la intervención dinámica puede, como efecto secundario, conducir a la restructuración autónoma de dicha personalidad. De manera específica los autores consideran que la psicoterapia breve se orienta hacia los sínto

mas, y trata de mejorar la situación psicodinámica del individuo en la medida de lo suficiente para que este continúe funcionando y la "naturaleza pueda completar el proceso de curación", y en los casos en que este indicado, aumentando la capacidad de autoapoyo del individuo lo suficientemente para que se habilite para continuar una psicoterapia más extensiva.

También Wolberg (1965) recalca la necesidad de aceptar objetivos limitados y los identifica en:

- 1.- El alivio de los síntomas.
- 2.- La restauración del nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad.
- 3.- Cierta comprensión de las fuerzas que precipitaron el trastorno.
- 4.- Reconocimiento de alguno de los problemas de personalidad que obstaculizan la mejor adaptación a la vida.
- 5.- Comprensión parcial del origen de estas circunstancias en experiencias pasadas.
- 6.- Cierta grado de advertencia de la relación entre los problemas de personalidad predominantes y la actual enfermedad.
- 7.- Comprensión de aquellas medidas que puedan remediar las presentes dificultades ante el medio. (16)

Buena parte de autores de obras dedicadas a la materia coinciden en asignar a la psicoterapia breve metas limitadas, dirigidas principalmente a la eliminación o alamejoría de los síntomas, el alivio de las angustias presentes y la prevención de problemas más serios. Pero el hecho de considerar limitados tales objetivos no significa que se los estime insignificantes, y todos estos autores dejan abierta la posibilidad para reconocer los cambios espectaculares, fundamentales y de gran alcance en la estructura de la personalidad que, aunque no sean muy frecuentes, suelen observarse tras la aplicación de los tratamientos breves.

El factor tiempo.- Es razonable pensar que un tratamiento de psicoterapia breve, se lleve a cabo en un tiempo considerablemente menor que utilizando otra técnica.

Bellak y Small dicen que para considerar el que una psicoterapia sea breve debe comprender desde una hasta seis sesiones (o a cualquier número de sesiones razonablemente limitado).

Small (1972) encontró que la falta de precisión es el rasgo más común de las referencias al número de entrevistas que comprenden las psicoterapias breves (alrededor de diez sesiones en promedio, con un máximo algo inferior a las veinticinco). (13)

Sin embargo, en la bibliografía sobre el tema se identifican diferentes categorías de tiempo: unas comprenden tratamientos que

abarcan entre una y seis sesiones; otros comprenden un promedio de alrededor de diez sesiones; otros incluyen tratamientos de entre doce y veinticinco sesiones; y otros indican que las sesiones se realizaron a razón de una por semana, pero la duración total de los tratamientos no se da ni en término de números máximo y mínimo de sesiones.

La consideración del factor tiempo debe abarcar también los intervalos entre sesiones, de los cuales los de una semana son los que más autores mencionan como lo común.

En cuanto a la duración misma de cada entrevista, la mayoría de los autores se inclina por la llamada hora psicoterapéutica que es entre 45 y 60 minutos, en general de 50 minutos.

Alexander y French (1965) consideraron que la duración de la psicoterapia breve oscila desde una sola sesión hasta un total de 65 sesiones a razón de una semanal.

Diferencias Metodológicas

El psicoanálisis emplea el método de la asociación libre para fomentar la determinación de la causalidad, para establecer la transferencia, y para fomentar el insight basado en la interpretación derivada del material producido por la asociación libre. Tradicionalmente el paciente se tiende en un diván y el analista se sienta tras de él, con el fin de facilitar la asociación libre.

En la psicoterapia breve la asociación libre en cuanto tal no es un instrumento esencial excepto en los casos en los que pueda surgir como respuesta a un determinado estímulo del terapeuta. En esta psicoterapia el paciente no se tiende en un diván, sino que se sienta frente al psicoterapeuta. Además el terapeuta debe desempeñar un papel esencialmente activo: 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. Su participación es más directamente orientadora que la del analista en la técnica estándar, cuyo rol es más pasivo en el sentido de limitarse a interpretar según el material que espontáneamente va aportando el paciente. (3)

En psicoterapia breve al igual que en el psicoanálisis, la interpretación es el medio principal del analista para facilitar el insight. Sin embargo, en psicoterapia breve la interpretación se modifica considerablemente en la práctica por las exigencias de la brevedad de la situación.

En el procedimiento psicoanalítico estándar, el terapeuta podría arriesgar una interpretación desagradable, pues puede apreciar su efecto al día siguiente y proteger al paciente contra un aumento de angustia. Si se expusiera esta misma interpretación

en una psicoterapia breve, la angustia podría acumularse en tal medida que el paciente caería en el pánico. Por lo tanto en esta psicoterapia se requiere mayor atención e incluso mayor agilidad por parte del terapeuta.

En psicoanálisis, el análisis de la transferencia conflictual se considera como el aspecto curativo básico del proceso, en el cual el paciente revive en la figura del terapeuta, la repetición de la relación original vivida conflictualmente con los padres o con otras personas allegadas.

En psicoterapia breve se evita en la medida que sea posible la transferencia negativa y sólo se maneja cuando de alguna manera esté obstruyendo el camino del progreso terapéutico. En cuanto a la transferencia positiva se procura y se mantiene desde el principio hasta el final del tratamiento. Ya que teniendo por finalidad la eliminación o la mejoría del síntoma, en esta psicoterapia se presenta al terapeuta como una persona benigna, interesada, servicial y participante, por lo que la transferencia positiva se fomenta y se da por supuesta.

c) Principios y Técnica de la Psicoterapia Breve

Los conceptos guidores que enfatizan las intervenciones del terapeuta en psicoterapia breve están fundamentados en una teoría de la personalidad y en proposiciones relacionadas con el diagnóstico, con la dinámica del padecimiento y con el tratamiento de

las causas que ocasionaron el padecimiento. Esto es necesario para excluir un tratamiento que se realice por medio del instinto, la intuición, la cura por fé, o mediante intentos filantrópicos en general, ya que estos conceptos representan sólo esfuerzos al azar, de ensayo y error para ayudar a un paciente.

En psicoterapia breve y en todas las psicoterapias orientadas psicoanalíticamente hay tres procedimientos básicos que le son comunes: la comunicación, el insight y la elaboración.

La comunicación.- El paciente debe informar al terapeuta de sus problemas. Sus comunicaciones pueden ser estrictamente verbales o también se presenta a través de las expresiones faciales o diversos actos motores, tales como moderse las uñas, arrugar la cara, agitar un pie, frotarse las manos, etc. La palabra desde luego, es el medio básico de comunicación en psicoterapia. La elección que el paciente hace de las palabras, el ritmo de su discurso, la forma de expresarse. Todo esto puede comunicar al terapeuta información importante y que al encontrarse constantemente alerta, deberá reconocer los comunes denominadores en su patrón de conducta, al igual que los pensamientos los sentimientos y las experiencias, ya que estos comunes denominadores contienen la explicación del comportamiento presente del paciente. El propósito de esto es que el terapeuta se encuentre equipado para comunicar mediante la interpretación su insight al paciente.



Es posible que antes que se realice la interpretación apropiada se recurra a una serie preparatoria de intervenciones verbales, o de interpretaciones parciales o menores con el fin de guiar al paciente mismo hacia el insight principal, descubierto ya por el psicoterapeuta, para preparar el campo para la comunicación del insight, o para probar en que medida esta el paciente preparado para aceptarlo

El insight.- Es definido como la percepción de las causas que motivaron el desarrollo de cierta conducta, sentimientos y manera de pensar, o sea el insight es la percepción intelectual y emocional de los comunes denominadores en el patrón de la experiencia.

La manera en que el paciente manifiesta el insight puede ser de varias formas: puede manifestarse como risa, que es señal de que algo dió en el clavo; se puede manifestar también como una expresión: ¡Aja!, esta es una señal de entendimiento. O bien puede manifestarse con llanto, con ira o puede aparecer precedido por manifestaciones de ansiedad.

Se considera que el insight es una meta, mientras que los métodos que se empleen para impartirlo o facilitarlos constituyen los aspectos técnicos de la intervención.

Para impartir el insight mediante la interpretación se debe tener en cuenta la capacidad y la disposición del paciente para aceptar y emplear el insight. Así por ejemplo, para que un paciente pueda utilizar debidamente la interpretación de un impulso como componente de su personalidad, experimentarlo, descargarlo de un modo no destructivo junto con la angustia y la tensión que han --

acompañado su represión, y tiene que estar capacitados para lograr una reorganización de sus defensas que a su vez resulten en un reajuste de las fuerzas de su personalidad.

Para impedir confusiones en cuanto a aumentar el insight mediante al interpretación, el terapeuta debe intentar predecir el efecto de su interpretación y si lo considera necesario debe estructurar salvaguardias. Ya que el pretender el descubrimiento de los impulsos instintivos sin un riguroso juicio previo es realizar un mal uso de la práctica psicoterapéutica.

Es sumamente importante que la interpretación sea realizada en el momento adecuado para facilitar su aceptación. Por lo que es necesario el timing de la interpretación; este concepto implica que el paciente este preparado o listo para algo.

La elaboración.- Es un proceso en el que el paciente aplica un recién insight adquirido a una serie de situaciones que anteriormente no tenía conocimiento. Por lo tanto se aumenta su conciencia de la conducta manifiesta y de sus causas. Se elabora cuando el paciente ha entendido o aprendido a percibir algunos comunes denominadores en su comportamiento y comienza a aplicar ese conocimiento a su vida práctica. Por ejemplo, cuando un paciente se da cuenta de que la agresividad que proyecta sobre su esposa, en realidad es la agresividad que siente hacia su madre, es de suponerse que al encontrarse nuevamente con su esposa y al volver a sentir ese sentimiento, recordará que está proyectando en ella la agresión que siente por otra persona. Y de acuerdo con esto, al principio,

modificará su sentimiento voluntariamente. Posteriormente se espera que haya un cambio del control voluntario a un control inconsciente más automático, hasta lograr que el paciente deje de proyectar la agresividad.

Pero en el caso de que a pesar de que se halla realizado con éxito la transformación intelectual de la interpretación, y esto no constituya aun el cambio o la recuperación. Habrá la necesidad de "reelaborar" (Fromm - Reichmann 1975) investigando la experiencia específica que se halla bajo interpretación y sus lazos con otras experiencias las cuales deberan o no ser subsiguientemente abordadas interpretativamente por sí mismas.

Estos son, pues, los principios generales de la psicoterapia dinámica que son aplicables también a la psicoterapia breve.

La técnica.- Por su brevedad, la psicoterapia breve ofrece ayuda a más gentes que la terapia prolongada, sin embargo, es importante puntualizar que la brevedad de esta psicoterapia no debe confundirse con superficialidad, ya que no intenta suplir o desplazar otras terapias cuando sean indicadas y posibles; y tampoco requiere menos habilidad por parte del terapeuta. Por lo tanto en psicoterapia breve el terapeuta debe realizar la elección de determinadas técnicas según sea su talento, habilidad y su experiencia.

En psicoterapia breve se alienta la técnica del frente a frente, por considerarse que crea una atmósfera en la cual el

paciente siente que no está hablando en el aire, sino al terapeuta. La terapia tiende a convertirse más en un diálogo, el terapeuta tiende a tomar parte más activa en la relación, y ayuda a un manejo más activo del material del paciente.

Varias escuelas de psicoterapia breve, escribe Malan -- (1963) destacan algunos principios relacionados: en primer lugar, que el terapeuta debe abandonar uno de los factores de prolongación a saber: el perfeccionismo terapéutico, y planificar un objetivo limitado (técnica focal), desde el principio, persiguiéndolo al guiar al paciente por medio de cierta técnica de atención selectiva. Esto sugiere que debe producirse entre terapeuta y paciente un acuerdo acerca de la concentración positiva de un síntoma. (9)

Pumpian Mindlin (Malan 1963) realizó una manifestación específica referente a abandonar el perfeccionismo terapéutico: "tanto el paciente como el terapeuta deben ser capaces de aceptar la mejoría o cura en términos de los problemas iniciales observados y de sentirse razonablemente satisfechos con ello. El terapeuta no debe sentirse forzado a ninguna transformación profunda del carácter". (9)

Frecuentemente se discute acerca de cuanto se debe profundizar en psicoterapia breve; resulta obvio que una manera de

acortar la terapia puede ser el mantener más superficiales las interpretaciones. En cuestión de experiencia decidir si esto es suficiente o no para suministrar al paciente una ayuda realmente valiosa. Alexander y French (1965) señalaron que no pueden establecerse límites de antemano que el terapeuta debe ir todo lo profundamente que sea necesario para ayudar al paciente, y que a veces un conflicto debe interpretarse sólo en términos del presente, mientras que a veces es menester rastrearlo hasta sus raíces en la infancia. (1)

Una de las cuestiones fundamentales en psicoterapia breve, es la del empleo de la transferencia. Concuerdan las opiniones en que debe y puede ser evitada, pero allí termina la concordancia. Obviamente, el desarrollo de todo tipo de transferencia debe acarrear el peligro del desarrollo de una neurosis de transferencia. Sin embargo, hay divergencias de opiniones, Pumpian Mindlin (Malan 1963) señala "En la terapia breve - existe una tendencia general a evitar una transferencia intensa y a tomar medidas para disminuir los fenómenos transferenciales que inevitablemente aparecen. La mecánica de esto consiste en realizar visitas menos frecuentes y estructurar, la terapia sólo en función del problema circunscrito que fúe motivo de consulta".

Algunos autores consideran que a veces es necesario interpretar la transferencia, pero sólo cuando comienza a perturbar la terapia, en particular cuando comienza a ser usada como re -

sistencia o cuando se vuelve negativa. Otros citan que debe existir una buena transferencia positiva durante todo el periodo de tratamiento, para que no sea necesario perder tiempo en el análisis de la transferencia.

La terminación del tratamiento debe considerarse cuando ha habido suficiente beneficio terapéutico. Y debe empujarse al paciente a que lleve a la práctica lo aprendido durante el corto procedimiento psicoterapéutico. Es de gran ayuda reforzarle el aprendizaje que se ha logrado, e infundirle confianza en que superará posibles problemas futuros que surjan como resultado de su nueva conducta.

Seitz (Malan 1963) adoptó el recurso de fijar límite de tiempo desde el comienzo, ya que consideró que era importante para la terapia tener un comienzo, medio y final definido, obteniendo un éxito terapéutico nada desdeñable. (9)

d) Por qué es Necesaria esta Técnica.

Es notable en nuestro medio el ritmo de crecimiento de la actividad psicoterapéutica, tanto en el ámbito institucional como en la asistencia privada. Pero los métodos tradicionales resultan ya insuficientes para satisfacer las necesidades de la población conflictuada.

De hecho, frente a las demandas ya creadas las instituciones y la práctica privada se ven obligadas a emplear terapéuticas breves. Esta modalidad de asistencia se extiende bajo el signo de la desconfianza, por considerarse ambigua en sus fundamentos y en su técnica, y cuya brevedad de aplicación sugeriría ya soluciones precarias, más aparentes que efectivas. Sin embargo, estas psicoterapias han demostrado resultados muy alentadores, permitiendo que estas prácticas vayan adquiriendo una racionalidad que las legitime, las haga coherentes y las constituya en técnicas individualizables, dotadas de sentido, indicadas científicamente y no recursos accidentales para una emergencia.

Dos hechos fueron los principales factores de impulso en la búsqueda de métodos breves efectivos. En primer término, es cada vez más numerosa la cantidad de personas que reconocen la imperiosa necesidad de recibir tratamientos psicológicos; y la mayoría de estas personas no pueden asumir ni los elevados honorarios del psicoanálisis y de las demás psicoterapias a largo plazo, ni la pérdida de horas de trabajo económicamente productiva que exigen esos métodos.

Wayne y Koegler (Small 1972) consideran que la psicoterapia no está al alcance de la mayoría de la gente debido al problema del tiempo implícito de los tratamientos, y que si estos no se abrevian, esa gente seguirá sin asistencia. (13)

Jacobson (Small 1972) refiere la visible brecha que existe entre la intención a servir a toda la población y la relativa falta de servicios para pacientes de las clases socioeconómicas bajas. Este autor observa que en todas las etapas del proceso de tratamiento de pacientes externos, cuanto más baja sea la posición social del individuo, menos probable será su aceptación como paciente. También es menos probable que perseveren en la asistencia durante todo el tratamiento. Jacobson señala que es to sucede tanto en la práctica privada como en las clínicas pri vadas y públicas. (13)

En la actualidad se considera de suma importancia que a una persona que va a ser sometida a alguna operación emocionalmente traumática o que se le vaya a amputar algún miembro, se le debe rá proporcinnar psicoterapia preoperatoria. En esta fase la psi coterapia breve se dirigirá al significado del trauma o pérdida que se trate. Y posteriormente proporcionarle psicoterapia postoperatoria dirigida a reestructurar su posible autoestima de caída.

La utilidad preventiva de la psicoterapia breve se reconoce cada vez más, ya Lindermann (Small 1972) observó que las reacciones ante las experiencias traumáticas han adquirido gran importancia en la práctica de la asistencia mental, tanto cuando derivan en neurosis claras, como cuando no lo hacen. Lindermann recalca que las reacciones de angustia distorsionada se pueden

transformar en una pauta normal de aflicción, que conduzca a la resolución. El mismo autor expresa su convicción de que los servicios de clínica general que promueven la prevención y la asistencia pueden con el tiempo hacerse ampliamente disponibles para el público. (13)

Bellak y Small (1965) describen tres tipos de influencias preventivas que se pueden ejercer mediante la psicoterapia breve: la prevención primaria, para evitar que problemas menores y temporarios se transformen en incapacidades mayores y organizadas; la prevención secundaria, que atenúa y reduce al mínimo los efectos de desórdenes ya desarrollados; y la prevención terciaria, que circumscribe y limite las consecuencias de las incapacidades crónicas. (3)

D. H. Malan (1963) enfoca la división de opiniones respecto de la psicoterapia breve, por un lado el enfoque conservador y por el otro, el enfoque radical, y lo esquematiza de la siguiente manera:

Punto de Vista Conser
vador

Solo resultan adecuadas
en enfermedades leves -
en personalidades básic-

Punto de Vista Radical

A menudo pueden lograr
se buenos resultados en
enfermedades graves y

<p>Criterios de Selección</p>	<p>camente bien ajustadas. Los métodos breves sólo deberían usarse cuando los métodos prolongados no resultan accesibles por razones prácticas.</p>	<p>permanentes. Los métodos breves tienen sus propias indicaciones positivas, y en ciertos casos pueden resultar más adecuados que los prolongados.</p>
<p>Técnica</p>	<p>Las interpretaciones deberían mantenerse en un nivel relativamente superficial; deberían evitarse los sueños, la transferencia y los orígenes infantiles de la neurosis.</p>	<p>No hay diferencia esencial entre los métodos breves y prolongados, que constituyen una continuidad. Los sueños, la transferencia y los orígenes infantiles de la neurosis pueden interpretarse libremente donde sea apropiado, pudiendo desempeñar un papel esencial en la terapia.</p>

Resultados	{	<p>Los resultados son <u>esen</u> cialmente paliativos y solo consisten en una eliminación de los <u>sín</u> tomas. No deberían <u>in</u> tentarse cambios más - profundos, los que so- lo pueden obtenerse <u>me</u> diante métodos <u>prolon</u> gados.</p>	<p>No hay diferencia <u>esen</u> cial entre los resulta dos terapéuticos de -- los métodos breves y prolongados. A menudo resultan posibles cam- bios de muy largo alcan ce.</p>
------------	---	---	--

Finaliza Malan definiendose a favor de las opiniones radicales y concluye:

1.- Que la psicoterapia breve de base psicoanalítica es posible; 2.- Que se pueden obtener mejorías en pacientes con enfermedades moderadamente graves y de antigua data; 3.- Que esos resultados se pueden obtener mediante una técnica que, además de ser activa y "focal" se asemeja estrechamente a la del psicoanálisis y se ocupa sin temor de la mayor parte de los mismos temas; 4.- Que una técnica de este tipo acarrea pocos peligros si se le emplea correctamente. (9)

Por su parte Small (1972) describe a esta técnica de la siguiente manera: "las terapias breves desempeñan un papel preventivo, tanto para las situaciones menores como para las agudas

y las crónicas; las crisis y las tensiones propias de la vida de la mayoría producen una demanda urgente de la intervención inmediata; la ineludible amenaza de catástrofes imprevisibles exige disponer de medios de asistencia rápidos y efectivos; la psicoterapia breve es la única clase de tratamiento considerado efectivo por algunos profesionales; ciertos ambientes exigen la aplicación de psicoterapias breves, debido a que en ellos no es posible contacto prolongado con el paciente". (13)

e) Esquemas Generales de Psicoterapia Breve

Los defensores de la psicoterapia breve sienten el impulso de transmitir los detalles del tratamiento, debido tal vez a que sus puntos de vista constituyen todavía una novedad y consideren la necesidad de enunciar sus procedimientos para ponerse en condiciones de defenderlos. O quizá el esfuerzo desarrollado para lograr la brevedad les haya dado una mejor visión que constituya por sí misma un impulso natural hacia la comunicación. Sea cual fuere la razón, lo cierto es que se ha beneficiado con una gran cantidad de exposiciones concisas y ricas de modelos para la dirección y la ilación de psicoterapias breves.

Wolberg (1967) esquematiza a la psicoterapia breve, en los términos siguientes:

- 1) El establecimiento temprano de una relación de trabajo que involucra escuchar, comunicarse y comprender benevolmente, desarrollar en el paciente confianza y tranquilidad en cuanto a que se le puede ayudar, y estructurar la situación terapéutica.
- 2) La elaboración de un diagnóstico tentativo.
- 3) La concentración en una zona de exploración que ponga en claro la conducta neurótica del paciente.
- 4) La resolución de las resistencias tan pronto como se presenten, por lo que el terapeuta debe permanecer alerta para detectarlas.
- 5) El rápido manejo de las manifestaciones de transferencia, con el fin de evitar el desarrollo de neurosis de este tipo.
- 6) El reconocimiento de los aspectos destructivos que existan en el paciente y la superación de los mismos antes de que se tornen peligrosos.
- 7) El dominio rápido de los síntomas identificados, tales como la ansiedad, la depresión, etc.
- 8) La elaboración, en conjunto con el paciente de un plan de acción en virtud del cual este pueda aplicar el recién insight adquirido a efectuar cambios en su vida.
- 9) La instrucción del paciente en el uso del insight como fuerza mejoradora y modificadora de su propia vida.

- 10) La promoción de las capacidades positivas del paciente, para el desarrollo de una filosofía apropiada de la vida. (15)

Por su parte Bellak y Small (1965) esquematizaron a la psicoterapia breve en seis rubros:

1) El problema que se presenta. Por lo general la identificación del problema es muy claro. El paciente padece depresión, dudas, confusión, despersonalización, etc. Debido a la naturaleza del problema que se presenta, sirve de guía al psicoterapeuta en su búsqueda a través de la historia de la vida y de la situación actual para llegar a los factores contribuyentes, y posteriormente empezar a poner los cimientos para las formulaciones que permiten los hallazgos sobre la etiología.

2) Reconstrucción de la historia. La tarea consiste en obtener datos que iluminen las experiencias personales del paciente, y que permitan la formulación del diagnóstico. Para la cual se requiere que el terapeuta además de obtener los datos concernientes al padecimiento, consiga además datos pertinentes a la forma de vida del paciente en la actualidad, que averigüe las relaciones con los demás y la situación vocacional y social. Por lo que el terapeuta debe poseer habilidad suficiente para facilitar la comunicación.

3) Establecimiento de las relaciones causales. El tera-



peuta mientras escucha la presentación del problema y hace la historia, debe establecer inmediatamente una pauta causal. Debe reconocer de inmediato las características generales de la psicopatología de su paciente.

En la determinación de las relaciones causales, la tarea consiste en comprender como un síntoma fué precipitado por un determinado suceso, y cual es el significado tanto del síntoma como del suceso, en relación a la historia y a la estructura es pecífica de un paciente.

4) La elección de la intervención a adoptar. Una vez que se ha identificado las causas de los síntomas, el terapeuta debe dedicarse a la labor de anulamiento de las mismas.

El terapeuta establecerá rápidamente cuales son los factores que requieren cambios o que se prestan a los mismos con mayor facilidad. Las intervenciones pueden consistir en operaciones verbales, y otro tipo de medidas adicionales que se encuentran al alcance del terapeuta; se consideran intervenciones primarias aquellas que se fundan esencialmente en la comunicación verbal entre el paciente y el terapeuta, y se consideran intervenciones primarias aquellas que se fundan esencialmente en la comunicación verbal entre el paciente y el terapeuta, y se consideran intervenciones secundarias a todas las demás medidas que emplee el terapeuta.

5) Elaboración del problema, consistente en la aplica-

ción del aprendizaje de una nueva conducta, y la extinción de las formas neuróticas de adaptación.

En psicoterapia breve se suele invitar al paciente a que regrese después de algún tiempo a una o dos sesiones más, ya que el cese de la psicoterapia por algún tiempo, le permite al paciente aplicar su nuevo aprendizaje a situaciones de la vida real y para que pueda constatar que ha aprendido adecuadamente un nuevo modo de conducta.

6) Terminación del tratamiento. En psicoterapia breve, el paciente debe quedarse con una transferencia positiva cultivada y con la clara comprensión de que será bienvenido en cualquier momento, que quiera regresar. El mantenimiento de la transferencia positiva elimina el sentido de rechazo en el proceso de terminación y le permite al paciente retener al terapeuta como una figura benigna.

En la terminación del tratamiento es de gran ayuda el reforzar el aprendizaje que se ha logrado, ayudando al paciente a anticipar la posibilidad de problemas futuros. Este tipo de anticipaciones suele tener un efecto preventivo. (3)

Sifneos (Small 1972) propuso un enfoque de la psicoterapia breve que se funda en el esquema siguiente:

- 1) Determinar la necesidad que el paciente tenga, y la aptitud a ser sometido a determinada intervención terapéutica.
- 2) Revisar con el paciente el desarrollo de la crisis,

de modo que este comprenda el curso de la misma.

4) Alentar al paciente cada vez que este proponga dar pa sos prácticos y realistas para resolver su crisis.

5) Rechazar toda acción antiterapéutica.

6) Enseñar al paciente a prevenir el peligro de dificultades emocionales que pudieran surgir de situaciones similares, a la de la crisis presente.

7) La terapia debe terminar rápidamente para lo cual es necesario no enredarse con los problemas caracterológicos del paciente. (13)

f) Características Personales y Profesionales del Terapeuta.

Entre los requisitos personales para el terapeuta que desee ejercer la psicoterapia breve está de una manera preponderante el poseer un equipo emocional e intelectual desarrollado. Desde lue go el terapéuta debe poseer buenos conocimientos de la teoría psicodinámica. Otra de las cosas esenciales es la capacidad para razonar rápida y lógicamente, tanto de una manera inductiva como deductiva. Es básica la flexibilidad en cuanto a la apertura; la capacidad para cambiar la forma de iniciar según las peculiaridades de cada paciente. Además de estas cualidades -- Bellak y Small (1965) sostiene que las claves de la capacidad terapéutica es adquirida cuando el terapeuta se haya sometido a análisis personal exitosamente y haber adquirido una amplia

experiencia clínica supervisada. (3)

Small (1972) enlista las características del terapeuta como sigue:

- 1.- Actividad
- 2.- Agudeza en el enfoque, habilidad en el desarrollo
- 3.- Capacidad para entender rápidamente los conflictos del paciente.
- 4.- Capacidad para efectuar interpretaciones vívidas
- 5.- Comprensión
- 6.- Disposición para aceptar la terminación temprana del tratamiento.
- 7.- Entusiasmo
- 8.- Flexibilidad
- 9.- Habilidad para desarrollar una buena relación entre paciente y terapeuta.
- 10.- Interés por el ser humano en su totalidad
- 11.- Seguridad en sí mismo (13)

Fromm - Reichmann (1975) considera que los requisitos básicos en cuanto a la personalidad y a las habilidades profesionales de un terapeuta son los siguientes:

El terapeuta debe ser capaz de escuchar y obtener información de otra persona, sin reaccionar con sus propios problemas o experiencias, cuyos recuerdos pueden evocarse quizás de una

manera perturbadora. Por lo que el terapeuta debe tener pleno conocimiento de sus propios procesos interpersonales.

El terapeuta debe tener suficientes fuentes de satisfacción y seguridad en su vida no profesional, como para renunciar a la tentación de usar a sus pacientes para la búsqueda de su satisfacción o seguridad personal.

Debe poseer una autoestima razonablemente estable, con el fin de evitar errores terapéuticos. Ya que es sumamente benéfico para el paciente el hecho que su terapeuta demuestre ser un individuo que se respeta a sí mismo. Se deduce que solamente un terapeuta que se respeta a sí mismo será capaz de respetar a sus pacientes.

Es indispensable que el terapeuta cuente con una seguridad e independencia interna respecto a los valores atribuidos en nuestra cultura. Esta serie de razones hace necesario el psicoanálisis del terapeuta antes de emprender la psicoterapia con otros. (7)

Wolberg (1967) considera que son requisitos formales para el buen practicante de la psicoterapia breve:

El entrenamiento intensivo incluyendo los conocimientos necesarios para llegar rápidamente a un diagnóstico, hallarse familiarizando con una amplia gama de técnicas; debe contar con una personalidad adaptable. Esta característica permite el establecimiento rápido de relaciones funcionables, ello pone al tera-

peuta en condiciones de comunicar confianza al paciente, y hacer que éste se establezca y se sienta comprendido; y la flexibilidad para recurrir a la amplia gama de técnicas. Esto requiere apreciar las limitaciones y los valores de las diversas técnicas, así como tener experiencia en su empleo. (15)

El Comité de la Asociación Americana de Psicología (Wolff 1953) enumeró las siguientes cualidades deseables en un psicoterapeuta:

- 1.- Habilidad y juicio intelectuales superiores.
- 2.- Originalidad y variedad de recursos. Versatilidad
- 3.- Curiosidad insaciable y constante
- 4.- Interés por el prójimo como individuo y no como objeto de estudio. - Respecto a la integridad de las otras personas.
- 5.- Conocimiento de las características de su propia personalidad. Sentido del humor.
- 6.- Conocimiento de la complejidad de motivos
- 7.- Tolerancia. - Modestia
- 8.- Habilidad para adoptar una postura (terapéutica). - Habilidad especial para establecer relaciones amistosas.
- 9.- Tendencias metódicas e industriosas. - Capacidad para resistir cualquier presión

- 10.- Aceptación de sus responsabilidades
- 11.- Tacto y espíritu de sus responsabilidades
- 12.- Integridad, control de sí mismo y estabilidad
- 13.- Sentido selectivo de los valores éticos
- 14.- Cultura general y educación. (17)

Por su parte Singer (1965) considera que sólo cuando el terapeuta pueda soportar verdades acerca de sí mismo, cuando haya alcanzado el nivel de bienestar psicológico por un amor genuino al conocimiento de sí mismo, será capaz de escuchar y de comprender al paciente, será capaz también de comprender las motivaciones del paciente para encontrarse en ese estado de semiconsciencia, sólo entonces estará en condiciones de ayudar a su paciente a lograr una mayor actividad y una vida productiva.

g) Limitaciones con que Cuenta esta Técnica

Escribe Fiorini (1973) la psicoterapia breve puede fracasar absolutamente en psicopatías, también se logra menor beneficio en pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos tales como: cuadros paranoides, obsesivo compulsivo, psicósomáticos crónicos, perversiones sexuales, etc., para los cuales se encuentra mejor indicada una terapia a largo plazo para producir algunos cambios estables.

Tampoco puede, en plazos limitados, producir cambios en

la estructura nuclear de la personalidad, aunque si modificaciones dinámicas no despreciables. Y con expectativas de mejoría más importantes: en situaciones particularmente de crisis o descompensaciones; en situaciones de cambio, por ejemplo en transición de etapas evolutivas (adolescencia, matrimonio, climaterio, jubilación, etc.): trastornos reactivos en pacientes que conservaban previamente un nivel de adaptación aceptable; trastornos de intensidad leve o moderada que no justificarían tratamientos extensivos. Además hace notar que la terminación de la terapia breve de "final abierto", admite cualquier tratamiento intensivo ulterior si la evolución del paciente lo exigiera. (5)

La visión de este panorama llevó a Meninger (Fiorini 1973) a expresar "hay enfermedades para las cuales el psicoanálisis es el tratamiento más efectivo, y hay otras enfermedades para las cuales no hay seguridad que el psicoanálisis sea el mejor tratamiento, y aún hay otros para las cuales se está de acuerdo en que el psicoanálisis no es el mejor tratamiento". (5)

Por su parte McGuire (Small 1972) señala que la psicoterapia breve fracasa, cuando ésta sostiene expectativas que el propio paciente estima poco realistas. Observa McGuire que la comprensión personal de la brevedad del tratamiento por parte de cada paciente induce una forma particular de fantasía:

- 1) El momento esperado para la realización.- El paciente

siente que la promesa del cambio, la facilidad y la satisfacción se encuentra encerrada en el futuro inmediato, y no necesariamente en un porvenir distante. Estos pacientes son difíciles de tratar ya que gran parte de la terapia es dedicada al esclarecimiento de la realidad de las posibilidades terapéuticas.

2) El presente está solo.- Para estos pacientes el presente carece de significado y de vida; ésta es su preocupación dominante. McGuire considera que son los pacientes más difíciles, ya que con ellos, el pasado y el futuro no se pueden incorporar como factores significativos al tratamiento.

3) El presente es la puerta del futuro.- En esta fantasía, el paciente se encuentra estrechamente ligado con el futuro, y el paciente cree que el presente determinará tanto el futuro mediano como el inmediato. Las consecuencias de todo compromiso se agrandan así hasta el exceso, cosa que se manifiesta en los repetidos ataques de ansiedad que tienen lugar antes de la toma de decisiones. En general estos pacientes responden a la terapia breve con exceso de optimismo inicial, que luego se transforma en ambivalente o en indecisión respecto al tratamiento.

4) El presente es consecuencia inevitable del pasado. - En esta fantasía el paciente cree que el presente es resultado de muchos pasados. Siente la vida como una continuación, y cree seguir

rá fracasando y sufriendo. Es muy común que estos pacientes reciban la oferta de tratamiento con sentimientos de humillación y de rechazo. (13)

Malan (1963) señala que en psicoterapia breve el pronóstico es mejor en:

- 1.- Pacientes con psicopatología leve
- 2.- En personalidades básicamente sanas, generalmente juzgada la capacidad del paciente para: a) enfrentarse con la realidad, y b) soportar la frustración y el conflicto.
- 3.- En pacientes con historia de relaciones interpersonales satisfactorias.
- 4.- En pacientes con sintomatología de iniciación aguda y reciente.

Malan considera que el tratamiento breve debe reunir ciertas características para aumentar las posibilidades de éxitos:

- 1.- La disposición y capacidad del paciente para explorar sentimientos.
- 2.- La capacidad del paciente para trabajar dentro de una relación terapéutica basada en la interpretación.
- 3.- La capacidad del terapeuta para sentir que comprende los problemas del paciente en términos dinámicos, y
- 4.- La capacidad del terapeuta para formular algún tipo de plan terapéutico circunscrito. (9)

Referente al tema escribieron Alexander y French (1965) que la posibilidad de tratamiento mediante la psicoterapia breve, se ve reducida cuando el paciente:

1.- Cuenta con una reducida inteligencia constitucional.

Esto no quiere decir que un elevado cociente de inteligencia signifique necesariamente una mejor perspectiva de curación. Sin embargo, pueden mitigarse las dificultades emocionales de personas de inteligencia limitada mediante un manejo comprensivo de la situación.

2.- Se encuentra en una situación en la cual, recaen sobre él pesadas responsabilidades, ya que puede no ser fácil de cambiar, debido a que esa carga puede ser una causa que contribuya marcadamente en la sintomatología del paciente.

3.- Cuenta con una edad avanzada, ya que el tratamiento implica por lo común algunos cambios en la vida del paciente, y una edad avanzada puede disminuir esa potencialidad y tornar el tratamiento más difícil. La edad avanzada no es una contraindicación absoluta, no obstante, el pronóstico es mejor para el joven que tiene aún una oportunidad mucho mayor de cambiar y por lo común responde con mayor facilidad al tratamiento.

4.- Debe tener mayor facilidad de adaptabilidad, ya que si el paciente tuvo de niño dificultades básicas (ya sea constitucionales o adquiridas) con toda probabilidad mostrará deficiencia crónica de adaptabilidad, y someterlo a tratamiento en forma exitosa será más difícil.

5.- Ha sido sometido a cuidadosas interpretaciones de ensayo, y al observar su reacción a tales interpretaciones, considerar si cuenta con el carácter y la resistencia necesaria para soportar y elaborar los hallazgos en el transcurso del tratamiento.

Concluyendo: Es factible producir cambios terapéuticos en un periodo relativamente breve viendo al paciente a intervalos semanales, pero no es posible lograr en todos los casos buenos resultados, ya que ciertos pacientes necesitan tratamientos prolongados, con sesiones frecuentes.

Es evidente que este enfoque más flexible de terapia psicoanalítica, permite tratar a más personas que por falta de tiempo o de dinero no podrían beneficiarse con el psicoanálisis estandar. (1)

h) La Primera Entrevista en Psicoterapia Breve

Los requisitos de la psicoterapia breve exigen que la primera sesión se dedique a hacer una historia detallada de las características de la personalidad del paciente, y la descripción de todos los aspectos relacionados con la iniciación del síntoma principal. Por lo que el terapeuta además de obtener los datos concernientes al padecimiento, debe investigar todo lo relacionado a la forma de vida actual del paciente, averiguándoce sus relaciones interpersonales, su situación vocacional

y social. Las edades y las fechas se convierten en un aspecto muy importante, ya que pueden relacionarse con hechos significativos, también es pertinente y oportuno que se realice un interrogatorio sobre la conducta sexual del paciente.

En su mayor parte las preguntas deben ser hechas de tal manera que no puedan contestarse con un si o un no, sino que fueren al paciente a revelar algo sobre sus preferencias, sus aversiones y sus actitudes.

Se puede decir que el noventa por ciento de la primera sesión se dedica a la realización de la historia y el diez por ciento restante se utiliza en alguna intervención útil.

Por su parte Fromm - Reichmann (1975) considera que la primera entrevista debe iniciarse con preguntas que se harán al paciente sobre sus quejas y la naturaleza de sus problemas, los que ocasionaron que él o sus parientes decidieran que necesitaba la ayuda psicoterapéutica; unido a ésta, debe investigarse también la intensa angustia que ha precipitado la decisión del paciente a concurrir al tratamiento. Posteriormente se deberá esclarecer si el paciente ha venido por su propia iniciativa, por consejo de amigos o parientes o si ha sido forzado a ello contra su propia voluntad. Y si ha venido por decisión ajena en lugar de la propia, el terapeuta deberá centrar sus esfuerzos durante el comienzo en ayudar al paciente a convertir la decisión de sus

amigos en la suya propia. El terapeuta solamente podrá serle útil si logra interesarle en luchar por lograr bienestar en su propio provecho, en vez de tratar de complacer a ciertas personas. Una vez que ha sido establecida la propia voluntad del paciente de ser tratado, debe tratar de llegarse a un convenio entre paciente y terapeuta sobre: cuáles son los problemas para los cuales el paciente busca solución y ayuda. Después de lograr estimular al paciente a verbalizar sus males, debe poner empeño en reunir datos sobre la vida y las condiciones vitales presentes del paciente (edad, posición social y económica, antecedentes familiares, estado civil, hijo, etc.), solamente mediante la obtención de dicha información puede el psicoterapeuta formarse un juicio razonable en cuanto al diagnóstico y pronóstico.

La conversación inicial debe incluir los problemas presentados por el paciente, una breve explicación de la filosofía, método y finalidad del tratamiento. Debe continuar con una estimación provisoria de la duración del tratamiento, además debe de tratarse y acordarse los honorarios, esto es de suma importancia ya que el paciente o sus familiares contraen la obligación de gastos continuados durante un cierto tiempo. Finaliza comentando que para que esto sea posible el terapeuta tiene que dedicar mucho tiempo a la entrevista inicial, ya que no debe decidir el futuro curso de los hechos de la vida de un ser humano si tiene premura. (7)

peuta de esa primera entrevista puede tener una influencia decisiva en la continuidad o abandono del tratamiento, y de ser mantenido, en la eficacia que alcance el proceso terapéutico. Por lo que importa destacar el hecho de que esta entrevista está destinada a cumplir no sólo funciones diagnósticas y de fijación de un contrato, sino que en psicoterapia breve jugará además un rol terapéutico, y considera que la primera entrevista en psicoterapia breve debe estructurarse como sigue:

1.- Diagnóstico aproximativo inicial a partir de los datos aportados por el paciente; consistentes en la comunicación de los síntomas principales que motivan la conducta; ambiente familiar, enfermedades importantes, clima emocional; sus éxitos y fracasos: maduración, estudios o trabajo, sexualidad, sociabilidad, autoestima.

2.- Clarificación inicial del terapeuta acerca de la problema planteada y de la orientación terapéutica que se desprende del diagnóstico de la misma. En esta fase de la entrevista corresponde al terapeuta ofrecer al paciente una imagen global, introductoria, pero lo más precisa posible acerca del diagnóstico en primer lugar, y del pronóstico ligado a una perspectiva de tratamiento.

3.- Elaboración conjunta de ese panorama mediante progresivos reajustes. De lo que se trata es de despejar confuciones

y desacuerdos implícitos. Por lo que el terapeuta debe alentar al paciente a que cuestione, plantee dudas y objeciones a todo lo expuesto.

4.- Proposición de un contrato terapéutico comprendido específicamente sobre horario, frecuencia y duración de las entrevistas, honorarios y duración del tratamiento. O sea es un periodo para definir al paciente las condiciones de trabajo que estén dispuestos a aceptar.

El orden en que son propuestas las fases, de ninguna manera puede ser rígida, puesto que la discusión de un punto puede llevar a reajustar con nuevas precisiones algún punto analizado anteriormente.

El tiempo que deba ocupar el terapeuta para cumplir el proceso, varía según su experiencia, grado de formación y el tipo de paciente. Lo esencial no es el tiempo, sino el lograr sin dilación la alianza terapéutica, antes de poner en marcha el tratamiento. (5)

CAPITULO III

a) EL EMPLEO DE ESTA PSICOTERAPIA EN SERVICIOS DE ASISTENCIA SOCIAL.

La acelerada corriente de cambios en la que nos vemos envueltos hoy en día, ha provocado en el mundo moderno un alarmante incremento de problemas mentales, nerviosos, sexuales, de consumo de alcohol o de drogas, etc., por lo que el enfermo en su condición de fenómeno social que envuelve múltiples circunstancias: la familia, la ciudad, el barrio, la casa que habita, etc. se encuentra en crisis. Debido a esto los especialistas en salud mental: Psiquiatras, Psicólogos y Trabajadoras Sociales no podían permanecer al margen de estos acontecimientos, y como respuesta a las demandas de la comunidad se integraron al movimiento de salud pública y medicina preventiva. Empleando para ello la psicoterapia breve que de ninguna manera es la panacea, pero juega un papel definido para el individuo, ya que puede desarrollar una tarea importante en la prevención: al hacer posible las entrevistas psicoterapéuticas antes de que un problema se desarrolle en un desorden neurótico organizado. -- También es a menudo posible que una persona con un disturbio emocional crónico, aun tratándose de una psicosis, pueda llevar una vida ampliamente agradable y productiva. La pronta inter-

vención terapéutica breve puede restituir el equilibrio, prevenir el empeoramiento y aun mitigar algunos aspectos crónicos que hubieran existido durante largo tiempo.

El alto costo de la psicoterapia ha sido esgrimido frecuentemente como argumento contra la inclusión en los servicios de asistencia sanitaria. El siguiente estudio realizado por Avnet (Small 1972) parece constituir que la psicoterapia breve es la respuesta que contrarresta la validez de tal argumento. El estudio lo realizó Avnet en el servicio estadounidense llamado Group Health Insurance, los beneficiarios de este programa fueron sometidos a seguimientos de hasta dos años y medio después de terminados sus respectivos tratamientos por medio de cuestionarios que ellos debían llenar y que luego se comparaban con otros a cargo de los psicoterapeutas que habían realizado los respectivos tratamientos; de 1115 pacientes tratados, únicamente se recibieron 783 cuestionarios en condiciones de ser archivados. El servicio reunió al mismo tiempo, evaluaciones de los psicoterapeutas acerca de las reacciones ante el tratamiento de los mismos 783 pacientes que contestaron el cuestionario.

La gran mayoría tanto de los pacientes como de los terapeutas clasificó los resultados como recuperación o mejoría. De los 783 que efectuaron evaluaciones, el 81% notó por lo menos cierta mejoría; lo mismo hizo el 76% de los terapeutas.

Diecinueve de los pacientes informaron sentirse igual o peor, o no tener certeza acerca de su condición. En las clasificaciones de los terapeutas, las categorías sin mejoría y resultados inciertos abarcaron el 24% de los casos. La mayor discrepancia se produjo respecto de los pacientes clasificados sin mejoría por los terapeutas; el 70% de tales pacientes se autoevaluó como recuperado o mejorado. Dos tercios de los pacientes que informaron estar peor figuraron como recuperados o mejorados en las planillas de los terapeutas. El resultado final de la investigación señaló que uno de cada cinco de los pacientes se estimaba sin cambios, inseguro de haberlos tenido excepcionalmente peor. El diagnóstico no constituyó una clave para pronosticar el éxito. Ya que las tres categorías más numerosas del diagnóstico (psicosis, neurosis y desórdenes de la personalidad) cubrieron sólo el 20% de los que se consideraron sin mejoría o con resultados inciertos. (13)

Por su parte Levy (Small 1972) comenta sus observaciones en torno de otro servicio público de asistencia mental, ubicado en la ciudad estadounidense de Portlanda, Maine. Se trata de un sistema organizado en seis sesiones que se vale de un equipo de profesionales. La población atendida compuesta por pacientes seriamente perturbados, presenta índices muy bajos de necesidad de internación. En la primera sesión se registra la his-

toria del paciente con atención a los factores precipitantes de la crisis presente y de otros episodios anteriores. Se emprende una tarea de apoyo activo: comprensión y simpatía hacia la situación del paciente, específicamente en lo referido a su angustia, su desorientación y su desorden. Se compromete al paciente en un esfuerzo compartido que tendrá por fin la solución de su crisis. A menudo se prescriben medicamentos: al mismo -- tiempo que se realiza la primera sesión, un asistente social que forma parte del equipo terapéutico entrevista a la familia del paciente para recabar datos de la historia del paciente u otros factores relacionados con su situación actual. Posteriormente se corroboran los datos adquiridos por el terapeuta y el asistente social y elaboran detalles en cuanto a las necesarias en entrevistas con la familia del paciente a realizar durante su tratamiento.

En la segunda sesión, el terapeuta comenta explícitamente sus observaciones de mejoría en el paciente, con el fin de reducir su ansiedad y al mismo tiempo acentuar el papel de apoyo de la clínica. Se van llenando los vacíos que pudiere haber en la reconstrucción de la historia del paciente. Se evalúa el status actual del mismo. El programa terapéutico a desarrollar en las sesiones siguientes será consecuencia del esclarecimiento de la historia y de la mejor comprensión del entorno del paciente.

El terapeuta le hará adquirir conciencia de sus propios síntomas de angustia, tales como la aceleración del pulso sudoración excesiva, el sentimiento de que todo ha perdido sentido, etc. Al término de la entrevista, el terapeuta reiterará que advierte mejoría en el paciente y expresara su optimismo respecto de que tal mejoría ha de continuar.

La tercera sesión comienza con nuevas afirmaciones de que se observan adelantos en la salud y en la capacidad del paciente para superar sus problemas. Esta sesión se concentrará en el esclarecimiento de la dinámica causal de la enfermedad. Se le ayudará a expresar sus sentimientos. En vez de esforzarse por cubrir todos los problemas, el terapeuta insistirá en enseñar al paciente métodos para enfrentar situaciones particulares.

También en la cuarta sesión y las subsiguientes se inician con la reafirmación de que se observan mejorías y aumento del dominio del paciente. Se pasa revista a los esfuerzos llevados a cabo por él en la práctica de sus nuevas técnicas para enfrentar situaciones. Ante la terminación del tratamiento, se establece una relación duradera entre el paciente y la clínica, mediante la consigna de que esta estará a su disposición en caso de que surjan nuevas crisis. El tratamiento simultáneo de la familia afectada, por parte del asistente social, y del paciente por parte del psicoterapeuta constituye un rasgo intrínseco del procedimiento. (13)

En el Centro Comunitario de Salud Mental del I.M.S.S. la utilización de la psicoterapia breve en el tratamiento al paciente es desarrollada aproximadamente en base al modelo anteriormente expuesto, ya que se cuenta también con un equipo de profesionales (psiquiatra, psicólogo, trabajadora social, enfermera psiquiátrica) que colaboran conjuntamente para la reubicación del paciente a su medio ambiente, con la extensión de que el paciente tiene un máximo de doce sesiones distribuidas una cada semana.

b) PROCEDIMIENTOS DE PSICOTERAPIA BREVE QUE SON UTILIZADOS EN EL C.C.S.M.

Melvin Sabshin (Millon 1974) señala que la salud pública de la comunidad, constituyó a mediados de la década de los sesentas, un rasgo muy típico para la solución masiva de problemas sociales. La compara a una turbulenta asamblea moderna cuyos ruidos y entusiasmos son transmitidos por radio a un gran número de amigos, de naturales y al partido de la oposición. - Dunham la llama "la más nueva terapeutica ambulante". Y por consecuencia lógica comenzó a desarrollarse por la enormidad de las necesidades de salud mental no atendidas todavía. (12)

Escribe Warren Dunham (Millon 1974) que en su forma ideal, el centro de la salud mental de la comunidad proporcionaría

servicios psiquiátricos, diagnósticos y tratamiento para todos los grupos de edad y para pacientes tanto internos como externos en un grupo colectivo determinado. Además el centro estaría estrechamente ligado a hospitales de día y de noche, a casas de convalecencia, o programas de rehabilitación y de modo general, a todo servicio que contribuya a elevar al grado máximo la capacidad de tratamiento con respecto a las características de la población que con respecto a las características de la población que con respecto a las características de la población que está llamada a servir. Permanecería todavía al fondo el hospital estatal que se convertiría, según toda probabilidad, en un lugar de admisión de aquellos pacientes que al parecer desafían todos los esfuerzos de las técnicas terapéuticas disponibles para reintegrarlos a la familia y la comunidad con garantías de seguridad, tanto para ellos mismos como para los demás. (12)

El I.M.S.S. no podía permanecer impasible a este movimiento, por lo que implantó un programa piloto de psiquiatría y salud mental llamado Centro Comunitario de Salud Mental, intentando ajustarlo a las necesidades y recursos de nuestro país y del propio Instituto cuya finalidad y mediante el empleo de psicoterapia breve se propone restaurar el equilibrio emocional del paciente, dejándolo libre de síntomas y capaz de afrontar ciertos problemas antes inevitables. Adicionalmente puede apren-

der a como usar sus cualidades para obtener de ellas la mejor ventaja, como disminuir sus defectos, como evitar crisis en relación con las personas y como descubrir y poner en libertad -- ciertas cualidades positivas que hay en él.

El programa de Psiquiatría y Salud Mental para el Centro Comunitario de Salud Mental, proporciona atención Médico Psiquiátrica en los pacientes externos en dos niveles distintos: 1) nivel de las clínicas de la zona y 2) nivel del Centro Comunitario de Salud Mental.

El Centro Comunitario de Salud Mental fué fundado en el año de 1975; su meta es lograr el bienestar de aquellos pacientes que son canalizados para su tratamiento. Este Centro pertenece al I.M.S.S. y únicamente da servicio a pacientes asegurados y derechohabientes.

El Centro consta de trece consultorios, una sala de espera, un Departamento Administrativo y un Departamento de Archivo. La Distribución del personal es el siguiente:

- 3 Asesores
- 1 Director
- 9 Médicos Psiquiatras
- 9 Psicólogos
- 4 Trabajadoras Sociales
- 2 Enfermeras

- 1 Jefe del Depto. Administrativo
- 6 Empleados Administrativos
- 4 Empleados de Intendencia.

El C.C.S.M. inicia sus actividades a las 9:00 hrs. a.m. y las termina a las 20:00 hrs. realizando exclusivamente consulta externa. Sin embargo, se tiene contemplada la posibilidad de implantar el hospital de día para niños y la hospitalización de corta estancia.

El programa de Psiquiatria y Salud Mental para el C.C.S.M. presta servicio a las 7 clínicas del I.M.S.S. de la Zona IV del Valle de México, ocasionando que los equipos psiquiátricos se trasladen a determinadas clínicas obteniéndose con esto las ventajas siguientes: a) No hay movilización de pacientes a otras clínicas, pues son atendidos en su clínica de adscripción y se acelera su tratamiento. b) El equipo psiquiátrico mantiene contacto con los médicos familiares que les envían pacientes, asesorándoles en el tratamiento, que ellos mismos pueden brindar, y haciéndose cargo temporalmente de aquellos que por el mayor nivel de complejidad de su padecimiento requieren de atención especializada. c) Evita envíos improcedentes al Centro Comunitario de Salud Mental. d) Permite a los equipos psiquiátricos en clínicas actualmente bloqueadas por el exceso de consulta, realizar otras actividades, en relación con el programa de Psiquiatria y Salud Mental.

Las ventajas que se logran en el Centro Comunitario de Salud Mental son las siguientes: a) Cuando el equipo psiquiátrico en clínicas envía a un paciente al Centro, lo hace a si mismo, ya que en este lugar en donde cuenta con facilidades para el segundo nivel de atención (solución de problemas de diagnóstico, procedimientos terapéuticos y programas especiales). b) Para el paciente hay continuidad de la atención, el mismo médico lo ve en la clínica y en el Centro, lo que permite una mejor calidad asistencial.

Los requisitos para que el paciente ingrese a tratamiento psicoterapéutico son los siguientes: el paciente derechohabiente asiste a consulta con el médico familiar de la Clínica del I.M. S.S. que le corresponde. Este, si detecta algún trastorno psicológico en el paciente, lo turnará a la consulta del Psiquiatra (Quien es el encargado del equipo, que se encuentra integrado por un Psiquiatra, un Psicólogo, una Trabajadora social y eventualmente una Enfermera). La consulta ordinaria de psiquiatría solo se dará con cita previa y cuando los pacientes han sido enviados por el médico familiar. Pero cuando la consulta es de carácter urgente lo pasará de inmediato con el Médico Psiquiatra, quien tiene la opción de hospitalizar a los pacientes que así lo requieran. Si al evaluar al paciente, el Psiquiatra decide que se le puede tratar en la misma clínica, se le turnará al Psicólogo para que se realice el tratamiento pertinente. Sin embargo, si al pa-

ciente se le considera como apto para ingresar a algún programa existente en el C.C.S.M., se le canalizará al Centro para contnuar su tratamiento.

Los registros que se llevan de los pacientes en el C.C.S.M. permiten realizar actividades de prevención, ya que se cuenta -- con la información adecuada de la población y se pueden realizar programas de promoción para pacientes en riesgo de sufrir trastornos mentales. Así mismo el tener esta información permite a los técnicos en salud mental tener programas de enseñanza con el fin de fomentar un servicio más eficaz e integral.

Los procedimientos terapéuticos que se imparten en el C.C.S.M. a pacientes seleccionados en las clínicas de la zona, son:

I) El realizar estudios multidiciplinarios para dictaminar un diagnóstico. Para solucionar el problema de diagnóstico se le practican los estudios correspondientes, tales como: historia clínica, estudios psicológicos y socioeconómicos. Una vez terminados los estudios, se reúnen los miembros del equipo psiquiátrico a realizar la integración diagnóstica, y en base a los -- resultados obtenidos y conforme a la codificación internacional de enfermedades se obtiene la impresión diagnóstica. Además deberá establecer el plan terapéutico a seguir con el paciente.

Comentan Bellak y Small (1975) que la primera tarea del diagnóstico consiste en comprender el síntoma, proceso que consiste en pasar de lo más general a lo más específico en la consi

deración de los síntomas involucrados. El diagnóstico exige que se establezca con exactitud la relación entre el paciente y los sucesos, que, en diferentes etapas de su vida contribuyeron a su formación. Esos sucesos pueden estar relacionados con gente o con situaciones del medio ambiente. El resultado del diagnóstico debe habilitar al terapeuta para que pueda identificar los factores más susceptibles de cambio y seleccionar y aplicar los procedimientos que verifiquen el cambio. (3)

II) A continuación se buscan las alternativas con que cuenta el C.C.S.M. y que son: A) Tratamientos psicoterapéuticos.

a) Psicoterapia individual.- Esta terapia se caracteriza porque el terapeuta ofrece al paciente además de sus conocimientos una situación en la que se compromete a concentrar su atención incondicionalmente y sin límite alguno en el paciente, y este último se debe encontrar en constante observación de sí mismo.

El paciente es exhortado a manifestar cada pensamiento, sensación, etc., lo que indudablemente le da un carácter privado al tratamiento. El paciente tratado en terapia individual es considerado como una persona sin urgencia de relaciones interpersonales, ni del ambiente público que se encuentra en la terapia grupal.

El proceder en la psicoterapia individual se efectúa en base a las características del paciente, que es quien marca las pautas para que el terapeuta decida emplear determinado procedimiento. Sin embargo cualquier alternativa que emplee, deberá -- concentrar la intervención terapéutica sobre un problema específico y previamente identificado. A esta técnica se le define como "Técnica Focal".

Malan (1963) define el término focalidad como la capacidad conjunta de paciente y terapeuta para hallar rápidamente un enfoque aceptable para ambos, o sea al comienzo de la terapia debe producirse entre terapeuta y paciente un acuerdo acerca de la concentración selectiva sobre algunos de los problemas del paciente. (9)

Al respecto escribieron Alexander y French (1965) "Para los fines del tratamiento, se deberá concentrar la atención sobre el problema principal. La justificación a esto es la experiencia de que la eliminación del conflicto productor de la enfermedad deja el camino abierto para la solución de los problemas secundarios". (1)

Ahora bien, y tomando como base la técnica focal, se hace uso de:

1) La terapia de apoyo.- Refiere Wolberg (1965) que las medidas de apoyo constituyen un método tradicional para tratar problemas de naturaleza emocional y muy comunmente es aplicada

de un modo más o menos casual por los amigos del paciente, o por sacerdotes, enfermeras, profesores, médicos generales, etc. a los que la persona puede haber consultado. Ya de una manera de liberada es utilizada por profesionales entrenados y cuyo objetivo es llevar al paciente a un equilibrio emocional tan rápida mente como sea posible, disminuyendo o eliminando sus síntomas de modo que sea capaz de funcionar en un nivel bastante cercano al habitual.

Cuando el paciente ha logrado restaurar el dominio de sí mismo, los métodos de apoyo son utilizados de modo auxiliar, en prácticamente todos los demás tipos de psicoterapia. Por lo tan to es indispensable en el entrenamiento del psicoterapeuta, la comprensión y la adecuada utilización de las medidas de apoyo. (16)

Kesselman (1970) escribe que en esta técnica el terapeuta le está prestando temporalmente al paciente su propio yo más fuerte y su menos severo supero yo, mientras aprende que ciertos pro cesos que le perturban se pueden dominar.

2) La terapia de consejo.- Esta técnica se emplea cuando el paciente debe seguir una determinada pauta de conducta que el terapeuta considera benéfica para él. (8)

Bellak y Small (1975) refieren que el terapeuta puede per manecer sin dirigir a los pacientes que a su juicio tienen la su ficiente capacidad de insight y de percepción de la realidad como

para decidir por ellos mismos basándose en el material que proporciona en su trato como consejero. En estos casos lo que dice el terapeuta no llega a ser una recomendación; lo que suele hacer es proporcionar alternativas prediciendo las consecuencias entre una y otra alternativa. (3)

Wolberg (1965) define a esta técnica como "una forma de entrevista en la que el paciente es ayudado a comprenderse mejor y más completamente, con objeto de que pueda corregir cosas que la molestan del medio que lo rodea y de sí mismo". Esta técnica es empleada desde dos puntos de vista: Consejo directivo. En esta el terapeuta asume el papel de una autoridad que ofrece a su paciente una valoración de su problema, y le define el curso de acción. (16)

Consejo no directivo.- En esta el terapeuta funciona como un agente que anima a su paciente a expresar sus sentimientos, y que le ayuda a asumir la responsabilidad por los mismos. De este modo el paciente piensa las cosas por sí mismo, desarrolla sus propios objetivos y planea en su propio modo de acción.

3) La terapia de orientación.- Esta técnica consiste en alentar al paciente a emprender nuevas experiencias, pero que al mismo tiempo pueda comprender las consecuencias que su recién adquirida conducta pueda generar. Al respecto Gelb y Ullman (Small 1972) opinan que todo terapeuta experimentado y sensible puede orientar al paciente hacia pautas de conducta y de inter-

nación distintas a las que le son habituales, y por consiguiente, conducirlo hacia nuevas formas de experiencia que darán como resultado una vida más satisfactoria y productiva. (13)

b) Psicoterapia de grupo.- La terapia grupal es un tratamiento que se ve muy favorecido, ya que por su tratamiento masivo, hace frente con un mayor número de pacientes a la demanda constantemente creciente de asistencia psicoterapéutica.

Fenichel (Small 1972) considera que por lo menos en parte los profesionales de la salud mental se han volcado hacia la psicoterapia de grupo por considerarla una manera de atender a las necesidades de grandes cantidades de pacientes que necesitan tratamiento. Y comenta que una terapia grupal se constituye cuando hombres aislados dejan de formar parte de una multitud desligada, para unirse en una acción, con una meta común. (13)

En la terapia grupal, debido a la oportunidad que tienen los pacientes de verse y oírse, se fomentan las relaciones interpersonales, además de otras ventajas que nos describen Morley y Brown (Small 1972) tales como el mayor apoyo que se prodigan mutuamente, la mayor cantidad de sugerencias efectivas respecto de maneras de alternativa para superación de problemas (que son más aceptables para el paciente por provenir de sus pares y no del terapeuta). (13)

Estas características por si mismas, hacen necesario el

empleo de esta psicoterapia en servicios de asistencia. Y el C.C.S.M. no tenía porque ser la excepción. Además de que la población perteneciente al I.M.S.S. es muy elevada y con esta modalidad de psicoterapia se abren las posibilidades de tratamiento a un mayor número de derechohabientes que así lo necesiten, ya que cada grupo es integrado por un mínimo de 2 y máximo de 10 pacientes (pudiendo el grupo fluctuar entre estas dos cifras). Es de suma importancia una buena selección de pacientes para el tratamiento. Primeramente los aspirantes son sometidos a una entrevista y a una serie de pruebas psicológicas, para obtener un diagnóstico además de identificar si el tratamiento de grupo es el más indicado para el paciente.

En los diagnósticos básicamente se buscan ciertas características individuales que son útiles indicadores de como una persona se comportará en el grupo terapéutico, tales como: si cuenta con buena capacidad de insight, buena capacidad intelectual, si tiene buen contacto con la realidad, si cuenta con cierta habilidad en las relaciones interpersonales, no ser psicópata o psicótico, no halla mucha ansiedad, no incluir a dos personas allegadas. etc.

Parece poder afirmarse con seguridad que la terapia breve de grupo resulta más eficaz cuando es realizada en grupo homogéneos ya que los resultados han sido más halagadores con estos grupos. Los que han organizado grupos heterogéneos cons

tituyen una clara minoría, solo un 5-6 por ciento de los trabajos presentados sobre psicoterapia breve de grupo mencionan el empleo de agrupaciones heterogéneas. Laffal y Sarason (Wolberg 1965) cuentan como la diversidad de los pacientes y la inestabilidad de la agrupación obligaban a limitar los objetivos y a discutir diversos problemas patológicos al mismo tiempo, retardando como consecuencia lógica el proceso terapéutico. (16)

Por su parte Alexander Wolf (Wolberg 1965) opina que en la terapéutica breve de grupo, lo más probable es que el terapeuta tenga que concentrarse en las necesidades inmediatas del paciente con la esperanza de que el pueda continuar por su cuenta una vez terminado el tratamiento. Y refiere la metáfora de la barca que hace agua, puede ser que en la terapéutica breve colectiva no se pueda pensar en una reparación y reconstrucción a fondo y se deba de contentar con tapar provisionalmente los agujeros y grietas a sabiendas que se debe de renovar el percheo a ciertos intervalos, si se desea mantener el barco a flote.

Finaliza diciendo que el reducir los síntomas neuróticos y la angustia, y aun eliminarlos si es posible infundiendo al paciente esperanzas sobre sí y sobre su futuro desarrollo es un resultado que debiera tener contento al terapeuta. (16)

c) Psicoterapia Conyugal.- Desde el inicio del C.C.S.M. se contempló la perspectiva de incluir dentro de sus tratamiento

tos, la terapia conyugal. Debido a que los problemas conyugales siempre han tenido gran importancia para los psicoterapeutas. Ya que se ha demostrado que el 50% de pacientes casados que requieren psicoterapia, tienen problemas conyugales y otro 25% los problemas se relacionan en forma directa con el matrimonio (Gurin y Col 1975).

El C.C.S.M. ofrece terapia conyugal a: 1) nivel individual y 2) nivel concurrente.

En el primero unicamente uno de los conyuges está sometido a tratamiento; se diferencia de la psicoterapia individual corriente, en que en esta el tema central a discutir lo constituye la relación conyugal. Sin embargo la forma de llevarla a cabo es básicamente igual a la psicoterapia de tipo individual. La segunda ambos conyuges reciben tratamiento con el mismo terapeuta, en esta forma se puede captar en forma rápida y realista las distorsiones que ambos conyuges hacen de sus relaciones maritales.

Sager (Borman y Lief 1975) señala ciertos pasos dentro de las sesiones conyugales: 1.- Esclarecimiento de la formación y progreso de la irritabilidad entre los esposos. 2.- Esclarecimiento de los roles desempeñados, de las funciones, las normas establecidas y de quien es el conflicto. 3.- Se hace una consideración de como los roles se intercambian complementariamente. 4.- Se hace un reconocimiento y análisis del com

portamiento defensivo y 5.- Se llega a un entendimiento. (10)

Ackerman (1974) nos dice que el rol del terapeuta dentro de la terapia conyugal es ~~el~~ de un observador - activo, que debe estar siempre alerta y algunas veces participar, haciendo un uso de su propia libertad, así como de su movimiento aleternado dentro y fuera de los conflictos maritales.

El terapeuta debe servir como un recurso personal, presentando una estructura delineada que enfatiza cambios en determinada forma que permite a la pareja identificarse y utilizar sus propios recursos.

d) Psicoterapia familiar.- En esta terapia se ven integrados al tratamiento todos los miembros de la familia, que de alguna manera se encuentren involucrados con el desequilibrio existente, con el objeto de lograr lo más rápidamente posible la restauración de la estabilidad de la familia.

La terapia familiar puede activar recursos latentes que no son observados durante las fases de crisis familiar, cuando los miembros están en conflicto y se separan uno de otro.

En esta terapia existe principalmente un paciente detectado cuyos problemas involucran a cada miembro de la familia. El terapeuta demuestra esta involucración, se confronta al paciente y a la familia sobre aquellos factores problema, haciéndoles notar que los síntomas del paciente son tan solo mecanismos de es-

cape o de defensa, y que una modificación de los roles familiares y de sus reglas son la mejor forma de proceder.

En la terapia familiar refiere Paidoussi (Small 1972) las claves visuales son de suma importancia: el terapeuta debe entrenarse para percibir visualmente y registrar las comunicaciones no verbales. Uno de los ingredientes fundamentales de la terapia familiar es la capacidad del terapeuta para asumir el liderazgo, hacer que todos los miembros de la familia se avengan al tratamiento de un tema común e inducirlos a insistir en el de manera que cada uno de los sujetos desarrolle el interés y el sentido de la responsabilidad respecto de la familia en conjunto. (13)

B) Tratamientos Psicofarmacológicos.- a) Neurolepticos Retard. Cuando un paciente es turnado al C.C.S.M. y éste presenta síntomas tales como excitación psicomotora, tensión exagerada, experiencias alucinatorias, falsos pensamientos, conducta catatónica y despersonalización. Como primer paso antes del inicio de su tratamiento, se le proporcionan psicofarmacos denominados neurolepticos retard cuya acción clínicamente actúa sobre determinados síntomas, y ya posteriormente poder trabajar psicoterapéuticamente con él.

Encabezando los neurolepticos se encuentran las fenotiacinas y las tioxantenas.

b) Antidepresores. Ahora bien cuando los pacientes mues-

tran un estado de depresión intensa se le proporciona antes del inicio de su tratamiento medicamentos antidepresores, tales como la amitriptilina y la imipramina. La experiencia clínica con estos medicamentos, ha demostrado que son especialmente seguros, en el caso de la administración prolongada ya que ofrecen pocos peligros físicos o psíquicos para el paciente.

La aplicación de psicofármacos tienen por objeto reducir - el nivel de escitabilidad existentes en el paciente, y mantenerlo en mejores condiciones, para que se pueda realizar adecuadamente la psicoterapia.

C) Tratamientos Físicos.- a) Terapia electroconvulsiva. Para el tratamiento de electrochoque se utiliza un aparato que funciona con corriente alternade 110 voltios y 60 ciclos.

Contiene un transformador variable, escalas para medir omnios, voltios y amperios y un cronómetro automático. La combinación de voltaje y tiempo, constituye "la dosis" las aplicaciones pueden ser de 70 a 130 voltios durante 0.1 a 0.5 segundos. Sus principales indicaciones son: en casos de depresión profunda, y en reacciones agudas y subagudos de las esquizofrenias

Esta formalmente contraindicado en: insuficiencia cardiaca, arritmias, curvaturas anormales de la columna vertebral. El paciente es enviado a tratamiento con electrochoque, cuando el psiquiatra encargado del equipo terapéutico lo juzgue conveniente

dando las instrucciones precisas: número de sesiones, frecuencia y riesgos del tratamiento. Se aplicará por el psiquiatra encargado de los tratamientos físicos auxiliado por el Servicio de Enfermería.

b) Carbogenoterapia.- Es la inhalación mediante mascarilla de una combinación de gases: 70% de oxígeno y 30% de bioxido de carbono. Sus principales indicaciones es en neurosis de conversión, crisis de angustia, cefaleas tensionales y en algunos cuadros de neurosis, asociados con ansiedad o angustia. Esta contraindicado en insuficiencias cardiacas, arritmias, pacientes con marcapaso y cualquier tipo de disrrimia cerebral.

El paciente es enviado a tratamiento con carbógeno, cuando el psiquiatra encargado del equipo terapéutico lo juzgue conveniente, dando las indicaciones precisas: número de sesiones, frecuencia y riesgo del tratamiento.

Este tratamiento es aplicado por el servicio de enfermería.

D) Actividades de Rehabilitación.- a) Terapia ocupacional y recreativa. Para la obtención de mejores resultados terapéuticos el C.C.S.M. cuenta con las Facilidades de los Centros de Bienestar Social pertenecientes al I.M.S.S. en los cuales los pacientes pueden desarrollar actividades ocupacionales y

recreativas de toda índole (tanto deportivas como culturales) que benefician grandemente y agilizan el tratamiento.

b) Educación a la familia del enfermo. Principalmente son las trabajadoras sociales las encargadas de orientar a la familia del paciente en cuanto a los cuidados y el trato que debe darse al enfermo en restablecimiento. Se les marcan indicaciones precisas de comportamientos a realizar con el paciente, tales como mejorar las relaciones y tener paciencia con el enfermo; si se encuentra bajo medicación estar alerta para que se suministren a su hora señalada; y sobre todo educarles referente a la enfermedad del paciente, para que se desechen todos los prejuicios que tengan referente a tal, y así puedan mirar al enfermo como un ser humano pasando por un mal momento, y no como una persona anormal.

III Programas Especiales en el C.C.S.M.: A) Programas para niños. Debido a que poco más del 58% de nuestra población se encuentra constituida por menores de 19 años, de los cuales según calculos realizados por la Secretaría de Educación Pública del 10 al 20% presentan algún problema de conducta como consecuencia de trastornos perinatales alternaciones o trastornos en la maduración, crecimiento y/o aprendizaje.

Aproximadamente de 1 a 2 millones y medio de niños --

necesitarán en algún momento de su desarrollo la atención del especialista. En base a esto el C.C.S.M. cuenta con programas terapéuticos para niños cuyo objetivo es proporcionar asistencia médico-psiquiátrica a la población infantil derechohabiente que presente trastornos de conducta o de aprendizaje; prevenir los trastornos psicopatológicos en la infancia; realizar actividades docentes para el personal médico, paramédico y administrativo con el fin de incrementar conocimientos sobre psiquiatría infantil, Para que puedan ser incluidos en el programa de niños los pacientes deben contar de 0 a 18 años de edad y reunir los requisitos de la ley del I.M.S.S.

Tanto el psiquiatra que es el responsable de las actividades de tipo terapéutica que realice el equipo, como el psicólogo efectúan las siguientes actividades:

Psicoterapia individual:

Psicoterapia de grupo con y sin coterapeuta (máximo 8 niños); Psicoterapia familiar con y sin coterapeuta;

La trabajador social lleva a cabo:

La orientación y educación unifamiliar o plurifamiliar; los programas de terapia recreativa y ocupacional, las derivaciones institucionales, participación en psicoterapia de grupo con Psiquiatra o Psicólogo como observador y/o coterapeuta.

B) El programa para alcohólicos es básicamente igual al de los grupos de Alcohólicos Anónimos, ya que funciona a nivel de dinámica de grupo (cada enfermo refiere sus experiencias como alcohólico y el grupo las comenta). Este programa se lleva a cabo principalmente con enfermos derechohabientes, sin embargo también dan cabida a la población abierta. El encargado de este programa es un Médico Psiquiatra del C.C.S.M. que es asesorado por un exalcohólico perteneciente al grupo de Alcohólicos Anónimos.

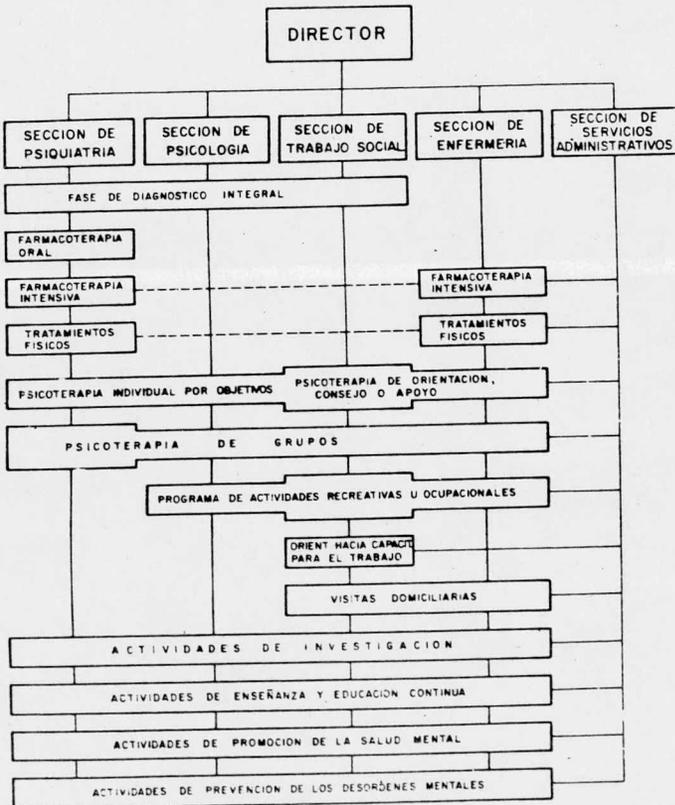
En este programa no hay límite de sesiones y la frecuencia de estas son una vez a la semana con duración de una hora.

El C.C.S.M. también realiza sesiones semanales con familiares de alcohólicos. Este programa funciona básicamente como Al - Anon e incluso asiste una persona perteneciente al grupo de Al - Anon a asesorar las sesiones.

Este programa tampoco cuenta con límite de sesiones, y lo manejan a nivel de dinámica de grupo una trabajadora social y una enfermera psiquiátrica del C.C.S.M. Utilizan literatura y principios pertenecientes al grupo de Al - Anon tales como : iniciar la sesión con un minuto de silencio, la presentación - basta con decir su nombre de pila y parentesco con el enfermo en caso de ingresar nuevos integrantes al grupo darles la - -

bienvenida con un aplauso, llegar al entendimiento de que el alcoholismo es una enfermedad, comentar sus vivencias con su familiar alcohólico y en base a los comentarios que provoque en los demás miembros, poder encontrar soluciones a su problema.

FUNCIONOGRAMA



C) Medidas Adjuntas en la Psicoterapia Breve.

Estas consisten desde la administración de psicofármacos, hasta la manipulación del ambiente personal, social, familiar o de trabajo y pueden usarse como suplementarias de la psicoterapia, o como sustituto de ella. Esto se puede lograr ya - cuando existe un buen control de la problemática del paciente.

Al respecto Bellak y Small (1975) escriben que hay algunos pacientes que la exigencia verbal propia del tratamiento, les -- despierta una intensidad de angustia que es perjudicial para el tratamiento. Para lo cual el terapeuta ha deseado tener a su disposición un auxiliar parecido a lo que es la anestesia para el cirujano; si en cirugía el operado siente demasiado dolor, por medio del anestésico puede llegar a soportarlo. En forma similar existen una serie de psicofarmacos antiguos y modernos, que el terapeuta puede emplear de una manera primaria o secundaria.

En lo referente a la manipulación del ambiente personal y familiar, la decisión para intervenir en la vida o en el ambiente del paciente, es considerada cuando haya ciertas circunstancias que le estén afectando sus condiciones vitales actuales, así por ejemplo: si un niño duerme en la misma recámara que sus padres y se encuentra sometido a una sobre estimulación sexual. En estas situaciones, la tarea puede ser la de eliminar o modificar el elemento conflictual. Ahora bien en el proceso terapéutico ocasionalmente es necesario involucrar a los miembros de la familia

para aliviar la tensión conflictual del paciente. Sin embargo en muchos casos no es necesario el tratamiento de la familia para lograr cambios en el paciente, basta con el mero señalamiento de que es necesario que modifiquen ciertas costumbres y conducta de la familia para producir resultados favorables. Entre las recomendaciones que suelen darse, están las relacionadas con la intimidad; con las formas de vestirse y desvestirse, con el uso del cuarto de baño, etc.

Otra medida de consideración en la psicoterapia breve, es la recomendación a los pacientes de tomar vacaciones o viajar. Esta recomendación hecha por el terapeuta, puede recuperar a personas "agotadas" que por sí mismas no se permitirían tal gratificación. El intervalo de tiempo que dure el viaje puede servir para acabar con la tensión del conflicto que suele ir en aumento y que de continuar puede producir una ruptura grave.

D) Factores que justifican el Alargamiento del Tratamiento

Malan (1963) identificó diversos factores de prolongación del tratamiento cuando la meta a seguir es abreviarlo. Algunos de ellos se pueden considerar aspectos técnicos, aunque en su mayoría se trata de aspectos de las personalidades del paciente y del terapeuta.

Los factores a los que se refiere son la resistencia, las

las neurosis enraizadas en la primera infancia, la dependencia, la transferencia negativa, la neurosis de transferencia, la tendencia por parte del terapeuta a la pasividad, el perfeccionismo del terapeuta, y el sentimiento de que el tiempo no cuenta. Y se señala que la interpretación correcta y activa puede evitar el desarrollo o controlar los efectos de la resistencia, la dependencia, la transferencia negativa y el afloramiento de las neurosis con raíces en la primera infancia.

La discusión en los comienzos del tratamiento, la formulación de una meta terapéutica planeada y limitada, y la aplicación de una técnica focal pueden evitar o mitigar los efectos de la pasividad y el perfeccionismo del terapeuta, el sentido de intemporalidad y el desarrollo de la neurosis de transferencia.

Señala Malan que el elemento más difícil de contrarestar es el decaimiento del entusiasmo del terapeuta.(9)

E) Terminación del Tratamiento

La mayoría de los pacientes que terminan positivamente su tratamiento de psicoterapia breve, consideran este hecho como el comienzo de un vuelo hacia la salud.

Al término del tratamiento el paciente debe quedarse con una transferencia positiva y con la consigna de que puede regresar cuando así lo juzgue conveniente y que será bien recibido. Esto le permite al paciente retener al terapeuta como una figura benigna, cosa que le motivará para que en recuerdo de éste

siga desempeñándose de manera adecuada. El sujeto debe convenirse de que ha mejorado debido a que aprendió a comprender algunos de sus problemas y que debe volver a ponerse en contacto con el terapeuta antes de que cualquier situación futura se haga inmanejable (Bellak y Small 1975).

En la terminación del tratamiento es de gran ayuda al reforzamiento del aprendizaje que se ha logrado, ayudando al paciente a anticipar la posibilidad de problemas futuros que pueden surgir como resultado de las pautas de conducta que el ha reconocido en sí mismo. Este tipo de anticipaciones suele tener un efecto preventivo.

Por su parte Wolberg (1965) opina que el terapeuta y el paciente deben considerar la terminación del tratamiento desde puntos de vista distintos. La decisión del terapeuta está en relación a:

- 1) Haber logrado una buena relación con el paciente;
- 2) Localizar los factores que han precipitado la enfermedad del paciente;
- 3) Esbozo de los elementos importantes del desarrollo de la personalidad que hicieron vulnerable al paciente al ataque de sus dificultades;
- 4) Formarse una idea lo bastante aproximada de la personalidad del paciente y de sus mecanismos de defensa más importantes;
- 5) Señalar los conflictos más importantes que le aquejan;
- 6) Valorar la angustia presente y reconocer sus manifestaciones;
- 7) Exponer brevemente al paciente algunas de las causas de su enfermedad actual;
- 8) Enseñarle la técnica de la autoobservación.

vación y la autorrelajación; 9) Discutir con él algunas ideas filosóficas constructivas que puedan ayudarle a adaptarse.

Desde el punto de vista del paciente, deberán alcanzarse los siguientes objetivos: 1) Disminución o desaparición de la tensión y angustia; 2) El alivio de otros síntomas inquietantes; 3) Cierta grado de comprensión de las raíces de su problema, incluyendo en ellas los factores que intervinieron en su desarrollo; 4) Comprensión de lo que es esencial para lograr una mejor adaptación; 5) Mayor capacidad para afrontar y sortear el fracaso, la privación y las situaciones difíciles de la vida; 6) Aceptación de las exigencias que le impone su rol en la sociedad; 7) Aprender a usar la autoobservación y la autorrelajación; y 8) Disposición para terminar el tratamiento. (16)

F) Comentarios de los Resultados de Psicoterapia Breve.

De acuerdo con la opinión de Malan (1963) se puede ayudar a pacientes bastante enfermos; se pueden cambiar esquemas neuróticos de comportamiento, en apariencia profundamente asentados; es bastante seguro, e incluso necesario hacer interpretaciones profundas, utilizar los sueños y fantasías, establecer la vinculación con la infancia, y concluye diciendo que la: 1) Psicoterapia breve de base psicoanalítica es posible; 2) Que se pueden obtener mejorías duraderas en pautas de comportamiento neuróticas en pacientes con enfermedades moderadamente graves y de antigua data; 3) Que esta técnica además de ser activa y focal,

se ocupa sin temor de la mayor parte de los mismos temas que el psicoanálisis; 4) Que una técnica de este tipo acarrea pocos peligros si se le emplea correctamente. (9)

La limitación básica de muchos resultados exitosos comenta Fiorini (1977), reside en que se trabaja con categorías ambíguas, poco definidas, como es el caso de "mejoría". Desde el punto de vista del psicoanálisis mejoría significa mayor insight. Si se parte de este criterio, el término mejoría empleado en Psicoterapia Breve aludiría únicamente a la mera supresión de síntomas.

Sin embargo se cuestiona seriamente la hipótesis de una directa equivalencia entre duración de una psicoterapia y profundidad de sus efectos. Por lo que se sostiene la idea de que esta técnica puede lograr modificaciones dinámicas de mayor alcance, tales como:

- 1) Alivio o desaparición de síntomas.
- 2) Mayor ajuste en las relaciones con su medio (comunicación, trabajo, etc.).
- 3) Incremento de la autoestima.
- 4) Mayor comprensión de sus dificultades fundamentales y el significado de las mismas.
- 5) Ampliación de perspectivas personales.

Ahora bien, siempre existe la suposición que en cada terapia breve suministrada, el resultado se debe cuando menos en par

te, al proceso terapéutico. Sin embargo no hay en absoluto pruebas que sugieran la medida en que cada cambio pueda haber ocurrido como resultado de procesos totalmente independientes de la terapia. (5)

Por último Alexander y French (1965) enfatizaron claramente que en Psicoterapia Breve no siempre se obtendrán buenos resultados. Pero si se realiza una planificación astuta y cuidadosa, además de que el tratamiento resulta más económico en tiempo y en energías. Se pueden lograr resultados halagadores. (1)

CAPITULO IV

No hay duda que un plazo largo permite al psicoterapeuta dominar la resistencia que movilizan algunos pacientes para proteger la retirada de sus neurosis. Tampoco hay duda de que algunos enfermos perciben un placer con sus trastornos neuróticos y se resisten a renunciar a ellos con demasiada facilidad. Probablemente a estos enfermos le iría mejor el tratamiento largo. Por otra parte, existe el peligro de exagerar la necesidad que tienen muchos pacientes de un tratamiento largo. Se da por supuesto que toda persona posee en sí misma ciertos resortes y elementos sanos, capaces de florecer y fructificar a poco que se les cultive. Y un tratamiento breve puede bastar a poner en marcha el proceso vital.

Se ha comprobado (Wolberg 1965) que los pacientes que mejor responden al tratamiento breve son los que poseen una batería elástica de mecanismos de adaptación y que antes de sus trastornos actuales se desenvolvían bastante satisfactoriamente. Con frecuencia pueden calmarse ataques agudos de angustia, dispongase o no de una serie de defensas. Esto no significa que el cambio en la psicoterapia breve haya de tener un carácter puramente paliativo. Aplicando los procedimientos adecuados pueden realizarse modificaciones permanentes de la persona

lidad que permitirán al paciente aumentar su capacidad de resistencia contra la tensión. (16)

En base a esto último y empleando la estrategia consistente en dar por supuesto que todo paciente responderá al tratamiento breve, el equipo psiquiátrico del C.C.S.M. aborda al paciente con la idea de hacer cuanto pueda por él en el espacio de hasta 12 sesiones; ampliándose este número de sesiones en casos excepcionales previa autorización del Director del Centro. Se proporciona así al paciente la oportunidad de beneficiarse con el tratamiento breve hasta el límite de su capacidad.

Los siguientes son ejemplos de tratamientos empleando psicoterapia breve y realizados en el C.C.S.M.

Caso 1

A) DATOS SOBRE EL PACIENTE

Sexo	Femenino
Edad	24 años
Estado Civil	Casada
Ocupación	Hogar
Motivo de Consulta	Padece de angustia constante, que apareció al saberse embarazada.

B) ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS Y DIAGNOSTICO

Historia Familiar	Sin datos de importancia
Atmósfera Hogareña	No muy adecuada, ya que describe al esposo como "frio y seco" y tiene una actitud - irracional hacia su hijo de 3 1/2 años, hecho por el cual no deseaba quedar nuevamente embarazada.
Enfermedad Actual	Presenta síntomas de angustia que comenzaron a presentarse al acudir a pedir información sobre planificación familiar (actualmente se encuentra embarazada).
Estado Mental	Muestra una adecuación y un lenguaje coherente en el relato de su historia.- Cuenta con buena capacidad de insight e inteligencia término medio, C.I. gg.
Diagnóstico	Neurosis depresiva y síntomas de angustia.

C) PERTURBACIONES CONOCIDAS EN LA VIDA DEL PACIENTE

Su relación con su esposo es descrita como fría y tensa, tanto en sus relaciones interpersonales como en lo sexual. Se siente rechazada y sola. Sin embargo depende emocionalmente del esposo. En el momento del parto de su único hijo sintió un miedo intenso a la muerte y que al saberse nuevamente embarazada teme presentarlo nuevamente.

D) RESULTADO IDEAL

Desaparición del síntoma angustioso y aceptación de su situación actual.

E) PLAN TERAPEUTICO

Después de la entrevista inicial se acordó verla una vez a la semana durante 12 sesiones. Y averiguar e interpretar el significado de sus síntomas.

F) RESUMEN DEL CURSO DE LA TERAPIA

Es la primera vez que la paciente ha sido vista en psicoterapia, no mostró ninguna duda de que sus problemas sean de índole psicológicas y confía plenamente en que se resolverán favorablemente por estos medios, en la sesión 1, entre lagrimas narró lo rechazada y sola que se siente y del poco afecto que le otorgan a su persona, y se sumer-

gió en la comunicación minuciosa de esta situación, el tera
peuta se concretó en interpretar sus exigencias de recibir
afecto, pero sin embargo ella no lo dá. En la sesión 2 la
paciente analizó que efectivamente pide más de lo que dá, a
lo que señaló que tenía que ser menos exigente. Ya no lloró
durante la sesión, se le observó con mejor estado de ánimo.
En la sesión 3 habló sobre los errores de su esposo y refie
re haberse dado cuenta de que en ella hay tantos errores co
mo en los demás y considera que lo importante es aceptarse
a sí mismo y aceptar a los demás tal como son. En la sesión
4 habló de su madre expresandose de ella como una mujer su
misa y abnegada y delpadre como un desobligado. Se le in-
terpretó que tal parecía que ella seguía el mismo proceder
de su madre. En la sesión 5 aún se le veía ansiosa pero
ya acepta y habla con gusto del hecho de estar embarazada
En la sesión 6 cuenta encontrarse preocupada debido a que
tiene dolores en el vientre y está sangrando. En la sesión
7 comentó haber presentado una amenaza de aborto y que afor-
tunadamente fué controlado. Ha tomado decisiones que le sa
tisfacen al ampliar sus relaciones sociales, se siente más
tranquila, pero aún se exhalta ante ciertas actitudes de su
esposo, se le dan pautas de manejo para contrarrestar aque-
llas. Sesión 8 muy tranquila y con mayor seguridad en sí
misma, y habla con mayor firmeza de sus familiares. Se le

interpreta que efectivamente al ser ella misma no tendrá porque imitarle la conducta de pasividad y temor que realizaba su madre. En la sesión 9 refiere haber tenido problema con su esposo y que su reacción fué de tranquilidad y calma logrando llegar a un acuerdo. Reafirma su gusto por encontrarse embarazada. Sesión 10 sus relaciones conyugales han mejorado, ya que se ha percatado que en muchas ocasiones ella provocaba las actitudes hostiles de su esposo. En la sesión 11 se le observa sumamente tranquila y sociable se le interpreta lo rígida que era con su persona y en sus relaciones interpersonales. Se le comenta su pronta alta. Sesión 12 se le dá de alta a lo cual no mostró ninguna inquietud, por el contrario se muestra optimista de que su sintomatología ya no volverá a presentarse ya que tiene mayor confianza en sí misma y en su matrimonio.

G) EVOLUCION DE LA TERAPIA

Su tratamiento constó de 12 sesiones. Las interpretaciones realizadas fueron muy bien aceptadas y elaboradas. Los logros fueron la desaparición de su angustia a estar embarazada, ser menos rígida consigo misma y con los demás, y ganar mayor confianza en sí misma.

A) DATOS SOBRE EL PACIENTE

Sexo	Masculino
Edad	40 Años
Estado Civil	Casado
Ocupación	Gerente de Cobranzas
Motivo de Consulta	Ansiedad que se hizo más notoria en el último año, debido a que las exigencias de su trabajo han aumentado. También se encuentra muy triste e inestable.

B) ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS Y DIAGNOSTICO

Historia Familiar	La madre es descrita como sumamente nerviosa, su padre murió accidentalmente hace 10 años.
Atmósfera Hogareña	No muy adecuada, ya que durante los primeros 11 de sus 21 años de casado se embriagaba con frecuencia y era muy irresponsable, a partir de hace 10 años describe su vida familiar como más estable y tranquila, tiene 6 hijos, entre los 12 y 18 años.
Enfermedad Actual	Presenta síntomas de ansiedad cuya intensidad se ha incrementado en el <u>último</u>

timo año, debido a que ha estado ascendiendo en su trabajo.

Estado Mental

Cuenta con buena capacidad de insight y su capacidad intelectual y motivación al cambio es buena, tiene un C.I. de 105 correspondiente a una inteligencia término medio.

Diagnóstico

Neurosis de ansiedad en una personalidad inmadura.

C) PERTURBACIONES CONOCIDAS EN LA VIDA DEL PACIENTE

Presenta síntomas de angustia y ansiedad a partir de hace más o menos 4 años, debido a sus tensiones laborales, las cuales fueron somatizadas hacia el aparato gastrointestinal, (no encontrándosele ninguna alteración física). Dichos síntomas se recrudecieron en el último año debido a que sus presiones en su trabajo han aumentado considerablemente. Aunado a la mortificación que siente por mantener relaciones sexuales y afectivas con otra mujer, hecho que desconocen en su hogar.

D) RESULTADO IDEAL

Alivio completo de su ansiedad y la aceptación de su situación actual.

E) PLAN TERAPEUTICO

Verlo una vez a la semana durante 12 sesiones e interpretar lo más sistemáticamente posible la ansiedad derivada de su inseguridad.

F) RESUMEN DEL CURSO DE LA TERAPIA

Es la primera vez que el paciente ha sido visto en tratamiento psicoterapéutico; no reconoce plenamente que sus trastornos se deban a situaciones psicológicas que fueron provocadas por las exigencias a las que ha estado sometido. Se le dirige su atención hacia su vida afectiva. En la sesión 2 el paciente se percata que sus síntomas son provocados por su situación laboral así como también por su situación afectiva. Narra aspectos de su vida extramatrimonial lo que se le interpreta de sentir culpabilidad ante esa situación. En la sesión 3 reconoce que el mantener relaciones extramatrimoniales ha descuidado a su esposa e hijos, hecho por el cual se encuentra decidido a poner más atención a su familia y lograr así que la situación tensa en la que vive se vuelva agradable. Piensa en lo positivo que sería el cambiar de trabajo, se le interpreta que no es propiamente el trabajo lo que no acepta, sino el tener que enfrentarse a las responsabilidades. Sesión 4: Se le observa muy mejorado, sumamente optimista en cuanto a su hogar y a su trabajo; descubre



que hay gente en su trabajo que le estima. Se analizan ciertos sentimientos de culpa por la muerte de su padre (accidentado hace 10 años) tratando de diluir dicha culpa. Sesión 5: Se muestra muy tranquilo y decidido de permanecer en su trabajo y narra con entusiasmo que la situación de su hogar está marchando mejor. Se le sugiere que platique con su esposa de ciertas dudas que tiene de ella. Sesión 6: El paciente comenta que sus síntomas se presentan cada vez con menor frecuencia. - Dialogó con su esposa y quedaron de acuerdo en realizar mejoras en su hogar; él le platicó de la existencia de su amante de la cual espera alejarse rápidamente, su esposa lo escuchó sin enojo. Sesión 7: Su situación en el hogar ha mejorado notablemente, y no se ha vuelto a presentar su sintomatología. Faltó a la siguiente sesión. En la sesión 9 refiere haber sufrido una depresión, ya que cambió subitamente de trabajo, y al no adaptarse rápidamente, sintió que se le recrudecían sus síntomas. Se le aclaró que eso es normal ya que todo lo desconocido nos causa angustia y se le reforzó su decisión, puesto que denotaba seguridad. Sesión 10: Comenta haber reflexionado sobre la anterior entrevista y estar de acuerdo en que fué una buena decisión y que ahora se encuentra satisfecho con el cambio de trabajo; se ha alejado paulatinamente de su amante, y es sumamente notorio el cambio

operado en su hogar. Sesión 12: Se le da de alta, a lo cual responde sentirse muy satisfecho con lo logrado en su tratamiento.

G) EVOLUCION DE LA TERAPIA

Su tratamiento constó de 12 sesiones, elaboró adecuadamente los hallazgos del tratamiento, lográndose la desaparición de su ansiedad y la obtención de seguridad en sí mismo.

Caso 3

A) DATOS SOBRE EL PACIENTE

Sexo	Femenino
Edad	44 Años
Estado Civil	Casada
Motivo de Consulta	Cuadro depresivo reactivo a raíz de conflictos conyugales.

B) ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS Y DIAGNOSTICO

Historia Familiar	Sin datos anormales
Atmósfera Hogareña	Casada hace 1 año 7 meses, es- poso de 48 años sumamente de- pendiente de la madre. Inclu- so su madre vive con ellos, de bido a esto su vida conyugal

ha sido muy inadecuada con cons
tantes intrigas y pleitos.

Enfermedad Actual Se encuentra sumamente depri-
mida, llora con facilidad ya
que su esposo no toma acciones
en su favor

Estado Mental Cuenta con un C.I. de 119 co-
rrespondiente a una intelligen-
cia superior al termino medio,
y una gran motivación para lo-
grar su bienestar.

Diagnóstico Neurosis depresiva reactiva

C) PERTURBACIONES CONOCIDAS EN LA VIDA DE LA PACIENTE

Su madre murió de parto cuando ella tenía 4 años y su pa
dre murió más tarde, por lo que pasó a vivir con sus abue
los y tios paternos. El trato que recibió por parte de
estos fué adecuado. Narra haber tenido muchos pretendientes
pero por temor a alejarse de sus abuelos no se ca-
saba, sino hasta hace 1 año 7 meses que fué cuando se ini
ciaron sus problemas, ya que fueron a vivir con ellos la
madre del esposo y un hijo de él de 15 años que tuvo fue-
ra de matrimonio. Hace un mes dejó la casa por no sopor-
tar los pleitos e intrigas que estos últimos le provocan.

Ya desea regresar más no quiere que la situación continúe siendo la misma. Sus relaciones sexuales e interpersonales con su esposo las percibe como satisfactorias.

D) RESULTADO IDEAL

Superar su actual crisis de angustia y que logre el manejo adecuado de su hogar.

E) PLAN TERAPEUTICO

Verla una vez a la semana durante 12 sesiones, implicando en estas a su esposo. Y que logre mayor seguridad en sí misma.

F) RESUMEN DEL CURSO DE LA TERAPIA

En la sesión 1 comenta que su esposo no podrá asistir al tratamiento por situaciones laborales. Relata sumamente triste y llorosa su problemática conyugal. Se le trata de aumentar su capacidad de insight ya que no parece captar las interpretaciones referentes a que en ciertas ocasiones ella provoca las reacciones en su hogar. Sesión 2: La paciente continua relatando sus aspectos conyugales; se da cuenta que muchas veces actúa muy infantilmente. Y se le sugiere que intercambie ciertas dudas con su esposo que la mantienen inquieta. Sesión 3: Refiere la paciente haber platicado con su esposo y que este reaccionó

muy favorablemente a la plática, hecho que la ha mantenido más tranquila y optimista. Sesión 4: Se le observa contenta y se muestra más segura de su esposo quién ha empezado a tener actitudes positivas hacia ella. Se le interpreta que esto es consecuencia de que al tener ella actitudes positivas hacia él, éste corresponde en igual forma. Sin embargo, llora al recordar y añorar su vida junto a él. No se presentó a la sesión siguiente. A la sesión 6: Acudió muy tranquila y dice que se debe a que está logrando que su esposo dialogue y acepte que se deben de modificar ciertas cosas en su hogar antes de que ella regrese; también en su trabajo se encuentra más optimista y tranquila. Se le interpreta que ella misma provocaba la forma inadecuada de su comportamiento anterior. Sesión 7: Llegó sumamente alterada, debido a que su esposo se fué con su madre a Acapulco. Se le interpretan los celos y envidia que siente hacia su suegra, y se le empuja a que analice todos los aspectos positivos de su persona para que encuentre y reafirme su seguridad. Esto condujo a que en la sesión 8 analizara lo torpe de sus celos y terminó aceptando que no debe sentir como rival a su suegra. En la sesión 9 relata que su situación conyugal continua igual que antes de que su esposo fuera a Acapulco. Su estado de ánimo sigue progresando. Se le

insistió en la necesidad de que su esposo fuera a la siguiente ocasión. Sesión 10 la paciente se presentó con su esposo, se les observó muy entusiasmados y deseosos de un rápido acuerdo. Se les confrontó y ambos aceptaron tener culpa de las cosas que pasaban en su hogar y mostraron un gran deseo de remediarlas. Sesión 11: La paciente comenta que su estado de ánimo cambió notablemente desde la anterior sesión, su sintomatología ha desaparecido. Con respecto a su suegra ha tomado una actitud de indiferencia y ya no le angustia el estar cerca de ella. La relación con su esposo a pesar de estar aún separados es satisfactoria y tiene la confianza de que pronto logren un acercamiento más adecuado. Se le anuncia su próxima alta. Sesión 12: La paciente reafirma su confianza de que sus problemas conyugales terminaron. -
Fué dada de alta.

G) EVOLUCION DE LA TERAPIA

Fueron 12 las sesiones de que constó su tratamiento, lográndose la desaparición de su síntoma y haber logrado mayor decisión y seguridad en sí misma.

OBSERVACIONES:

Al finalizar el tratamiento se le advierte al paciente que, aunque se siente mejor, tendrá que seguir aplicando con tesón lo que ha aprendido a través del tratamiento para que pueda lograr asegurar una solución más duradera de sus problemas más profundos. De ninguna manera se pretende haber logrado una cura completa, pues solamente el tiempo dirá si el paciente puede mantener las actitudes adultas aprendidas en la terapia.

En la presentación de los casos, los datos de los pacientes que se tomarón, fuerón los de mayor relevancia para hacer coherente la exposición; no ampliándose lo suficiente para salvaguardar la identidad de estos. No obstante el resumen del tratamiento mantuvo su contenido y real resultado.

CAPITULO VCONCLUSION:

Es indudable que la gran mayoría de nuestra población se encuentra con algún tipo de problemática psicológica, la cual le mortifica y le mantiene sumamente preocupado. Gran parte de esta gente que es derechohabiente al I.M.S.S. se encontró con agrado al asistir a su clínica correspondiente del I.M.S.S. que ésta, había creado un Centro piloto denominado Centro Comunitario de Salud Mental el cual se especializaba en la resolución de la gran mayoría de problemáticas psicológicas.

Ahora, pasados ya más de dos años de la iniciación de las labores del C.C.S.M. y de haberse logrado superar en gran parte los conflictos emocionales de muchos derechohabientes, me queda una duda y es la siguiente, no encuentro lógico que exista únicamente un C.C.S.M., ya que es insuficiente para dar atención a todos los derechohabientes que la necesitan.

Por último puedo concluir sin lugar a duda que el empleo de la psicoterapia breve es sumamente adecuada en este tipo de Servicios Sociales, ya que gran parte de gente conflictuada necesitaba desesperadamente: comunicar sus problemas, comprender lo más ampliamente posible el porque de su conducta y como poder encausar y estabilizar su conducta.

BIBLIOGRAFIA

1. ALEXANDER Y FRENCH. *Terapéutica Psicoanalítica*.
Editorial Paidós. Buenos Aires. 1965.
2. ACKERMAN, ERICKSON, MORENO. *Sobre Psicoterapias*.
Editorial Paidós. Buenos Aires, 1974.
3. BELLAK Y SMALL. *Psicoterapia Breve y de Emergencia*.
Editorial Pax. México 1969.
4. DE LA FUENTE RAMON. *Psicología Médica*. Editorial
Fondo de Cultura Económica. México. 1975.
5. FIORINI H. *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. E
ditorial Nueva Visión. Buenos Aires. 1973.
6. FREUD S. "Sobre Psicoterapia" *Técnica Psicoana-*
lítica. Obras Completas. Madrid. Biblioteca
Nueva. 1948. Vol. I y II.
7. FROMM REICHMAN FRIDA. *Principios de Psicoterapia*
Intensiva. Editorial Hermes. Buenos Aires. 1975.
8. KESSELMAN H. *Psicoterapia Breve*. Editorial Kar-
gieman. Buenos Aires. 1970.
9. MALAN D. H. *A Study of Brief Psychoterapy*. Londres.
Tavistock. Publications 1963.
10. M. BORMAN ELLEN e I. LIEF HAROLD. *Psicoterapia Con*
yugal. The American Journal of Psyquiatry. Vol. VI
No. 6/JUN/75.

11. MANDOLINI GUARDO R.G. Historia General del Psicoanálisis. Editorial Ciordia. Buenos Aires. 1969.
12. MILLON THEODORE. Psicopatología y Personalidad. Editorial Interamericana. México. 1974.
13. SMALL LEONARD. Psicoterapias Breves. Editorial - Granica. Buenos Aires. 1972.
14. SINGER. E. Conceptos Fundamentales para la Psicoterapia. Editorial Fondo de Cultura Económica. México. 1969.
15. WOLBERG, L.R. The Technique of Psychotherapy. New York. 2a. Ed., Grune and Stratton. 1967.
16. WOLBERG L. R., Short Term Psychotherapy. New York. Grune Stratton. 1965.
17. WOLFF WERNER. Introducción a la Psicopatología. Editorial Fondo del Cultura Económica. México. 1974.
18. YATES A. J. Terapia del Comportamiento. Editorial Trillas. México. 1975.