

El «locus de intervención» en psicoterapia dinámica breve

José M. GARCIA ARROYO

Equipo de Salud Mental de Distrito Macarena. Sevilla

Resumen

En el presente trabajo se ha tratado de introducir un concepto nuevo dentro del arsenal teórico de la psicoterapia dinámica breve; es el de *locus de intervención*, que se encuentra relacionado con el de *focus* que describiera Balint, siendo aquel más extenso que éste. Con ello se pretende ampliar los límites tradicionales en los que la psicoterapia breve se venía desarrollando. Dicha ampliación teórica supone a nivel práctico un modo distinto de actuar: más extenso y flexible, pues ello se llevaría a cabo sobre otros mecanismos aparte de los considerados en la terapia focal de Balint. Su consecuencia es la posibilidad de trabajar con estas técnicas breves con un mayor número de pacientes.

Palabras clave: Psicoterapia dinámica breve, *locus de intervención*, *focus*, mecanismos defensivos, mecanismos de ajuste, conflictos.

The present work attempts to introduce a new concept, «intervention locus», in Brief Dynamic Psychotherapy. This concept is related to the concept of «focus» described by Balint, although this it is has a broader meaning. It is intended that this will expand the traditional limits within which Brief Psychotherapy had been developing. This theoretical expansion involves, on a practical level, a different way of acting: less restrictive and more flexible, since it would be carried out considering mechanisms other than those contemplated by Balint's focal therapy. As a consequence, it would be possible to use these brief techniques with a greater number of patients.

Key words: Brief Dynamic Psychotherapy, *intervention locus*, *focus*, defense mechanisms, adjustment mechanisms, conflicts.

En los últimos tiempos, la distinción que se ha llevado a cabo entre teoría y técnica psicoanalítica ha posibilitado la modificación de esta última, tras una larga evolución histórica, hacia la puesta en escena de recursos técnicos más adecuados y posibles de aplicar en nuestro medio que el modo de encuadre que

podríamos llamar «ortodoxo». Es así como ha surgido la psicoterapia dinámica breve, constituida actualmente como un conjunto teórico, técnico y práctico, presentando una coherencia (tanto interna como externa) entre estos tres elementos (García Arroyo y Vélez Noguera, 1990a, 1990b, 1991) y capaz de ser empleada

con efectividad en los *Equipos de Salud Mental de Distrito*.

Un equipo de salud mental presenta una serie de características que, aunque fueron analizadas ya en otro lugar (García Arroyo y Vélez Noguera, 1990a), no está de más recordarlas aquí pues, a partir ellas, vamos a justificar al menos parcialmente la postura que adoptamos. Dichas particularidades se refieren a: un nivel de demanda elevado, un número de profesionales inferior al planificado, un elevado coste de la asistencia, escaso tiempo de trabajo por paciente y, finalmente, un cambio en el motivo de asistencia con un claro desplazamiento desde cuadros más graves y aparatosos desde el punto de vista psicopatológico (esquizofrenias, psicosis maniaco-depresivas, psicopatías,...) a otros menos severos (cuadros neuróticos: fobias, ansiedad, síntomas obsesivos poco importantes y de inicio reciente, depresiones leves, dificultades interpersonales como las clásicas disfunciones de pareja, etc). Este último aspecto nos parece muy importante, ya que es precisamente la patología más «ligera» la que más se puede beneficiar de la psicoterapia breve (Sifneos, 1979).

La práctica terapéutica diaria con principios psicoanalíticos en un medio con estas características nos obliga, lógicamente, a hacer continuos replantamientos de nuestra actuación y, con éstos, la de los fundamentos teórico-técnicos que empleamos, con idea de manejar los recursos que poseemos con la máxima eficacia y acierto. Esta pretende ser la línea que vamos a seguir en el presente trabajo, pues se intentará hacer una ampliación de los límites en los que la psicoterapia de orientación psicoanalítica se venía desarrollando tradicional-

mente. Lo hacemos así ya que, como sabemos los que nos dedicamos a este campo, se precisan una serie de requisitos para la selección de pacientes con el fin de iniciar un proceso psicoterapéutico; entre tales requisitos están la motivación al cambio, la aptitud para la introspección, el deseo de reflexionar acerca de los propios conflictos, un nivel de inteligencia y expresión verbal adecuados, una respuesta positiva a la interpretación, la existencia de focos identificables, una relativa madurez del yo, etc. Si nos trasladamos a la realidad asistencial en la que nos movemos, son verdaderamente muy pocos los pacientes que cumplen estos requisitos, entramos entonces en una disyuntiva (de tipo excluyente): o bien dejamos fuera de tratamiento a todos los sujetos que atendamos que no reúnan las condiciones citadas o, por contra, ampliamos los límites (y sus respectivos objetivos) con los que trabajar, de manera que se puedan aplicar las técnicas breves con relativas garantías de éxito a un mayor número de usuarios de los servicios comunitarios de salud mental.

A partir de lo expuesto, hemos optado por la segunda posibilidad. De otra forma, como decimos, una buena parte de las personas a las que atendemos no serían subsidiarios de este tipo de atención. En una línea parecida a la que se intenta establecer aquí, se encuentran diferentes autores que hablan de la posibilidad de emplear en psicoterapia recursos técnicos, coherentes con los planteamientos psicodinámicos, que demuestren ser de alguna eficacia (Warren Dunham, 1965); es lo que Fiorini (1973) denomina el *arsenal técnico multidimensional*. Con lo expresado no se pretende indicar que los límites de la

psicoterapia breve tengan necesariamente que quedar desdibujados; por contra, intentaremos concretar seguidamente aquellos parámetros con los que nos vamos a mover y, aunque se de el caso de emplear diversos recursos técnicos, la articulación entre ellos debe encontrarse reglada por principios de carácter teórico.

En esta línea, definiremos un concepto nuevo que hemos denominado *locus de intervención*, tal como reza en el título del presente estudio. Con el mismo pretendemos hacer una reformulación teórica de la psicoterapia breve ya que su introducción supone, por un lado, darle un rigor teórico a nuestras intervenciones y, por otro, ampliar los límites teóricos en los que aquella se desenvuelve, aspecto este último que se encuentra basado a su vez en una necesidad de ampliar también los componentes de carácter técnico-práctico que la constituyen, produciéndose, como consecuencia, una extensión de los objetivos terapéuticos, de su arsenal técnico, del contingente de pacientes tratados, etc. Su interés puede estribar en que aceptar trabajar con él se traduce en un «modo de hacer» una *praxis* terapéutica que, entendemos, es ventajosa para las actuaciones dentro de un equipo de salud mental. Se trataría, parafraseando al filósofo Wittgenstein (1922), de un *lebendes bild* (*cuadro vivo* de la realidad), ésto es, un *concepto vivo*, queriendo ello decir que no solamente nos ha de servir para teorizar y especular sobre las intervenciones breves, sino que es ampliamente útil a nivel de la concreta actuación con cada caso clínico en la práctica diaria.

En la aproximación que realizamos al tema emplearemos una notación for-

mal que tomamos de la llamada *lógica de relaciones*. Se trata de una de las últimas adquisiciones del análisis lógico, ello aportará un mayor rigor a nuestro estudio.

Fundamento teórico del «locus»

Hasta el momento presente en psicoterapia breve había sido concretado el *focus* o *foco*, que podríamos considerar antecedente del término que tratamos de introducir aquí. Fue definido por Balint (1972) y supuso un logro importante en este campo, quedando determinado como un área particular del problema del paciente que mejor expresa sus dificultades, sus síntomas y su debilidad caracterial, en base a lo cual tenían habitualmente lugar sus desajustes (Balint, Ornstein y Balint, 1972). A su vez, este concepto se sustentaba en los de *conflicto focal* y *conflicto nuclear* que French introdujera en la década de los sesenta y que, más tarde, fueron recogidos y desarrollados de una manera verdaderamente original por aquel autor.

Es así como Balint desarrolla la denominada *psicoterapia focal* en tanto forma de tratamiento abreviado, fundamentada en los siguientes puntos: *a)* el paciente ofrece un material, *b)* sobre el que el terapeuta formula un punto focal (o foco), *c)* el cuál, una vez identificado, es ofrecido por el terapeuta a su paciente, *d)* quién, a su vez, acepta trabajar en el mismo. De este modo el foco se convierte en la guía terapéutica, ya que delimita un área específica de intervención que representa el punto nodal de la problemática del paciente.

Malan (1976) continúa en la Tavistock Clinic de Londres la labor de su maestro

Balint, llevando a cabo un importante estudio catamnésico sobre un grupo de pacientes tratados con las técnicas citadas, lo que permitió demostrar la validez del tratamiento breve centrado en el foco. El citado autor habla de la *cristalización del punto focal* aludiendo a que el foco surge gradualmente en esa relación que se da entre las personas que son el terapeuta y su paciente, en un lugar en el que Balint se refería al *relámpago de comprensión*, término con el que ponía en lugar predominante la intensidad de la interacción terapéutica como condición para la identificación del foco (Malan, 1976, 1983).

Con posterioridad, este concepto ha sido aceptado con unanimidad por la mayoría de los terapeutas breves (Davanloo, 1978, 1979; Langsley, 1978; Sifneos, 1979; Fiorini, 1973) y, para nosotros, se va a constituir en el fundamento del concepto que proponemos: el *locus de intervención*.

Delimitación del «locus de intervención»

Justificación de la ampliación teórico-técnica

Nuestra postura aquí, como se viene diciendo, consiste en extender la «zona» de intervención terapéutica con nuestros pacientes más allá de lo que es el foco; dicha actuación la encontramos justificada: 1º) En las características del medio en el que nos movemos, ya analizadas antes. La ampliación que se hace se traduce, a nivel práctico, en que un mayor número de pacientes se puede beneficiar de técnicas breves, los cuales no serán ahora tratados en modo exclusivo me-

dante psicofármacos, actuación que era típica de los neuropsiquiatras de zona. Esto no quiere decir que no se puedan utilizar psicofármacos de manera coincidente con la psicoterapia. 2º) En la base psicoanalítica de nuestros planteamientos teóricos, los cuales, con las correspondientes limitaciones, pueden ser adaptados a la realidad clínica en la que nos movemos, de modo que se obtienen elementos técnicos más flexibles en las intervenciones realizadas. 3º) Existen múltiples antecedentes de nuestra posición, concretamente es el caso de terapeutas que plantean objetivos que podríamos entender como más extensos que el trabajo meramente focal; entre éstos citamos los siguientes: reconstrucción de las defensas preexistentes (Coleman y Zwerling, 1959), persistencia del síntoma pero con modificación de su importancia para el paciente (Rosenbaum, 1964), acción sobre el síntoma por un lado y el restablecimiento de las condiciones previas a la crisis por el otro (Wolberg, 1965), etc. Aquí trataremos de sistematizarlos, con la pretensión de que no queden deshilvanados sino organizados coherentemente.

Al actuar como lo hacemos, entendemos que se aportan criterios más flexibles de cara a la actuación terapéutica, organizando los recursos técnicos de modo más elástico y personalizado en el sujeto en tratamiento. En este orden, el *locus* o *lugar de intervención terapéutica*, que a continuación vamos a tratar de definir, es un término más amplio que el de *focus* al que a su vez incluye.

Para definir el *locus de intervención*, y a su vez diferenciarlo del *focus*, comenzaremos estudiando las diferentes operaciones que puede realizar un sujeto

con la realidad, ello nos aportará algunos elementos previos a la definición.

Operaciones del sujeto con la realidad

Se puede decir que la conducta del sujeto es siempre un acto u operación del mismo con la realidad, con la cual se relaciona (Castilla del Pino, 1988). La realidad, a su vez, se compone de objetos. Pero la realidad no es sólo externa sino también interna, por consiguiente, los objetos se distribuirán del mismo modo en: externos (Oe) e internos (Oi). Los primeros son los objetos empíricos, los segundos, son las imágenes de esos objetos, los recuerdos que de ellos conservamos, los conceptos que construimos desensorializándolos¹, etc.

Es así como el sujeto puede relacionarse tanto con los objetos externos como con los internos² a la vez que, también, hablar de ellos, en tanto que hablar de un objeto es una forma de relacionarse con el mismo. A estas operaciones de relación del sujeto con los objetos vamos a llamarlas *mecanismos* y lo hacemos así por una razón histórica. El término *mecanismo* es utilizado desde el principio por Freud para indicar con él el hecho de que los fenómenos psíquicos

muestran una disposición susceptible de observación y análisis científico. Mencionaremos al respecto la *comunicación preliminar*, que publicó en colaboración Breuer en 1893, que lleva el título de *El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos*. El término aludido se sigue utilizando a lo largo de toda su obra.

Los *mecanismos* pueden ser de distintos tipos de acuerdo con la relación que en ellos tiene lugar o se produce. Consignamos las siguientes posibles relaciones (R):

1. Las que se dan entre el sujeto (al que vamos a llamar «a»)³ con los objetos externos (Oe), a estas relaciones las vamos a denominar: *mecanismos de ajuste* (mA) y se pueden notar como:

$$mA = R(a / Oe) \quad [1]$$

-(Se lee: «Mecanismo de ajuste igual a la relación, entre el sujeto a y el objeto externo»).

2. Las que tienen lugar entre el sujeto (a) y los objetos internos (Oi); Habrá que separar aquí dos tipos de relaciones:

a) Aquellas en las que el sujeto (a) no precisa defenderse de determinados objetos internos (Oi); en este sentido el sujeto puede relacionarse, pongamos por caso, con determinadas fan-

1 Quiere decir quitándoles las notas sensoriales a los objetos externos. La *desensorialización* forma parte del proceso definido clásicamente como *abstracción*, mediante el que se forman conceptos.

2 Clásicamente se ha hablado, a lo largo de la historia del pensamiento, del *sujeto* como contrapuesto al *objeto*, de modo idéntico a *subjetividad* y *objetividad*. En lo que aquí estamos diciendo dicha contraposición parece más lejana, sobre todo si se tiene en cuenta que hay objetos (los internos) que forman parte del mismo sujeto, al mismo tiempo que el propio sujeto puede ser tratado como objeto por otro sujeto.

3 Esta notación se encuentra de acuerdo con la *Lógica de Relaciones*, en la que el objeto relacionado ha de ir con letra minúscula (a, b, c, ...) y la relación con una mayúscula (R, S, T, ...). La *Lógica de Relaciones* es un gran capítulo de la denominada *Lógica de Predicados*. Se trata de un campo extraordinariamente fértil para poder entender formal o simbólicamente las relaciones propias de los mecanismos que aquí expresamos.

tasías, recuerdos, etc, que son permitidos por él mismo. Pueden ser consideradas como *relaciones conscientes*. Vamos a representarlos como «mc» (mecanismos conscientes) y las definimos como:

$$mc = R (a / Oi) \quad [2]$$

(Se lee: «Mecanismo consciente igual a la relación entre el sujeto a y el objeto interno»).

b) Sin embargo, existen otras relaciones del sujeto con otros objetos internos (a los que llamaremos Oi') que por su especial carga afectiva, por su especial significación, le obligan a defenderse contra la amenaza (angustiosa) que suponen. Son, como decimos, determinados objetos deseados, fantaseados, representados, etc. cuya concienciación el mismo sujeto no puede permitirse. Son relaciones inconscientes a las que denominamos *mecanismos de defensa* o *mecanismos defensivos*, que fueron establecidos por Freud entre 1894 y 1896 en el origen de los fenómenos histéricos, pero que toman una especial relevancia en psicoanálisis a partir de 1936 con el impulso que les dio la obra *El yo y los mecanismos de defensa* de Anna Freud, en un momento histórico en el que toma gran relieve el yo y el principio de realidad sobre otros aspectos más inconscientes regidos por el principio del placer. Entendemos por mecanismos defensivos *aquel conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la*

constancia del individuo biopsicológico (Laplanche y Pontalis, 1968, pg. 221 de la edición utilizada). Pueden notarse como:

$$mD = R (a / Oi') \quad [3]$$

(Se lee como: «Mecanismos defensivos igual a la relación entre el sujeto «a» y determinados objetos internos especialmente angustiosos para él»).

3. También tendríamos que tener en cuenta la relación (R) que se puede dar entre los objetos externos (Oe) y los objetos internos (Oi) en un sujeto determinado (a). Ante un objeto cualquiera (O), el sujeto ha de categorizarlo necesariamente como *interno* o *externo*. Esto es lo que se ha venido denominando *función diacrítica*, mediante la cual el sujeto «coloca» a cada objeto en el mundo al que pertenece (Castilla del Pino, 1984). Cuando ésta no se da de modo correcto (*adiacrisis*), algunos (o muchos) objetos internos pueden ser externalizados y son tratados como externos. Efectivamente así ocurre en las producciones psicóticas (por ejemplo: en la alucinación o en la ilusión). Si hay *diacrisis*, el sujeto es neurótico o es normal (Castilla del Pino, 1988). A esta categorización de objetos por parte del sujeto vamos a considerarla también como un mecanismo u operación (md) y se notará del siguiente modo:

$$md = R (Oe / Oi) \quad [4]$$

(Se lee como: «Mecanismo diacrítico igual a la relación entre los objetos externos e internos»).

La figura 1 recoge lo explicitado hasta el momento. En ella podemos destacar, como muy importante, el lugar de enclave estratégico que ocupa el sujeto, el cuál tiene a su cargo los todos los mecanismos que hemos tratado.

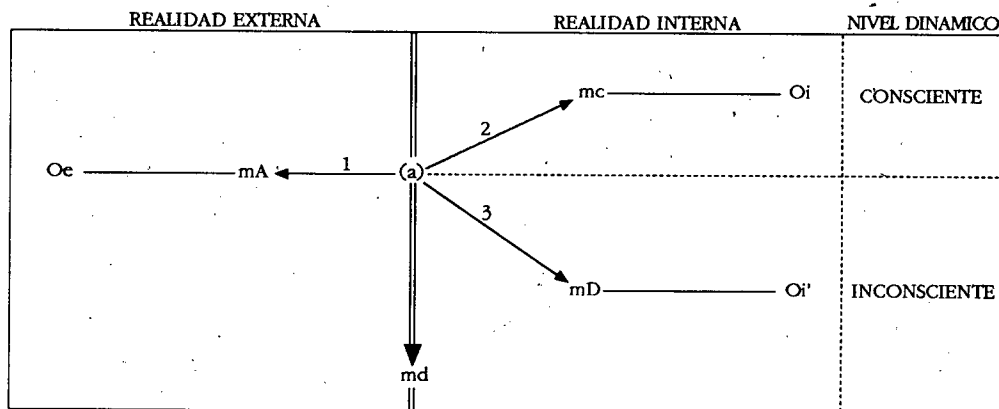


Figura 1. Análisis de los diferentes *mecanismos* psicológicos a partir de los que es posible la definición del *locus de intervención* en psicoterapia dinámica breve. a=sujeto. Oe= objetos externos. Oi=objetos internos. Oi'= objetos internos especialmente angustiantes para el sujeto. mA= mecanismos de ajuste. md=mecanismo diacrítico. mc=mecanismos conscientes. mD=mecanismos defensivos.

Definición del «locus de intervención»

Una vez estudiadas y definidas las diferentes operaciones (mecanismos) del sujeto con la realidad (tanto interna como externa), es fácil la comprensión de aquello que a lo largo del trabajo hemos denominado *locus de intervención* (L). Ello resulta así si pensamos en la posible actuación psicoterapéutica en cada uno de estos «lugares» que han quedado expresados en el esquema presentado en la figura 1. Cada una de estas «zonas» elegidas para la actuación terapéutica se va a denominar *locus de intervención*.

De acuerdo con lo expresado, es posible escoger distintos «lugares» en relación con aspectos inherentes al paciente: su clínica, sus características personales, sus diferentes mecanismos y objetos internos y la relación de sus mecanismos con los síntomas.

Es posible pensar en todo tipo de combinaciones que definan diferentes

locus de intervención concretos. Así, se puede actuar sobre los objetos externos de modo exclusivo, sobre los mecanismos de defensa y objetos internos conjuntamente, sobre objetos externos y mecanismos de ajuste, sobre mecanismos de ajuste solamente, etc.

A continuación indicamos algunas de las posibles combinaciones que se pueden hacer, que expresan otros tantos *locus*. Presentamos únicamente aquellos que nos parecen más verosímiles de acuerdo con nuestra experiencia clínica; son los siguientes:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| $L_1 = (Oe)$ | $L_6 = (mc, Oi)$ |
| $L_2 = (Oe, mA)$ | $L_7 = (mD)$ |
| $L_3 = (mA)$ | $L_8 = (mA, mD)$ |
| $L_4 = (mA, mc)$ | $L_9 = (mA, mD, Oi)$ |
| $L_5 = (Oe, mA, mc)$ | $L_{10} = (mD, Oi)$ |

En L_1 se actúa modificando una realidad externa perturbadora para el sujeto y productora de su desequilibrio. Puede ser, por ejemplo, modificar determina-

das pautas familiares que incidan directamente sobre el individuo que nosotros tratamos. En L_3 se trabaja en las relaciones del sujeto con la realidad externa y su objetivo podría ser que éste cambiase determinadas pautas de actuación con el ambiente que le rodea, por ejemplo, una intervención sobre el mecanismo de evitación que un sujeto presenta en relación a determinadas situaciones que le ocasionan miedo. En L_6 se interviene de modo exclusivo en el nivel consciente del sujeto y, por lo tanto, racionalmente. Puede ser el caso de la comprensión (racional) de un determinado problema o de una pauta interactiva con el ambiente que le rodea. En L_7 se procede, por ejemplo en una crisis, restableciendo rápidamente las defensas del sujeto para así protegerlo de determinados Oi' angustiantes para él, de manera que le permita seguir con sus tareas habituales, las cuales no pueden ser abandonadas. Así podríamos seguir hasta resaltar las múltiples posibilidades que se pueden dar.

También se ha de especificar que, en un momento determinado de la evolución del individuo que nos consulta, se puede elegir un *locus de intervención* concreto y, más tarde, escoger otro, siempre de acuerdo con la planificación particular que se realice del caso en cuestión.

Algo muy importante que es preceptivo explicitar es lo relativo a que, aunque con nuestras intervenciones terapéuticas podamos actuar en distintos puntos (*locus*) de lo que podríamos denominar el *arco dinámico* (que es aquel «espacio» se extiende desde los Oe a los Oi , pasando por todos los elementos intermedios $-mA, mD, \dots$, quedando

bien expresado en la figura 1), tales intervenciones no van en contra de nuestros planteamientos teóricos acerca de la concepción psicoanalítica del psiquismo humano, se encuentran en coherencia con ellos y, repitámoslo una vez más, lo que procuran es una adaptación de tales principios al medio en el que trabajamos. A nivel teórico-práctico, nuestras intervenciones no tienen nada que ver con otras con las que pudieran confundirse (conductistas, cognitivistas, sistémicas,...), pues todas éstas: 1º) parten, obviamente, de esquemas teóricos diferentes y 2º) la aplicación de tales esquemas a la realidad clínica es también distinta.

Relaciones entre «focus» y «locus de intervención»

Desde el punto de vista de la teoría el foco terapéutico contiene un(os) síntoma(s) y un supuesto componente psicodinámico (conflicto no resuelto y las correspondientes estrategias defensivas) de manera que aquel(los) queda(n) hilvanados en las hipótesis dinámicas que se realicen. En lo tocante a la técnica la intervención, el foco supondría el trabajo con determinadas defensas (mD) y sobre los correspondientes objetos internos (Oi') en relación con aquellas (p. ej., la intelectualización que oculta determinado miedo a ser abandonado por cualquier pareja que el sujeto forme). Así pues, si el trabajo en el foco se encuentra de modo específico localizado en mD y Oi' , estamos hablando de una de las posibilidades de *locus de intervención* de entre las que planteamos antes, concretamente la L_{10} . De esto se sigue que el foco (F) es un caso particular de *locus de intervención*

o, también, se puede decir que está incluido en este último (F L).

Discusión y conclusiones

En el presente estudio hemos acometido una ampliación en el campo de la psicoterapia dinámica breve que puede ser entendida en una triple vertiente: 1º) A nivel teórico, en tanto en cuanto ha sido introducido el concepto de *locus de intervención*, que es más extenso que el tradicional de *foco* y al que a su vez, como hemos visto, incluye. Ello supone la viabilidad de la intervención en otras «áreas» del denominado *arco dinámico*, no en modo exclusivo en el *foco*. 2º) A nivel técnico, ya que supone la posibilidad de introducir otros elementos técnicos de trabajo terapéutico que sean verdaderamente eficaces y que se encuentren en coherencia con los planteamientos teóricos, y 3º) a nivel práctico, pues se da el caso de que un mayor número de pacientes que nos consultan se encuentren beneficiados por esta forma de tratamiento. Por ello, el concepto introducido se traduce, en última instancia, en una actuación terapéutica con planteamientos dinámicos más diversificada a nivel de los equipos de salud mental.

Teniendo en cuenta la modificación introducida, hemos de replantearnos qué es para nosotros la psicoterapia dinámica breve, intentando con ello dar una definición de la misma (con la que no todos tienen necesariamente que estar de acuerdo). Entendemos por tal *toda forma de psicoterapia, acordada en el tiempo, que utiliza un arsenal técnico multidimensional y en la que el terapeuta hace planteamientos, esquemas o hi-*

pótesis dinámicas acerca de su paciente, en base a los cuales actúa y sin que tenga siempre que intervenir técnicamente en los componentes más nucleares de esta dinámica, pudiendo realizarlo con algunos de ellos no tan centrales, definiendo siempre un «locus de intervención» de acuerdo con el «área» de la dinámica en la que va a actuar, de acuerdo con la planificación general del caso que ha efectuado.

Esta definición puede ser criticada en base a pensar que se ha incluido dentro del concepto de psicoterapia breve a la denominada *terapia de apoyo* o *terapia de sostén* de corte dinámico y que lo que nosotros conceptualizamos aquí no es genuinamente psicoterapia dinámica breve, ya que ésta se centraría necesariamente en el foco y en la correspondiente intervención focal. Esto, siquiendo las directrices antes indicadas, podría ser traducido del siguiente modo: la psicoterapia breve, sería aquella que trabajase con los *mecanismos defensivos* y los *objetos internos* y la terapia de apoyo, la que lo hiciese con *mecanismos conscientes*, con *mecanismos de ajuste* o con los objetos externos. Esta última, según nuestra definición, formaría parte de las intervenciones de la psicoterapia dinámica breve.

Por nuestra parte nos reafirmamos en lo dicho en base a los siguientes puntos: 1) que tenemos, quizás, más en cuenta las hipótesis o planteamientos que el terapeuta hace sobre su paciente (con un apoyo en ellos actúa), que la intervención específica sobre determinados componentes de esa dinámica, 2) se trata de adaptar nuestros conocimientos teóricos (psicoanalíticos) a los pacientes con los que contamos en la realidad

asistencial en la que nos movemos y no con los que idealmente quisiéramos trabajar. De otro modo, se llevaría a cabo una atención psicoterapéutica altamente selectiva de pacientes que, en muchas ocasiones, serían precisamente los que menos ayuda precisarían, en detrimento de otros que quedarían canalizados hacia el empleo sistemático de psicofármacos, en modo exclusivo, 3) que también realizamos terapias breves centradas en el foco (con una actuación específica en mD, Oi'), pero es éste un tipo más de intervención entre las que se pueden realizar y 4) desde nuestro punto de vista, es un error creer que de otro modo que no sea el *insight* de los conflictos intrapsíquicos no puede haber cambio psicológico en el paciente. Sobre este particular nuestra casuística nos aporta resultados favorables acerca de la intervención sobre los otros elementos de la dinámica (del *arco dinámico*), con la que se pueden producir cambios beneficiosos que no tienen por qué ser transitorios.

Esperamos con lo dicho, haber logrado una pequeña aportación a lo que podría considerarse la búsqueda de cientificidad en el ámbito de la psicoterapia breve, tal como la venimos aplicando en los equipos de salud mental. Cientificidad a la que Langsley (1978) se refiere como un conocimiento de los factores que originan la conducta inadaptada y la posesión de algún grado de certeza sobre los medios que han de usarse par modificarla. Son aspectos que se han intentado constatar no sólo desde el nivel teórico, ésto es, desde nuestras propias reflexiones. sino también a nivel práctico, con el análisis de los resultados obtenidos aplicando los parámetros teóricos aquí analizados.

Referencias

- BALINT, M.; ORNSTEIN, P.H. y BALINT, E. (1972). *Focal psychotherapy: An example of applied focal*. Londres: Tavistock.
- BREUER, J. y FREUD, S. (1893). El mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (Comunicación preliminar). En S. Freud. *Obras Completas* (Tomo 1). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1984). *Teoría de la alucinación. Una investigación de teoría psico(pato)lógica*. Madrid: Alianza.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1988). Psicosis, psicótico. *Revista de Occidente*, 88, 5-18.
- COLEMAN, M.D. y ZWERLING, I. (1959). The psychiatric emergency clinic: A flexible way of meeting community mental health needs. *Amer. J. Psychiat.*, 115, 980-984.
- DAVANLOO, H. (1978). *Basic principles and techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Nueva York: Spectrum.
- DAVANLOO, H. (1979). Techniques of Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychiatrics Clinics of North America*, 1 (2), 11-22.
- FIORINI, H.J. (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
- FREUD, A. (1936). *El yo y los mecanismos de defensa*. Barcelona: Planeta-Agostini, 1984.
- GARCIA ARROYO, J. M. y VELEZ NOGUERA, J.L. (1990a). El papel de la psicoterapia dinámica breve en los Equipos de Salud Mental de Distrito. *Apuntes de Psicología*, 31, 9-15.
- GARCIA ARROYO, J. M. y VELEZ NOGUERA, J.L. (1990b). Funda-

- mentos epistemológicos de la práctica de la psicoterapia dinámica breve. *Ponencia al II Encuentro de Psicoanálisis en el Campo de Gibraltar*.
- GARCIA ARROYO, J. M. y VELEZ NOGUERA, J.L. (1991). Fundamentos epistemológicos de la psicoterapia dinámica breve. *Revista Anales de Psiquiatría*, 8 (7), 323-330.
- LANGSLEY, D.G. (1978). Briefpsychotherapy. *J.C.E. Psychiatry, dec.*, 17-28.
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J.B. (1968). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor, 1983.
- MALAN, D. (1976). *A study of brief psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- MALAN, D. (1983). *Psicoterapia individual y ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós.
- SIFNEOS, P.E. (1979). *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. Nueva York: Plenum Press.
- ROSEMBAUM, C.P. (1964). Events of early therapy and brief therapy. *Arch. Gen. Psychiat.*, 10, 506-512.
- WARRREN DUNHAM, H. (1965). Community psychiatry: The Newest Therapeutic Bandwaggon. *Int. Jour. of Psychiat.*, 1, 553-557.
- WOLBERG, L.R. (1965). *Short-term psychotherapy*. Nueva York: Grune and Stratton.
- WITTGENSTEIN, L. (1922). *Tractatus Logico-Philosophicus*. Madrid: Alianza, 1985.