



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**PSICOTERAPIA BREVE: APORTACION DE UN MODELO  
TEORICO-CLINICO DE APLICACION**

**Tesis que presenta:**  
**MA. GABRIELA BRAVO WILLIAMS**  
**Para optar por el título de:**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**



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.

## I N D I C E

I. INTRODUCCION.	1
II. CONSIDERACIONES PRELIMINARES.	3
III. MARCO TEORICO.	
A. Esquema Referencial Téorico.	8
1. Enfoque Psicodinámico.	10
2. Enfoque Estructural.	22
3. Aportación al Marco Referencial en Psicoterapia Breve.	30
IV. TECNICA.	34
A. Primera Fase.	
1. Análisis de la demanda y motivo de consulta.	37
2. Diagnóstico situacional.	39
3. Valoración de posibilidades de tratamiento.	43
B. Segunda Fase.	
1. Establecimiento de un contrato de trabajo.	46
2. Esclarecimiento y análisis de la problemática. (Proceso).	48
3. Análisis del vínculo.	53
4. Síntesis y rescate de la experiencia.	56
5. Seguimiento y terminación del tratamiento.	56
V. PRESENTACION CLINICA.	57
VI. CONCLUSIONES.	97
VII. BIBLIOGRAFIA.	100

## I. INTRODUCCION

En el proceso psicoterapéutico existen diversas modalidades en su aplicación. En este trabajo el enfoque utilizado será una modalidad de psicoterapia, y en particular la de Psicoterapia Breve.

Como trabajadores de salud mental debemos practicar y perfeccionar nuestras técnicas terapéuticas si pretendemos desarrollar una labor terapéutica eficaz que puede ser lograda bajo la aplicación y combinación de numerosos ingredientes en el proceso psicoterapéutico unificado.

En los últimos tiempos existe un incremento en la demanda de intervenciones psicoterapéuticas por parte de la población en general, y debido a esta expansión se ha considerado replantear los métodos actuales de tratamiento en busca de modalidades distintas a las empleadas tradicionalmente sin que esto implique excluirlas. Esta necesidad abarca tanto al ámbito institucional de servicio público, como al de la asistencia privada.

Observamos que a partir de este incremento en la demanda, se ha favorecido, por así decirlo, que se instrumentalicen cada vez más el empleo de terapias breves, trayendo como consecuencia a su vez la necesidad en el profesionista en salud pública de contar con un marco teórico conceptual elaborado desde la experiencia práctica y que permita la posibilidad en su aplicación de que sea de manera coherente y constituya un elemento individualizable y que dé cuenta del factor científico.

Desde un principio, la Psicoterapia Breve ha sido -- vista como un mero recurso socioeconómico por el gasto que implica, sin embargo, considero importante hacer hincapié en que su utilidad debe ir más allá que esto, es decir, siendo la Psicoterapia Breve un método de tratamiento dirigido al síntoma o desadaptación al medio, su empleo debe ser planteado lo más claramente posible en base a las necesidades de cada paciente en particular.

De este modo, el presente trabajo será desarrollado sobre un esquema que pretende utilizar de base la teoría psicodinámica, enriquecida y complementada con aspectos de la teoría estructural con el propósito de focalizar el problema bajo la complementariedad de ambas teorías y su aplicación práctica, demostrando que ambos enfoques pueden constituir la base teórica o marco referencial teórico de la Psicoterapia Breve en el análisis de la interacción terapeuta-paciente con fines de modificación en el estado actual de éste último.

Esta modalidad terapéutica exige que el terapeuta se incluya en la relación vincular en donde le es asignado un rol específico permitiendo además la contención de las ansiedades depositadas y el esclrecimiento conjunto del vínculo. Asimismo, la focalización del problema no debe ser entendida como un reduccionismo, sino que consiste en focalizar de entre diversos problemas planteados por el paciente, el que el mismo considere central y elaborar así una estrategia de trabajo dirigida a modificar el estado actual del paciente.

Se pretende tomar como objeto de estudio la fundamentación teórica de lo que puede ser una modalidad técnica en Psicoterapia Breve, utilizando los dos modelos teóricos mencionados a través del método clínico. Con este fin, la presentación de un caso clínico efectuado bajo estos lineamientos, ejemplificará el manejo técnico.

## II. CONSIDERACIONES PRELIMINARES.

El conocimiento teórico de lo que es Psicoterapia Breve se logra desde la experiencia clínica, tanto en el aspecto metodológico como de su sistematización técnica, dirigido fundamentalmente hacia la consecución de un esquema referencial científico; contamos como base con la teoría psicoanalítica y de lo que de ella se pueda aplicar, por ejemplo, el proceso de transferencia que en una terapia psicoanalítica es nuclear, mientras que en el caso concreto de la Psicoterapia Breve nos sirve únicamente como elemento a tomar en cuenta por el terapeuta, - mas no se utiliza en las interpretaciones directamente. En este punto, cabe señalar que algunos autores (como son Bellak y Small), sugieren que en algunos casos muy concretos, cuando la transferencia está interfiriendo el proceso terapéutico, algunos aspectos de ella pueden ser tocados - por el terapeuta.

Tampoco debe decirse que la técnica empleada en Psicoterapia Breve pretende acortar el psicoanálisis, o bien, que es una -- "versión reducida" de cualquier otra psicoterapia de tiempo ilimitado, - pues esto sería tanto como negar la efectividad de dichos tratamientos; asimismo, no debe descuidarse el hecho de que sus objetivos son distintos. De esta forma, lo que debe quedar claro es que así como en el psicoanálisis, en la Psicoterapia Breve también se requiere de indicaciones precisas y específicas que se adecúen a las características y necesidades concretas, pues debe ser enfocada sobre las bases de la teoría y técnica - que la singularizan.

Los procedimientos fundamentales de una Terapia Breve se derivan de la comprensión del comportamiento humano, tanto normal como anormal, tomándose en cuenta además la relación que el individuo mantiene con su medio ambiente.

La Psicoterapia, "definida de un modo sucinto es, una intervención 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. El terapeuta debe operar partiendo de un conjunto de hechos firmemente asentados y de hipótesis bien fundamentadas que exige el máximo orden posible en cuanto a la precisión y mayor economía en la intervención". (Bellak y Small, 1977).

Otra definición nos dice que la Psicoterapia es, "en un sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos y corporales que utilice medios psicológicos y, de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo". Ahora bien, "con el nombre de 'psicoterapia analítica' se designa una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis". (Laplanche y Pontalis, 1977).

Siguiendo esta línea de pensamiento podemos encontrar algunas similitudes que existen en las diversas modalidades de psicoterapia, tales como la relación terapeuta-paciente, buscando como finalidad la mejoría de los desórdenes psíquicos de éste último, y la necesidad de un marco referencial que implique una metodología adecuada.

En la modalidad de Psicoterapia Breve, el término "breve" se refiere tanto a la limitación temporal del proceso, como a los objetivos a conseguir, que serán también limitados. Los objetivos que se pretenden en esta modalidad serán determinados en alguna forma por la comprensión más completa que del individuo se tenga, incluyendo su contexto, misma que nos conducirá a focalizar los puntos más importantes.

tes de la sintomatología ya que no se pretende la modificación de la estructura básica de la personalidad.

En Psicoterapia Breve algunas veces se asiste al sujeto en un estado de crisis, por lo que es conveniente mencionar también aquellas situaciones en donde existe "urgencia" en la intervención. En éstos, observamos que hay un desequilibrio súbito o extremo, o bien la existencia de una situación amenazante donde se pone en juego incluso la vida del paciente; en estos casos "especiales" se requiere de una intervención rápida y urgente (Terapia Breve de Urgencia), proporcionando -- principalmente apoyo y participación tanto del terapeuta y de familiares y/o personas cercanas (utilización de recursos).

En la práctica clínica se presentan dos tipos de pacientes que pueden ser tratados bajo la modalidad de Psicoterapia Breve, uno de ellos es el que acabamos de mencionar y que es catalogado como de extrema urgencia, y el otro es el que si bien se encuentra en una situación crítica, ésta no es catastrófica. En estos últimos, donde la estructura intrapsíquica no se ve seriamente afectada y solo existe una crisis transitoria, la Psicoterapia Breve lo llevará a reinstalar sus pautas de funcionamiento habituales favoreciendo además la comprensión de sí mismo en su contexto.

Observamos, desde luego, casos en los cuales no está indicada una Terapia Breve por tratarse de problemáticas que requieren -- otra modalidad de tratamiento; con esto queremos decir que la Psicoterapia Breve no siempre puede ser aplicada, sino que tiene sus indicaciones específicas y concretas, por lo que es recomendable que en el trabajo -- clínico, donde se intenta ayudar a quienes recurren con alguna necesidad, formularnos preguntas relacionadas a la Psicoterapia Breve en cuanto a -- quién?, cuándo?, por qué? y cómo?, etc., resultará provechoso.

En Psicología Clínica existen dos áreas: el llamado campo de la salud, y el campo de la enfermedad. Dentro del primero se --



encuentran aquellos casos de personas que solicitan asistencia psicológica para mejorar su eficacia de trabajo o bien para efectuar un aprendizaje (cabe aclarar que en nuestro medio este tipo de asistencia es poco solicitado). En el segundo, están aquellas personas que en sus formas de conducta presentan algún tipo de síntoma considerado patológico, y que solicitan el servicio psicológico con fines "curativos", éstos además, son considerados "enfermos". Este último campo, -el de la enfermedad-, es el que nos interesa en la labor psicoterapéutica. Dentro de la Psicoterapia Breve puede aún subdividirse, como ya lo hemos esbozado, en casos de extrema urgencia por su padecimiento, y los que no son valorados de extremo riesgo pero en los que existe una situación crítica actual.

#### ¿Qué se entiende por una situación crítica?

Consideramos como un estado crítico en el sujeto, -aquella situación que resulta del desacuerdo entre los factores internos de la personalidad con las condiciones de su realidad objetiva, ocasionando consecuentemente un desajuste emocional y en sus pausas de funcionamiento habituales que a su vez provocan un estado general de malestar en el individuo.

Será entonces condición para indicar una Psicoterapia Breve, que el paciente se encuentre en un momento crítico actual de desequilibrio emocional catalogado como "transitorio" y que no exista -una patología severa o crónica, o bien, en aquellos casos en donde la patología sí es severa y además se encuentra en un momento de exacerbación, el objetivo del tratamiento (breve) no es la cura total, sino únicamente se encamina hacia el alivio del momento crítico dejando para un segundo momento, y si esto es posible, la elección de un tratamiento a más largo plazo donde se intentará un análisis más profundo de la personalidad del sujeto. En estos últimos casos, la intervención con la modalidad de Psicoterapia Breve funciona más bien como una medida preventiva, evitando -en lo posible que la exacerbación evolucione hacia una desadaptación grave.

De este modo observamos que la característica fundamental en el mayor número de casos asistidos con la modalidad de Psicoterapia Breve, es un excesivo monto de ansiedad que rebasa las capacidades del sujeto para manejarla, y por consecuencia tiende a desorganizarlo - dificultando su funcionamiento adecuado; y desde la perspectiva de las - funciones adaptativas del Yo, éstas se ven interferidas. En estos momentos de desajuste intervienen tanto factores internos como externos, o una combinación de ambos que desencadenan, por así decirlo, una situación - conflictiva que es experimentada por el individuo como amenazante y que al mismo tiempo lo paraliza; asimismo la adaptación a la realidad se ve interferida. Todo esto justifica la intervención terapéutica con esta - modalidad técnica que va dirigida con el fin de recuperar en el paciente las pautas de funcionamiento habituales que había mantenido hasta antes de surgir la situación crítica actual.

Hartmann, diferencia entre lo que es un estado de - adaptación y un proceso de adaptación. En el estado de adaptación el - individuo se mantiene en equilibrio de forma constante y permanente con su medio, con un grado de sufrimiento mínimo; mientras que el proceso - de adaptación comprende un desencadenamiento de tensión activa al ponerse en juego el amplio repertorio de recursos del sujeto, la que por -- cierto es condición necesaria para todo intento de relación dinámica y - crítica con la realidad. (Hartmann, H.)

Por último, cabe señalar que toda crisis implica un grado de desequilibrio, de aquí que aunque la técnica de Psicoterapia - Breve no busca una reestructuración en la personalidad del sujeto, su - finalidad implica ciertos cambios provechosos para el mismo, basados en el autoconocimiento.

### III. MARCO TEORICO.

#### A. Esquema Referencial Teórico.

El Esquema Referencial Teórico que se utiliza en el trabajo de Psicoterapia Breve proviene fundamentalmente de dos vertientes: por una parte, de la Teoría Psicoanalítica, y por la otra, de la Teoría Estructural. Aunque ambos enfoques teóricos describen universos de conocimiento distintos, es importante señalar que éstos se refieren al mismo objeto de estudio, es decir, la explicación de la conducta del ser humano y su relación con el medio ambiente.

El enfoque psicoanalítico posee un cuerpo teórico -- solidamente estructurado y que de por sí constituye un método específico de tratamiento que abarca tanto la teoría psicoanalítica, como la teoría de la técnica. De este enfoque podemos utilizar ciertos conocimientos -- que se adecúen, por así decirlo, a una modalidad de tratamiento diferente de lo que es un proceso propiamente psicoanalítico. Asimismo, del -- enfoque estructural se toman algunos conceptos básicos que también son -- aplicables en Psicoterapia Breve.

Se describirán en forma separada los conceptos que -- de cada uno de estos enfoques pueden ser aplicables en esta nueva modalidad de tratamiento, para luego describir el esquema que comprenda a -- ambos y que será en sí el Marco Teórico que en cierta medida respalde la -- técnica.

A medida que se describan los conceptos teóricos de cada enfoque, se irán detallando las modificaciones que de su aplicación se hace en la modalidad de Psicoterapia Breve.

## 1. Enfoque Psicodinámico.

Los principios del método psicoanalítico se fueron desarrollando en forma gradual y actualmente es posible justificarlo explicando sus bases teóricas: "la teoría no precedió al método sino por el contrario". (Fenichel).

En la teoría psicoanalítica encontramos dos hipótesis alrededor de las cuales se ha elaborado el cuerpo de conocimientos que explican la conducta del ser humano. Estas hipótesis son:

- a. La existencia de fenómenos inconscientes, y
- b. El concepto de determinismo psíquico.

Ambos postulados hipotéticos se interrelacionan, es decir, el inconsciente es para señalar un espacio hipotético donde se dan una serie de fenómenos que explican la conducta manifiesta del individuo; y con el postulado del determinismo psíquico, se expresa que la conducta manifiesta del individuo está determinada por factores inconscientes.

Si bien estas dos hipótesis encuentran una aplicación esencial en el proceso psicoanalítico de larga duración, en Psicoterapia Breve son tomados en cuenta únicamente por el terapeuta para una mayor comprensión del funcionamiento psíquico del individuo, siendo su aplicación distinta puesto que los objetivos no van encaminados hacia el análisis y modificación de aspectos inconscientes; además, el tiempo que se -

emplea durante el tratamiento de corta duración no es el suficiente como para que se den cambios estructurales inconscientes.

La labor en un proceso psicoanalítico consiste en reconstruir a través de manifestaciones dadas, la constelación de fuerzas que dió origen a esas manifestaciones. Tras lo manifiesto encontramos - los componentes dinámicos: impulsos que provocaron la descarga y fuer--zas inhibitoras de rechazo. (Fenichel).

Para esto es necesario tomar en cuenta lo que es el concepto de Aparato Psíquico y el concepto de Tópica que lo explica. -- Freud, sugiere la idea de una cierta disposición u organización interna. La coexistencia de los distintos sistemas implica que las excitaciones - deben seguir un orden fijado por el lugar que ocupan los diversos siste--mas.

Las "tópicas" indican lugar, y la teoría topológica expone los lugares o instancias que forman parte del aparato psíquico y su diferenciación en Sistemas o Instancias que debe poseer una significación funcional; dicho de otro modo, el concepto de "lugares psíquicos" - implica que cada parte es exterior a las demás y posee una especializa--ción propia que además se interrelacionan.

La primera concepción tópica del aparato psíquico se puede encontrar por primera vez en los "Estudios sobre la Histeria" en - 1895. Esta primera tópica distingue tres sistemas: Inconsciente, Pre--consciente y Consciente; cada uno de los cuales posee su función, su ti--po de proceso, su energía de catexis, especificándose por contenidos re--presentativos.

Así vemos que en los sistemas Preconsciente y Cons--ciente la energía se encuentra ligada a los contenidos representativos y que su modo de funcionamiento obedece al proceso secundario; mientras - que en el sistema Inconsciente la energía no está tan firmemente ligada a sus contenidos como en los otros sistemas, y que opera a un nivel de - proceso primario.

Freud utiliza los términos Sistema e Instancia como sinónimos, aunque el primero se refiere más a una acepción exclusivamente de lugar o topológica, y el segundo aparece con un matiz más dinámico y estructural. La articulación entre estos dos puntos de vista plantea el problema del origen de la distinción tópica.

A partir de 1920 Freud elaboró otra concepción de la personalidad que a menudo se designa abreviadamente con el término de -- Segunda Tópica, y que hace intervenir tres Instancias: Ello, Yo, Superyó. El Ello es el polo funcional de la personalidad; el Yo, se erige en representante de los intereses de la totalidad de la persona y, como tal, es cargada con libido narcisista; y el Superyó es la instancia que juzga y critica, constituida por la internalización de las exigencias y prohibiciones parentales.

La Teoría Estructural del Psiquismo se deriva de ambas concepciones tópicas: la primera es una concepción espacial (Consciente, Preconsciente, Inconsciente), y la segunda referente a la forma que adoptan los contenidos psíquicos (Ello, Yo, Superyó).

La teoría topológica considera, además de las relaciones "intersistémicas", relaciones "intrasistémicas"; y por otra parte, lleva a atribuir singular importancia a las "relaciones de dependencia" existentes entre los diversos sistemas. Así vemos como hay partes del Yo inconscientes, partes preconscientes y partes conscientes, aunque el inconsciente es predominio del Ello y de lo reprimido (lo consciente vuelto inconsciente). Asimismo, el Superyó (la norma) tendría una parte consciente y otra internalizada (inconsciente).

La dualidad funcional de la personalidad del sujeto se expresa en la coexistencia de un pensamiento derivado de impulsos -- (vinculado al proceso primario), y en grado variable de un pensamiento -- realista con capacidad de instrumentar cierta adaptación capaz de intervenir en la organización de la conducta, favoreciendo su ajuste a las --

condiciones de la realidad objetiva (proceso secundario). De este modo vemos que desde el modelo estructural psicodinámico, cada corte transversal de la conducta muestra rasgos de influencia de los tres sistemas: - Ello, Yo, Superyó.

Si bien el proceso psicoanalítico va encaminado a -- conseguir modificaciones de estas estructuras psíquicas a través de "hacer consciente lo inconsciente" con la ruptura de resistencias y el análisis de funciones adaptativas y mecanismos de defensa del Yo, en Psicoterapia Breve -como ya ha sido mencionado-, se sigue un camino diferente en el proceso, ya que el nivel de análisis está dirigido fundamentalmente hacia las funciones adaptativas del Yo y no a "hacer consciente lo inconsciente", focalizando el momento de crisis y la forma de cómo ésta - crisis está interfiriendo con las funciones adaptativas del Yo. Lo anterior se justifica por la brevedad del tratamiento, además de que una situación de crisis implica un fenómeno regresivo en las pautas de funcionamiento, y lo que se pretende con esta modalidad es una progresión hacia niveles secundarios de funcionamiento; mientras que en el psicoanálisis el proceso oscila entre momentos regresivos y de progresión elaborativa.

En este momento es necesario señalar la contribución psicoanalítica de la existencia de una sexualidad infantil y su evolución (Desarrollo Psicosexual), y que en psicoanálisis constituye la parte medular del proceso, es decir, en qué estadio de desarrollo se encuentran los puntos de fijación y sus remanentes inconscientes que determinan el nivel de conflicto y pautas de funcionamiento. En Psicoterapia Breve - esto mismo es tomado en cuenta por el terapeuta para una mayor comprensión psicodinámica, y que se infiere por el modo de funcionamiento actual del paciente pero que no es el objetivo de belarlo ante él, ya que pertenece a situaciones tempranas de funcionamiento y sin embargo es factible de ser observado por el terapeuta a través del vínculo. La importancia que tiene en Psicoterapia Breve este aspecto de la sexualidad infantil -



reside en que nos conduce a la comprensión de lo que es el fenómeno de la angustia.

La angustia es factible definirla como una emoción - displacentera, un sentimiento difuso de malestar y aprehensión, un afecto displacentera que acompaña una tensión instintiva no satisfecha.

Hasta 1926 Freud estableció en su artículo "Inhibición, síntoma y angustia", que la angustia moviliza la represión. En la teoría original de Freud sobre la angustia, ésta se describía como el resultado del freno y descarga inadecuada de la libido, es decir, una acumulación de libido que podía transformarse en angustia; mientras que en su nueva teoría, Freud propuso relacionar la aparición de la angustia - con las que denominó, "situaciones traumáticas" y "situaciones de riesgo". Las primeras las definió como las situaciones en las cuales la psiquis quedaba abrumada por el influjo de los estímulos demasiado grandes para dominarlos o descargarlos. Consideró que cuando se producía esto, se desarrollaba en forma sintomática la angustia. La segunda parte de la nueva teoría consiste en que en el curso del desarrollo, el niño aprende a anticipar o prever la llegada de una situación traumática y a reaccionar ante ella con angustia antes de que ésta se convierta en traumática (proceso secundario). A este tipo de angustia, Freud la denominó angustia de alarma, se produce por una situación de peligro o por la anticipación del peligro, su producción es función del Yo y sirve para movilizar las fuerzas a disposición del Yo, para enfrentar o evitar la situación traumática inminente.

La angustia traumática paraliza al individuo, es una forma "inadecuada" de respuesta; la forma adecuada es cuando el individuo, -ante una situación traumática-, tiene una capacidad de generar angustia señal que lo moviliza ya sea para enfrentar o huir de la situación. En Psicoterapia Breve esto es importante para valorar la capacidad de respuesta del individuo ante diferentes situaciones generadoras de angus

tia. Resulta de mucho valor distinguir en el momento actual si el individuo, en situación de crisis, está generando angustia señal o ha llegado ya a ser traumática, ya que esto nos hablará de la capacidad que tiene para adaptarse a las situaciones de cambio.

Se considera que, -normalmente-, en una situación de peligro el Yo reacciona con angustia que genera él mismo en forma activa y que Freud la denominó angustia de alarma, puesto que ésta es producida por el Yo como un aviso o señal de peligro. Con esto podemos decir que algunas funciones del Yo son responsables del reconocimiento del peligro y que otras lo son de reaccionar ante él con angustia (valoración de las áreas del Yo).

Ante una situación de alarma, en este punto el principio del placer entra en el cuadro. La angustia de alarma es desagradable, y cuanto más intensa, mayor es el displacer. A través de la acción del principio del placer, esta angustia de alarma le permite al Yo dominar o inhibir los impulsos del Ello en una situación de peligro ("la angustia moviliza la represión").

La valoración clínica de la angustia que, en un momento dado, se hace en Psicoterapia Breve, es facilitada por su comprensión dinámica. Tomándose en cuenta este aspecto, observamos que la manifestación clínica de la angustia es variable y dependerá de si ésta es traumática o de alarma. El abordaje terapéutico también tendrá sus variaciones dependiendo del tipo de angustia y sus manifestaciones, puesto que no es lo mismo una persona que se encuentra en situación de angustia traumática, que otra que ha desarrollado angustia señal y que necesite ayuda. Asimismo podemos distinguir de éstos, otros casos en donde la angustia ha evolucionado hacia otros niveles y que ha movilizado mecanismos defensivos del Yo, desarrollándose secundariamente síntomas neuróticos como una reacción defensiva del Yo ante la misma (neurosis obsesiva, fóbica, histérica, etc.).

Y para señalar algunos otros casos en relación a la angustia y sus manifestaciones, citaremos a aquellos individuos que en su desarrollo han mostrado cierta labilidad y tendencia hacia la regresión, y que ante una situación de angustia utilizan defensivamente mecanismos de regresión hacia niveles primarios de funcionamiento, observándose estados de confusión y amenaza de desorganización inminente que nos puede estar indicando el inicio de una enfermedad severa.

Además de lo anterior, es necesario en Psicoterapia Breve, focalizar el factor desencadenante de la angustia que nos llevaría a determinar el origen de la misma, y si dicho origen proviene de factores externos o internos. La importancia de esta diferenciación reside en observar si la montante de angustia coincide en magnitud con el factor desencadenante.

Un aspecto más de la teoría psicodinámica a ser tomado en cuenta en Psicoterapia Breve, será el relacionado con la valoración de las funciones yoicas.

Básicamente, son las funciones yoicas las encargadas de regular el contacto con las condiciones de realidad y el ajuste a las mismas. Dentro del Yo existen fundamentalmente dos niveles de funcionamiento: los mecanismos de defensa, y las funciones adaptativas. Los primeros actúan inconsciente y automáticamente frente a impulsos instintivos y van dirigidos a neutralizar ansiedades mediante diversas modalidades de manejo por conflictos creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones. Actúan simultáneamente con las funciones adaptativas y a menudo también las interfieren en sus fines de ajuste a la realidad.

Las funciones de adaptación se van formando y madurando a través del desarrollo, bajo la influencia social. Estas funciones comprenden la adaptación a la realidad, control de impulsos, regulación homeostática del nivel de ansiedad y mayor tolerancia a la misma, -

tolerancia a la frustración y capacidad de demora, capacidad sublimatoria, e integración y coherencia de una diversidad de facetas de la persona. Actúan también automática e inconscientemente, sin embargo, cuando la función automática falla, a menudo se produce ansiedad. Es por esto que la valoración de estas funciones yoicas, especialmente en Psicoterapia Breve, favorecerá la base de la acción terapéutica.

Estas funciones de adaptación a la realidad van dirigidas al mundo exterior, a los otros, y a aspectos de sí mismo, y están dotadas de cierto potencial de autonomía primaria que les permite actuar aún en situaciones en que fuerzas contrarias (instintos) tienden a debilitarlas. Hartmann denominó a ésta, "área del Yo libre de conflictos", refiriéndose a la posibilidad de cierto funcionamiento yoico no interferido por el compromiso de sus funciones en el manejo de los conflictos.

El estado en que se encuentra dicha área del Yo libre de conflictos, proporcionará al terapeuta un enfoque diagnóstico, pronóstico y terapéutico, ya que en algunos casos es en esta área donde el terapeuta de Psicoterapia Breve encontrará elementos de trabajo conjunto con el paciente. El conocer qué tan "dañada" o interferida por conflictos esté, permitirá una primera aproximación diagnóstica.

La capacidad o fuerza de estas funciones integradoras y de síntesis del Yo son puestas a prueba cada vez que el sujeto, frente a situaciones de cambio, reorganiza sus relaciones con el mundo a través de una movilización selectiva de nuevas funciones de adaptación.

Con este planteamiento teórico, en Psicoterapia Breve, el propósito no es solo el de evaluar las funciones yoicas del individuo, sino el de indagar principalmente la relación existente entre estas funciones y un conjunto de condiciones de realidad que inundan al sujeto penetrando sus rendimientos.

Además de la valoración de las funciones adaptativas del Yo, es importante señalar que en el funcionamiento del Yo encontra--

mos dos niveles, uno de ellos es lo que el individuo manifiesta conscientemente (contenido manifiesto), y el otro nivel es lo inconsciente (contenido latente), que es el nivel de funcionamiento desconocido para el paciente e inferido por el terapeuta a través del contenido manifiesto.

La relación del individuo con su medio ambiente constantemente tiende a alterarse y constantemente tiende también a equilibrarse. El equilibrio no necesariamente es normal, puede ser patológico. Cualquier estímulo altera el equilibrio, sin embargo, no todo estímulo provoca un conflicto. Todos estos procesos ocurren, en parte, en la llamada área del Yo libre de conflictos.

Desde luego, en el interior del organismo también -- surgen tensiones y no solamente en sus relaciones con el mundo externo. Estamos interesados en los estados mentales relacionados con el equilibrio, con la estabilidad de la persona, y particularmente con su interacción con el ambiente; por lo que puede subrayarse la gran elasticidad de la capacidad de adaptación del ser humano, pues siempre existen a su disposición varias formas con las cuales controla su relación con el exterior.

Debido a la compleja estructura del aparato mental, los trastornos interiores pueden causar disturbios en la relación del individuo con la realidad y viceversa. Nuestro conocimiento de dicho aparato nos permite discernir además del equilibrio entre el individuo y el medio ambiente, otros dos estados de equilibrio relativamente bien definidos: el equilibrio de los impulsos instintivos (equilibrio vital), y el equilibrio de las instancias mentales (equilibrio estructural) relacionados entre sí. Sin embargo, el Yo no es la simple resultante de las fuerzas extrañas, sino que su función sintética constituye un órgano específico de equilibrio a la disposición de la persona. Entre ésta función sintética y el resto del Yo, existiría pues una cuarta forma de -- equilibrio. (Hartmann).

Un proceso que internamente constituye un trastorno en las relaciones de las instancias mentales puede transformarse, externamente, en un trastorno de la adaptación, -por ejemplo, las defensas -- contra los impulsos instintivos a menudo alteran las relaciones con el mundo externo-. Lo anterior quedará mejor explicado si entendemos el -- síntoma en términos de deseo-defensa.

Por otro lado, sabemos que el aparato mental explora en el mundo externo las posibilidades de placer a medida que sus necesidades exceden un cierto límite y no pueden ya satisfacerse en la fantasía. El retorno a la realidad también puede servir de protección contra la angustia producida por las fantasías, y para dominar dicha angustia; la persona cambia entonces placer, o un placer más intenso, por otro menos intenso. Pero lo que nosotros denominamos principio de realidad implica algo esencialmente nuevo, esto es, la función de anticipación hacia el futuro. (Hartmann).

Sabemos que el principio de realidad es, en cierto sentido, una continuación del principio del placer, pero sus mecanismos de acción son distintos. El principio de realidad tiene además una dimensión especial en virtud de la cual el mundo externo cobra una importancia considerable.

Las posibilidades de placer que tiene el individuo a través del área del Yo libre de conflicto, juega un papel importante en la adaptación al mundo externo ya que desde estas nuevas fuentes de placer se favorece el desarrollo del Yo; de tal forma que las nuevas posibilidades dadas ahora por los diferentes niveles del desarrollo yoico, son de gran tendencia para lograr la estabilidad y organización interna de la persona, así como para su efectividad, la clase de extensión de sus funciones (síntesis, asimilación, defensa, habilidad para aprender, etc.).

Los procesos de defensa pueden servir simultáneamente tanto para el control de los impulsos instintivos como para la adaptación

ción al mundo externo; asimismo, el desarrollo estructural en el individuo también sirve para la adaptación. Esto es cierto por definición, - por la diferenciación entre Ello y Yo, y también es cierto para las identificaciones que constituyen el Superyó, en donde las relaciones entre - lo que es una realización y lo que es un trastorno en la adaptación es - particularmente claro y evidente.

Los logros adaptativos pueden convertirse incluso en trastornos de la adaptación, ya que no todas las personas pueden tolerar totalmente el mundo externo y sus exigencias, de tal forma que su función sintética no puede estar a tono. Sabemos, por ejemplo, que el síntoma - neurótico es también un intento de adaptación, aunque abortivo. Contrariamente a esto, los trastornos de la adaptación pueden transformarse en alcances adaptativos cuando están elaborados adecuadamente. El desarrollo normal comprende conflictos típicos y con ellos la posibilidad de - trastornos en la adaptación, dado que la estabilidad y la efectividad de una persona están influidas decisivamente por la coordinación propositiva y la ordenación de las funciones dentro del Yo -en términos de adaptación, diferenciación y síntesis-, y no solamente por la plasticidad o la fuerza del impulso instintivo y la tolerancia para la tensión en los términos en los cuales la fuerza del Yo se define habitualmente. (Hartmann).

El enfoque psicoanalítico nos permite así, hablar de fuerzas que en algunos individuos, -en ciertas circunstancias-, pueden - estabilizarse en los cuadros de enfermedades clásicamente conocidos, -- mientras que permanecen fluidos en otros. El empleo del esquema de las funciones del Yo permite que el padecimiento se adscriba a la dinámica - de la situación precipitadora y a los factores históricos, a la vez que dicho esquema habilita al terapeuta para que identifique aquellos factores que sean más susceptibles al cambio y señala los métodos para cambiar los.

Dicho de otro modo, el empleo del enfoque psicodinámico en Psicoterapia Breve, nos proporcionará una explicación más amplia

del por qué del síntoma del paciente en el momento actual, pues al referirnos a aspectos intrapsíquicos del individuo y formas habituales de conducta hasta el momento de crisis, así como de aspectos transferenciales y áreas libres de conflicto que si bien no serán explicitados al paciente, sí permitirán al terapeuta un mayor entendimiento del momento -- por el que atraviesa la persona, facilitando la elaboración de la estrategia de trabajo a seguir dando prioridad desde luego, a los aspectos - que mantienen el estado de crisis actual, motivo por el cual el paciente siente su situación como insostenible y poco adaptativa.



## 2. Enfoque Estructural.

La corriente llamada "estructuralismo" es un modelo de pensamiento que nace en la escuela praguense del estructuralismo fonológico. Esta tendencia forma parte de un movimiento científico más amplio y se deja observar en física, en biología, en psicología, en la antropología, en ciencias económicas y sociales, etc.

La palabra "estructura" significa "forma en que algo está construido", esto es, las relaciones de los elementos de un todo entre sí. Sin embargo, habrá que diferenciar entre lo que es un "sistema" y su "estructura", puesto que se trata de conceptos distintos. Así, -- "sistema" es el nombre para un todo que consta de elementos que forman una conexión y se encuentran en una relación recíproca tal, que el cambio de uno de ellos acarrea el cambio de la posición de los demás; de -- tal forma que el conjunto de las relaciones entre los elementos lo designamos como la estructura del sistema.

Estos dos conceptos están unidos inseparablemente entre sí, concretamente, de una manera determinada: no existe en efecto - estructura sin sistema al que ésta se refiera, pero tampoco existe sistema alguno sin una estructura correspondiente, lo que resulta ya de la definición misma del concepto "sistema". (A. Schaff).

Al hablar de un enfoque psicodinámico y uno estructural, pensaríamos en primera instancia, como una situación de enfoques o procesos paralelos que resultara difícil conjugar, pues aunque uno de ellos se orilla aparentemente más hacia lo particular de procesos internos, y el otro hacia un contexto interaccional pero más general, ni uno ni otro pasan por alto el binomio individuo-medio ambiente.

El enfoque estructural nos servirá aquí para complementar y enriquecer el trabajo basado en la teoría psicodinámica, en Psicoterapia Breve. El objeto central de las investigaciones psicológicas es el campo psicológico donde se establecen las interacciones entre el individuo y el medio; por eso podemos expresar que el objeto mismo de la psicología es el campo de interacción.

En el enfoque estructural el individuo es estudiado desde y dentro de su contexto social, donde sus manifestaciones de conducta nos remitirán a entender el para qué del síntoma que presenta, considerando que su presente es su pasado más sus circunstancias actuales: tanto su pasado como sus propiedades singulares forman parte de su contexto social sobre el cual el individuo influye del mismo modo en que aquél influye sobre éste por secuencias repetidas de interacción. Una parte del pasado del individuo sobrevivirá siempre, contenido y modificado por las interacciones actuales. (S. Minuchin, 1977).

En Psicoterapia Breve, la herramienta consiste en poseer los elementos necesarios para modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El pasado influyó en la organización y funcionamiento actual del individuo en su contexto, por lo tanto, se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente. Así, el mantenimiento de un modelo de funcionamiento pasado conduce a clasificar a muchas situaciones que son claramente transicionales como patológicas. La tarea fundamental estará pues en la investigación en el aquí-ahora de una situación dada, lo que está sucediendo.

Cualquier situación de tensión particular que se desee investigar debe llevarse a cabo dentro del contexto social en que las cosas suceden, es decir, en el afuera; luego sucederán en el consultorio en la medida en que el paciente repita en la situación terapéutica sus conflictos del afuera. Para construir una teoría de la enfermedad psíquica necesitamos la referencia permanente del hombre en su contexto real y exterior.

Con referencia a la definición de estructura y sistema, el enfoque estructural -implementado en el tratamiento de familias-, establece en esencia que el individuo se rige por una serie de normas, leyes, reglas y disposiciones que gobernarán las transacciones entre los miembros de un sistema, y aunque por lo general no son establecidas en forma explícita y singular por ninguno de ellos, sí son de alguna manera asumidas por los miembros de dicho sistema para su funcionamiento interno. Esta estructura establecida grupalmente, en ocasiones suele contrastar con la realidad interna (individual) de alguno de sus miembros, situación que resulta por demás stressante para quien la encarará así como para el resto del grupo, dando lugar a una situación conflictiva entre las disposiciones reales externas y sus disposiciones (prohibiciones, ideales, etc.) o normas internas, dado que lo que él experimenta como real depende de elementos tanto internos como externos.

Pichón-Riviere, en su Teoría del Vínculo, establece que existen tres dimensiones de investigación: la investigación del individuo, la del grupo, y la de la institución o sociedad; lo que da lugar a tres tipos de análisis: el psicosocial -que parte del individuo hacia afuera-, el psicodinámico -que analiza el grupo como estructura-, y el institucional -que toma todo un grupo, toda una institución o todo un país como objeto de investigación-; y aclara que no existe una separación neta entre estos campos de investigación psicosocial, psicodinámico e institucional, sino que son campos que se van integrando sucesivamente.

La investigación psicosocial analiza la parte del su jeto que se expresa hacia afuera, hacia los distintos miembros que lo ro dean; en tanto que el estudio sociodinámico analiza las distintas tensio nes existentes entre todos los miembros que configuran la estructura del grupo familiar dentro del cual está incluido el paciente. (E. Pichón-Ri-viere, 1980).

Las Psicoterapias Breves tendrán un fundamento o una posibilidad de aplicación en la medida en que utilicen conceptos como el de vínculo, perteneciente al campo psicosocial de las relaciones inter--personales. Estos conceptos que son estructuras nos van a permitir re--solver en el paciente sus dificultades de relación interpersonal, es de-cir, sus dificultades en la comunicación, pues a través del vínculo se -comunica toda la personalidad del sujeto.

La teoría del vínculo concibe a éste como una estruc-tura dinámica en continuo movimiento que engloba tanto al sujeto como al objeto; esta estructura considera características normales y alteracio--nes interpretadas como patológicas. (E. Pichón-Riviere, 1980).

El análisis del vínculo contribuye terapéutica y pro-filácticamente en la protección de la sana evolución de la personalidad del sujeto.

Si sabemos, -a través de una práctica determinada-, que el vínculo se configura de una manera dada con una importancia parti-cular y que orienta la conducta del paciente, y si sabemos también que -es posible que ese paciente o en realidad todos los pacientes tengan --cierto grado de división, podremos trabajar tomando en cuenta dos patro-nes de vínculos; todo depende del contexto social en que ese vínculo se está configurando o enriqueciendo.

La investigación psicodinámica tiene una particular importancia en los casos de trastornos del vínculo en la conducta y de -trastornos en el campo social. En la medida en que lo implícito se trans

forma en explícito se reduce un margen grande de desadaptación social, - por esto debemos procurar que el paciente sea lo más explícito posible - en el vínculo con el terapeuta. De aquí que se diga que si una persona es capaz de comunicarse con otra en el momento y situación oportunos, o sea, en la situación témporo-espacial adecuada, es porque tiene una buena capacidad de adaptación, pero si comunica eso con un trastorno témporo-espacial, es decir, fuera o al lado de la situación, est  actuando como el terapeuta que interpreta fuera del campo operacional.

Los conceptos de rol y vínculo son dos conceptos que se mezclan mucho. Una terapia orientada en este sentido debe estudiar - la estructura del vínculo y los diferentes roles que el terapeuta y el - paciente se adjudican y asumen en esta situación como repetición de una situación pasada. Esto quiere decir que en la situación del vínculo se incluye siempre el rol. La comprensión del otro en términos del rol nos proporciona una posibilidad para poder entrar en la situación y comprenderla.

El rol tiene la característica de ser transitorio o más o menos transitorio, y de tener una función determinada apareciendo en una situación dada y en cada persona en particular. De acuerdo con - la manera en que enfrentamos determinados contextos concretos, tomamos - determinadas actitudes que se llaman roles. La asunción de estos roles puede exigir dos tipos de procesos: por un lado, los podemos asumir consciente y voluntariamente, por el otro, cuando el ambiente o los demás - nos adjudican un determinado rol, podemos asumirlo en forma inconsciente. En las relaciones sociales permanentemente se da un intercambio entre la asunción y la adjudicación de un determinado rol.

Todas nuestras relaciones con los otros están fundamentadas en el interjuego de asumir y adjudicar roles. Lo mismo sucede en la terapia psicodinámica. Durante el tratamiento se producen una serie de situaciones en las que el analizando adjudica determinados roles al terapeuta (como el de padre, la madre, el t o, el jefe, el amigo, el

enemigo, etc.). El vicio principal de la situación terapéutica, y el -- más grave que un terapeuta puede experimentar, es la imposibilidad de - asumir el rol que el paciente le adjudica, porque a través de la asunción del rol el terapeuta puede comprender el tipo de vínculo que el paciente está queriendo estructurar.

El conocimiento científico de la situación del vínculo posibilita predecir lo que va a suceder en la situación. Todo lo que podemos conocer acerca de lo que está sucediendo se transforma automáti- camente en una situación operacional. O sea que lo esencial de la opera- ción es el esclarecimiento de los roles. Si durante su tarea, el tera-- peuta utiliza la asunción de un determinado rol, el emergente que apare- ce en él en ese momento le proporciona el conocimiento de lo que está su cediendo entre ambos.

La psicoterapia analítica es aquella que estricta y rígidamente señala el problema sin la actuación, es decir, sólo esclare- ciendo. Así pues se explican varios aspectos de la conducta social en - el sentido de que todos los días tenemos contacto con personas a quienes les estamos poniendo roles, y evidentemente la realidad va haciéndose - más tolerable a medida que encontramos gente que cumple con nuastras con signas, que nos frustra menos que las personas de nuestra historia ante- rior.

Lo que en psicoanálisis se denomina contratransferencia puede comprenderse también a través del concepto de rol. Podemos es clarecer una cantidad de problemas en el sentido de lo que aparece fren- te a alguien en un momento dado, es decir, un emergente determinado, es- tá en relación con el hecho de haber asumido o de haber adjudicado un de terminado rol. La mayor responsabilidad la tenemos frente a nosotros - mismos, ya que debemos descubrir el significado de ese emergente contra- transferencial, pues todos los emergentes que aparecen en nosotros están en relación con los emergentes del paciente.

En Psicoterapia Breve, a través del rol se identificará la transferencia y contratransferencia, pero no serán explicitadas al paciente, solo será material de conocimiento y esclarecimiento del tipo de vínculo que se estructura en la relación.

La conducta exterior del paciente debe tenerse en cuenta al formular las interpretaciones. En la formulación de una interpretación en nuestro campo de trabajo diario, los elementos dados por el contorno, la conducta exterior, la vivencia, las modificaciones somáticas y los productos de actividad del sujeto son tomados en cuenta como - indicios permanentes de una actividad latente. Nuestra tarea es reducir todas esas informaciones, toda esa codificación hecha en lenguaje típico en términos de una fantasía subyacente en ese momento del paciente, desde el terapeuta. Si nos atrevemos a construir una fantasía acerca de lo que está sucediendo en el paciente en cuanto entra en la sesión, tendremos entonces la posibilidad de poseer un esquema referencial para el resto de la sesión, sin que ello implique someternos a nuestra primera hipótesis en el transcurso de la entrevista.

Al hablar de las condiciones de vida del paciente, - nos estamos refiriendo no solo a la constelación de vínculos interpersonales que constituyen el grupo primario del paciente, sino además a sus condiciones de vivienda, trabajo, perspectivas del futuro, las tensiones de su grupo social, su cultura particular, prejuicios, mitos y otras formas de conducta alienada. Todos estos factores ejercen durante toda la vida una interacción entre las influencias del mundo externo y las fuerzas internas del individuo, actuando conjuntamente para elaborar una relación adulta. Asimismo, cabe destacar la importancia que tiene el rol del sujeto, el cual se compone tanto por determinantes psicológicos como sociales que colocan al individuo dentro de lo social en una posición de intercambio.

En la comunicación entre el individuo y los otros seres significativos de su vida, eventualmente es posible identificar con-

figuraciones de comunicación que encierran importancia para el diagnóstico y permiten planificar la estrategia más apropiada para la intervención terapéutica. Así pues, este enfoque constituye la búsqueda de una configuración en el aquí-ahora, más que de significado simbólico, causas pasadas o motivaciones. Desde este ángulo cobra importancia el efecto que - la conducta del individuo produce en el medio, y a su vez cómo le repercute en sus relaciones con el mismo, tomando significación esencial la - interacción entre ambos.



### 3. Aportación al Marco Referencial en Psicoterapia Breve.

El propósito de emplear aspectos de ambos modelos - teóricos, psicodinámico y estructural, en Psicoterapia Breve, es con el fin de obtener un mayor y mejor conocimiento de la situación actual y - centrar la atención del individuo dentro de su contexto.

Desde el punto de vista psicodinámico, en la valoración del paciente se toman en cuenta aspectos intrapsíquicos y sus relaciones de objeto; y por otra parte, desde lo estructural, se valora la - inserción del sujeto en su contexto, que abarca: grupo familiar, área - laboral, grupo de amigos y sus actividades recreativas. Todo esto con - el objeto de conocer el sistema del cual el paciente forma parte, esto - es, su ubicación, rol, relaciones interpersonales, etc., pues al contem - plar los dos enfoques el síntoma adquiere un significado más amplio y - nos conduce a entender el "desequilibrio" que sufre, relacionándolo con algo que tiene que ver con el sistema de vida actual que lleva.

En el individuo existen pautas de funcionamiento adquiridas en su relación con el medio y que han sido asimiladas por el su - jeto como propias; de tal forma, que cuando en un tratamiento el pacien - te nos habla de sucesos externos, "ajenos" o "fuera" de él, cabrá también la posibilidad de que esa situación planteada de tal modo, en realidad - no sea tan "ajena", sino que pudiera ser más bien una situación propia - del sujeto que en el momento actual no pudiera admitir como suya por re - sultarle demasiado angustiante. Empero no debemos olvidar tampoco que -

la situación contraria también es factible de presentarse, esto es, cuando el paciente nos habla de pautas que considera propias (productoras de ansiedad pero sin saber por qué), y que pueden ser tal vez las establecidas por el sistema y con las cuales no está de acuerdo.

En una situación de crisis por lo regular observamos que el individuo tiene dificultad para adaptarse a la realidad, manifestándose en su funcionamiento no adecuado con su medio; en este desajuste se valora, por una parte, el componente externo que en algunos casos pudiera estar demandando algo que el sujeto no puede realizar por la propia limitación de sus capacidades (por ejemplo, situaciones de pérdida, laborales, familiares, etc., situaciones donde se le exige que cumpla un rol difícil de llevar pero que a la vez se ve presionado a enfrentar como algo externo). Y por otra parte, en la valoración habrá de tomarse en cuenta también la capacidad interna del propio individuo que en algunas ocasiones provoca un desajuste, encontrándose en estos casos que el factor desencadenante proviene más por aspectos intrapsíquicos que por situaciones reales. En ambos casos existirá una incompatibilidad entre el individuo y su medio.

La adecuada comprensión de las condiciones de vida del paciente, aunada a la comprensión psicodinámica del mismo, puede ayudar a clarificar el interjuego variable entre ambos mundos: interno y externo; debido a esto, a que en la aparición de trastornos psíquicos determinadas estructuras sociales ejercen un papel selectivo, no puede pasar desapercibido que la personalidad no puede adaptarse a la vez porque está "enferma", o porque la situación social le resulta demasiado traumática. De aquí que deban tomarse en cuenta ambos enfoques teóricos en Psicoterapia Breve.

Cabe señalar además, que en el individuo existen dos "realidades", una externa configurada por su contexto social, y una interna configurada por factores intrapsíquicos y su interacción con el medio. Cuando entre estas dos realidades existe armonía, puede decirse -

que el individuo posee un estado de equilibrio que le permite funcionar adecuadamente en su medio bajo parámetros de realidad. Sin embargo, -- cuando entre ellas existe desacuerdo (situación de crisis), el individuo cae en un estado de desequilibrio angustiante y confusional que le impide desarrollarse como antes de caer en crisis lo había hecho. Para el terapeuta será básico investigar qué elementos corresponden a una y otra realidad o bien a ambas. Es así como la patología de un individuo puede ser ubicada en el interior del mismo, en su contexto social, o bien en la interrelación de ellos.

Siguiendo la línea de la teoría estructural, es conveniente mencionar que así como el individuo responde a los stress que se producen en otros lugares del sistema (sea externo como interno) a -- los que se adapta, él también puede contribuir de forma significativa a los stress de otros miembros del mismo sistema. Es por esto que al de-- cir que las modificaciones producidas en un individuo mediante tratamiento psicoterapéutico, tendrán repercusión en los demás miembros de su sistema.

Un paciente en crisis pudiera estar inmerso en esta situación como un intento de solución o de cambio de determinado rol que hasta ese momento ha ocupado, con el objeto de mantener la homeostásis -- en su sistema. La crisis puede ser entendida desde la enfermedad o desde la salud, de aquí que se considere no casual que el individuo caiga -- en un estado de crisis, ya que visto desde sus efectos podemos entender dos componentes en la situación crítica que involucran tanto al propio -- individuo, como a los miembros que componen su sistema. Desde el indivi-- duo puede ser entendida como un "rebelarse" al estatismo y su participa-- ción en el mismo, solo que en este rebelarse utiliza mecanismos poco -- adaptativos; y por otra parte, desde el sistema, de alguna manera se -- opondrá imperceptiblemente al cambio porque esto resulta amenazante ya -- que implica una reestructuración y cambio de roles.

En general, un síntoma es un fragmento de conducta - que ejerce profundos efectos sobre los que rodean al paciente; en tal - sentido podría establecerse una regla empírica: cuando el por qué de un fragmento de conducta permanece oscuro (sus causas), la pregunta para qué puede proporcionar una respuesta válida. (P. Watzlawick).

Vemos así cómo el Marco Referencial de una Psicoterapia Breve puede estar compuesto de elementos de la teoría psicodinámica, por un lado, como de elementos de la teoría estructural por el otro, ya que de la primera obtenemos el entendimiento de los aspectos intrapsíquicos del paciente, y de la segunda la comprensión de sus condiciones de vida y el tipo de relación que mantiene con su sistema; de esta manera, la conflictiva intrapsíquica se observa en las interacciones con su sistema, a la vez que la problemática externa contribuye en el estado interno de la persona, existiendo así una correlación de ambos enfoques que - facilita en el terapeuta una visión más amplia en cuanto a la comprensión del síntoma, pues su significado se incrementará al tomarse en cuenta ambas vertientes de la situación. Esto es, lo que significa para el paciente desde su problemática interna (por qué), primero, y segundo, permitiendo ubicar el síntoma como perteneciente al sistema particular de vida - del paciente (para qué).

Con este modelo no se pretenden modificaciones o cambios radicales internos del paciente, porque si bien el terapeuta se entera de aspectos transferenciales, no los explicita al paciente en sus - intervenciones, sino que son tomados únicamente como elementos diagnósti cos y de comprensión en el momento actual.

#### IV. TECNICA.

Una vez que han sido descriptos los aspectos teóricos, psicodinámico y estructural, así como el marco referencial que los comprende a ambos en la modalidad de Psicoterapia Breve, el objeto de este capítulo es describir las fases o momentos que habrán de constituir el proceso técnico con el empleo de dichos enfoques.

Como ha sido mencionado en el capítulo anterior, el propósito de tomar aspectos de ambas teorías es el poder obtener una mejor comprensión de una situación presente que aqueja al paciente, incluyendo los aspectos intrapsíquicos y medioambientales.

Antes de describir las fases de la Psicoterapia Breve en esta modalidad, será conveniente aclarar un punto. Comúnmente, a la Psicoterapia Breve se le denomina también "Terapia de Emergencia", sin embargo, existen diferencias entre los pacientes para una y otra técnica, y aún diferencias entre las propias técnicas.

En el paciente de "urgencia" existe generalmente un monto bastante alto de angustia que llega incluso a paralizar sus capacidades de contención, juicio y prueba de realidad; para él, un tratamiento de emergencia será lo indicado, utilizando recursos que van desde el empleo de psicofármacos, hasta la hospitalización y terapia intensiva. - Estamos, por supuesto, hablando de casos verdaderamente graves.

En el Paciente a tratar con Psicoterapia Breve, exis

te también angustia, sin embargo, posee capacidad para contenerla; el -- grado de sufrimiento es percibido aunque no conoce el significado de sus malestares, pero en la mayoría de los casos demuestra deseos de superar su situación perturbadora a través de ayuda profesional. Con esto queremos expresar que la Psicoterapia Breve no necesariamente es de "emergencia" en el sentido de que el paciente -aunque atraviesa por una crisis-, ésta por lo general es transitoria; así pues se establece que existe la Psicoterapia Breve, y la de Emergencia.

Realizada la anterior diferenciación, y siendo que - el tema que nos ocupa es el de la Psicoterapia Breve, diremos que el -- desarrollo de esta técnica implica dos fases, que si bien en una psicoterapia a largo plazo se presentan, aquí son claramente definidas. Estas son:

#### A. Primera Fase

1. Análisis de la demanda y motivo de consulta.
2. Diagnóstico situacional.
3. Valoración de posibilidades de tratamiento.
4. Focalización de la problemática a tratar.

#### B. Segunda Fase

1. Establecimiento de un contrato de trabajo.
2. Esclarecimiento y análisis de la problemática. (Proceso).
3. Análisis del vínculo.
4. Síntesis y rescate de la experiencia.
5. Seguimiento y terminación del tratamiento.

Cada fase tiene sus objetivos específicos. En la -- Primera Fase se pretende la valoración de posibilidades de tratamiento - en base al análisis de la demanda y el diagnóstico situacional, así como el delimitar el foco del problema y el establecimiento del contrato de -

trabajo que marca la terminación de esta fase y el inicio de la segunda; en donde se trabajará conjuntamente sobre la problemática principal previamente focalizada por el paciente (proceso). Esta Segunda Fase es propiamente el desarrollo del proceso terapéutico que estará limitada en - cuanto a sus objetivos, así como el tiempo de duración del mismo, concluyendo en la última sesión asignada para esta fase.

El número de sesiones para esta segunda fase será de terminado según la problemática (focalización), que es explicitado al paciente cuando se realiza el contrato. La última etapa es prácticamente de seguimiento, en ésta, pueden ser dos o tres sesiones planeadas en un tiempo cada vez más prolongado una de otra. Estas sesiones finales de - seguimiento también habrán sido explicitadas en el contrato, y su finalidad es la elaboración de la separación, por una parte, y por la otra, observar la evolución del paciente.

## A. Primera Fase.

### 1. Análisis de la demanda y motivo de consulta.

Se inicia en el primer contacto con el paciente identificado. Cuando se le ve por primera vez, se le indicará que las dos sesiones iniciales -con opción a una tercera-, serán exploratorias, siendo el objetivo fundamental de éstas conocer su problemática central actual, sus antecedentes personales y familiares en relación al problema actual, y su plan de vida (condiciones de vida actuales); todo esto antes de establecer un compromiso y definir la modalidad de tratamiento.

Los datos de la demanda de tratamiento (que bien pueden surgir del propio paciente, del grupo familiar e incluso en algunos casos de la institución), aportan material rico de análisis que provocarán en el terapeuta sus primeras respuestas emocionales. Es importante aclarar aquí quién realiza la demanda de tratamiento, porque habrá casos en donde la solicitud es por terceras personas, y en donde el paciente identificado no está de acuerdo en llevar un tratamiento; en estos casos es aconsejable otras modalidades de tratamiento donde se incluirán las personas que realizan la demanda. Es diferente cuando el paciente, aún cuando no sea él quien realiza la demanda, está de acuerdo en llevar un tratamiento; el estar de acuerdo facilitará en mucho el proceso terapéutico.



En el primer encuentro prevalece por lo regular una situación conflictiva y confusional entre el paciente, sus familiares (si intervienen directamente), y el terapeuta, donde las sensaciones y fantasías que experimenta éste último serán importantes para la valoración situacional, ya que todo esto nos lleva a identificar de entrada lo que el paciente pudiera estar sintiendo y experimentando en ese momento.

En cuanto al motivo de consulta, éste se refiere a lo que motiva o impulsa al paciente a solicitar el tratamiento, y que pueden ser muchos motivos.

Puede ser que la demanda de tratamiento la haga el paciente mismo, pero que en realidad él no tenga motivos de consulta. Puede ser también que el motivo de consulta sea uno para el paciente y otro para el terapeuta, pero, en Psicoterapia Breve, debe ser tomado en cuenta el motivo expresado verbalmente (manifiesto) por el paciente; por lo regular el motivo no manifiesto se deja para una terapia a más largo plazo, considerando que será lo que el paciente no desea reconocer y se trabajará entonces psicoanalíticamente con la ruptura de resistencias, transferencia y contratransferencia, neurosis de transferencia, regresiones, etc.. Aunque el terapeuta registre el motivo latente, lo reserva para ser aprovechado en el aquí-ahora de la situación terapéutica, en un proceso de terapia breve.

## 2. Diagnóstico situacional.

El nivel diagnóstico consiste en hacer un análisis y síntesis de los aspectos más importantes y sus significados, tanto de los aspectos intrapsíquicos como del sistema contextual o medioambiental al que pertenece el paciente. El hacer una inserción global facilitará en análisis tanto de la interacción del sistema, como de su comunicación y roles establecidos; de esta forma se establecen las primeras hipótesis - acerca de la dinámica del proceso y de los objetivos inmediatos a seguir, así como de las primeras intervenciones que incluyen tanto al paciente - mismo, y si se requiere, a los demás miembros del sistema.

Cualquier prescripción general de la terapia es insuficiente si no va acompañada por posiciones específicas en cuanto al -- diagnóstico, la dinámica y la terapia ajustada a una persona determinada. En la elaboración diagnóstica debemos tomar en cuenta que las interacciones de un individuo en sus circunstancias actuales, apoyan, califican o modifican su experiencia, y que el objetivo de la intervención puede estar constituido también por cualquier segmento de su estructura personal que parezca adecuada para encarar estrategias de producción de cambios.

El diagnóstico exige que se establezca la relación - entre el paciente y los sucesos que en diferentes etapas de su vida contribuyeron a su formación; esos sucesos pueden estar relacionados o con gente, o con aspectos del ambiente cultural, de tal forma que nos habilite para poder adscribir la queja del paciente a la dinámica de una situa

ción de precipitación actual, a la vez que a los factores históricos. -- De esta forma, el resultado del diagnóstico permitirá identificar los -- factores susceptibles de cambio y seleccionar y aplicar los métodos que verifiquen dicho cambio.

Para una elaboración diagnóstica se identificarán -- cuatro aspectos a indagar:

- a. Detección del síntoma y sus factores desencadenantes.
- b. Entendimiento del síntoma.
- c. Valoración del funcionamiento de las áreas del Yo libres de conflicto.
- d. Valoración del carácter.

a. Detección del síntoma y sus factores desencadenantes.

Es importante identificar el síntoma actual que presenta el paciente. En el mayor de los casos él mismo hace una descripción de una situación que en ese momento lo ha desequilibrado; si bien no sabe por qué se siente perturbado, sí sabe que "algo anda mal".

El establecimiento de las relaciones causales tiene como propósito ligar las relaciones que pueden existir entre el síntoma y el suceso, explicando cómo ese suceso fue precipitador del síntoma y -- cuáles son sus significados en relación a la historia y estructuras específicas del paciente.

La función del terapeuta es ayudarlo a explicitar lo que siente que pudieron haber sido los factores desencadenantes de su situación.

b. Entendimiento del síntoma.

El entendimiento del síntoma para el terapeuta puede ser a través de diferentes modelos de comprensión; desde la vertiente - psicodinámica para comprender las causas del síntoma, y desde lo estructural, para lograr la explicación de los efectos del síntoma en la interacción del sujeto con su medio.

La formulación diagnóstica intenta la comprensión - del padecimiento (y del paciente) de una manera dinámica y de relación. El lograr el entendimiento de la sintomatología en ambas vertientes, nos permitirá una comprensión más amplia y en cierta medida facilitará el momento cuando el paciente seleccione los aspectos que considere como más importantes para trabajar en el proceso (focalización). Asimismo, formará en el terapeuta una mayor conceptualización de la totalidad del individuo con el objeto de establecer una relación entre el por qué y para qué de su síntoma en el momento actual. El síntoma es visto como un -- emergente de la situación.

c. Valoración del funcionamiento de las áreas del Yo libres de conflicto.

La teoría psicodinámica nos proporciona los instru-- mentos para hacer una investigación detallada de las funciones del Yo (y de los patrones individuales de su perturbación), como la base para realizar el avalúo cualitativo-cuantitativo de la naturaleza de las perturbaciones, así como del nivel de pensamiento, percepción, realidad e insight.

d. Valoración del carácter.

Dentro del diagnóstico debemos tomar en cuenta que - cada individuo posee un carácter propio, que si bien exitosamente formado o no, éste nos permitirá conocer los elementos de los cuales en un momento dado podrán ser susceptibles al cambio, así como los que en definitivamente serán "intocables" para los fines de la terapia.

Para los fines de la Psicoterapia Breve, se establecerá así un primer diagnóstico en base a los datos mencionados y que será fundamentalmente psicodinámico y desde la vertiente estructural.

### 3. Valoración de posibilidades de tratamiento.

Antes de establecer el contrato terapéutico y delimitar el foco de trabajo, es necesario valorar las posibilidades de tratamiento en base a los datos que se han obtenido hasta este momento, tales como el análisis de la demanda de tratamiento y motivo de consulta, y el diagnóstico situacional. Esto tiene como propósito el asegurar que la intervención en esta modalidad sea lo indicado, asimismo que la intervención tenga resultados favorables, como también prever los posibles "fracasos", ya que existen contraindicaciones en la aplicación de esta modalidad.

#### Indicaciones y Contraindicaciones.

- a. Pacientes que obtienen menor beneficio: en general, trastornos psiquiátricos crónicos, fuera de fases agudas. Por ejemplo, cuadros paranoides, obsesivos-compulsivos, psicósomáticos crónicos, perversiones sexuales, adicciones, caracteropatías graves y sociopatías. Solo el intento de una terapia intensiva a largo plazo puede producir algunos cambios estables para tales cuadros.
- b. Con expectativas de mejorías importantes, se indican para terapia breve: cuadros agudos, particularmente situaciones de crisis o descom-

pensaciones. Situaciones de cambio, por ejemplo, en transición de etapas evolutivas (adolescencia, matrimonio, graduación, climaterio, jubilación). Trastornos reactivos en pacientes que conservaban previamente un nivel de adaptación aceptable. Trastornos de intensidad leve o moderada que justificarían tratamientos de años (problemática neurótica incipiente y psicósomáticos de reciente comienzo). Puede beneficiar como tratamiento preparatorio pre-analítico a borderlines y psicóticos. (H. Fiorini, 1980).

#### 4. Focalización de la problemática a tratar.

Posteriormente a la valoración de posibilidades de tratamiento se realizará la valoración del foco elegido por el paciente y que constituirá el eje central del proceso, delimitándose así el problema; y por otra parte, se explicitará el tiempo que durará el proceso y los objetivos que se intentarán lograr durante el mismo. Con lo anterior, quedará claro que será una terapia de tiempo y objetivos limitados, favoreciendo que el paciente se ubique en este espacio y se comprometa - en lograr dichos objetivos, ya que sentirá la presión del tiempo (contrato).

El focalizar constituye el eje o nódulo central sobre el cual se trabajará conjuntamente con el paciente, además, posibilita la ubicación temporal del proceso y es tomada dicha focalización como un indicador de los objetivos o metas a alcanzar dentro de cierto tiempo. El tener claro el diagnóstico situacional, la valoración de posibilidades, y la focalización del problema, permitirá explicitar y compartir al otro el proyecto. Asimismo, es necesario aclarar en este momento que la selección de la problemática es realizada por el paciente, con lo cual se delimitará el objetivo a conseguir durante el proceso. De esta manera, una vez establecido el foco principal de trabajo, corresponde al terapeuta enmarcar el tiempo y el número de sesiones suficientes para lograr estos objetivos, y se procede a establecer el contrato.



## B. Segunda Fase.

### 1. Establecimiento de un contrato de trabajo.

Lo que marca el i-icio de esta segunda fase, es el - establecimiento de un contrato de trabajo que incluye el tiempo que dura rá el tratamiento, número de sesiones finales y de seguimiento (y distan ciamiento temporal de las mismas), honorarios, lugar (espacio), y sobre todo, se explicitará el foco elegido sobre el que girará el proceso.

El terapeuta, en esta segunda fase y durante el proceso, deberá tener presente en todo momento el cuadro psicodinámico que se ha formulado y el tipo de vínculo que habrá de desarrollarse en la interacción, de tal forma que el terapeuta constantemente trabajará sobre el foco, "evitando" -en lo posible-, que el paciente se aleje de él, ya que como se ha dicho, el foco constituye el eje del proceso terapéutico breve.

En la práctica psicoterapéutica el foco tiene un - eje central. Con la mayor frecuencia este eje está dado por el motivo de consulta: síntomas más perturbadores, situaciones de crisis, amena-zas de descompensación que alarman al paciente o grupo familiar, fracasos adaptativos, etc., y subyacente al motivo de consulta se localiza cierto conflicto nodal.

Dinámicamente, la focalización está guiada por la - dominancia de una motivación que jerarquiza tareas en función de resol-

ver ciertos problemas vividos como prioritarios, "...es importante que - el terapeuta descubra primero qué es exactamente lo que dese el paciente". (H. Fiorini, 1980).

## 2. Esclarecimiento y análisis de la problemática. (Proceso).

A lo largo del proceso terapéutico, la concepción - de la problemática del paciente, previamente focalizada, puede ir modificandose. Como se ha dicho, todo el proceso gira sobre una situación focal, y el avance del proceso consiste solamente en el esclarecimiento - del mismo por el paciente, así como la comprensión de su participación - en la misma problemática, clarificando la articulación de elementos principales que intervienen. En psicoterapias más prolongadas, puede ir desplegándose una sucesión de focos, cada uno de ellos caracterizando una - etapa del proceso; en cada una de estas etapas el trabajo con un foco -- privilegiado no difiere en esencia del que se realiza en una Psicotera-- pia Breve.

El análisis de la problemática focalizada, aumentará en el paciente el conocimiento de sí mismo y de su inserción en su con-- texto. Paralelamente se desarrollará un vínculo entre paciente y tera-- peuta, mismo que se establecerá progresivamente durante la relación te-- rapéutica. Es importante señalar que en la relación hay un intercambio comunicacional tanto verbal como pre-verbal (lenguaje corporal), y cons-- tituye un elemento valioso la habilidad del terapeuta para registrar la comunicación pre-verbal por lo siguiente: Freud mencionó que los sueños son la vía regia para llegar al inconsciente, pero hay otras expresiones del mismo como son las posturas, los gestos, las actitudes, etc. que -- adopta el sujeto involuntariamente y que se hacen más evidentes durante

los momentos de angustia, debido a que los contenidos inconscientes que no encuentran expresión verbal se expresan a través de esta vía. Si bien el objetivo no es hacer consciente lo inconsciente, sí es un material -- que se toma en cuenta para apoyar las intervenciones del terapeuta.

Con esto queremos decir que en el análisis del vínculo se tomarán en cuenta las formas de expresión verbal y no-verbal, poniéndose especial cuidado en ésta última como indicadores de contenidos latentes que aumenta la comprensión del terapeuta.

En una psicoterapia a largo plazo, el paciente realiza su propio insight y el proceso gira sobre el análisis de resistencias favoreciendo el desarrollo de una neurosis de transferencia donde se privilegia la asociación libre en el paciente y la atención flotante en el terapeuta (regla fundamental). En Psicoterapia Breve en cambio, no existe tiempo para esperar el insight del paciente, hay que crearlo; la posición del terapeuta es más activa lo mismo que la del paciente, incluso -llegando a posiciones un tanto directivas.

En cuanto al uso de la transferencia en Psicoterapia Breve, no se favorece la neurosis transferencial, primero, porque el -- tiempo es limitado, y segundo, porque no es el objetivo del tratamiento el resolver una conflictiva temprana; de tal forma que los aspectos transferenciales que se registran durante el proceso, serán tomados unicamen- te como indicadores de situaciones latentes en el paciente que ayudarán al terapeuta para elaborar y afinar sus intervenciones.

Las dificultades para trabajar con la transferencia y contratransferencia en Psicoterapia Breve, no niegan la necesidad ineludible de que en cualquier psicoterapia, el terapeuta intente compren-- der en sus distintas facetas estos fenómenos, "una clara comprensión di námica y cierto grado de experiencia clínica resultan esencialmente nece sarios para toda psicoterapia". (H. Fiorini, 1980).

La comprensión de la transferencia en toda psicoterapia cumple una función diagnóstica insustituible, en ella se manifiesta el saldo de la historia personal y es, en consecuencia, un fiel indicador para entender más profundamente el encadenamiento dinámico de experiencias biográficas y actuales. (H. Fiorini, 1980).

Mientras en psicoanálisis, el análisis de la transferencia constituye el eje de la estrategia terapéutica, en otras psicoterapias dicha explicitación de la transferencia es siempre sólo un recurso táctico dentro de otra estrategia que justamente no consiste en producir cambios mediante la regresión y la elaboración del círculo transferencial. Las interpretaciones transferenciales -a diferencia de las que se realizan en terapia psicoanalítica, centradas en la transferencia-, tienen una función de diluir obstáculos para permitir el mantenimiento de una relación de carácter de aprendizaje, y una función esclarecedora que pueda enriquecer la comprensión de una perspectiva cuyo foco no es la relación transferencial misma, sino las relaciones personales involucradas en las mismas.

La "curación" es concebida como un trabajo, una tarea común entre un terapeuta y un paciente donde éste último aprenderá a sentir y a reconocer sus conflictos, a pensar en torno a ellos y a actuar de acuerdo al resultado de esas reflexiones.

Característica de esta modalidad es cuestionarse sobre los principios de la propia "ideología" terapéutica, revisar sus fundamentos de tal forma que la obtención de un marco teórico referencial -basado en la dinámica del propio padecimiento, permita al terapeuta ubicarse y ubicar al paciente dentro de un tratamiento determinado y específico. La dirección del proceso terapéutico en cuanto a alcanzar un estado de adaptación o un proceso de adaptación, dependerá también, y en cierta medida, tanto de la ideología del paciente como del propio terapeuta, ya que existe una interacción social de ambos y un margen de recuperación impuesto por las condiciones generales, estructurales y represivas del sistema social.

A medida que se logra un entendimiento parcial de la conflictiva, la angustia baja y el estado emocional es de mayor tranquilidad, permitiendo realizar nuestras intervenciones con un grado menor de premura y confusión.

El "esclarecer" implica para el terapeuta la capacidad para introducirse a niveles regresivos de funcionamiento para desde ahí entender empáticamente al paciente. El propósito es que desde este nivel primario de funcionamiento pueda ser rescatado el nivel secundario y entender objetivamente la situación; asimismo, las relaciones causales entre síntoma y suceso favorecerá al terapeuta su labor. Para esto se requiere el compromiso intelectual y emocional además de la experiencia, ya que especialmente en Psicoterapia Breve, estas relaciones causales deberán establecerse al tiempo que se escucha al paciente.

De esta manera, la terapia breve favorece en el paciente la reinstalación de pautas que había mantenido hasta antes de -- caer en crisis, incrementando además el nivel de comprensión de sí mismo.

Las funciones integradoras del Yo constituyen un estrato funcional que permite mantener una cohesión y organización sobre los antagonismos funcionales hacia un centramiento de la persona. La fuerza de estas funciones integradoras, como ha sido mencionado, se ponen a prueba particularmente cuando frente a situaciones de cambio el su jeto debe reorganizar sus relaciones con el mundo a través de una movilización selectiva de nuevas funciones de adaptación. (H. Fiorini, 1980).

Habitualmente, de modo espontáneo por un ajuste im-- plícito de equipo que comparte una tarea, el terapeuta se apoya en las funciones yoicas mejor conservadas del paciente y le suministra, como -- "préstamo temporario", aquellas que en él están menos desarrolladas o momentaneamente inhibidas. Ante esta situación, la angustia disminuye y su energía será canalizada entonces hacia el restablecimiento de su Yo -- en desequilibrio, analizando en todo momento el foco y procurando que el paciente no se aleje de él.

Desde el terapeuta, sus funciones serán:

- Favorecer un vínculo terapéutico,
- Promover funciones de esclarecimiento y análisis de la problemática --  
(foco), y
- Proporcionar juicios o parámetros de realidad al paciente.

Todo esto con el fin de modificar la concepción que de sí mismo y de su inserción en su contexto, tiene el paciente.

### 3. Análisis del vínculo.

Existen múltiples variables en cuanto a la inserción y vinculación del terapeuta con el paciente; así como puede existir un - vínculo de aceptación inmediata, pudiera también existir dificultad para entrar y vincularse directamente, sin embargo, se establece que por lo - general el paciente reproducirá en la relación con el terapeuta el tipo de vínculo que establece con sus objetos.

Particularmente, en Psicoterapia Breve lo básico es establecer un vínculo afectivo (emocional) entre terapeuta y paciente, - de tal modo que el primero se haga depositario de la confianza básica -- del paciente para conseguir cambios.

Fiorini ha mencionado que la experiencia "emocional correctiva" que representa el tipo original de relación con un terapeuta en cuanto objeto efectivamente "bueno", permisivo, que ayuda, resulta -- también modificadora. Y agrega que dirigir la atención del paciente hacia todo lo que vive y actúa, inaugura en él un proceso de aprendizaje - en el autoexamen de la evaluación y toma de distancia crítica frente a - su propia conducta. Asimismo, la experiencia original de objetivar en - la palabra todo su mundo emocional tiene ya en sí misma consecuencias po sitivas. (H. Fiorini, 1980).

La calidez del vínculo terapéutico depende de la cla ridad o esclarecimiento que entre ambos planeen. Algunas veces el pacien te no coopera por la falta de motivación ocasionada por las característi



cas del momento que atraviesa, sin embargo, será parte de la habilidad - del terapeuta el lograr que el paciente cobre interés en el tratamiento.

La relación terapéutica provee un contexto de protección y gratificación emocional que alivia ansiedades profundas lo suficiente como para liberar cierto potencial de activación yoica, es decir, coloca a estas funciones en estado de mejor disponibilidad.

El vínculo entre el terapeuta y el paciente comienza a construirse desde el primer contacto. Definimos como primer encuentro a todas las entrevistas que se realicen a partir de la pre-entrevista - (llamado telefónico o derivación), cubriendo el lapso necesario para esclarecer y asegurar el vínculo y su sentido de planificar con una responsabilidad compartida la primer tarea común a realizar, que es el diagnóstico. El modo en que se desarrolla esta primera relación va a establecer las bases de la tarea futura. Va a marcar un modelo que se repetirá y desplegará a lo largo del tratamiento. Es una apertura en la que se esbozan los primeros aspectos de la problemática del paciente, que surgirá con mayor profundidad tanto en la etapa diagnóstica como en las restantes etapas del tratamiento. (H. Kesselman, 1977).

Este primer encuentro se podría describir de la siguiente manera: por un lado, el psicoterapeuta con su marco referencial, donde se incluye su ideología, su actitud hacia la vida, su manera de ser, su estilo personal, cómo se maneja en su quehacer, y su encuadre en sí. El paciente llegaría como persona necesitada de ayuda, con una serie de síntomas, una serie de pedidos, de necesidades -conscientes o no-, con un cierto tipo de conciencia de enfermedad, y además, con una ideología, una manera de ser, de funcionar.

Este encuentro se configura entre dos personas diferentes y de él debe surgir un plan de trabajo o actividad que será distinta de acuerdo a las características y recursos del paciente en su vida cotidiana y su relación con el terapeuta.

Sabemos ya que el paciente está atravesando una situación crítica, y la consulta al especialista es para él un paso decisivo y doloroso. Se hace necesario, a veces, la explicitación de esta dificultad para facilitar el diálogo. Lo primero que intentamos esclarecer es el por qué y para qué de la consulta (análisis de la demanda y motivo de consulta).

Es necesario un buen conocimiento del paciente y de los vínculos que establece con los otros. Nos detenemos en realizar un diagnóstico del vínculo entendido en dos sentidos, diagnóstico situacional del vínculo terapéutico, y diagnóstico del vínculo del paciente con su contexto inmediato, que denominamos también diagnóstico de la tarea - grupalmente planeada; es decir, comprender como emergente de qué situación familiar o grupal consulta el paciente?, esto nos sirve para poder prever qué apoyo o resistencia al cambio va a encontrar el paciente en su medio. Asimismo, el aprovechamiento de los datos obtenidos anteriormente permite una actitud previsorá en el planteamiento que realiza el - terapeuta para el abordaje de los problemas y para afianzár el vínculo. (H. Kesselman, 1977).

4. Síntesis y rescate de la experiencia.

5. Seguimiento y terminación del tratamiento.

Las dos sesiones finales de la Segunda Fase, se emplean para realizar conjuntamente con el paciente la evaluación de los resultados obtenidos, así como para hacer una devolución por parte del terapeuta.

Lo importante aquí es que en base a la experiencia, el paciente determinará su posición en el futuro, que en algunos casos decide realizar un recontrato para una terapia a más largo plazo, o bien, se continúa con lo previamente acordado en el contrato con las sesiones de seguimiento. Estas, serán planificadas de tal forma que exista un distanciamiento temporal cada vez mayor entre ellas.

Las sesiones de seguimiento tienen el propósito de evaluar los resultados en un tiempo más prolongado, y elaborar la separación. Por lo general, estas sesiones finales de seguimiento no exceden a un número de tres.

## V. PRESENTACION CLINICA.

Esta presentación tiene la finalidad de ejemplificar las fases o momentos de una Psicoterapia Breve con esta modalidad; ya en los capítulos anteriores han sido expuestos los lineamientos teóricos y técnicos que habrán de seguirse.

### Tratamiento.

El tratamiento se llevó a cabo en consultorio privado, durante once sesiones. La primera fase se realizó durante las dos sesiones iniciales. A continuación serán presentados los datos obtenidos en esta fase, así como las observaciones realizadas respecto al análisis de la demanda y motivo de consulta, diagnóstico situacional, valoración de posibilidades de tratamiento y focalización de la problemática a tratar. Posterior a esta etapa serán presentadas las sesiones subsiguientes (Segunda Fase), y por último las conclusiones obtenidas.

La terapia fue realizada a una mujer de 47 años de edad, casada desde hace aproximadamente 19 años con un hombre de 45 años de edad. Es único matrimonio y ha procreado 4 hijos, 3 mujeres y un varón (la mayor de 19 años de edad y el menor de 15 años de edad).

Nota: En sesiones posteriores la paciente reveló que la pareja vivió, -

antes de casarse, en Unión Libre hasta el nacimiento de su primera hija.

La paciente estudió Ciencias Biológicas y actualmente trabaja durante las mañanas como maestra en una escuela secundaria, el resto del día lo dedica a su hogar. Describió a su esposo como una persona que constantemente se queja de su salud física y que frecuentemente se ausenta del hogar, "por dedicarse a la política", "además de ser más joven, dice estar siempre cansado", refirió la paciente.

Primera Sesión. (de exploración).

La primera vez que la paciente se presentó al consultorio para solicitar tratamiento, lo manifestó de la siguiente manera:

*Mi problema es que mis hijos me reprochan que todo lo que sucede en casa es por culpa mía, sin embargo, vengo a que me ayude a saber si en verdad yo tengo la culpa o no. Me siento como un mueble viejo.*

En esta primera sesión, además de su situación actual, comentó de algunos pasajes de su vida en relación a sus padres y hermanos, siendo significativo lo siguiente: la paciente es originaria de un Estado del interior de la República. Fue la penúltima de los hijos de un matrimonio formado por los padres y 7 hijos (5 varones y dos mujeres); el padre falleció hace aproximadamente 24 años, le sobreviven la madre y 5 hermanos. Respecto de su infancia la paciente mencionó lo siguiente,

*Mi madre nunca me dejaba jugar, y aunque tenía muñecas no podía jugar con ellas porque me regañaba; solo lo hacía cuando mis tías me llevaban a su casa porque ahí estaban mis primos y algunos amigos. El resto del tiempo hacía los quehaceres de la casa además de ir a la escuela. Mi madre se quejaba con mis tías diciéndoles que yo era floja, y cuando me defendía me regañaba por contestarle. Siempre he sentido que ella me rechaza, e incluso llegué a pensar que no era hija legítima de ella y sí de mi padre; además me decían que yo tenía mucho parecido con una tía, hermana de mi padre, de la que llevo su nombre, ella murió un año antes de que yo naciera.*

La paciente mencionó después que cuando ella contaba con 16 años de edad, nació su última hermana, explicando,

*Al nacer mi hermana, el trato de mi madre para con ella fue totalmente - distinto al que me daba a mí. Mi madre decía que mi hermana se parecía más a su familia, que era blanca y bonita; encambio a mí me decía que - era fea y morena, que yo me parecía más a papá; aún hasta la fecha dice lo mismo.*

(la paciente sonríe ligeramente, como aceptando resignadamente la situación)

La paciente continuó después hablando de su padre, - del cual mencionó,

*Por el contrario de mi madre, papá sentía especial afecto hacia mí, y en ocasiones me defendía de ella y me decía que yo tenía que seguir estudiando, cosa que mi madre no quería, sin embargo, cuando él se iba, todo volvía a su curso.*

(el padre murió cuando ella contaba con 23 años de edad aproximadamente)

Posteriormente, la paciente manifestó el temor de - conducirse con sus hijas de la misma forma que su madre lo hizo con ella. Habló también de su esposo en relación a la situación familiar,

*Mi esposo casi nunca está en casa porque se dedica a la política. Cuando él salta de viaje yo tenía que quedarme a cuidar a los hijos.*

Al preguntarle qué era lo que más la angustiaba, la paciente contestó,

*Hace tiempo me enteré que mi esposo tenía otra mujer y una hija con ella; cuando yo le dije que estaba enterada, él al principio lo negó, pero después lo aceptó diciéndome que no me preocupara porque él la solucionaría - eso; sin embargo, después mi cuñado me dijo que la llevaba a todas par--*

*tes y que incluso la presentaba a la familia como su esposa.*

Terminó esta sesión hablando de sus relaciones sexuales, las cuales dijo tenerlas actualmente cada tres o cuatro meses,

*Esto me incomoda porque siento la necesidad de tenerlas más frecuentemente, sin embargo, mi esposo se niega diciéndome que ya está grande y cansado, pero yo no puedo entenderlo pues es más joven que yo y además me considero más acabada que él. Cuando empiezo a sentir que ya no las necesito, volvemos a la misma situación.*

Le indiqué que antes de comprometernos en un tratamiento y de establecer la forma del mismo (contrato), tendríamos un par de sesiones exploratorias para ubicar y analizar su situación presente, y así ver las posibilidades de tratamiento (primera fase).

#### Elaboración post-sesión.

En cuanto a la apariencia física de la paciente, me llamó la atención su aspecto personal un tanto descuidado y desarreglado, sin embargo, denotaba limpieza; su vestimenta era conservadora y sin detalle, por esto aparentaba más edad de la que dijo tener.

Durante la sesión, mis intervenciones fueron pocas - con el propósito de que la paciente se expresara libremente, favorecido además por la facilidad en ella de continuar hablando, pues a pesar de - que estaba muy angustiada y entrecortaba su discurso con llanto continuo y con desesperación, su lenguaje era coherente y lógico, sin dificultad para expresarse y sin perderse en el discurso; su expresión era de querer decir todo a la vez como alguien que necesita ser escuchada. Me --



abrumó con su desesperación pero a la vez me conmovió, por lo que le permití que descargara en parte sus emociones, debido a su situación emotiva actual.

La demanda de tratamiento fue realizada directamente por la paciente al mencionar que solicitaba dicho tratamiento con la finalidad de que se le "ayudara a esclarecer su situación actual, pues se sentía muy confundida", y sobre esto último, el motivo de consulta lo explicó y verbalizó refiriéndose a la problemática familiar y el papel que ella tenía dentro de la misma.

El hecho de que ella misma solicitara el tratamiento es un dato favorable porque nos indica que en parte lo deseaba; además, en cuanto al motivo de consulta, podemos inferir que se encuentra en un estado de confusión al no saber si los motivos de conflicto están dentro o fuera de ella, "...quiero saber si soy yo o son ellos". Pero por otra parte, su actitud de desesperación y llanto indicó que algo le estaba pasando internamente y que de alguna manera se reflejaba en la situación familiar externa; las pautas habituales de funcionamiento con las que se había mantenido, ya no le son suficientes en este momento, ocasionando así la situación de crisis y motivándola a solicitar el tratamiento.

A través de lo relatado por la paciente hasta este momento, pudo observarse la aparente coincidencia que existe entre su pasado y su situación presente, respecto a lo que la paciente siente como una constante recriminación (en su pasado, a través de la madre; y en el presente, a través de los hijos); lo que hace pensar que la paciente de alguna manera sigue quejándose de su infancia. Al respecto, cabe mencionar la falta de datos existentes que indiquen los motivos de tales recriminaciones, tales como la relación entre los padres de la paciente, la actitud de la madre hacia los demás hijos (varones), etc., que conlleven a entender la actitud de la paciente frente a su situación, pues al parecer es de total pasividad.

Un aspecto más a señalar es el referente al llanto - de la paciente, mismo que se hizo notoriamente más abundante y con matices de tristeza en dos momentos, uno, cuando verbalizó su sensación de ser hija ilegítima de su madre, y dos, cuando mencionó la muerte de su padre. De lo anterior, me llamó significativamente la atención la muerte de su padre, ya que pareciera ser que al morir su padre, desaparecía también la persona que siempre la apoyó y la escuchó. Respecto a la sensación de la paciente de haber sido hija ilegítima de su madre, cabe señalar la falta de indagación de datos que condujeron a la paciente a esta conclusión.

En cuanto a la situación de la paciente con su pareja (existencia de una amante) y de sus relaciones sexuales, observamos que la paciente racionaliza el desapego emocional y físico de él en la diferencia de edades, siendo que ella sabe y está consciente de que él tiene otra mujer y que aún la frecuenta y presenta socialmente como su esposa. Esto último, por más que ha tratado de negarlo, le ocasiona angustia al no saber cómo enfrentarlo; volviendo a notarse la actitud de pasividad en la paciente.

Durante su discurso, la paciente manifestó momentos de tristeza y angustia, coraje y resentimiento, así como confusión en -- cuanto a sus sentimientos y forma de conducirse en su vida matrimonial y familiar. Hubo además, durante casi toda la sesión, llanto continuo y con desesperación.

Segunda Sesión. (de exploración).

Durante la segunda sesión de exploración, la paciente se mostró con cierta dificultad para iniciar su discurso, sin embargo, pronto pudo hacerlo, pues al indicarle que tenía la libertad de expresar aún lo que le pareciera insignificante, respondió,

*Bueno, esto no me parece insignificante, hoy fui a reservar mi pasaje para un viaje que voy a hacer el mes próximo al extranjero. Aunque ya tenía la idea, fue mi hijo quien me animó a hacerlo; por un lado me gustó que él mostrara interés pero por el otro esperaba lo mismo de parte de mis hijas. Desde hace tiempo he deseado salir, y aunque el lugar ya lo conozco pensé en regresar porque me gustó mucho. Salgo poco porque no me gusta hacerlo sola y con mi familia no se puede; casi no tengo amigas y las que tengo las veo poco porque salgo de estar encerrada en mi casa para irme a encerrar a otra. A veces he querido ir al cine aunque sea sola, pero me da miedo que vayan a pensar mal de mí o de que algún hombre se me vaya a acercar o molestarme por verme sola.*

Al preguntarle a la paciente cómo fue que le surgió la idea de irse de viaje, respondió,

*Hace un mes tuve problemas con mi esposo y pensé en irme y no regresar, pensé que podría trabajar allá; además, con todo lo que me dicen mis hijas siento que aquí no me necesitan. De la idea de no regresar, el único que estaba enterado era mi esposo.*

Durante esta sesión, la paciente volvió a manifestar los reproches y culpas de que es objeto no solo por parte de la familia, sino también por personas allegadas. La paciente explicó,

*Hace 12 años mi esposo, después de una juerga, empezó a padecer de una -  
pierna, después el mal pasó a la otra y por último sufrió de un paro car-  
diaco. El médico que lo atendió era amigo nuestro y me dijo que yo te--  
nía la culpa de que eso hubiera sucedido, porque yo le causaba muchos -  
problemas a mi esposo, me defendí diciéndole que era al revés, pero no -  
me creyó.*

### Elaboración post-sesión.

Hasta este momento ha podido observarse en la paciente:

-Rivalidad con las mujeres.- Algo le pasa a la paciente con las mujeres: poca relación con la madre (poca introyección de la figura materna), - con las hijas ("...esperaba lo mismo de parte de mis hijas", hablando - respecto a su viaje); casi no tiene amigas. Al parecer la figura masculina se mantiene al margen (visto a través de la relación con el padre, con el esposo, con el hijo).

-Existe evasión total de la problemática.- Fantasea un viaje del cual - en un principio no piensa regresar (abandonando el hogar). No enfrenta el distanciamiento existente de su esposo.

-La problemática no está únicamente en la familia; al parecer las hijas reclaman a la paciente el papel de madre, que quizá ella lo siente como una "recriminación" más a las recibidas en su infancia.

Hay confusión en cuanto al rol de la paciente: madre, esposa, hija.

Se muestra como una persona pasiva, dependiente, que demanda afecto, de samparada; pero sobre todo, el hablar siempre de los demás, nos revela que la paciente no se hace cargo de su situación, de sus problemas, de

sus sentimientos, y de lo que tiene que ver ella en todo esto.

De lo anterior, detectamos como síntoma principal, - su angustia, manifestada a través de los siguientes aspectos:

1. Además de su problemática interna temprana, la paciente es vista como emergente de la situación familiar, la cual le provoca confusión y angustia que no puede manejar adecuadamente.
2. La paciente hace una negación de la conflictiva con su pareja, la cual le produce enojo, imposibilidad para enfrentar y manejar adecuadamente la situación, misma que se traduce en angustia, llanto y desesperación además de confusión.
3. Su problemática interna se ve reflejada en la imposibilidad para ejercer adecuadamente su rol de madre y esposa, creando con esto una situación confusa en el núcleo familiar.
4. La paciente demanda atención y afecto.
5. Su angustia tiene que ver con experiencias pasadas dolorosas que le impiden enfrentar su situación actual en forma adecuada.

### Técnica.-

Durante estas dos sesiones iniciales, la paciente - dió datos suficientes que permitieron realizar la valoración de las posi- bilidades de tratamiento, habiéndose tomado en cuenta para tal valoración, el análisis de la demanda de tratamiento y motivo de consulta, el diag- nóstico situacional obtenido hasta este momento, así como una primera va- loración de sus funciones yoicas.

En base a lo anteriormente mencionado, se decide un tratamientp de Psicoterapia Breve (con esta modalidad técnica), basándo- nos en los siguientes aspectos:

Primero, la paciente se presentó a solicitar el tratamiento por iniciati<sup>j</sup> va propia, bajo un estado de confusión y angustia que relaciona con su - situación familiar actual, misma que desea esclarecer.

Segundo, la paciente manifestó la necesidad de una contención inmediata a través de expresar verbalmente su estado emocional. Además de expre- sar su situación actual, está la situación de viaje (decisión ya tomada), sin embargo, su estado emocional la hace dudar.

Tercero, la paciente se siente desubicada en cuanto a su situación en la familia y no encuentra su rol en ella, su actitud es pasiva y demandante de afecto, sin embargo, su estado angustioso la impulsa a solicitar tra- tamiento.

(Aunque presenta rasgos histéricos con tendencia a una búsqueda de manejo de la situación a través de atención y afecto insaciables, posee cierto grado de conciencia de enfermedad, angustia -no traumática-, sus funciones autónomas están intactas, y responsabilidad en ciertas áreas; aspectos que pueden proporcionarnos un pronóstico favorable en el tratamiento).

Cuarto, en cuanto al foco de trabajo, éste consistirá en esclarecer una situación tanto externa como interna en la que ella se siente desubicada, a través de centrar a la paciente en la problemática y el papel que ella tiene en la misma. La paciente demanda una situación muy específica que puede traducirse como el grado de involucración que ella tiene en una situación de desorganización familiar que a ella le incomoda -situación externa- versus "causante" de la misma situación -problemática interna-, pero que en ambos casos se siente imposibilitada para solucionarla sola.

Para comprender esta situación, habrá que analizar las partes personales que están siendo depositadas en la familia, sin embargo, lo que llama la atención, es que la paciente se queja (igual que lo hizo en su pasado), pero no ha hecho nada para remediar su situación, (algo le pasa internamente que en este momento no le permite ver claro).

Cabe hacer notar que podrían haber existido otros motivos de consulta (y que de hecho son registrados como latentes) tales como el duelo no elaborado por la muerte del padre, el resentimiento por el maltrato recibido de la madre y ahora de su familia, la rivalidad con la hermana (y en general con la figura femenina), si "incomodidad" en el aspecto sexual, etc.; sin embargo, como se ha mencionado, el foco es elegido y manifestado verbalmente por la propia paciente, siendo para ella prioritario en este momento, su situación emocional actual de desequilibrio que radica en la imposibilidad para manejar su angustia en un contexto familiar.

En base al diagnóstico primario, la valoración de posibilidades y focalización de la problemática, se inició la segunda fase

del tratamiento con la propuesta de un contrato de trabajo que consistió en explicar a la paciente que sería un tratamiento de Psicoterapia Breve trabajando en consultorio privado durante nueve sesiones más, dejando la posibilidad, si las circunstancias así lo permitían, de hacer un nuevo - contrato de terapia a más largo plazo. El trabajo giraría alrededor de la problemática elegida por ella para resolver. Las sesiones tendrían - una duración de 45 a 60 minutos cada una, siendo dos veces a la semana. Se acordó también respetar el tiempo que la paciente estaría ausente a - las sesiones debido a su viaje (10 días). Los honorarios fijados fueron aceptados por la paciente.

Después de haber realizado la focalización y haber - sido aceptado el contrato, con esto iniciamos la Segunda Fase del proce- so, en donde se lograrían los puntos mencionados al describir la parte - técnica y que son:

- Esclarecimiento y análisis de la problemática. (Proceso).
- Análisis del vínculo,
- Síntesis y rescate de la experiencia, y
- Seguimiento y terminación del tratamiento.

De esta Segunda Fase, que incluye de la 3a. a la 11a. sesión, se describirá el proceso y sus puntos más relevantes.



### 3a. Sesión.

Nota: en su aspecto personal, la paciente denotó más cuidado en su arreglo, y en su estado de ánimo mostró estar un poco más contenta a diferencia de las sesiones anteriores.

Se inició la sesión a la hora establecida y sin dificultad en la paciente para comenzar a hablar.

Inició diciendo que su hija mayor había reprobado un exámen y que por ello hasta había llorado; la paciente trató de consolarla diciéndole que no se preocupara y que pensara que quizá algún día tuviera que presentar algún exámen a Título.

Intervine preguntándole a la paciente si en su época de estudiante a ella le había sucedido lo mismo y respondió,

*No una, sino muchas veces reprobé Ciencias Biológicas y nunca pude pasar la porque el maestro me reprobó porque yo no quise tener relaciones con él. El maestro me propuso tener relaciones sexuales con él pero no acepté. Yo nunca sentí que fuera coqueta ni nunca quise serlo, sin embargo, a pesar de esto tenía muchos amigos, incluso había un maestro -español-, especializado en insectos, que tenía muchas preferencias y atenciones hacia mí. Tuve muchos pretendientes, incluso más que una compañera de estudios que era muy guapa. No sé a qué se debió esto, yo era muy platicadora tal vez por la misma situación que había en mi casa; con mamá casi nunca platicaba y con papá sí pero siempre estaba trabajando y cuando estaba en casa se ponía a jugar cartas o ajedrez con mamá.*

Pregunté si su forma de ser, "muy platicadora fuera de casa" sería tal vez una forma de hacer enojar o de fastidiar a su madre; respondió,

*No, porque mi madre nunca supo en realidad cómo era yo fuera de casa, -  
abía que tenía amigos pero nada más. No sé por qué era yo así.*

Insistí preguntando una vez más, ¿por qué cree que -  
sea?, la paciente respondió,

*Nunca me pinté ni me arreglé porque mamá se enojaba y me criticaba, cuan-  
do llegué a hacerlo me decía: "la mona aunque se vista de seda, mona se  
queda" -(la paciente mencionó en forma irónica sus rasgos físicos)-. -  
Hasta ahora he querido pintarme el pelo y hasta tengo ganas de hacerme -  
rayos. Cuando supo mi mamá que quería hacerlo, me dijo que para qué, -  
que si era para verme más joven y hasta me dijo que yo no soy abuela por  
mala suerte, pero que ella a mi edad ya lo era. Yo solo le respondí que  
no era para verme más joven, sino para verme mejor.*

Y, ¿por qué ha esperado tanto tiempo para hacerlo?;  
la paciente respondió,

*Pues tal vez por los problemas que he tenido con mi esposo.*

Pareciera que su fantasía es que las mujeres bonitas  
y arregladas fracasan. (Ejemplifiqué con su amiga "muy guapa", pero sin  
tantos pretendientes). La paciente se quedó pensativa por un momento y  
al final respondió,

*Creo que sí.*

Quizá Usted prefiera seguir siendo el "insecto prefe-  
rido" antes que ser atractiva y bonita.

La paciente retomó su actitud pensativa y continuó -  
después hablando de su hermana,

*Mi hermana ha pasado por una situación difícil -(refiriéndose a su reciente divorcio)-, pero es muy probable que ella vuelva a casarse.*

*Recuerdo también a una vecina que vivía cerca de la casa de mis padres, era de muy buena posición económica y muy guapa; al final ella resultó embarazada antes de casarse y tuvo muchos problemas, su familia no quiso saber de ella y tuvo que irse de su casa, después su familia volvió a aceptarla pero ya nada fue igual.*

Intervine para decirle a la paciente que parecía que cuando me hablaba de su hermana, en realidad me hablaba de ella misma. - Lo negó,

*En la misma situación que mi hermana, yo no volvería a casarme; en ella es distinto porque todavía es joven.*

Tal vez no volvería Usted a casarse, pero quizá le -- gustaría volver a su vida de amigos y pretendientes. La paciente sonrió y respondió,

*Eso sí me gustaría, volver a tener amigos pero no pretendientes.*

Será que Usted piensa que solo ante el fracaso de al quien, Usted podría triunfar? Hubo un momento de silencio que rompió la paciente para decir,

*Eso me hace sentir mal porque pienso en el caso de mi hermana.*

Considero que sí, y también en el suyo propio. Afirmo con la cabeza y sin levantar la mirada.

Finalicé la sesión haciéndole a la paciente una breve recapitulación sobre sus fracasos, hablándole de su madre anciana, y

de sus deseos de experimentar cambios como lo son el "verse mejor" en su aspecto personal, ya que se ha pasado la vida esperando cosas.

La paciente lloró sin hacer comentario verbal alguno.

### Elaboración post-sesión.

Lo que me llamó la atención en esta sesión, fue que una vez que se hizo el contrato y la paciente se sintiera aceptada, esto dió margen a que la paciente trajera nuevo material aparentemente sin relación con el foco de trabajo, y dió la impresión de que se encontraba - en una actitud de negación de lo que había aportado en las primeras sesiones de evaluación, negando además su estado emocional; por lo que mis intervenciones se dirigían fundamentalmente a recentrarla en la problemática. Se evadió constantemente pero al finalizar la sesión y al hacerle la devolución se logró reconectarla, hecho que se manifestó a través de su llanto; pero ahora, a diferencia del llanto inicial de las sesiones - anteriores, éste fue más reposado y sin tanta desesperación.

El cambio de actitud -la situación de negación-, me lo sugirió en la forma de cómo llegó a la sesión: sonriente, vestida un tanto diferente a lo habitual, amable, y depositando primero en la hija la situación de fracaso, para después hacerlo en la hermana y las amigas. En el momento en que le señalé que al hablar del fracaso de su hermana - pareciera que se refería al suyo, la paciente cambió de expresión, bajó la mirada aceptándolo y llorando en silencio hasta el final de la sesión.

Aquí, podemos observar que en las intervenciones no fue interpretada la transferencia como tal, sino que fueron encaminadas a un nivel consciente solo con el propósito de retornar a la paciente al foco de trabajo de su situación crítica actual, y señalando los mecanismos que hasta el momento había utilizado en la resolución de la problemá

tica central y que son el de negación, evasión y proyección; mecanismos que a ultimas fechas le resultaban insuficientes.

Podemos también observar que a partir del contrato - establecido, el vínculo de trabajo se acentúa fomentándose la alianza te rapéutica que en este tipo de terapia es fundamental, y entre más pronto se logre, favorecerá el proceso.

Pude sentir que la paciente aceptaba mis intervencio nes que quizá le resultaban dolorosas, pero que la hicieron retomar la - parte emocional que en el primer momento de la sesión evadía.

#### 4a. Sesión.

La paciente dedicó parte de la sesión a hablar de su hijo,

*El otro día mi hijo llegó a casa un poco tomado, yo lo ayudé a acostarse y luego pensé en lo que pasaría si mi esposo se enteraba, y que seguramente le llamaría la atención duramente. Pienso que no estuvo bien lo que hizo y en parte quería que mi esposo no lo supiera, sin embargo esperé y él se dió cuenta; efectivamente lo reprendió diciéndole que no era correcto que lo hubiera hecho y que hubiera llegado a casa en ese estado y que no volviera a hacerlo porque entonces tendría que atenerse a las consecuencias.*

Quise relacionar lo que la paciente había contado con algo que a ella le hubiera sucedido y le pregunté si ella en alguna ocasión también había bebido de más, a lo cual la paciente respondió,

*Sí, en una ocasión en una fiesta familiar. Fue en donde yo nací, había gran regocijo y todos estaban muy contentos; yo nunca tomaba pero en esa ocasión se me subieron las copas; solo recuerdo que yo también estaba muy contenta, que gozaba de la fiesta y que bailé con mi hermano mayor que yo y con el que mejor me llevaba. Me sentía muy excitada, tenía deseos de tener relaciones sexuales pero también me sentía mal por ello. Recuerdo los pretendientes que había tenido y también recuerdo que sentía temor de quedarme soltera. Al final me fui a dormir.*

Permití que la paciente hablara casi sin interrumpirla, y sólo haciéndolo para pedir alguna aclaración. Le pregunté sobre sus sentimientos en relación a sus deseos sexuales, sin embargo, no le fue posible explicitarlos debido a que se sentía muy angustiada y no lo-

gró asociar nada de ese pasaje con su vida actual.

Mientras hablaba, la paciente lloró sin desesperación.

#### Elaboración post-sesión.

No tuve posibilidad de reconstruir más acerca de la sesión, porque todo giró en relación a lo mismo. Registré únicamente lo significativo que me pareció el hecho de que la paciente no pudiera manifestar más acerca de sus deseos sexuales reprimidos, mismos que en la actualidad también reprime.

Se observó también cómo la paciente evade nuevamente su situación de crisis y habla de su hijo, de las posibles reacciones de su esposo, pero no de las suyas.

El objetivo sigue siendo centrar a la paciente en la situación focal mediante intentar que la paciente se relacione con sus relatos, es decir, tome participación en ellos.

## 5a. Sesión.

Nota: La paciente demuestra una actitud tranquila, entre pesimista y optimista, con disposición para hablar aunque no aborda su situación actual directamente.

*Como ya le había comentado, mi esposo es una persona que constantemente se enferma pero no va a ver al médico hasta que se siente muy mal, incluso tengo que ser yo la que le insista para que vaya a verlo, a chequearse periódicamente, pero él siempre me dice que no, que tiene mucho trabajo o que no tiene tiempo. Mi hijo también padece de la vista y hasta tuvieron que operarlo de un ojo; y yo, pues también tengo achaques, padezco de la vejiga.*

(Pasó posteriormente a hablar de sus hijas, quizá para complementar el tiempo de su sesión).

*Mis hijas afortunadamente no padecen de nada.*

Retomé el tema de las hijas como una forma de mostrar que eran la parte joven que no sufre de enfermedades e intenté relacionarlo con ella y su arreglo personal que se había visto en sesiones anteriores en comparación con el de sus hijas que parecía ser inversamente proporcional. (Rivalidad con las hijas, rivalidad con la hermana). No hubo comentario de la paciente.

Para finalizar la sesión, la paciente apenas tocó el tema de su sexualidad pero con énfasis (o quizá justificación con insatisfacción), en sus malestares físicos y los de su esposo.

Puntualicé a la paciente que consideraba que en ella había temor y dificultad para aceptar ciertos cambios, basándome en que



a partir del contrato de trabajo existía aún la necesidad de hablarme de sus cosas, pero que me hablaba de otras que quizá no tuvieran una íntima relación con su situación crítica actual (foco); de alguna manera existía en ella un miedo a cambiar, a vivir mejor, a "curarse". Todo esto - le fue expresado a la paciente, la cual quedó pensativa y quizá triste.

Finalizó la sesión sin otro comentario.

#### Elaboración post-sesión.

Situacionalmente notamos cómo a través de la familia la paciente evade la situación conflictiva y la deposita en sus miembros.

Internamente le sucede lo mismo, no encara la situación y habla de las "afecciones" de su esposo, de sus hijos, de su hermana, etc., sin hablar de sí misma.

Hasta aquí, puede notarse cómo la paciente ha tenido intentos "furtivos" para hablar del aspecto sexual, con lo que demuestra su preocupación al respecto pero siempre encubierta.

## 6a. Sesión.

Nota: En esta sesión me llamó la atención que la paciente llevaba el pelo pintado, y en su arreglo personal había un cambio notorio (aspectos que le favorecían físicamente).

La paciente se presenta con mayor disposición para hablar aunque primero intentó que lo hicieramos acerca de mí, me comentó que la hora de sesión debía resultarme tal vez "pesada" para trabajar, y aclaró que para ella no lo era. Sentí que lo hacía quizá con el fin de saber más acerca de mí, pero que en el fondo no sabía cómo empezar a hablar de ella. Permanecí en silencio hasta que la paciente refirió que había tenido algunas diferencias con su esposo debido al aspecto económico, y fundamentalmente respecto al costo de su próximo viaje al extranjero como contraparte del presupuesto familiar.

*Yo le dije a mi esposo que no se preocupara por el dinero para mi viaje porque eso pienso pagarlo yo, ya lo tengo arreglado. En cuanto a lo de la casa, eso se hará como siempre.*

En relación al tema de la economía, la paciente habló posteriormente de un terreno que posee su familia de origen, y de las dificultades que han surgido entre sus hermanos por la propiedad del mismo.

Faltando poco tiempo para que terminara la sesión, y sin que la paciente hubiera cambiado de tema, intenté recentrarla en lo que habíamos fijado como foco de trabajo, mencionándole que al igual que sucedía con la propiedad del terreno del cual me hablaba, parecía que lo mismo le sucedía a ella con sus emociones, que tenía dificultad para hacerse "propietaria" de ellas; y le pregunté ¿qué tendría que ver todo -

eso con su terapia? La paciente respondió,

*No sé por qué si venía pensando en hablarle de otras cosas, le he hablado de esto.*

Le sugerí que tal vez fuera porque al hablar de ella misma y de lo que le pasaba, le resultaba penoso y difícil, y que por eso elegía hablar de los demás.

Se cerró la sesión en un ambiente de reflexión y sin otro comentario.

## 7a. Sesión.

En esta ocasión la paciente se presentó algunos minutos después de la hora establecida para el inicio de cada sesión. La paciente pidió disculpas y explicó,

*Se me hizo un poco tarde porque fui a la Feria del Libro y no me di cuenta de la hora; es muy grande y había muchísimos libros. Me compré este...*

(La paciente me mostró uno intitulado, "Los grandes iniciados", y mencionó después de un breve silencio,)

*Tenia mucho interés en venir hoy a la sesión porque quería hablarle sobre mi sexualidad. Con mi esposo pocas veces he quedado satisfecha después de tener relaciones, y la verdad es que yo esperaba otra cosa. Durante mis embarazos siempre me sentí muy bien, satisfecha; yo hubiera seguido teniendo hijos, pero con el cuarto embarazo hubo problemas y al final tuvieron que ligarme, yo no supe nada hasta que desperté, fué mi esposo quien dejó que me ligaran pero yo no hubiera querido.*

(Cabe mencionar que generalmente la paciente hablaba con mucho detalle)

Esperé a que la paciente terminara de relatar para intervenir diciéndole que pareciera ser que con su viaje le pasaba lo mismo que con sus embarazos, había satisfacción, deseos e ilusiones depositados en él. Y en cuanto a su "sexualidad", existía mucha dificultad para aceptarla (tenía mucho interés en hablar de ella, pero llegó tarde), sin embargo, parecía que su interés ahora tenía que ver con su preocupación de saber qué iba a pasar con su sexualidad durante su viaje.

La paciente adoptó una actitud entre reflexiva y pensativa, pero a su vez como aceptando el señalamiento sin saber qué res--

ponder. Terminó la sesión.

Elaboración post-sesión.

Existió poca profundidad en la intervención terapéutica. No hubo time-ing, hay intervención pronta.

## 8a. Sesión.

Nota: Es la última sesión que se tuvo antes de que la paciente se fuera de viaje. Se presentó puntual a la sesión.

*Hoy quiero hablarle de mi sexualidad. Me preocupa, ¿cómo decirle para que me entienda?. He estado pensando en lo que hablamos la sesión anterior, y como ya le había mencionado, me siento insatisfecha sexualmente.*

Intervine para pedirle que me describiera cómo sentía la relación con su esposo, y respondió,

*Es como si fuera la de dos buenos hermanos...*

*En una ocasión me dijo un médico que yo padecía de una afección en el corazón, además, por las enfermedades de mi esposo, creo que por todo esto es que nos hemos alejado sexualmente. Yo tuve problemas con un ovario y útero, y por eso tuvieron que quitármelos, fue por quistes.*

Intenté que la paciente asociara de alguna forma la relación que percibía entre ella y su esposo, son la que tuviera en su familia, y le pregunté sobre su relación con sus hermanos. La paciente respondió,

*Eran buenas, de chicos jugábamos, sobre todo con el anterior a mí.*

La paciente fue disminuyendo el tono emocional con el que había empezado la sesión; en este momento se veía decaída, quizá triste o decepcionada; no tuvo mucho interés al hablar de sus hermanos, quizá porque le sorprendió mi pregunta, fue como si la hubiera sacado -- del tema, pues me había manifestado su preocupación por su sexualidad, y

de pronto yo le mencionaba a sus hermanos; no asoció una cosa con otra.

Le señalé que auizá ella había esperado encontrar en su esposo al padre que perdió y quien le proporcionaba calma y consuelo. En ese momento la paciente rompió con llanto abundante como no lo había hecho antes, sin embargo, insistió en su afección del corazón y agregó - que ella en ocasiones dudaba que en realidad la tuviera, porque alguna vez había participado en un torneo de bolenbol. No mencionó nada sobre el señalamiento hecho.

Para terminar la sesión, la paciente se había calmado un poco y solo mencionó,

*He sentido algunos cambios en mí, incluso una de mis hijas me lo ha dicho, que he cambiado un poco, sin embargo, siento la necesidad de seguir viniendo porque creo que aún falta mucho por decir.*

Nos despedimos fijando la fecha para su próxima sesión al regreso de su viaje, para el cual le deseé que fuera placentero. Lo agradeció y asentó que nos veríamos a su regreso. (Estaría fuera 10 días).

## 9a. Sesión.

La paciente se presentó unos minutos después de la hora establecida. Se notaba contenta. Me llamó la atención su indumentaria, distinta a la usual, portaba un vestido ligero de fondo negro con grandes flores azules y ligero escote con un broche al frente y algunas pulseras.

Registré cierta dificultad en ella para iniciar a hablar, sin embargo esperé. No tardó mucho en comenzar y lo primero fue para preguntarme cómo había yo estado. Asentí sin respuesta verbal y pregunté, ¿Y a Usted, cómo le fué?. La paciente respondió,

*Ya estoy de regreso. Me he sentido un poco mal pero creo que es cosa de la presión; desde que regresé he estado hinchada, tengo resequedad en la nariz y siento los labios dormidos. Todos en casa me recibieron muy -- bien, muy contentos, me platicaron de los problemas que tuvieron con la comida, con la ropa, pero me dió gusto que aunque fuera por eso, me extrañaron.*

(hizo una pausa y continuando con la actitud sonriente del comienzo, prosiguió,)

*Y pasando a otra cosa, allá me divertí mucho... y hasta bailé. (pausa).*

*Hoy tuve una discusión en casa porque me encontré que mi esposo le había dicho a mi hijo que se cortara el pelo a casquete corto, pero yo pienso que ya no es un niño; todos se pusieron en contra mía. ¿Usted, qué piensa?*

Pregunté a la paciente, ¿Cómo se sintió Usted cuando su familia le manifestó que hacía falta en casa? La paciente respon-



dió llorando,

*Aunque solo fuera por eso, me dió gusto.*

*Ya le dije a mi esposo que voy a volver a irme, pero ahora será al Mediterráneo. (cesa el llanto)*

*Hoy mi esposo, cuando se iba, me preguntó, ¿y por qué no me llamaste de allá? -(sonriente)- Yo le contesté que porque no me había acordado, por que había estado muy ocupada.*

Y él, ¿qué le respondió?

*(Sonriente contestó), Sólo me miró y se fue sonriendo.*

Y Usted, ¿qué sintió?

*Le voy a ser sincera, allá conocí a unos italianos, muy amables, muy simpáticos; uno de ellos me invitaba a bailar, a platicar. Nos encontramos en un Cabaret, bailamos, me tomaba de la mano. No sé si me ayudó o me perjudicó el hecho de que estuvieramos en el mismo piso del Hotel, pero no podíamos cambiarnos de piso. No sé si hubiera aceptado otro tipo de relación. Me invitó a Italia, pero si voy no pienso avisarle. Nos hablabamos de "tú". Me sentía como una jovencita, sentía la sensación de su mano, en fin, la pasé muy bien.*

Tengo la impresión de que hizo y le pasaron muchas cosas.

*Bueno, todo estaba programado.*

Y pareciera que su vida también lo ha estado, y que las cosas fuera de "programa" la desequilibran y la atemorizan.

Terminó la sesión sin más comentarios.

Elaboración post-sesión.

Se observó el la paciente:

- Ambivalencia registrada en su estado emocional, donde por momentos se muestra alegre, contenta, así como triste y hasta quejumbrosa.
- Culpa; por algún motivo regresa y se enferma.
- Existe permanente insatisfacción; hubo algo que no le permitió disfrutar.
- Se registraron momentos de tristeza, de gusto, y por momentos, de coraje.
- Existe miedo a conectarse con hechos dolorosos.
- Aparentemente, cuando llora se empieza a sentir más tranquila..
- Hay un fondo de tristeza con aparente alegría (vestido).
- Existe necesidad de afecto.

10a. Sesión. (Penúltima).

La paciente inició la sesión con un interrogatorio - hacia mí, me preguntó si tenía otro trabajo, si hacía algo más aparte de la consulta; manifestó,

*Me gustaría saber algo más de Usted, siento esto como una amistad.*

Respondí preguntándole a la paciente cuál era el motivo de sus dudas, y respondió,

*Me he sentido con muchas dudas. En casa tuvimos una reunión familiar a petición de mi esposo que llegó un poco contento; a mí me sorprendió, pero estuve de acuerdo y mis hijos también.*

*Primero hablamos de mi hija mayor y de que piensa casarse; mi esposo opinó que se casara hasta que terminara la carrera, pero yo les dije mi opinión, que si ella quería casarse antes, pues que lo hiciera. Ella me preguntó que si yo estaría dispuesta a cuidar de su hijo en caso de que fuera necesario, pero yo le respondí que no quisiera hacer un mal en lugar de un bien, pues he visto la situación de mi madre con mi hermana - que está divorciada, y que le deja sus niños a mi mamá, pero ellos son - muy traviesos.*

*Después de ella, hablamos de nuestra segunda hija y de su novio; él es - vietnamita y tuvo que irse a su país para hacer el Servicio Militar, -- ella se quedó muy triste pero a su regreso piensan casarse.*

*Después, mi esposo les propuso a los hijos que opinaran sobre nosotros, sobre los padres, y todos comentaron que habían notado cambios en mí, - sin embargo, siguieron reprochándome algunas cosas.*

*Por último hablé yo, y mis hijos volvieron a reprocharme que hablara y -*

*dijera cosas en la forma en que lo hice, me dijeron que eso no debiera decirlo. Al final mi esposo tuvo que entrar en mi defensa...*

*Creo que me ha faltado sinceridad con Usted, pienso que ya hubiera tenido que decirle...*

La paciente interrumpió su discurso con llanto. El ánimo de la paciente -aparentemente comunicativa al inicio-, había ido decayendo.

Pregunté a la paciente, ¿Qué es eso que no se atreve a decirme?

(La paciente continuó en silencio, pero llorando).

Tal vez Usted sienta que yo le voy a reprochar y a atacar igual que sus hijos. La paciente negó con la cabeza y explicó,

*En un principio, tanto mi esposo como yo habíamos acordado no casarnos y vivir en Unión Libre. Cuando yo estaba embarazada de mi primera hija, mi esposo se fué durante tres meses a Europa; cuando él regresó yo no supe nada hasta que, por medio de unos amigos, me enteré de su regreso y de que les había traído regalos a todos; ellos quisieron contactar una entrevista entre los dos, pero yo no acepté. Quité el departamento que teníamos y me fuí a casa de mi madre, pero tanto ella como mis hermanos se opusieron a que yo viviera ahí y tuve que irme a vivir con una amiga. Cuando me fuí al hospital para dar a luz, mi esposo lo supo y fue hasta el sanatorio con un grupo de marichis, decía que eran para su hija. Yo estaba decidida a no volver con él y mi madre me aconsejó lo mismo, sin embargo, él me convenció de volver con él y me propuso que nos casáramos; hasta la fecha no sé qué fué lo que me hizo aceptarlo y casarme con él.*

¿Era esto lo que a sus hijos tanto les molestó saber?. La paciente respondió,

*No, no esto, sino que en varias ocasiones mi esposo me golpeó y ellos no quisieron creer que pudiera ser verdad.*

*Me casé poco tiempo después de que murió mi padre, pues a pesar de que - había tenido pretendientes, novios y propuestas de matrimonio, nunca las acepté. Ahora pienso que tal vez de no haber muerto mi padre, no me habría casado.*

En este momento la paciente había dejado de llorar, estaba más tranquila pero bastante decaída y triste.

Por último, le recordé que la próxima sesión sería - la última que tendríamos de acuerdo al contrato establecido, y le sugerí que pensara en el tratamiento desde el momento de iniciarlo hasta la fecha, con el fin de que en la próxima sesión habláramos -al final-, sobre sus impresiones, sensaciones, sentimientos y dudas, en caso de haberlas. La paciente estuvo de acuerdo.

11a. Sesión. (Última).

La paciente se presentó puntual y con su actitud acostumbrada al inicio de las últimas sesiones: sonriente, tranquila, cordial hacia conmigo.

*Y ahora de qué quiere que le platique?*

*Me he sentido muy bien, muy contenta. Cortaron la luz en mi casa y estuvimos dos días sin luz, todos estaban un poco desconcertados porque nunca nos había sucedido. Me preguntaron si yo no había pagado el recibo y les dije que no, incluso no me había acordado; tampoco me sentí molesta por esto, en otras circunstancias esto me hubiera hecho sentir mal, pero esta vez no fué así.*

*Una sobrina me comunicó que próximamente va a casarse y que les había llamado a unos familiares para avisarles, yo le dije que me parecía incorrecto que lo hubiera hecho por teléfono. Por cierto, me dijo que un tío estaba muy delicado de salud, lo operaron de la próstata y se suscitó una infección. Es una persona ya grande... No sé por qué, si uno ya sabe que se tiene que morir, lo siente uno tanto, sobre todo cuando se ha recibido mucho.*

Será tal vez como sintió Usted la muerte de su padre?  
La paciente respondió,

*No, nunca va a ser igual.*

*A mi padre, antes de morir, le dieron dos embolias; en la primera quedó sin poder coordinar el brazo izquierdo, y en la segunda quedó totalmente postrado en cama. Yo tenía la idea de que quería hablar. Nunca se recuperó, al contrario, murió poco después.*

*Cuando él murió, yo no estaba en el hospital, y recuerdo que al llegar - ahí, varias personas me llamaron la atención porque yo iba vestida de rojo, pero yo no sabía que ya había muerto mi padre, y además no me preocupé por ver de qué color iba vestida. En la funeraria, mi hermano propuso que los hijos le hiciéramos una guardia a papá, y fue hasta ese momento cuando empecé a llorar; pero mi hermano me obligó a callarme y a controlarme, me dijo que me serenara porque iba a hacer que mi madre se sintiera peor; yo me sentí como fría por dentro y dejé de llorar. Después, cuando llegamos a casa, yo esperaba que mis hermanos o mi madre me dijeran algo por la muerte de papá, que me dieran el pésame, en fin, pero no fue así, no me dijeron nada.*

*Unos amigos me entregaron los telegramas recogidos y los listones de las ofrendas, pero yo me sentí molesta y hasta les dije que no tenían por qué habérselos quitado; todavía pienso que estuvo incorrecto. Esto nunca se lo había comentado a nadie, pero creo que no estuvo bien.*

Era como si le quitaran algo que le pertenecía a su padre, y tal vez igual que el haberle quitado a Usted el llanto o el sentimiento que en ese momento le estaba ofreciendo a su padre y que pareciera que desde esa ocasión no ha podido volver a recuperar.

Pareciera también que durante todos estos años Usted ha llorado por dentro lo que no le permitieron llorar, y que guardó también el coraje que debió haber sentido cuando su hermano la obligó a serenarse.

*Pues sí, la otra vez que lloré aquí creo que le comenté a Usted que desde la muerte de mi padre no había vuelto a llorar con ese sentimiento como hasta esa vez aquí en el consultorio.*

(La paciente se refería al llanto de la 8a. sesión).

Sería tal vez porque Usted tenía el temor de que yo fuera a pedirle que se controlara? La paciente respondió sonriente,

*No, yo a Usted le tengo confianza.*

Sin embargo, pareciera que la dificultad para hablar aparece cuando nos damos cuenta de que hay mucho qué decir en poco tiempo; me refiero a que hoy es la última sesión de un contrato breve de trabajo.

*No, no tengo dificultad para hablar, pero no sé cómo o de qué. En estos días ha sido la misma rutina y sin embargo me sentía bien.*

Creo que es bueno analizar no solo las cosas malas - que le pasan, sino también las buenas; entender por qué si todo sigue - aparentemente igual, Usted se siente mejor. Saber también qué tanto ha hecho Usted para sentirse así.

Se explicó a la paciente que el contrato había llegado a su término, pero que existía la posibilidad de cerrar éste y abrir uno nuevo a más largo plazo si ella lo consideraba necesario. Se mencionaron a la paciente algunos puntos relevantes para el inicio de un nuevo contrato, tales como la elaboración del duelo por la muerte de su padre, -que si bien había sido tocado en el tratamiento, no había sido el motivo del mismo-. La paciente aceptó dar por terminado el presente contrato y dejar para otra ocasión el establecimiento de un nuevo contrato.



### Elaboración post-sesión.

Al hablar de la muerte de su padre, la paciente lo hizo con tristeza, sin embargo, fue notorio que su llanto no era tan abundante ni tan angustiante como el de las otras sesiones, y mucho menos como el de la primera sesión.

Haciendo un registro del proceso, observamos que la paciente lloró en casi todas las sesiones, sin embargo, la calidad del llanto no era la misma; en la primera y octava sesiones su llanto fue abundante, con tristeza y muy angustiante. En la última sesión, la paciente volvió a llorar pero de una manera muy distinta, se sentía mejor y más tranquila.

Como fue mencionado en la parte técnica, el manejo de la transferencia se hizo dentro de una situación actual sin llegar a desarrollar una neurosis de transferencia y porque interfería con el proceso, esto permitió que la paciente se abriera más al terapeuta.

Durante el proceso se registraron varios elementos muy importantes. Uno de ellos, la no-elaboración del duelo por la muerte del padre, hay negación del dolor y no aceptación de la muerte; sin haber sido el motivo a trabajar, la paciente lo reflejó a través del llanto. El hecho de que la paciente llorara durante todas las sesiones fue lo más relevante en relación al duelo.

La relación actual de la paciente con su esposo. Al enterarse de que había otra mujer, esto la colmó de coraje, de sentimiento y de rechazo que en cierta forma ya existía. También, no obstante este rechazo, siguió unida a él. Su rechazo fue una demostración de sus sentimientos hacia él y lo manejó con negación y angustia, misma con la que llegó al tratamiento aunada además al llanto por el duelo.

Otro factor importante es su edad en relación a su hermana que es bastante más joven que ella. La paciente hace un regis--

tro de la situación de su hermana (joven, pero divorciada) en la cual se refleja; misma que le imposibilita a tomar una decisión con su esposo a través de vivir de cerca la conflictiva de su hermana.

Respecto al vínculo de trabajo establecido, éste fue de amistad, de confianza puesta en que no la sancioné, no la reprendí y le respeté su llanto; la paciente me percibía como amiga. La falta de sinceridad conmigo es la misma que la paciente tiene hacia con ella, y también hacia su esposo. La paciente fue poco sincera quizá en cuanto a decirme cosas, pero en cuanto a su llanto fue muy significativo, pues expresaba lo que nunca había hecho o sentido y a través del mismo logró tranquilidad, le permitió ir pensando con mayor claridad y se aflojó emocionalmente (se abrió); desde este punto de vista la demanda fue lograda.

Un elemento más a considerar, fue que al no aceptar otro contrato la paciente corrobora que ha obtenido lo que buscaba, se siente satisfecha con lo que ha obtenido personalmente; ella llegó por interés propio, e igualmente por sí misma decide no continuar con un tratamiento a más largo plazo, ya que su estado emocional mejoró en la medida que pudo descargar a través del llanto su situación crítica; y, lo que es más importante, la confianza que siente de poder manejar su situación actual en base a una forma de pensar más clara.

El diálogo familiar se estableció en cierta medida, en donde hay una diferenciación de los padres y los hijos (una delimitación de roles). El diálogo incluye un proyecto familiar en relación al futuro (no están entrampados en el presente), en relación a los hijos y sus proyectos, y a la decisión de los padres pero como pareja.

Por último, cabe mencionar como elemento importante, el viaje de la paciente, el hecho de que se fuera más tranquila y regresara también más tranquila.

Etapa de Seguimiento.

Las sesiones de seguimiento -en este caso en particular-, se dejaron abiertas; es decir, se acordó que en el momento en que la paciente lo necesitara, sería atendida.

Hasta este momento, no ha habido necesidad de otra sesión.

## VI. CONCLUSIONES.

A manera de comentario, considero importante señalar algunos aspectos que surgieron a partir de la revisión del caso clínico presentado. Cabe mencionar que tanto la experiencia terapéutica como la elaboración de la misma, fueron realizadas bajo supervisión clínica, habiéndose decidido emplearla en el presente trabajo, y a manera de ejemplo, lo que fue una primera experiencia práctica dentro del campo psicoterapéutico; sin embargo, no por esto pretendo justificarme ni justificar la calidad de la presentación, pero considero que debe ser aclarado para una mejor comprensión de su exposición tomando en cuenta mi escasa experiencia adquirida fuera del contexto de la Facultad de Psicología.

Después de una revisión, con fines de presentación, se detectaron varios aspectos: Primero, la dirección o línea de trabajo por la cual se condujo el tratamiento; segundo, el nivel de profundidad a que se llegó; tercero, la participación del terapeuta.

Al respecto de estos tres puntos puede señalarse, en cuanto a la línea de trabajo del proceso, que existió escasez de datos - que no se obtuvieron; de entre los cuales puede mencionarse el indagar - más sobre la relación entre los padres de la paciente y de los mismos hacia los demás hermanos de ella; mismos que quizá nos hubieran conducido hacia un mejor entendimiento de la actitud de la madre hacia la paciente, y de la propia paciente hacia la figura femenina. Sin embargo, el objetivo principal del tratamiento en el momento de realizarlo, iba encaminad

do más hacia el momento de crisis por el cual atravesaba la paciente, de jando para un segundo momento (terapia a más largo plazo si se requería), las situaciones más tempranas.

Respecto al nivel de profundidad, se consideró que - debía trabajarse a nivel de situaciones actuales que ayudara a esclare-- cer unicamente la situación presente, mas no a introducirse a niveles - primarios de funcionamiento.

Y por último, de la participación del terapeuta, pu- dieron notarse algunas inconveniencias en sus intervenciones, sin embar- go, éstas estuvieron sujetas a los aspectos anteriores.

Cabe mencionar además, que el trabajo estuvo basado en la premisa expuesta en capítulos anteriores, de que los hechos, situa- ciones y experiencias pasadas de todo individuo, de alguna manera son - contempladas en el funcionamiento actual del mismo en su contexto; es - por esto, que considero necesario volver a señalar que la herramienta - fundamental de quien practica una Psicoterapia Breve, consistirá pues en poseer los elementos necesarios para modificar el presente sin que sea - nuestro principal objetivo el explorar e interpretar el pasado, ya que - éste podrá verse modificado en la medida en que se realicen intervencio- nes que cambien el presente.

Resumiendo, el modelo bajo el cual fue llevado a ca- bo el tratamiento consistió en que a prtir de un síntoma manifiesto, se aplicó una técnica con un enfoque determinado para conseguir modificaci- nes del primero (síntoma); todo esto contemplado en un segmento de la ví- da de la paciente que presentaba una crisis. Se detectó como síntoma la angustia que presentaba la paciente, y se decidió como técnica la modali- dad de Psicoterapia Breve con la complementariedad de dos enfoques: psi- codinámico y estructural, siempre con el propósito de trabajar sobre el síntoma para producir modificaciones en el estado actual de la paciente.

A través de las sesiones realizadas se observó una -

continuidad (común denominador) que demostraba la falta de participación que la paciente tenía hacia su conflicto; se contempló así la tarea de centrar a la paciente en su conflictiva con el objeto de hacerle ver su falta de participación. Fue mencionado ya que su angustia le hacía no hablar de su conflicto (evadirlo), y por ende, no participar de él. El trabajo se encaminó pues hacia esta línea (centrar y confrontar).

En sesiones finales se observó que la paciente había conseguido, en parte, entrar en la terapia hasta terminar con lo que pueden considerarse como modificaciones obtenidas: la paciente se fué con menor angustia y quizá con un mayor entendimiento de la situación, además de llevarse consigo una experiencia, que en mi opinión, podrá servirle en lo futuro para encarar situaciones similares; pues creo conveniente volver a mencionar una de las funciones de la Psicoterapia Breve como medida preventiva. Me atrevo a pensar, que en lo sucesivo, la paciente del caso clínico presentado, al igual que muchos otros que han tenido la misma oportunidad, cuando enfrenten situaciones críticas o difíciles de manejar, tendrán dentro de sus posibilidades una más, la de solicitar un tratamiento psicoterapéutico.

## VII. B I B L I O G R A F I A.

1. BELLAK, L. / SMALL, L.  
Psicoterapia Breve y de Emergencia.  
Ed. Pax-México, (México, 1977)
2. FIORINI, Héctor J.  
Teoría y Técnica de Psicoterapias.  
Ediciones Nueva Visión, (Bs. As., 1980)
3. FENICHEL, Otto  
Teoría Psicoanalítica de las Neurosis.  
Ed. Paidós, (Bs. As., 1973)
4. GREENSON, Ralph R.  
Técnica y Práctica del Psicoanálisis.  
S. XXI Editores, (México, 1976)
5. HALL, Calvin S.  
Compendio de Psicología Freudiana.  
Ed. Paidós, (Bs. As., 1976)
6. HARTMANN, Heinz  
La Psicología del Yo y el Problema de la Adaptación.  
Ed. Pax-México, S.A. (A.P.M.)
7. KESSELMAN, Hernann  
Psicoterapia Breve.  
Ed. Fundamentos, (Madrid, 1977)
8. LAPLANCH, J. / PONTALIS, J-B.  
Diccionario de Psicoanálisis.  
Ed. Labor, S.A. (Barcelona, 1977)
9. MINUCHIN, Salvador  
Familias y Terapia Familiar.  
Granica Editor, S.A. (Barcelona, 1977)
10. PICHON-RIVIERE, Enrique  
Teoría del Vínculo.  
Ediciones Nueva Visión, (Bs. As., 1980)