PSYKHE
2001, Vol.10, N° 2, 149-166

Copyright 2001 by Psykhe
ISSN 0717-0297

Psicoterapias Breves de Orientación Psicodinámica

Psychodynamically Oriented Brief Psychotherapies

Beatriz Zegers
Universidad de Los Andes

Se presentan los principales modelos de psicoterapias focales y de tiempo limitado basados en los principios técnicos del psicoanálisis, desarrollados a partir de la década del sesenta. El artículo se ha organizado considerando la teoría del cambio y los paradigmas teóricos en los cuales se basa: modelo pulsional/estructural, relacional, integrativo y ecléctico. Se discuten los criterios de selección, la duración, los procedimientos técnicos de intervención y de formulación del foco y el rol del terapeuta. Se incluye una revisión sintética de la investigación en psicoterapia breve y la formación de psicoterapeutas.

This paper presents the main focal and time limited psychotherapeutic models based on psychoanalytic technical principles developed since the decade of the sixties and afterwards. The article is organized considering the theory of change and the theoretical paradigms in which it is based: drive/structural models, relational, integrative, and eclectic modalities. Selection criteria, technical maneuvers, the procedures designed for the formulation of the focus, and the role of the therapist are discussed. A synthetic revision in the field of brief psycotherapeutic research and in the training of psychotherapists is included.

Perspectiva Histórica

Los procedimientos de ayuda psicológica son tan antiguos como la humanidad. En el antiguo Egipto los sacerdotes interpretaban los sueños y aconsejaban a los enfermos que acudían a los templos (Florenzano, 1984). Laín (1958) describió cómo se enfrentaban en la Grecia Clásica las situaciones de enfermedad, de conflicto y temor psicológico, en su obra "La Curación por la Palabra en la Antigüedad Clásica." El poema épico homérico es un testimonio del poder que tiene la palabra o *épode* para tranquilizar el alma, lo que reconocerá más tarde Aristóteles. Muchos de los conocimientos actuales sobre la psicoterapia como: rol del terapeuta, el efecto curativo de la sugestión y la catarsis, el *kairos* de la interpretación, encuentran sus antecedentes en los diálogos platónicos y en el *corpus* aristotélico. Los aspectos éticos del encuentro terapéutico fueron ya aludidos por Platón, quién condenó duramente en "Las Leyes" y "La República" a quienes engañaban a sus semejantes, enfermos o afligidos, a través de discursos falsos de pretendido poder mágico (Dörr, 1996).

Florenzano (1984) afirma que esta tradición adquirió un desarrollo e ímpetu nuevo con el Cristianismo. La importancia dada por Jesucristo a la persona humana y su especial preocupación por los enfermos hacen que la Iglesia adopte, entre sus funciones, las de proteger y curar almas. Algunas órdenes medievales, como la Hospitalaria de San Juan de Dios, tuvieron como actividad pastoral central la atención de los enfermos en sus padecimientos tanto corporales como espirituales.

Pero los intentos de explicar científica y empíricamente los fenómenos psicológicos del cambio sólo datan del siglo XVIII, como fue la tesis del *magnetismo animal* de Mesmer, el uso de técnicas hipnóticas y de imposición de manos. Si bien ésta fue posteriormente descartada, fue un intento digno de mención ya que subrayó que era posible sanar en forma natural fenómenos que otrora eran atribuidos a poderes demoníacos o benéficos. Hasta el siglo XIX los reyes de Francia curaban a sus súbditos a través de ceremonias de imposición de manos, siguiendo el ejemplo de San Luis (Florenzano, 1984).

Pero fue Freud, a fines del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX, quién más hizo por transformar esta tradición de ayuda al prójimo en un sistema terapéutico con bases y metodologías científicas (Florenzano, 1984).

Describir la historia del desarrollo del psicoanálisis excede los propósitos de este trabajo, sin embargo, en el marco de la revisión que nos ocupa hay que destacar que los primeros análisis fueron bastante breves, entre ellos destacan el caso de *Dora* (Freud, 1905), paciente histérica que fue tratada

Beatriz Zegers, Escuela de Psicología.
La correspondencia relativa a este artículo deberá ser dirigida a la autora. Napaleón 3565, oficina 803, Las Condes. Fono-Fax: 203 7001.
E-mail:bzegers@ctcinternet.cl, bzegers@uandes.cl

durante once semanas en 1900; y *El Hombre de las Ratas* (Freud, 1909) un obsesivo grave atendido durante once meses en 1907, entre otros.

Inicialmente la catarsis fue el método a través del cual se llevaba a cabo la cura, la cual más tarde sería reemplazada por la asociación libre, trayendo una prolongación de los análisis. Entre los factores explicativos para este hecho, Malan (1963) señala: la resistencia, la necesidad de elaboración, las raíces de la neurosis en la infancia temprana, los fenómenos transferenciales y la dependencia.

El sueño de desarrollar formas de tratamiento más eficientes, efectivas, menos caras, sin abandonar el insight psicoanalítico surge tempranamente, casi tan pronto como Freud hizo su revolucionario descubrimiento hace ya 100 años. Los pioneros en tal sentido fueron Ferenczi, Rank y después, Alexander, French y Balint.

Alexander y French distinguieron el uso del psicoanálisis como herramienta de investigación y como arma terapéutica. Plantearon que en la obtención de resultados terapéuticos, no era necesario redescubrir en cada caso, todos los aspectos de psicología individual, siendo la base de todos los desarrollos posteriores que sostienen que es posible aplicar los hallazgos teóricos y prácticos del psicoanálisis sin necesidad de atenerse estrictamente a la técnica psicoanalítica clásica. Destacaron además que en las psicoterapias, como en cualquier terapia médica, el terapeuta requería adaptar su técnica al paciente y no viceversa, mostrándose partidarios de individualizarlas y flexibilizarlas. Si bien estos puntos de vista fueron inicialmente resistidos, con el correr del tiempo fueron progresivamente aceptados y han influido en muchas de las técnicas psicoterapéuticas hoy en uso, tanto prolongadas como breves (Florenzano, 1984). En efecto, los conceptos de *tratabilidad*, entendida como la capacidad de beneficiarse de una psicoterapia y *terapeuticidad,* referida como el mejor abordaje o estrategia para un paciente particular en el momento y las circunstancias en que se da la consulta, han adquirido una importancia cardinal (Frank de Verthelyi, 1983).

Desde 1960 en adelante, distintos psicoanalistas han sistematizado técnicas de tratamiento breve, destacando los trabajos de Sifneos y Mann en Estados Unidos, Malan en Gran Bretaña y Davanloo en Canadá, quienes trabajaron de manera independiente, encontrándose por primera vez en Montreal en 1973. A partir de entonces, el desarrollo de éstas y otras formas de terapias psicoanalíticamente orientadas, se ha manifestado en una profusa explosión, como se verá en este trabajo.

Existen otros factores externos al psicoanálisis que han contribuido al desarrollo de las psicoterapias breves. En efecto, la psiquiatría militar estableció de manera convincente el valor de la psicoterapia breve. Muchos de aquellos que tuvieron esta experiencia se dedicaron luego a su aplicación en la práctica privada (Stracker, 1978).

En los años 50 las drogas antipsicóticas y antidepresivas incrementaron el número de pacientes que podían ser tratados de manera ambulatoria, estimulando el diseño de métodos de tratamiento breve. La presión asistencial generada por una larga lista de pacientes que esperaban ser tratados agregó una presión social (Stracker, 1978; Messer & Warren, 1995).

Los medios de comunicación social han mejorado la conciencia pública respecto de la necesidad de tratar psicológicamente los desórdenes emocionales e interpersonales, disminuyendo el estigma ligado a los tratamientos psicológicos, aumentando la demanda por servicios y democratizando la atención en salud mental (Messer & Warren, 1995).

En la esfera privada, el advenimiento de organizaciones de salud, de compañías de seguros, han incidido en el cambio de la práctica al limitar el número de sesiones o el monto que cubren (Strupp & Binder, 1984; Messer & Warren, 1995).

La investigación en psicoterapia ha mostrado de manera convincente que la mayoría de los pacientes no permanecen en tratamiento más allá de 20 sesiones y aún en la práctica privada, los tratamientos típicamente no exceden de 26 sesiones (Strupp & Binder, 1984).

Los éxitos documentados de terapias conductuales y familiares han constituido otro desafío para los terapeutas de orientación psicoanalítica acostumbrados a trabajar en terapias de tiempo ilimitado. Es así como para competir con el mercado y permanecer viables, ha sido necesario adaptar la técnica aplicándola a un marco de tiempo más breve (Messer & Warren, 1995).

El advenimiento de la carrera dual familiar y la disminución del tiempo libre probablemente ha afectado la preferencia de los consumidores por la psicoterapia breve (Messer & Warren, 1995).

Finalmente, el desarrollo de la psicoterapia breve en sí misma, ha llegado a ser una invitación a los terapeutas para ser más escépticos respecto de la visión tradicional que ha considerado a la psicoterapia breve como un pobre sustituto, en el mejor de

los casos, de los tratamientos más prolongados e intensivos (Strupp & Binder, 1984).

Psicoterapias Dinámicas

La adquisición de insight, el compromiso emocional, la relación paciente-terapeuta, la alianza de trabajo y la experiencia emocional correctora se encuentran dentro de los factores generales aludidos para el cambio en las terapias psicoanalíticas. A los factores anteriores, se agrega como un factor específico explicativo y fundamental del cambio que produce la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, la definición de un foco terapéutico.

Los modelos psicoterapéuticos basados en los principios técnicos del psicoanálisis han sido llamados de diferentes maneras: expresivo, dinámico, psicoanalíticamente orientado, orientado al insight, exploratorio, intensivo, entre otros (Gabbard, 1994), constituyendo un conjunto complejo de técnicas terapéuticas, todas ligadas entre sí. Pueden ser utilizados como un continuo desde la modalidad más clásica, intensiva y extensiva -el psicoanálisis propiamente tal- hasta las formas de psicoterapias breves de apoyo centradas en la remoción de síntomas. Las formas intermedias son las psicoterapias de orientación analítica, las psicoterapias breves focales y las intervenciones en crisis. Otras modalidades, diferentes por enfocarse no en uno sino en varios individuos, son las psicoterapias de grupo, las terapias de pareja y de familia. Estos últimos enfoques se han hecho cada vez más populares en las últimas décadas por su eficiencia y efectividad comparativas (Florenzano, 1984). Si bien se han formulado diversas consideraciones cuando la terapia se aplica a diversos grupos de edad (Lazarus, Sadavoy & Langsley, 1991; Messer & Warren, 1995; Zarit & Knight, 1996), este trabajo se centra en la descripción de las psicoterapias focales y de tiempo limitado en su aplicación a adultos.

Modelos Básicos de Psicoterapia Breve de Orientación Psicodinámica

En la Tabla 1 se presenta la clasificación propuesta por Messer y Warren (1995), atendiendo a los paradigmas teóricos en las cuales se sustentan diversas formas de psicoterapias focales.

El Modelo Pulsional/Estructural: Malan, Davanloo, Sifneos

Malan, Davanloo y Sifneos marcan el comienzo de la era moderna de la psicoterapia breve. El modelo formal que ellos utilizan es freudiano, adhiriendo a su conceptualización de personalidad y patología. El conflicto se concibe en términos estructurales intersistémico y se ve su manifestación actual como una repetición de alguna constelación temprana de factores ocurridos en la familia de origen; las defensas se emplean para minimizar el dolor de acuerdo al principio del placer, adhiriendo a la teoría dual de la pulsión. Incorporan la visión económica y topográfica. Los problemas derivados de la conflictiva edípica se consideran el tipo de problemas apropiados para tratarse con sus terapias breves. Asumen que sus lectores están familiarizados con las bases del psicoanálisis y que sólo nece-

Tabla 1
Modelos de Psicoterapia Breve Focal

Modelo teórico	Representante	Modalidad terapéutica
Pulsional/ Estructural	D. H. Malan H. Davanloo P. Sifneos	Terapia breve intensiva (BIP) P. Dinámica breve intensiva (ISTDP) P. Breve provocadora de ansiedad (STAPP)
Modelo Relacional	El grupo Penn, L. Luborsky Centro de estudio de neurosis M. Horowitz Grupo Monte de Sión, J. Weiss H. Sampson Grupo Vanderbilt, H. Strupp Binder	Método del conflicto relacional (CCRT) Tratamiento de respuestas al stress Psicoterapia de control de maestría P. Dinámica de tiempo limitado (TLDP)
Modelo Integrativo	J. Mann	Psicoterapía de tiempo limitado (TLP)
Modelo Ecléctico	L. Bellak & L. Small	Psicoterapia breve de emergencia (BEP)

sitan aprender aspectos prácticos de aplicación de la técnica (Messer & Warren, 1995).

Destacan la formulación de un foco informado y la selección de criterios de indicación, existiendo diferencias técnicas entre las modalidades terapeúticas desarrolladas, aunque comparten algunos principios básicos de la técnica psicoanalítica y que Bibring (1954) agrupó en cinco categorías: (a) catarsis o abreacción, (b) manipulación, (c) sugestión, (d) clarificación y (e) interpretación[1]. Conceptualizan su trabajo terapeútico por referencia a la interpretación siguiendo el triángulo del conflicto que incluye los impulsos o sentimientos, las defensas y la ansiedad o síntoma resultante del fracaso defensivo y de la persona, referida al objeto del impulso: terapeuta, personas significativas actuales y del pasado (padres, cuidadores, hermanos) en la vida del paciente (Malan, 1978a; Messer & Warren, 1995).

Terapia breve intensiva de D. H. Malan (BIP). La técnica de Malan fue desarrollada en la Clínica Tavistock en Londres. Es un autor que ha estudiado cuidadosamente la evolución de sus casos, siendo considerado uno de los mejores expertos en el tema de evaluación de los resultados psicoterapéuticos, demostrando que aplicando su técnica se obtienen cambios duraderos en estructuras limítrofes de personalidad y en otros cuadros que en general son poco accesibles a un intervención breve (Florenzano, 1984).

Es la modalidad más cercana a la técnica psicoanalítica clásica (Messer & Warren, 1995), aunque se diferencia del psicoanálisis en cuanto al número limitado de sesiones; 20 sesiones para pacientes más sanos y tratados por un terapeuta entrenado y 30 cuando es conducida por terapeutas menos experimentados, cuando prevalecen temas de dependencia o cuando el tratamiento se dirige a más de un foco. Considera aconsejable fijar el término en una fecha determinada y no en el número de sesiones, porque permite resolver el problema de llevar una cuenta del número de ellas, sin tener que discernir si ello obedece a un factor de realidad o a un acting out (Malan, 1978a). No se opone a que el paciente continúe en terapia o vuelva si es necesario (Malan, 1963).

Su objetivo es resolver tanto como sea posible el (los) conflicto(s) determinado(s) después de la entrevista inicial, orientando las intervenciones hacia el área conflictiva determinada previamente. Cuando el paciente permanece centrado en el foco, el terapeuta no necesita desviarse de la técnica estándar, sin embargo en otros casos requiere asumir un rol más activo, guiando al paciente a través de interpretaciones selectivas, atención selectiva y descuido selectivo (Malan, 1978c).

Los criterios de indicación y contraindicación propuestos se presentan en la Tabla 2 (Malan, 1978b).

Técnicamente es una terapia que utiliza la interpretación exhaustiva de la transferencia y la resistencia, no difiriendo de las interpretaciones clásicas; ésta se introduce en la entrevista inicial a modo de criterio de prueba, desempeñando un papel importante para el éxito y para mantener una relación óptima con el terapeuta después del término. Considera además, la interpretación de la transferencia negativa y genética. Se han obtenido mejores resultados cuando la interpretación de la transferencia ha adquirido importancia precozmente y/o cuando

Tabla 2

Criterios de Selección para la Terapia Breve Intensiva (BIP)

Indicación	Contraindicación
• Disposición a explorar los sentimientos	• Desarrollo de transferencia que conllevan altos niveles de dependencia y exigencia en las primeras entrevistas
• Capacidad para trabajar en una relación terapeútica basada en la interpretación	• Intentos serios de suicidio
• Desarrollo temprano de la transferencia	• Acting out autodestructivos serios
• Tolerancia al duelo	• Homosexualidad egosintónica
• Comprensión dinámica de los problemas del paciente por parte del terapeuta	• Antecedente de internaciones prolongadas
• Existencia de un problema circunscrito de cuyo trabajo el paciente podría beneficiarse	• Más de una serie de tratamientos de electroshock
• Capacidad del terapeuta para formular un plan terapeútico	• Síntomas obsesivos y fóbicos incapacitantes

[1] Para una precisión conceptual de estos principios técnicos ver Bibring (1954).

la interpretación de la pena y el enojo del paciente por el término constituyen un tema principal (Malan, 1978a, 1978c). Se precisa que no se trata de imponer interpretaciones al paciente, sino de escuchar, clarificar e interpretar en la línea del foco. El hecho de que sea focal no quiere decir que sea superficial, ya que se trata de profundizar tanto como sea posible, en las dificultades del paciente con una completa comprensión psicodinámica del núcleo del conflicto y sus orígenes (Malan, 1963).

Psicoterapia dinámica breve intensiva de H. Davanloo (ISTDP). H. Davanloo desarrolló su técnica en la Universidad de McGill en Canadá. A diferencia de otras terapias breves en las que se trabaja con un foco único, en ésta se permiten múltiples focos, incluyéndose a pacientes con problemas edípicos, de pérdida, cuadros crónicos de tipo obsesivo o fóbico o pacientes con psicopatología severa con más de un conflicto focal (Florenzano, 1984).

El número de sesiones es variable, oscilando de 5 a 15 sesiones en casos que existe un foco único, 15 a 25 con focos múltiples y 20 a 30 en casos con psicopatologías más severas.

Se requiere formular un diagnóstico y pensar en términos dinámicos, genéticos, económicos, estructurales y adaptativos para evaluar y planear la terapia. Se realiza además, una evaluación de la transferencia y contratransferencia, ya que la respuesta del paciente a las interpretaciones en la primera entrevista es un factor que se correlaciona con el éxito. Dependiendo de la situación clínica, se evaluará la respuesta a la interpretación del triángulo de los impulsos o defensas, pero por sobre todo el interés se centra en evaluar la respuesta del paciente a la transferencia pasado-presente, por lo que la evaluación es un proceso interactivo entre el paciente y el terapeuta (Davanloo, 1978a, 1978b).

Realizada la evaluación el terapeuta se encuentra en condiciones de diseñar un método psicoterapéutico específico a las necesidades del paciente. En sus intervenciones, el terapeuta utiliza activa, extensiva y racionalmente las interpretaciones transferenciales, las resistencias y su elaboración (Davanloo, 1978b), tratándose de una interpretación completa (Florenzano, 1984). La interpretación de la transferencia negativa es esencial, así como la de las resistencias tempranas. Agrega que aún las formas más extremas de represión, pueden ser manejadas a base de presión.

La técnica puede reagruparse en dos fases: la primera es pre-interpretativa, consiste en el reto y la presión ejercidos sobre la resistencia, con la consiguiente intensificación de la transferencia y que culmina en la primera vivencia por parte del paciente de sus sentimientos transferenciales. Esto provoca el desbloqueo del inconsciente y la movilización de la alianza terapeútica inconsciente. Comienza entonces la fase interpretativa de la resistencia residual a través del análisis sistemático de la transferencia, exploración del pasado y el descubrimiento del núcleo neurótico (Davanloo, 1984). Utiliza además las técnicas de confrontación y clarificación. Se evitan los temas caracterológicos y el desarrollo de una neurosis transferencial regresiva (Davanloo, 1978b).

Psicoterapia breve provocadora de ansiedad de P. Sifneos (STAPP). P. Sifneos desarrolló su psicoterapia en la Universidad de Harvard. Ha insistido que su técnica no es una alternativa sino un complemento a las psicoterapias prolongadas.

Clasifica las psicoterapias breves de acuerdo a dos parámetros: la presencia o ausencia de una situación de crisis emocional externa, que puede transformarse en el foco de la terapia y las características técnicas de la psicoterapia propiamente tal, distinguiendo entre aquellas provocadoras de las supresoras de angustia. Esta distinción se acerca a la realizada por Alexander, quién distinguió las psicoterapias de apoyo de las exploratorias (Florenzano, 1984).

Se centra en el concepto de que cierto grado de angustia es útil durante la terapia, ya que motiva al paciente a ahondar en la naturaleza de sus conflictos emocionales y lo capacita para corregir sus mecanismos de defensa menos adaptativos, siendo la ansiedad el motor que promueve el cambio terapéutico (Florenzano, 1984).

Los criterios propuestos por Sifneos (1978b) para la selección de pacientes se presentan en la Tabla 3.

Como puede verse, los criterios de selección son exigentes, ya que implica un paciente inteligente, bien motivado, capaz de visualizar sus problemas, emociones y que demuestre el haber tenido relaciones interpersonales cercanas por lo menos en una oportunidad en su vida (Florenzano, 1984).

Los pacientes seleccionados son sometidos a un número inicialmente no especificado de sesiones, cara a cara, de 45 minutos. El tratamiento se extiende entre dos meses y un año, con una duración media de cuatro meses.

Respecto del establecimiento del foco, el autor establece que una vez que éste ha sido elaborado y formulado en términos psicodinámicos por el terapeuta, debe presentarlo al paciente para que otorgue su consentimiento.

Tabla 3
Criterios de Selección de Ssicoterapia Breve Provocadora de Ansiedad (STAPP)

Criterios de indicación	Criterios motivacionales
• Nivel intelectual superior al promedio, demostrado por el grado educacional y/o logros laborales • Capacidad de formular el motivo de consulta en una queja circunscrita • Motivación terapeútica • Expectativas realistas respecto de los logros • Historia de al menos una relación significativa durante la vida temprana • Demostrar flexibilidad, capacidad de interacción con el terapeuta y acceso a los sentimientos durante la entrevista de evaluación	• Síntomas vistos como dificultades psicológicas • Introspección, honestidad y confiabilidad respecto de las dificultades • Deseo de participar activamente en la terapia • Curiosidad y esfuerzo para entender las dificultades • Deseos de cambiar, explorar y experimentar • Expectativas realistas de las metas terapéuticas • Deseo y capacidad de sacrificarse tangiblemente (tiempo y dinero) para alcanzar las metas

Los principios técnicos se centran en el establecimiento de una relación armónica con el paciente, sea a través de una rápida alianza terapéutica, sea utilizando los elementos de transferencia para fortalecerla, creando las condiciones para que la comprensión y el aprendizaje tomen lugar. Al mismo tiempo que se concentra en el foco, definido como un área bien circunscrita de conflictos no resueltos ligados a los síntomas o motivo de consulta; usa la transferencia de forma abierta, explícita y tan pronto como ella aparece, estableciendo vínculos entre las experiencias pasadas del paciente y los sentimientos que tiene hacia el terapeuta. Evita analizar o modificar rasgos del carácter como: pasividad, dependencia, acting out, los que por su naturaleza regresiva desvían la terapia de su foco, interfiriendo con la técnica (Sifneos, 1978a, 1978c, 1978d).

Mientras alienta la investigación dolorosa que subyace a las dificultades, el terapeuta usa preguntas provocadoras de ansiedad, confrontaciones y clarificaciones para ayudarlo a concentrarse y proporcionar información acerca de situaciones de la vida temprana y experienciar la ansiedad que ha motivado el olvido, la negación, represión, desplazamiento y proyección. Recomienda explícitamente no dar medicamentos ni apoyar al paciente, manteniendo el terapeuta su evaluación, en el sentido de la capacidad del paciente para mirar hacia áreas de resistencia y conflictos (Florenzano, 1984).

La generalidad de los ejemplos con que Sifneos ilustra su técnica son casos en que se elige una conflictiva triangular o edípica para ser elaborada (Florenzano, 1984).

El término depende de la evaluación del terapeuta de los progresos que ha realizado el paciente, debiendo reconocer que la tarea principal se ha cumplido y que se han resuelto los conflictos subyacentes al foco. Para ello se consideran aspectos tales como: mejoría sintomática, aumento de la autoestima, mejoría en las relaciones personales significativas, desarrollo de actitudes nuevas y adaptativas, nuevos aprendizajes, resolución de problemas, auto-comprensión, entre otros. Con frecuencia son los propios pacientes los que aluden a estos cambios a través de ejemplos concretos; en otros, sin embargo es al terapeuta a quién le corresponde confrontarlo y entregar una visión de los progresos que se han observado.

El Modelo Relacional: Luborsky, Horowitz, Weiss & Sampson, Strupp & Binder

Representa la segunda tendencia más importante en las psicoterapias breves, su desarrollo se corresponde con el tenido por el psicoanálisis. Refleja una aproximación postclásica a la clínica psicopatológica, cuyos supuestos paradigmáticos relativos a la teoría de la personalidad y la técnica clínica son diferentes a los de las terapias derivadas del modelo pulsional/estructural (Greenberg & Mitchell, 1983, en Messer & Warren, 1995).

Ninguno de los grupos que se adhieren a este modelo buscó intencionalmente desarrollar o promover un modelo de psicoterapia breve; su verdadero interés fue facilitar la investigación en terapia y desarrollar una teoría psicodinámica general. A pesar de ello sus contribuciones a la teoría y práctica de la psicoterapia breve han sido sustantivas (Messer & Warren, 1995).

La aproximación relacional representa una síntesis de muchas tradiciones relativamente independientes: concepción relacional de la personalidad de Sullivan (1953); tradición interpersonal psicoanalítica de Fromm (1944, 1947), Horney (1950), Erikson (1950) entre otros; teoría de las re-

laciones objetales de Klein (1950), Fairbain (1952), Winnicott (1965), Guntrip (1961), Jacobson (1964), Kernberg (1976); teoría del apego de Bowlby (1969); psicología del self de Kohut (1971, 1977) (citados en Messer & Warren, 1995).

Enfatizan la importancia de las representaciones internalizadas del self y los objetos localizadas en el núcleo de la estructura de personalidad que se orientan hacia los objetos del mundo. Aunque la teoría pulsional/estructural freudiana se refiere a las relaciones objetales, son las pulsiones y las vicisitudes de su gratificación las que adquieren primacía explicativa; es así como los objetos se constituyen secundariamente y derivan de la frustración o la satisfacción de los deseos instintivos.

En contraposición, para el modelo relacional, las relaciones objetales son el centro de la vida emocional, constituyendo las representaciones mentales del self y los objetos estructuras primarias y originalmente independientes. Conciben la psicopatología como un patrón recurrente de conducta interpersonal desadaptativa. El conflicto aparece como expresión de la tensión entre una necesidad relacional y una consecuencia dolorosa internamente representada. Presta atención a la experiencia real tanto frustradora como adaptativa de las relaciones objetales, con referencia a la situación evolutiva general. Las defensas son conceptualizadas como mecanismos adaptativos empleados para minimizar la experiencia anticipatoria de efectos desagradables, controlar la relación para evitar traumas y para tratar de alcanzar estados deseables de proximidad, desempeñando una función intrapsíquica e interpersonal. Los factores actuales que mantienen la psicopatología transaccional adquieren gran importancia, atendiendo a nociones tales como: dinámicas autoperpetuantes y cíclicas, disminuyendo la importancia de factores causales genéticos (Messer & Warren, 1995).

El cambio terapéutico no sólo se entiende a partir de factores psicodinámicos tradicionales como: catarsis, apoyo yoico e insight emocional, sino que además enfatiza el proceso relacional terapéutico. Al igual que en el modelo pulsional/estrucural, la interpretación de la transferencia es central. Se utiliza además la experiencia emocional correctora, dando más importancia a la nueva experiencia que surge de la relación terapéutica y se disminuye la importancia del insight (Messer & Warren, 1995).

Lo propiamente curativo en las terapias relacionales se contrapone a la centralidad de la interpretación de contenidos inconscientes e interpretación genética del modelo pulsional/estructural. Conceptos como proyección, identificación proyectiva e introyectiva de Klein (1946), *holding environment,* ambiente maduracional y objetos transicionales de Winnicott (1965), carencia básica de Balint (1986), continente y contenido de Bion (1970), introducen un cambio en el modo de entender la relación terapéutica. A partir de ellos se funda una psicología bipersonal, el terapeuta se vuelve en un objeto que sirve a una función distinta a la reducción del drive. Su confiabilidad emocional, disponibilidad, no intrusividad y respeto por la autonomía y separatividad del paciente; su capacidad de aceptar la regresión creando un ambiente que permite al paciente tolerar la regresión en una experiencia mutual; su capacidad de actuar como un procesador auxiliar que dosifica, maneja y digiere las experiencias del paciente facilitando su desarrollo o en que actúa como un espejo que refleja adecuadamente las experiencias, en especial aquellas que han dañado al self y la autoestima, constituyen los fundamentos que subyacen al cambio terapéutico. Se amplía así, la comprensión psicoanalítica, modificando el setting clínico, la atmósfera y cualidad emocional de la situación de tratamiento y la coloración afectiva de la relación terapéutica (Messer & Warren, 1995).

La transferencia no se entiende como una distorsión o proyección de parte del paciente en la pantalla blanca de un analista neutral, sino como la expresión inevitable de la construcción del paciente de la realidad interpersonal, moldeada y determinada por su desarrollo y experiencia personal. De esta forma, el paciente vuelve a recrear la experiencia previa de relación, intentándose en la terapia rectificar o corregir la situación patógena, siendo un factor curativo central. Este modelo presta especial atención a la contratransferencia como una fuente particularmente valiosa de información acerca de las relaciones objetales del paciente. Se entiende en parte como los sentimientos y reacciones del terapeuta, complementarios a los del paciente y en parte como expresión de la empatía interpersonal con el mundo de las representaciones del self y otros (Messer & Warren, 1995).

El Penn Group, L. Luborsky y asociados. Es una modalidad terapéutica desarrollada en la Universidad de Pennsylvania en Estados Unidos. El tema del conflicto relacional (CCRT) es la idea central del método, siendo una organización teórica y un constructo de investigación, cuya determinación

estructurada favorece la confiabilidad y uniformidad clínica. Se concibe como un principio organizador de la experiencia clínica y como foco terapéutico, entendiéndose como una articulación teórica personal de un tema interpersonal que estructura las relaciones del paciente con otros a través de distintas situaciones. El método incluye un registro de evaluaciones de episodios relacionales a partir del material clínico actual, de los que se derivan el núcleo de los temas transferenciales particulares, siendo específico a cada paciente. Incluye tres componentes: deseos, necesidades o intenciones, los cuales son implícitamente interpersonales; respuestas de los otros y respuestas hacia sí mismo, que son explícitamente relacionales (Messer & Warren, 1995).

Existe cierta tensión en esta aproximación entre una comprensión más pulsionalmente orientada de la transferencia y la comprensión relacional explícita de otros modelos relacionales. En efecto, el rol central atribuido al deseo sugiere que estos autores adoptan la tradicional noción psicodinámica de transferencia en su comprensión del CCRT, al tiempo que expresa su visión de la psicopatología, aunque las pulsiones parecen ser un tema secundario que se negocia en el ámbito relacional. Se enfatiza por ende, el conflicto relacional más que la consideración de él como una expresión de partes del aparato psíquico, derivados pulsionales y defensas yoicas.

La determinación del foco es altamente especializada, representando la culminación de años de investigación (Luborsky, 1990, citado en Messer & Warren, 1995). En un primer momento se identifican los *episodios relacionales* a partir de las narraciones explícitas de episodios relacionales de la transcripción de sesiones y luego se procede a identificar los componentes del CCRT, evaluando su cualidad. Se consideran los deseos del paciente representando los componentes motivacionales de la personalidad, incluyéndose las metas referidas derivadas de los episodios relacionales. Los componentes de respuestas hacia sí mismo y otros, positivos o negativos, representan las percepciones del paciente, sus creencias acerca de las consecuencias de sus deseos o necesidades, los afectos y reacciones emocionales y las interpretaciones de las respuestas de otros.

Respecto de los criterios de indicación, se adhieren a una aproximación psicodinámica amplia, siendo aplicable a una vasta gama de pacientes. Recomiendan dejar fuera a la mayoría de los pacientes limítrofes y psicóticos, señalando que en general las alteraciones del carácter requieren de tratamientos más largos.

Técnicamente, organizan las intervenciones alrededor del continuo apoyo-expresión, recomendando el uso de técnicas orientadas al apoyo en pacientes más graves y más expresivas en aquellos más sanos. En la modalidad de apoyo expresivo terapeuta y paciente están de acuerdo en un límite frecuentemente inferior a 25 sesiones; en ocasiones se acuerda un seguimiento posterior.

Los principios técnicos específicos señalados por Luborsky & Mark (1991, citados en Messen & Warren, 1995) se presentan en la Tabla 4.

Si bien ninguno de estos principios es específico a la práctica de la psicoterapia breve, una adherencia general a ellos facilita el trabajo de tiempo limitado, ya que enfatizan la focalidad y la actividad del terapeuta.

Tabla 4

Principios Técnicos Propuestos por Luborsky y Asociados

- Relacionarse efectivamente con un aspecto del CCRT y vincularlo al síntoma.
- Reconocer recurrentemente el CCRT, dado que facilita la elaboración.
- Reconocer la necesidad del paciente de testear la relación en términos transferenciales.
- Reconocer que tanto para el terapeuta como para el paciente es difícil enfrentar la experiencia transferencial.
- Permanecer en torno al CCRT, porque fortalece la alianza terapéutica y el sentido de progreso; las metas terapéuticas requieren diferentes grados de elaboración y atención al insight en cada paciente.
- La sintonía entre los mensajes del paciente y terapeuta sirven como apoyo o medida de adecuación de las intervenciones del terapeuta.
- Las intervenciones deberían ser oportunas, tomando en cuenta la proximidad a la conciencia del contenido de la interpretación propuesta.
- La extensión y complejidad de las interpretaciones deberían ser limitadas.
- El terapeuta requiere de paciencia y restringir sus interpretaciones hasta que comprenda la adecuación de hacerlas.
- Estar alerta y contrarrestar la contratransferencia.
- Reconocer las reacciones contratransferenciales antes de actuarlas.

El Centro de Estudio de Las Neurosis: M. Horowitz. Estos investigadores evolucionaron desde la psicoterapia breve al tratamiento de síndromes de respuesta al stress. Se trata de una concepción que integra la teoría pulsional psicodinámica, la cognitiva de Piaget y de procesamiento de información, la del apego de Bowlby, siendo un modelo mixto. Conciben la personalidad desde una visión relacional, derivando lo que Horowitz llama la teoría del *esquema personal,* definido como los cambios permanentes, pero graduales, de las representaciones internalizadas del self, otros y las transacciones concomitantes. La personalidad viene a ser un mecanismo homeostático que modula y acomoda el stress del desarrollo y eventos externos. La cualidad de los modelos relacionales y su flexibilidad determinan la adaptación a situaciones de stress habituales y excepcionales; pudiendo observarse el proceso defensivo y la meta relacional en independencia del estado afectivo y la dinámica relacional. Conciben la psicopatología como la aplicación rígida e inapropiada de esquemas o modelos relacionales (Messer & Warren, 1995).

Se realiza un análisis configuracional que incluye la identificación de temas transferenciales, roles y una línea histórica que narra los cambios en los modelos relacionales, describiendo las estructuras mentales internalizadas interactuando con los stressores del ciclo vital.

Los criterios de selección son tradicionales y se aplican a aquellos de pérdidas traumáticas con la consecuente reacción de stress.

Las técnicas que emplean son elaboraciones y modificaciones a los principios generales de las psicoterapias psicodinámicas. La terapia se orienta a la modificación y reorientación de las representaciones internalizadas del self y otros en el contexto de una visión psicodinámica de la personalidad y procesamiento de la información que se realiza en doce sesiones.

Enfatizan la importancia de tratar las pérdidas desde una aproximación fásica, discriminando entre una fase *intrusiva-repetitiva* de respuesta al stress y una de *negación-entumecimiento (numbing).* Se produce un cambio en el énfasis terapéutico en el curso del tratamiento, con una reorientación del foco desde los síntomas inmediatos de respuesta al stress de los esquemas personales hacia un incremento de la confrontación de las resistencias, defensas y atención a la relación transferencial, aunque los hechos estresantes permanecen siendo el núcleo del foco terapéutico y organizador de las actividades clínicas.

En la primera fase, las intervenciones son principalmente de apoyo y supresión, desempeñando el terapeuta una función de yo regulador, control, supresión y reducción de la sobrecarga interna de los estados afectivos. En la segunda, se alienta la exploración emocional, autoexpresión, catarsis y reducción del control. Se atiende recurrentemente al patrón de conducta interpersonal, esto es: experiencia y representaciones internalizadas del self, los otros y la interacción.

El Grupo Monte de Sión: J. Weiss & H. Sampson. Se centra en el sistema de creencias interpersonales, en parte conscientes y en parte inconscientes, determinando la relación con la realidad. Las creencias patógenas se extienden a otros significativos y a la conducta. Se internalizan a partir de experiencias reales, transformadas por fantasías, comprensiones erróneas o distorsión de la experiencia individual. La distorsión no se produce por deseos instintivos internos sino por un deseo profundo de adaptarse exitosamente a la realidad interpersonal minimizando el dolor o experiencia traumática. Estas creencias y los afectos concomitantes: temor, angustia, vergüenza y culpa dan cuenta de los motivos primarios para el desarrollo y mantenimiento de la represión, inhibición y síntomas (Messer & Warren, 1995).

Es un modelo de conflicto, pero no se entiende desde la dinámica pulsional/estructural sino que se deriva de la expectativa de verse a sí mismo de una forma particular o de experiencias interpersonales dolorosas previas. Los impulsos y metas son conceptualizados como motivos yoicos relacionados con la autonomía, maestría y otras necesidades evolutivas esperables, en la tradición de la psicología del yo.

Han desarrollado un método altamente estructurado y articulado para formular el foco. El procedimiento diagnóstico es un método clínico de investigación que se aplica a transcripciones o grabaciones del material clínico actual para derivar un foco específico al paciente y que puede usarse después para organizar y evaluar las intervenciones terapéuticas.

Dado que se trata de un trabajo que se preocupa del proceso psicoterapéutico y las preguntas que lo facilitan, no establece criterios de selección de los pacientes y sus características iniciales.

La técnica considera las necesidades del paciente especificadas en un plan. El terapeuta debe reconocer los intentos conscientes e inconscientes del paciente de repetir en la relación terapéutica las si-

tuaciones patógenas con la intención de demostrarse a sí mismo que las interacciones serán una réplica de sus experiencias anteriores, siendo una expectativa patógena. Enfatiza la interpretación verbal de las metas conscientes e inconscientes del paciente y los obstáculos para lograrlas, alentando el insight. La exactitud de la interpretación es un aspecto central de la técnica, definida en términos de la comprensión que el terapeuta tiene de las creencias patógenas y sus orígenes. También presta especial atención al reconocimiento de parte del terapeuta de las pruebas que le coloca el paciente, a través de las cuales es invitado a repetir la situación patógena interpersonal. El terapeuta puede pasar este test a través de lo que se considera terapéutico, ayudando a desconfirmar la creencia que el paciente tiene de su inevitabilidad.

La mayor contribución realizada por estos autores a la técnica clínica es su desarrollo de la hipótesis del funcionamiento mental *(higher mental functioning hypothesis)* como opuesto a la hipótesis de funcionamiento automático de Freud donde plantea la noción de control inconsciente de los pensamientos y conductas por la represión. En este último escenario, la tarea del terapeuta es evitar la gratificación de las urgencias instintivas a través de la interpretación de la transferencia, de forma que los pensamientos y afectos reprimidos emerjan en la consciencia. La hipótesis del funcionamiento mental focaliza la atención a las formas en que el paciente busca probar al terapeuta y testear la seguridad de la situación terapéutica antes de traer nuevas memorias, sueños, pensamientos y afectos a la terapia.

El Grupo Vanderbilt: H. Strupp & J. Binder. El modelo de Strupp y Binder es explícitamente interpersonal, derivado de la tradición psicoanalítica de Sullivan (1953) y Benjamin (1982). Estos autores hablan de actos y expectativas en la transacción entre el self y otros, aunque es claro que se están refiriendo a representaciones mentales de actos interpersonales, lo que ubica su trabajo en el marco de las relaciones objetales (Messen & Warren, 1995).

Binder y Strupp (1991) definen su comprensión de la psicopatología y articulación del foco terapéutico a partir de un patrón cíclico desadaptativo (CMP). Se trata de un patrón de roles interpersonales en los cuales los pacientes inconscientemente se atrapan a sí mismos; el rol complementario en que atrapan a otros y la secuencia interaccional desadaptativa; expectativas de autoderrota, autoapreciación negativa, y el resultado de afectos desagradables, induciendo a otros a actuar de forma tal que refuerzan las expectativas negativas y dolorosas, reconfirmándolas.

Identifican cuatro categorías de información, contenidas en el CMP (Strupp & Binder, 1984):

1. *Actos del self*: afectos, motivos, cogniciones, conducta expresa, tanto públicas como privadas, variando en el grado en que son accesibles a la consciencia.
2. *Expectativas acerca de la reacción de otros:* reacciones imaginadas de parte de terceros ante las conductas personales; pueden ser conscientes, preconscientes o inconscientes. La comprensión transaccional debe ser articulada en relaciones específicas a algún acto del self.
3. *Acciones de terceros en relación con el self* que ocurren específicamente en relación con los actos del self. Las acciones de los otros aparecen o se suponen evocadas por las acciones del paciente.
4. *Actos del self hacia sí mismo* (introyectos) referidos a cómo el paciente se trata a sí mismo: autrocontrol, autocastigo, autocongratulación, autodestrucción. Se articulan en relaciones específicas a los actos del self, expectativas acerca de la reacción de otros y las acciones de terceros en relación al self.

Toman la idea de Sullivan de *observación participante* como un medio de acceder a las estructuras que organizan el mundo interpersonal del paciente. Las relaciones significativas y con el terapeuta se comprenden como estructuradas por representaciones internas de los objetos, del self y las interacciones. El foco se formula a partir del material clínico obtenido de la historia y de la cualidad interaccional de la relación terapéutica, siendo central la comprensión del terapeuta de las estructuras organizativas interpersonales. Ayuda al terapeuta a organizar y estructurar la compleja información histórica obtenida en las primeras fases del tratamiento, lo que posibilita guiar el tratamiento y delimitar el trabajo como lo requiere una terapia de tiempo limitado. La terapia vincula el síntoma a temas interpersonales significativos, identificando los patrones cíclicos desadaptativos, conectándolos tanto históricamente como en la relación con el terapeuta. Este último interpreta su significado y permite que el paciente lo articule y modifique. Se enfatiza lo interpersonal y su uso persistente en la relación transferencial, interpretándolo en el aquí y el ahora.

La terapia es un proceso de aprendizaje que se encuentra afectiva y experiencialmente cargado, una reminiscencia de la experiencia emocional correctora de Alexander (Messer & Warren, 1995). Atri-

Tabla 5
Características Asociadas al Éxito Terapéutico

- El paciente se encuentra lo suficientemente inconfortable con sus sentimientos y conductas como para buscar ayuda a través de la terapia.
- Confianza básica.
- Deseo de considerar los conflictos en términos interpersonales.
- Deseo de examinar los sentimientos.
- Capacidad para relacionarse maduramente con otros; esto es, ve a los otros como individuos separados, puede identificar ciertas predisposiciones relacionales, sin importar cuan doloroso y conflictivo sea, las que pueden activarse en la terapia y ser examinadas de manera colaborativa.
- Motivación frente al tratamiento ofrecido.

buyen gran importancia a la flexibilidad del terapeuta y consideran las resistencias como el resultado de dificultades crónicas y severas en la relación interpersonal (Strupp & Binder, 1984).

Respecto de los criterios de indicación y contraindicación se adhieren a la práctica psicoterapéutica dinámica general para la selección de pacientes. Los criterios diagnósticos son interpersonales y psicológicos evaluados en la situación clínica, adquiriendo gran importancia las características de personalidad del terapeuta y el campo único e intersubjetivo que emerge en la relación terapéutica. Por ende no atiende a las categorías diagnósticas del tipo del DSM-IV (1995) o a los criterios dinámicos en los que se funda el diagnóstico de las patologías del carácter (histérico, obsesivo, etc.). La capacidad de relaciones objetales puede detectarse a lo largo de diversas formulaciones diagnósticas sindromáticas; por ende ni los síntomas ni el diagnóstico de un desorden específico de personalidad se consideran por sí mismos como justificación de la contraindicación (Binder & Strupp, 1991). No obstante lo anterior, algunas categorías, como capacidad para relaciones maduras, pueden correlacionarse con la cualidad de las relaciones objetales y con ciertas dimensiones diagnósticas estructurales: neurótica, limítrofe y organización psicótica de la personalidad (Kernberg, 1976, en Messer & Warren, 1995).

A pesar de lo anterior, Strupp y Binder (1984) listaron las características asociadas con el éxito terapeútico, las que se presentan en la Tabla 5.

Modelos Integrativos y Eclécticos de Terapia Breve Psicodinámica

Psicoterapia de Tiempo Limitado de J. Mann (TLP). Ha sido desarrollada por Mann y col. en la Universidad de Boston. Se trata de un enfoque derivado de cuatro constructos teóricos: la hipótesis estructural, la teoría del narcisismo y el desarrollo de la estimación del self, la teoría de las relaciones objetales y una perspectiva evolutiva tanto en lo que se refiere a la compresión de la psicopatología como a la forma en que se conduce la terapia, de allí que se la considere como representativa de una visión integrativa (Mann & Goldman, 1982).

Se centra en el tiempo y las crisis vitales recurrentes de separación individuación. Define cuatro situaciones de conflicto que se relacionan con la capacidad de tolerar y manejar la pérdida objetal: independencia-dependencia, actividad-pasividad, autoestima adecuada-pérdida de la autoestima y duelo no resuelto o demorado (Messer & Warren, 1995).

La terapia de Mann se centra en un foco preedípico. Tanto el psicoanálisis como las psicoterapias prolongadas son básicamente atemporales. En ellas el tema del tiempo no se toca, salvo situaciones especiales: vacaciones, fines de semana, cuando se aproxima una interrupción por otras causas o en el período de término, donde se enfoca el hecho de que en la práctica la terapia no es de duración indefinida sino que tiene un límite temporal. El enfoque de Mann adopta la postura opuesta, informándole al paciente en la primera sesión de terapia la fecha exacta del final de ésta, siendo una terapia de 12 sesiones (Florenzano, 1984).

El tema alrededor del cual gira el foco son aquellas vivencias que han hecho que el paciente esté consciente del paso del tiempo y que muy frecuentemente corresponden a experiencias de separación o pérdida de personas significativas, lugares, atributos físicos (Florenzano, 1984). En este sentido, el terapeuta intenta discernir cómo el paciente se ha sentido en relación con sucesos dolorosos a fin de formular un juicio de su dolor perdurable y crónico, siendo un reflejo de sentimientos negativos respecto del self, que a menudo se asocia con la creencia

de haber sido victimizado, ficción a la cual se expone al paciente en la terapia, lo que además se vincula a los esfuerzos adaptativos que ha hecho el paciente para enfrentar esta situación. El trabajo psicoterapéutico se centra en torno a tres aspectos: reconocimiento por parte del paciente de sus esfuerzos activos para enfrentar las situaciones dolorosas, aumentando su reconocimiento y capacidad de satisfacer sus necesidades; darse cuenta de que ha fallado lo que le ha dejado sentimientos negativos respecto de sí mismo y un juicio acerca de la tarea terapéutica (Messer & Warren, 1995).

Se toma una cuidadosa historia detectando aquellos temas que producen una respuesta emocional mayor en el paciente. Pretende enfrentar al paciente con un *tema central* que es predeterminado durante el estudio clínico y que se le explicita al paciente de antemano como el eje de las doce sesiones que se tendrán, informándosele de antemano la duración y la fecha de la última sesión (Florenzano, 1984).

Los criterios de indicación y contraindicación de esta modalidad terapéutica se presentan en la Tabla 6 (Messer & Warren, 1995).

Mann distingue varias fases dentro de su tratamiento. En las primeras tres o cuatro sesiones se observa el desarrollo de una alianza terapéutica y confianza en el terapeuta, que va en paralelo con la abreacción y catarsis. En la segunda, las dudas que el paciente experimenta en relación con la efectividad del tratamiento posibilitan la exploración de la ambivalencia y desilusiones con figuras significativas del pasado, especialmente de su niñez, adquiriendo preeminencia los temas de dependencia/independencia. En la etapa de término, el tema de la separación se hace actual en la transferencia hacia el terapeuta (Mann, 1973).

La teoría del cambio que subyace incluye la integración de varios elementos: inducción de esperanza y optimismo surgida por la limitación del tiempo y la muestra de confianza del terapeuta respecto de la habilidad del paciente para resolver el conflicto; insight derivado de las clarificaciones e interpretaciones en torno al tema central y su relación con la angustia de separación, insight acerca de las defensas que usa contra los sentimientos, incorporación de introyectos más benignos a partir de la experiencia con el terapeuta y el uso del terapeuta por parte del paciente como un objeto del self, lo que fortalece su autoobservación (Messer & Warren, 1995).

Los dos elementos que distinguen por lo tanto de este enfoque son la selección de un tema central de la intervención terapéutica, y el abordaje terapéutico de éste en un número definido de sesiones. El último aspecto, que pudiera parecer rígido en demasía, se ha demostrado de importancia crucial en la técnica. Mann señala que él explota la observación clínica frecuente de que un grado importante de la mejoría terapéutica se logra en los períodos

Tabla 6

Criterios de indicación y contraindicación para la TLP

Criterios de indicación	Criterios de contraindicación
• Fuerza del yo, capacidad para tolerar pérdidas inferida del modo en que se han elaborado las pérdidas en el pasado. • Capacidad de involucrarse afectivamente de manera rápida y también para desinvolucrarse rápidamente. • Capacidad para trabajar y amar de manera exitosa. • Categorías diagnósticas: desórdenes de ajustes y estructuras neuróticas del carácter (histérica, depresiva y obsesiva). • Experimentar dificultades para negociar la transición de una etapa del desarrollo a otra; ej. dejar la casa, entrar a la universidad. • Situación de pérdida como un stressor específico. • Alteraciones caracterológicas de nivel intermedio, limítrofes con capacidad para desarrollar una rápida alianza terapéutica y narcisistas que ven la psicoterapia breve como un desafío.	• Esquizofrenia, desórdenes afectivos bipolares, esquizoides. • Desórdenes psicosomáticos severos (artritis reumatoidea, colitis ulcerosa, asma severa). • Alteraciones severas de personalidad o desórdenes caracterológicos, como trastornos obsesivos que usan defensas exclusivas de aislamiento e intelectualización, histéricos que no pueden tolerar la pérdida, narcisistas, caracteres depresivos con rabia oral y limítrofes con baja tolerancia a la frustración y que buscan la gratificación de deseos infantiles tempranos.

iniciales del tratamiento, para luego estabilizar esta mejoría por períodos prolongados. El fijar un límite de doce sesiones maximiza este avance inicial, así como subraya la expectativa del terapeuta en el sentido de que el paciente tendrá un grado importante de mejoría en el plazo establecido (Florenzano, 1984).

La Aproximación Ecléctica: L. Bellak & L. Small. En los últimos años se han realizado variados esfuerzos para incorporar técnicas o conceptos derivados de diversas tradiciones dentro de la terapia psicoanalítica, buscando mejorar su efectividad y rango de aplicación. La literatura señala que a la hora de ser exactos y de interpretar los resultados, la eficacia de la psicoterapia se relaciona más con aspectos y conceptos comunes que con los mecanismos de cambios particulares, hipótesis que ha llevado a la búsqueda de los citados factores que subyacen a diversas variedades psicoterapéuticas. Estos hallazgos también han llevado a combinar técnicas de diversas perspectivas, *eclecticismo técnico,* y a integrar diferentes teorías con el objeto de capitalizar sus virtudes, buscando una unión más perfecta. El consenso es creciente respecto del planteamiento que señala que no existe una aproximación apropiada para todos los pacientes, debiendo buscarse la adecuación de la terapia al paciente, lo que permitiría obtener mayores beneficios (Messer & Warren, 1995).

Entre los intentos por presentar los factores comunes de la psicoterapia se encuentran los trabajos de Frank (1982) y de Frank y Frank (1991) (citados en Messer & Warren, 1995). Estos plantean que todos los pacientes inician la terapia desmoralizados, y todos los sistemas terapéuticos combaten esto proporcionando: una relación emocionalmente significativa y de confianza con una persona que ayuda, que inspira confianza y aumenta las expectativas de éxito, mejorando la moral; un setting que provee seguridad, distinguiéndose de otros contextos donde se recibe ayuda (hospital, clínica, consultorio); un esquema racional o conceptual que presenta explicaciones posibles al origen de los síntomas; un procedimiento ritual que requiere de una participación activa tanto del paciente como del terapeuta, estando ambos convencidos de que es el medio de restaurar la salud mental (Messer & Warren, 1995).

En esta oportunidad, sólo se revisará la psicoterapia de emergencia de Bellak y Small, por ser esta una terapia breve de sólo seis sesiones.

Psicoterapia Breve y de Emergencia de L. Bellak & L. Small (BEP). Bellak trabajó a partir de 1946 con veteranos de la guerra a quienes vio en tres sesiones. Luego, al tratar de servir las necesidades de salud mental en un distrito de Nueva York, Bellak y Small desarrollaron una modalidad de trabajo aplicada a una amplia variedad de pacientes en situaciones de emergencia. Como psicoanalista, Bellak trató de mostrar cómo los principios psicoanalíticos podían ser fortalecidos introduciendo ciertas modificaciones ayudando a pacientes con distintos diagnósticos. La terapia desarrollada es ecléctica tanto porque combina distintas técnicas como porque aplica diferentes técnicas a distintos síndromes (Messer & Warren, 1995).

Se trata de un modelo que descansa en dos supuestos básicos: (a) la importancia de tres procesos comunes a todas las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas: comunicación, insight y working through y (b) el control de la transferencia. Si bien no ignora los factores negativos clarificándolos a objeto de que no interfieran con el proceso terapéutico, no busca alcanzar el insight (Small, 1979).

Los principios enumerados por Bellak para su psicoterapia de emergencia se presentan en la Tabla 7 (Messer & Warren, 1995).

Es una psicoterapia realizada en seis sesiones. En la primera se busca crear una alianza terapéutica, conocer la historia biográfica y familiar, desarrollar una formulación psicodiagnóstica a partir de la queja principal, formulación dinámica, estructura y evaluación de la transferencia y alianza terapéutica. Se discute al terminar la sesión el contrato terapéutico.

En la segunda, se pregunta por el transcurso de la última semana y específicamente por el motivo de consulta. Se recogen nuevos datos de la historia para ampliar la comprensión dinámica. Si se ha tenido algún sueño especialmente recurrente se toma ese material y se lo analiza a la luz de los problemas, buscando discernir la transferencia y facilitar la comunicación.

En la tercera sesión se continúa trabajando el problema; si se estima recomendable, ésta puede ser una sesión familiar conjunta. Se introduce el tema de la inminente separación, advirtiendo que puede sentirse peor cuando ésta ocurra. En la cuarta sesión se ofrece un insight acerca del problema y se discute el tema de la separación. En la quinta se le pide al paciente que revise el tratamiento y se continúa trabajando el foco. El terapeuta trata de termi-

Tabla 7
Principios de Psicoterapia Breve y de Psicoterapia de Emergencia (BEP)

- La comprensión del paciente se realiza desde un marco psicoanalítico amplio, pudiendo incluirse además, sistemas teóricos conductuales y cognitivos.
- El foco enfatiza el motivo de consulta, su comienzo y las otras circunstancias de la vida en que ha aparecido.
- Se intenta establecer la continuidad entre el presente y el pasado, pensamientos diurnos y sueños, lo consciente e inconsciente en el contexto de la vida del paciente, atendiendo a aspectos biológicos, sociales, familiares y físicos.
- Los síntomas se entienden como un intento de resolución de problemas, de enfrentar la ansiedad, los conflictos y los déficits.
- Se focaliza en los aprendizajes deficitarios que requieren desaprenderse y reaprenderse. Se busca ayudar a lograr mejores formas de enfrentar la realidad, los conflictos y los introyectos defectuosos
- La terapia dura cinco sesiones, con una sexta sesión al mes siguiente. El límite de la duración deriva de una consideración pragmática.
- Se aplica a una amplia variedad de pacientes, siendo el problema el foco del tratamiento La intervención prolongada se reserva para casos en los que se requiera cambios más extensivos.
- Puede tener una utilidad preventiva primaria: personas en riesgo (e.i., enfrentar una cirugía); prevención secundaria: casos agudos y prevención terciaria, exacerbación de una condición crónica.

nar con una relación positiva con el objeto de disminuir la distancia entre paciente-terapeuta y la dificultad del término. Bellak entrega un doble mensaje *"Yo estaré disponible si usted realmente me necesita, pero trate de no necesitarme porque es bueno para usted si se las puede arreglar solo más que ser dependiente."* En la sexta sesión un mes más tarde, el terapeuta evalúa los logros y realiza intervenciones de acuerdo con ello (Messser & Warren, 1995; Small, 1979).

Usa técnicas clásicas como interpretación, catarsis y apoyo, incluyendo otras que le dan a la terapia un formato ecléctico: catarsis mediada, el terapeuta verbaliza sentimientos o acciones potenciales que el paciente puede desear no experimentar o examinar; en términos de aprendizaje social, él está modelando ciertos pensamientos o acciones que requiere aprender. Incluye las sesiones familiares conjuntas donde se persigue una meta circunscrita. No duda en intervenir preventivamente con el fin de evitar que el paciente se comprometa en actividades peligrosas; por ejemplo, proscribe la promiscuidad entre adolescentes. Educa a los pacientes acerca de situaciones médicas que contribuyen a sus dificultades mentales. Para ayudar al control de la ansiedad, ofrece explicaciones estabilizadoras que promuevan la intelectualización como una defensa adaptativa. Usa el reaseguramiento cuando es necesario, medicamentos psicoactivos para ayudar a controlar la ansiedad, depresión u otros síntomas, lo que le permitirá al paciente permanecer en la comunidad y continuar con la terapia (Messer & Warren, 1995).

Para el paciente el proceso terapéutico es uno de desaprendizaje-aprendizaje y reaprendizaje, lo que se logra a través de las dinámicas de la alianza terapéutica guiada por la formulación psicodiagnóstica.

Realiza recomendaciones diferentes para distintas condiciones psiquiátricas o situaciones, ilustrando el segundo significado del eclecticismo técnico, como por ejemplo, los desórdenes de pánico (Messer & Warren, 1995).

Investigación y Psicoterapia Breve

Messer y Warren (1995) revisan el estado de la investigación en psicoterapia, agrupando los estudios en aquellos de naturaleza comparativa, incluyendo los orientados a comparar la efectividad de la psicoterapia de tiempo limitado con las de tiempo ilimitado; psicoterapias breves de orientación psicodinámica con terapias alternativas; metaanálisis, procedimiento que considera simultáneamente un gran número de estudios, extrayendo de ellos métricas comunes; psicoterapia de corto plazo comparadas con terapia psicoanalítica de largo plazo; estudios basados en criterios de éxito psicoanalítico; estudios correlacionales relativos a la duración y éxito del tratamiento; estudios de seguimiento y de efecto de la dosis del tratamiento; concluyendo que:

1. La terapia breve ayuda a una proporción importante de pacientes, resultando a menudo tan útil como la de largo plazo. Si bien sus efectos parecen ser tan durables como los que produce la psicoterapia de largo plazo los estudios sobre los efectos de la dosis sugieren que el beneficio au-

menta a medida que se avanza en el continuo de duración de la terapia. La persistencia del cambio resulta más durable en psicoterapia de largo plazo.

2. Actualmente, no se puede concluir cuál forma de psicoterapia breve resulta más útil, exceptuando un solo estudio que favorece a la terapia cognitiva en casos de depresiones mayores. No se puede afirmar que la psicoterapia de largo plazo es más efectiva que la psicoterapia de tiempo limitado.
3. Los pacientes deprimidos o ansiosos mejoran más rápido que los pacientes limítrofes, aunque una proporción importante de ellos obtiene mejorías significativas con psicoterapias de tiempo limitado de una duración entre dos y seis meses. Los síntomas agudos y crónicos mejoran antes que los aspectos caracterológicos.
4. Las mediciones relativas al bienestar muestran mejorías antes que aquellas relacionadas con el funcionamiento vital, incluyendo el área de las relaciones interpersonales.
5. La comparación de resultados entre la psicoterapia breve y la de largo plazo dependen de las medidas de éxito empleadas. Las evaluaciones de los terapeutas favorecen a las terapias de tiempo ilimitado comparadas con resultados de test o medidas conductuales.
6. Los estudios de seguimiento muestran una proporción alta de pacientes que vuelven a consultar cuando han recibido menos de dieciséis sesiones.
7. Los procedimientos de evaluación empleados no son específicos al tipo de cambios que el psicoanálisis busca.

Aprendizaje y Entrenamiento de Psicoterapeutas

La práctica de la psicoterapia supone un aprendizaje lento y elaborado que debe realizarse bajo la supervisión y guía de terapeutas expertos, significando un esfuerzo sistemático por un período prolongado. Las psicoterapias hoy día no son técnicas artesanales, sino que tienen un cuerpo de conocimiento teórico y una base científica que los futuros psicoterapeutas requieren conocer para que su quehacer no sea una práctica de principios de sentido común, sino la aplicación a una realidad clínica, de técnicas y conocimientos científicamente válidos. Es una tarea con sentido humano, que más que otras actividades, debe ser realizada atendiendo a criterios éticos[2]. Finalmente, requiere de un desarrollo personal y humano del terapeuta (Florenzano, 1984).

La realización de la terapia breve plantea diversos desafíos emocionales en el terapeuta como son los sentimientos de culpa y rabia que surgen al enfrentarse a una situación de tiempo limitado para ayudar; confronta con sentimientos omnipotentes y perfeccionistas o con el *furor curandis* de muchos principiantes, siendo necesario reconocer las limitaciones impuestas por la naturaleza humana, por la propia capacidad y las inevitables restricciones al setting clínico, todo lo cual contribuye a disminuir el florecimiento narcisista; en la fase de término tiene que lidiar con los afectos propios de la separación, la emergencia de sentimientos de culpa, de abandono, de rechazo, de tristeza, de duelo, de desilusión, de alivio, de ineptitud; conflictos y ansiedades en relación con la autoridad y el poder derivados de la mayor actividad que le cabe al terapeuta en un estilo más asertivo que conlleva una psicoterapia de tiempo limitado; sentimientos de inadecuación derivados de las exigencias que plantean los procedimientos técnicos: habilidades de diagnóstico requeridos tanto en la selección como en la formulación del foco, temor a tener que definir las metas terapéuticas, al timing y nivel de profundidad que requieren las intervenciones; temor a cometer errores que serán descubiertos en el proceso de supervisión.

Aparte del valor que tiene el reconocimiento de estos sentimientos en el alivio de la ansiedad, es importante que los terapeutas conozcan bien los beneficios de este tipo de tratamiento y que no lo consideren como el hermano pobre de las psicoterapias de largo plazo, ya que esto se transmite al paciente; requiere familiarizarse con las ventajas que tienen las supervisiones y los trabajos en equipo para definir entre otros el foco, lo que contribuye a darle confianza en sus intervenciones; el valor de los test psicológicos en la formulación diagnóstica, aumentando la efectividad de la terapia contribuyendo al éxito terapéutico (Messer & Warren, 1995).

Si bien es cierto que la psicoterapia breve exige ciertas habilidades en el terapeuta como capacidad

[2] Para familiarizarse con el Código de Ética profesional consultar: Colegio de Psicólogos de Chile (2000). *Código de ética*. Boletín informativo, octubre. Se recomienda además revisar Grayson, H. (1982). Los problemas éticos en el adiestramiento de psicoterapeutas. En M. Rosenbaum (Ed.), *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo Cultura Económica.

diagnóstica para discernir la transferencia y habilidad para mantener intervenciones focales, lo que requiere un terapeuta que se sienta cómodo y conozca la teoría y tenga cierta experticia en la psicoterapia psicoanalítica, no es menos cierto que los mejores candidatos son aquellos con un nivel intermedio de formación. Estos tienen un cierto background teórico y terapéutico, pero aún no se han habituado a un modo de pensar y actuar determinado como le ocurre a un terapeuta que se ha dedicado a practicar la psicoterapia de largo plazo (Messer & Warren, 1995).

Diversos autores han realizado su aporte al entrenamiento de psicoterapeutas, los que se presentan en la Tabla 8 (Messer & Warren, 1995; Sifneos, 1978d).

Conclusiones

La psicoterapia es la utilización por un profesional entrenado de una técnica basada en una teoría psicológica, con la finalidad de provocar modificaciones en la conducta de la o las personas sobre quienes se aplica (Salvarezza, 1998). En este trabajo se ha revisado una variedad de técnicas de psicoterapia dinámicamente orientadas, basadas en los principios técnicos del psicoanálisis y desarrolladas a partir de la década de los sesenta. Los paradigmas teóricos revisados van desde aquellos fundados en la teoría pulsional/estructural de Freud, siendo la terapia breve intensiva de Malan (BIP) la más próxima a la técnica psicoanalítica clásica; los basados en la teorías de las relaciones objetales, donde se incluye un modelo mixto como la terapia de control de maestría de Weiss y Sampson; la psicoterapia integrativa de tiempo limitado de Mann (TLP) y eclécticas, revisando la psicoterapia breve de emergencia de Bellak y Small (BEP).

De lo anterior se puede desprender que las psicoterapias dinámicas breves constituyen un conjunto complejo de técnicas que van desde el polo de la modalidad terapéutica más clásica, intensiva y extensiva hasta las psicoterapias breves de apoyo y de intervención en crisis.

Todas las modalidades psicoterapéuticas revisadas tienen en común el ser intervenciones focales; la mayoría de ellas trabajan con un foco determinado, sin embargo la psicoterapia dinámica breve intensiva de Davanloo (ISTDP) puede ser orientada multifocalmente.

Tabla 8
Recomendaciones Para la Formación de Psicoterapeutas en Terapias Breves

- Aspectos motivacionales: adecuación entre las demandas y recursos disponibles y actitud de la administración frente a la psicoterapia breve (Robbins & Zinni, 1988; Schneider & Pinkerton, 1986).
- Aspectos técnicos: el staff necesita estar familiarizado con los criterios de selección, determinación del foco, uso del tiempo, racionalidad de la indicación y sentirse cómodo en su labor de supervisor (Robbins & Zinni, 1988; Schneider & Pinkerton, 1986; Sifneos, 1978).
- Conocer los sistemas de evaluación de los efectos de la psicoterapia breve (Binder & Strupp, 1993; Robbins & Zinni, 1988).
- La selección de los candidatos a entrenamiento incluye capacidad de relación con otros, habilidades conceptuales, compromiso con el aprendizaje y no estar demasiado comprometidos con otros enfoques terapéuticos (Binder & Strupp, 1993; Sifneos, 1978; Schneider & Pinkerton, 1986).
- Enseñar el fortalecimiento de la alianza terapéutica, los procedimientos de diagnóstico y selección de pacientes, las técnicas de intervención y formulación de casos.
- Usar grabaciones cuando sea posible mostrando ejemplos exitosos de la aplicación (Binder & Strupp, 1993; Sifneos, 1978).
- Enseñanza que relacione la teoría con la práctica (Binder & Strupp, 1993).
- Proporcionar abundante supervisión de casos individual y grupal, seminarios y conferencias, focalizadas en tareas específicas como identificación de patrones desadaptativos o manejo de la transferencia (Binder & Strupp, 1993).
- La supervisión debe enfatizar el proceso del terapeuta más que las dinámicas del paciente, centración en la interacción paciente terapeuta más que en las dinámicas intrapsíquicas. Es más positivo examinar la interacción actual paciente terapeuta como ejemplo que realizar discusiones generales (Binder & Strupp, 1993).
- Aprender el tiempo de la intervención, el tacto terapéutico, como cambiar o continuar el proceso hacia la meta terapéutica (Binder & Strupp, 1993).
- Aprender a trabajar con el término como una fase especial de la terapia (Binder & Strupp, 1993).
- Fundamentar la racionalidad de las intervenciones (Binder & Strupp, 1993).

Los conflictos abordados van desde aquellos más evolucionados de nivel edípico, como ocurre con la psicoterapia dinámica breve intensiva de Davanloo (ISTDP) hasta aquellas de nivel pre-edípico, abordados en la psicoterapia de tiempo limitado de Mann (TLP). También se incluyen psicoterapias orientadas al tratamiento de respuesta de stress, desarrolladas por el grupo de Horowitz y la psicoterapia breve de emergencia de Bellak (BEP).

Los criterios de selección varían de acuerdo al modelo subyacente, pero abarcan un amplio espectro. Van desde las consideraciones diagnósticas más clásicas: descriptiva, dinámica, estructural y genética, como ocurre en las psicoterapias del modelo pulsional/estructural, hasta aquellas que contemplan una aproximación psicodinámica amplia, como ocurre con las psicoterapias del modelo relacional o descriptivo sindromático, como es el caso de la psicoterapia breve de emergencia de Bellak (BEP).

Su duración va desde seis sesiones como es el caso de la psicoterapia breve de emergencia de Bellak (BEP) hasta terapias que se pueden extender a un año, como ocurre con la psicoterapia dinámica breve intensiva de Davanloo (ISTDP); aún cuando se presentan otras modalidades cuya extensión fluctúa entre los doce o quince sesiones hasta treinta, dependiendo del tipo de problemas abordados y grado de experticia del terapeuta.

Respecto del rol del terapeuta se aprecia un cambio desde un terapeuta que asume un rol más confrontacional como ocurre con las psicoterapias de Davanloo y Sifneos, hasta las terapias del modelo relacional que ven la díada paciente-terapeuta como un campo interaccional, adquiriendo mayor importancia y atención los procesos contratransferenciales.

Desde la perspectiva técnica, todas incluyen las herramientas psicoanalíticas clásicas, si bien el énfasis y modalidad interpretativa difiere. Se puede destacar que la interpretación genética y exhaustiva de la transferencia constituye uno de los instrumentos terapéuticos por excelencia en las psicoterapias derivadas del modelo pulsional/estructural, mientras que en las estrategias que se adscriben al modelo relacional, prevalece una modalidad de interpretación transferencial centrada en el aquí y ahora de la relación terapeuta–paciente.

No sólo en las psicoterapias del modelo ecléctico, sino también en las psicoterapias del método del conflicto relacional de Luborsky (CCRT) o la de control de maestría de Weiss y Sampson se observan una confluencia con otras psicoterapias derivadas de modelos epistemológicos diferentes como son las interpersonales y cognitivas, con lo cual se evidencia que la integración de puntos de vistas que antes parecían irreconciliables hoy parece acercarse a su concreción.

El hecho de que los criterios de selección se encuentren claramente definidos, que sean psicoterapias altamente estructuradas respecto de la formulación del foco y la conducción del proceso, existiendo incluso en muchos casos manuales para la conducción [e.i., psicoterapia dinámica de tiempo limitado de Strupp y Binder (TLDP)] ha permitido un importante avance de la investigación, con lo cual se ha podido demostrar su efectividad y beneficios tanto para la remoción de síntomas, como para producir cambios de nivel estructural. Todo ello ha contribuido a que dejen de ser consideradas como el hermano pobre del psicoanálisis.

Se concluye realizando una consideración respecto de la formación de psicoterapeutas, debiendo destacarse que cuando se trabaja con psicoterapias dinámicamente orientadas se requiere además, de una experiencia psicoterapeútica personal, lo que permitirá al terapeuta la suficiente libertad interior como para situarse sin angustias frente a las dinámicas transferenciales y contratransferenciales.

Referencias

American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los tratornos mentales* (4ª ed.) Barcelona: Masson S.A.

Bibring, E. (1954). Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 2,* 745-770.

Binder, J. L. & Strupp, H. H. (1991). The Vanderbilt approach to time-limited dynamic psychotherapy. En P. Crits-Christoph & J. P. Barber (Eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy* (pp. 137-165). New York: Basic Book, Inc.

Colegio de Psicólogos de Chile. (2000). *Código de ética.* Boletín informativo. Santiago: Autor.

Davanloo, H. (1984). *Psicoterapia breve: El desbloqueo del inconsciente.* España: Dorsi.

Davanloo, H. (1978a). Evaluation criteria for selection of patients for short-term dynamic psychoterapy: A metapsychological approach. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 9-34). New York: SP Medical & Scientific Books.

Davanloo, H. (1978b). Basic methodology and technique of short-term dynamic psychotherapy. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 343-388). New York: SP Medical & Scientific Books.

Dörr, O. (1996). *Espacio y tiempo vivido.* Santiago: Editorial Universitaria.

Frank de Verthelyi, R. (1989). *Temas de evaluación psicológica.* Buenos Aires: Lugar.

Florenzano, R. (1984). *Técnicas de psicoterapias dinámicas.* San-

tiago: Editorial Universitaria.

Freud, S. (1905/1973). *Dora*. Obras Completas, 3ª Edición. Madrid: Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1909/1973). *El hombre de las ratas*. Obras Completas, 3ª Edición. Madrid: Biblioteca Nueva.

Gabbard, G. O. (1994). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice: The DSM-IV edition*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Grayson, H. (1982). Problemas éticos en el adiestramiento de psicoterapeutas. En M. Rosenbaum (Ed.), *Ética y valores en psicoterapia*. México: Fondo Cultura Económica.

Laín, P. (1958). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Madrid: Revista de Occidente.

Lazarus, L., Sadavoy, J. & Langsley, P. (1991). Individual psychotherapy. En J. Sadavoy, L. Lazarus & L. Jarvik (Eds.), *Comprenhensive review of geriatric psychiatry* (pp. 487-512). Washington, DC.: American Psychiatric Press & American Association of Geriatry Psychiatry.

Malan, D. H. (1963). *A study of brief psychotherapy*. London: Tavistock Publications Limited.

Malan, D. H. (1978a). Exploring the limits of brief psychotherapy. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 43-67). New York: SP Medical & Scientific Books.

Malan, D. H. (1978b). Evaluation, criteria for selection of patients. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 85-92). New York: SP Medical & Scientific Books.

Malan, D. H. (1978c). Principles of technique in short-term dynamic psychotherapy. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 332-335). New York: SP Medical & Scientific Books.

Mann, J. & Goldman, R. (1982). *A casebook in time limited psychotherapy*. New York: McGraw Hill.

Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Messer, S. B. & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. New York: The Guildford Press.

Salvarezza, L. (1998). La psicoterapia durante el envejecimiento: Actores, metas y límites. En L. Salvarezza (Comp.), *La vejez: Una mirada gerontológica actual* (pp. 295-309). Buenos Aires: Paidós.

Small, L. (1979). *The briefer psychotherapies*. Revised edition. New York: Brunner/Mazel, Publishers.

Sifneos, P. (1978a). Short-term anxiety-provoking psychotherapy. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 35-42). New York: SP Medical & Scientific Books.

Sifneos, P. (1978b). Evaluation, criteria for selection of patients. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 81-85). New York: SP Medical & Scientific Books.

Sifneos, P. (1978c). Principles of technique in short-term anxiety-provoking psychotherapy. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 329-332). New York: SP Medical & Scientific Books.

Sifneos, P. (1978d). Teaching and supervision of STAPP. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 491-501). New York: SP Medical & Scientific Books.

Straker, M. (1978). Short-term dynamic psychotherapy: A retrospective and perspective view. En H. Davanloo (Ed.), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy* (pp. 515-526). New York: SP Medical & Scientific Books.

Strupp, H. H. & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Book, Inc.

Zarit, S. H. & Knight, B. (1996). Introduction-Psychotherapy and aging: Multiple strategies, positive outcomes. En S. H. Zarit & B. G. Knight (Eds.), *Guide to psychotherapy and aging* (p. 913). Washington, DC: American Psychological Association.