



## **BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA**

Gutiérrez López, María Luisa

Psiquiatra

[semedicinaps@gmail.com](mailto:semedicinaps@gmail.com)

### **RESUMEN**

La terapia breve de corte psicodinámica ha demostrado ser una herramienta eficaz en numerosos trastornos que padecen las personas que acuden a los Servicios de Salud Mental. El objetivo de esta presentación es estimular el interés sobre los diferentes modelos de psicoterapia psicodinámica breve. Más concretamente se describe una experiencia sobre un modelo de psicoterapia breve cuyo foco de trabajo es la relación entre la afectividad y el sí mismo o self y que entiende la psicopatología como un producto de la disfunción de dicha relación.

La experiencia descrita fue llevada a cabo sobre una muestra de 51 pacientes con desordenes afectivos o neuróticos que acudieron a tratamiento a la Unidad de Salud Mental de Huelva entre los años 2011 a 2013

Durante la psicoterapia se observó como los pacientes desarrollaban la habilidad para identificar, expresar, regular y transformar la experiencia de la relación entre el sí mismo o self. Además mejoraron la capacidad para identificar y manejar las emociones y sentimientos, obtuvieron una más integrada y estable imagen de sí mismos, una mayor serenidad en la relación con los otros significativos y la creencia en aspectos positivos para el futuro.

El modelo presentado parece incrementar la eficacia de la intervención al ser una psicoterapia breve del aquí y ahora, que trabaja importantes vínculos del pasado y busca un cambio de significación de la relación entre las emociones y el sí mismo que provea una modificación beneficiosa del sentir, pensar y actuar para el futuro.

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

### INTRODUCCIÓN

La historia de la psicoterapia psicodinámica breve se inicia con el psicoanálisis. Algunos de los primeros tratamientos llevados a cabo por Freud pueden considerarse terapias breves, por ejemplo, en los historiales clínicos de sus *Estudios sobre la histeria* (1895) registra el caso de Lucy R., cuyo tratamiento tuvo una duración de nueve meses. La paciente continuó asintomática cuatro meses después de su finalización, aunque no hay datos sobre el mantenimiento posterior del cambio.

La I Guerra Mundial (1914-1918) hizo evidente la necesidad de acortar la duración del tratamiento, ante la demanda social de disponer de terapias accesibles a un sector más amplio de la población. El mismo Freud consideró esta posibilidad, y apoyó inicialmente la **técnica activa** de Ferenczi (1919). Se considera a Ferenczi y Rank, cuya labor se desarrolló en los años 20, como a los primeros autores que realizaron modificaciones, fundamentalmente técnicas y teóricas respectivamente, para acortar la terapia psicoanalítica.

Ferenczi introdujo la llamada **técnica activa**, a la que dedica cinco artículos importantes entre 1919 y 1926. Utiliza, tal y como escribe en 1926, el término "activo" en el sentido de que el paciente debe a veces realizar otras tareas que la simple comunicación de lo que se le viene a la mente. En este sentido aclara Dupont (1968/1981), que la técnica activa hace referencia a la actividad del paciente en el tratamiento.

Rank creó una de las medidas activas, el señalar un **término temporal** como sistema para precipitar el fin del análisis, a la que se sumó inicialmente Ferenczi (1924). Este autor corrigió su posición con posterioridad, y así escribe en 1926, que la estimación sobre la duración del tratamiento podía quedar desmentida por las circunstancias, y además proporcionaba un arma poderosa a la resistencia del paciente.

Ferenczi y Rank (1924) sostuvieron que se había descuidado el presente de la persona, cuando todo el pasado y a lo que el sujeto aspira inconscientemente se expresa en la transferencia sobre la situación analítica. Ambos autores entendían que para que los afectos resulten eficientes deben ser primero reavivados; y que lo que no nos afecta directamente en el presente, es decir, realmente, suele quedar sin efecto psíquico.

Estos cambios encontraron inicialmente el apoyo de Freud y, en palabras de Ferenczi (1926), o bien una acogida demasiado crítica o bien demasiado amistosa por sus colegas. La fuerte reacción negativa posterior de Freud y la corrección de algunos aspectos por parte del propio Ferenczi (1926) impidieron durante algún tiempo que otros psicoanalistas iniciaran técnicas breves de terapia.

En los años 40, Alexander y French retomaron el intento de acortar el psicoanálisis, con la participación directa de nueve psicoanalistas más y la colaboración de otros doce, lo que reflejó ya un interés más amplio en el acortamiento de la terapia. Defendían que el éxito de la terapia dependía de la presencia de una **experiencia emocional correctora**, en la que el terapeuta debe proporcionar al paciente una "experiencia" diferente a la respuesta original de los padres. French además desarrolló la idea de **conflicto focal** y **conflicto nuclear**. El primero, el conflicto focal, es para este autor preconscious y explica el material clínico expresado pudiendo considerarse "variaciones sobre un

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

mismo tema". El conflicto focal deriva del conflicto nuclear, más profundo, inconsciente y temprano.

Es entre los años 50 y 70 cuando distintos grupos de trabajo inician en Londres, Boston y Montreal, de forma independiente, estudios sistemáticos sobre las terapias de duración limitada, y empiezan a desarrollar enfoques propios

Los principales modelos de psicoterapia psicodinámica breve proceden de Malan, Sifneos y Davanloo. Según Strupp y Binder (1984/1993), aunque estos modelos de tratamiento comparten los principios terapéuticos básicos, difieren en varios aspectos, entre ellos el referente a qué tipo de pacientes se consideran adecuados. Por un lado, el modelo de Sifneos selecciona pacientes con un buen nivel de funcionamiento, psicológicamente preparados y muy motivados y por otro, Davanloo, con un enfoque dirigido a pacientes resistentes, situándose Malan en un nivel intermedio.

Balint (1985/1996) se mostró interesado en desarrollar una terapia mucho más breve que el psicoanálisis clásico. Para ello estaba dispuesto a modificar, hasta cierto punto, las técnicas tradicionales, pero insistía en que los resultados tendrían que ser los mismos y de una estabilidad similar que los de un tratamiento psicoanalítico.

Su grupo en la Clínica Tavistock, en los años 50, desarrolló la llamada **Psicoterapia focal**. El propósito era ocuparse más de la interacción paciente-terapeuta, y de los procesos y técnicas que surgían de ésta relación. Malan fue sucesor de Balint como líder del grupo de Tavistock y desarrolló la **Psicoterapia Dinámica Breve** (1979/1991). Se centró en la identificación del problema o **conflicto focal** definido como el conflicto nuclear o de la infancia que de alguna manera aparece en el problema actual.

Malan subrayó la necesidad de elaboración de **interpretaciones** que conecten patrones recurrentes de desadaptación presentes en la relación paciente-terapeuta, con análisis de la transferencia, y otros patrones semejantes puestos de manifiesto en relaciones pasadas significativas y en las relaciones actuales. Propuso también la comprensión del **modelo de impulsos, defensas y ansiedades** de la persona en relación al conflicto focal.

Poco después de que Balint formase su grupo en Londres, Peter Sifneos también iniciaba, en el Hospital General de Massachussets, investigaciones para acortar la psicoterapia. Su modelo de psicoterapia breve, llamado **Psicoterapia breve con provocación de angustia** (1992/1993), está dirigido a personas con buen funcionamiento y enfatiza la activación de la ansiedad. Aportó una mayor especificación en los criterios de selección y exclusión de pacientes y en las intervenciones provocadoras de ansiedad.

Davanloo, tras su aprendizaje con Malan, buscó por su parte una alternativa a la terapia a largo plazo, lo que derivó en su **Psicoterapia intensiva breve de orientación dinámica** (1977/1992). Este enfoque ampliaba los criterios de inclusión, dando cabida a personas con patologías crónicas y graves

A partir de los años 60-80 se considera a la Psicoterapia Psicodinámica Breve una alternativa terapéutica de primera línea, dando respuesta a las demandas de eficacia en los Servicios de Salud Mental y a la necesidad de validación de técnicas específicas.

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

Para Levenson y cols. (2003/2004) el interés en Psicoterapia Psicodinámica Breve se ha ido desplazando progresivamente desde teorías y técnicas intrapsíquicas hacia modelos interpersonales, las llamadas **Terapias interpersonales**, entendiéndose que es en la relación interpersonal donde se expresa el conflicto intrapsíquico. Estos modelos han intentado obtener un soporte empírico sobre la eficacia de la psicoterapia dinámica breve y esclarecer sus componentes terapéuticos activos.

Queremos citar como ejemplo la **Psicoterapia Dinámica de Tiempo Limitado**, desarrollada por Strupp y Binder (1984/1993) de la Universidad de Vanderbilt (Nashville, Estados Unidos) en el marco psicodinámico, aunque incorporan avances de las teorías interpersonales, de relaciones objetales y de sistemas. Basan la terapia en investigaciones empíricas centradas en la contribución del terapeuta al proceso de tratamiento, cuyos orígenes se remontan a mediados de los años 50. Pretenden ampliar la población de persona que pueda beneficiarse de técnicas de psicoterapia breve.

Siguiendo igualmente a Levenson y cols. (2003/2004), Strupp y Binder proponen como núcleo de la terapia el examen de las interacciones diádicas paciente-terapeuta y hacen uso de la relación para efectuar cambios fundamentales en el modo en que el la persona interactúa con otros y consigo mismo. Según Levenson (1995/1997), para estos autores el objetivo es ayudar al paciente a superar la réplica de patrones interpersonales disfuncionales, facilitándole para ello nuevas experiencias y formas de entender, en el contexto de la relación terapéutica. Así parecen volver a las ideas de Alexander y French, que consideraban la importancia de la "experiencia emocional correctora" en la relación terapéutica.

La actualidad en Psicoterapia Psicodinámica Breve está marcada por la creciente necesidad de flexibilidad y pragmatismo de los terapeutas en el enfoque de los tratamientos.

## PSICOTERAPIA BREVE CENTRADA EN LA RELACIÓN ENTRE LA AFECTIVIDAD Y EL SELF

El diseño de terapia breve aquí presentado podría encuadrarse dentro de lo que se denomina los Modelos Integradores en Psicoterapia, que recogen conceptos y técnicas psicoterapéuticas de diferentes enfoques. En concreto esta manera de intervenir en psicoterapia breve se basa en las **corrientes psicoanalíticas del self**, cuyo fundador y máximo representante es Kohut y de los más actuales **intersubjetivistas** como Storolow, Shore y Fosha. Además de utilizar las herramientas y conceptos básicos de la **Terapia Centrada en las Emociones** de Greenberg, y la **Logoterapia** de Frankel.

Como objetivos generales de la terapia se incluye la recuperación del equilibrio homeostático expresada en alivio sintomático, el desarrollo en el paciente de una actitud de autoobservación y un modo de comprender sus dificultades diferente del aportado por el sentido común, aproximándose al nivel de sus motivaciones y conflictos. Operando a la vez en el plano de las conductas manifiestas, en la integración de sentimientos, emociones, valores y creencias con la idea del "sí mismo".

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

Estableciendo una relación focalizada para esclarecer las conexiones significativas entre la vivencia del presente puesta de manifiesto en las preocupaciones actuales, con las emociones y sentimientos que estas preocupaciones desencadenan, la manera en la que éstas afectan al sí mismo y los vínculos básicos conflictivos del pasado y del presente con los que se relacionan. Además de trabajar las consecuencias que todo lo anteriormente descrito tiene sobre la relación con el otro, la visión del propio futuro y del sentido de la existencia.

En este marco la relación con el terapeuta es eje central; a veces complementaria, a veces, simétrica, con un papel activo tanto del terapeuta como del paciente, buscando la expresión, aceptación e integración de las emociones y sentimiento en la configuración del sí mismo, en relación al continuo existencial del paciente.

La terapia se realiza con un marco predeterminado durante ocho o diez sesiones, y criterios de inclusión definidos, tales como; la motivación del paciente, la capacidad para reconocer el carácter psicológico de sus trastornos, la capacidad de introspección, la de transmitir de sí mismo, el deseo de comprender, su actitud participativa en la búsqueda, su disposición a experimentar o cambiar, y la esperanza de lograr resultados positivos con la intervención.

### ESTUDIO DE LA AFECTIVIDAD

Diversas líneas teóricas se han elaborado a lo largo de la historia para explicar la naturaleza de las emociones y sentimientos y el papel que desempeñan en el comportamiento humano. Los aspectos teóricos más representativos sobre la emoción se han abordado desde diferentes perspectivas: **evolucionista**, con Darwin como principal punto de referencia, **psicofisiológica** por los seguidores de la tradición de James, **neurológica**, cuyo desarrollo teórico arranca de Cannon, **conductista**, que enfatizan los procesos de condicionamiento como Watson pusiera de manifiesto, **teorías de la activación**, con diferentes autores de los que Lindsley quizás sea de los más representativos y **cognitivas**, desarrolladas a partir de los experimentos de Schachter y en la actualidad unas de las más representativas.

En líneas generales todos los autores están de acuerdo en que las emociones abarcan una serie de componentes: pensamientos, creencias, valores, experiencia afectiva, activación fisiológica y aspectos comportamentales, sin existir ningún acuerdo, en la actualidad, sobre la manera en la que se organizan estos componentes, cuando comienza y termina una emoción y cuantas emociones hay que distinguir. Sumando aspectos comunes se podría definir la emoción o sentimiento como *una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo.*

Una opinión generalizada es la de que los afectos tienen una función primordial en la adaptación social y el ajuste personal. Reeve distingue tres funciones principales de la emoción; adaptativa, social y motivacional. En cuanto a la **función adaptativa** la emoción prepara al organismo para que ejecute

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizándolo la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta hacia un objetivo determinado. La relevancia de las emociones como mecanismo adaptativo fue puesta de manifiesto por Darwin y autores neodarwinistas como Pultchik, Tomkins. Izard y Ekman.

En relación a la **función social** de las emociones Izard destaca como funciones sociales de la emoción; la capacidad de facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, o promover la conducta prosocial. Emociones como la alegría o felicidad favorecen los vínculos sociales y relaciones interpersonales, mientras que la ira puede generar respuesta de evitación o confrontación.

Por último, la relación entre emoción y **motivación** es íntima, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada: dirección e intensidad. La emoción energiza la conducta motivada. Toda conducta motivada produce una reacción emocional y a su vez la emoción facilita la aparición de unas conductas motivadas y otras no.

Diversos autores han hecho alusión especial al puesto primordial que la afectividad tiene en psicoterapia. Beck señalaba como la eficacia de la relación terapéutica dependía en gran medida de la capacidad del paciente para experimentar y expresar sus sentimientos. Bowlby aseguraba que sólo puede esperarse el cambio terapéutico cuando el paciente toma conciencia emocionalmente de qué y cómo está sintiendo, y cómo esto está modificando o influyendo en su manera de comportarse, siendo lo sentido reflejo del modo en que se evalúan determinadas situaciones y del tipo de conducta que se activa en el interior del individuo.

Para Greenberg y su Terapia Centrada en las Emociones, el mecanismo central del cambio en psicoterapia es el procesamiento emocional y sobre todo los procesos emergentes de dar sentido a la emoción, a través de la toma de conciencia, la expresión, regulación, reflexión, y transformación de la emoción en el contexto de una relación empática entonada.

De esta manera, en el modelo de psicoterapia breve aquí propuesto se pretende trabajar la manera de sentir, proporcionando al paciente un medio de control sobre el estado de su conducta y enseñándole que una modificación del significado que adjudica a sus experiencias produce en él una transformación de lo sentido, pudiendo comportarse entonces fácilmente de una manera más adaptada y rentable.

## CONFIGURACIÓN DEL SÍ MISMO O SELF

Intentar definir un fenómeno complejo como es la valoración sobre el sí mismo o la autoestima es tarea complicada. Se han realizado diversas descripciones del significado de este constructo multidimensional y de sus constituyentes a lo largo de la historia. La multidimensionalidad de la idea del "sí mismo" explica que cada teoría sobre él pueda aprenderlo en el aspecto congruente con la perspectiva paradigmática adoptada. Codina diferencia así cuatro diferentes autorreferentes: la

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

orientación psicoanalítica resalta los aspectos de la **autoestima**, el interaccionismo simbólico la **autoimagen**, la humanista, la **autorrealización** y la cognitiva el **autoconcepto**. Estos autorreferentes corresponden respectivamente a los fenómenos psicológicos de la cognición, emoción, rol-estatus y voluntad, haciendo alusión al conocer, sentir, representar y querer en la persona.

La escuela psicoanalítica contempla los aspectos emotivos del sí mismo. Destaca la importancia de la propia estima para una adecuada conducta social, afectiva e intelectual. La persona que no posee un concepto de sí adecuado no puede estar abierta a sus propias experiencias afectivas, especialmente a los aspectos desfavorables de su carácter. La falta de autoestima influye notablemente en el bienestar espiritual, en el propio nivel de satisfacción, y sobre todo en la propia salud y capacidad psíquica. Freud con la introducción del concepto de narcisismo define el Self como "el objeto de amor del yo". A partir de Freud se configuran dos visiones diferentes del "sí mismo" en esta escuela. El propio Freud y posteriormente Klein y la escuela de las relaciones objetales, conciben el self como una estructura que se establece en relación con la percepción de uno mismo. Por otra parte, Kohut y autores posteriores como Sullivan, entienden el self en relación al desarrollo de la estructura de la personalidad. Klein resalta la importancia de la influencias de la primeras relaciones, las tempranas relaciones emocionales con los padres, y con "nosotros mismos". Somos todo lo bueno y lo malo que hemos pasado desde los primeros días; todo lo que hemos recibido del mundo externo, y sentido en el mundo interno.

Desde una perspectiva social de la psicología Mead, representante de la escuela del interaccionismo simbólico refiere como la idea que tenemos sobre nosotros mismos es consecuencia de las evaluaciones que hacen las personas del entorno próximo. El individuo se convierte en objeto para sí, precisamente, porque se descubre adoptando las actitudes de los otros que están implicados en su conducta. En los primeros años, la información sobre sí mismo la recibe el niño de los padres y familiares próximos, a medida que crece aparecen otras personas significativas como los profesores y compañeros. Para él los "selves" sólo existen en relación a otros "selves".

Desde otro punto de vista, la perspectiva humanista define al hombre como un producto de su ambiente, poniendo el acento en las vivencias conscientes, explicando el actuar desde metas e intenciones. Maslow desarrolla la teoría de la autorrealización; la motivación innata en todo ser humano es realizar su potencial, desarrollar sus aptitudes y capacidades para lograr así una sensación de plenitud. Existe un sí mismo en el ser humano al que hay que dejar que emerja "escuchar las voces del impulso" y no aquellas voces introyectadas de mama, papa, los mayores, la autoridad o tradición.

Bowlby en su teoría del apego preconiza la necesidad universal que tienen los seres humanos de crear vínculos afectivos. En estos vínculos se identifica y crea su propio ser. Al hablar de la relación entre madre e hijo comenta como las características básicas del bebe pueden influir en el modo en que la madre le cuida, pero también subraya como las características de la madre pueden influir en las reacciones del bebe hacia ella. Lo que la madre aporta a la situación es mucho más complejo: no sólo tiene que ver con su equipo congénito, sino también, con una historia larga de relaciones interpersonales, en su familia de origen, así como la influencia en mucho tiempo de los valores y las

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

prácticas de su cultura. Fonagy asegura que el sentimiento autónomo del self emerge completamente a partir de relaciones seguras entre los padres y el infante. El niño con apego seguro percibe en la actitud reflexiva de su cuidador una imagen de sí mismo como deseante y con creencias. Ve que el cuidador lo representa a él como un ser intencional, y esta representación es internalizada para formar el self.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, Machargo, define el término "autoconcepto" como el conjunto de actitudes que la persona tiene hacia sí misma, y como tal no son innatas. Por el contrario, se construye y define a lo largo del desarrollo por la influencia de las personas significativas del medio familiar, escolar y social, y como consecuencia de las propias experiencias de éxito y fracaso. Tal actitud está constituida por tres componentes: **cognitivo**, conjunto de rasgos con los que se describe y guía el modo de ser la persona, **afectivo**, afectos y emociones que acompañan a la descripción de uno mismo y **conductuales**, su conducta se guía por las cualidades, valores y actitudes que posee hacia sí misma.

Podría decirse que durante toda la vida se va configurando la imagen de sí en un juego de interrelaciones entre, el "uno mismo"; lo heredado y físico de lo que se dispone, lo que se piensa o se cree de lo que se es, lo que se actúa y se siente al respecto de sí. Y en otra dimensión, no menos importante, la "imagen de sí" se conforma en lo generado en "la interacción con el otro"; lo que se cree y se siente al respecto de lo que el otro ve, y lo que el otro pone de sí, con la propia apreciación de sí, su conducta y su sentir. Aspectos cognitivos, conductuales y emocionales propios y ajenos que se imbrican en una compleja y enmarañada red, a veces, como aspecto fundamental de la enfermedad inmanejable.

### AFECTIVIDAD Y SELF EN PSICOTERAPIA BREVE

En la actualidad, un amplio conjunto de teóricos e investigadores ha estudiado y enfatizado la relevancia fundamental de la dimensión afectiva de la experiencia desde el punto de vista del desarrollo del self; Stern, Storolow, Shore, y Fosha, entre otros. Stern considera la afectividad entre los tipos de experiencia a los que el infante tiene acceso inmediato y que son cruciales para dar forma concreta a la organización del nascente sentido del self. Los afectos contribuyen a establecer la cohesión del self al conectar cuerpo y mente, mundo interior y mundo exterior, pasado y presente.

Storolow y sus colaboradores describen cuatro procesos básicos relacionados con la dimensión afectiva de la experiencia que están involucrados en el desarrollo temprano del self. El primero hace referencia a la **diferenciación de afectos y articulación del self**. El segundo proceso básico habla sobre la **síntesis de aspectos contradictorios en la experiencia afectiva** y como estas discrepancias contribuyen a la construcción de un sentido integrado del self. El tercer proceso se refiere a **la tolerancia de los afectos y su utilización como señales del self**. Proceso que gradualmente posibilita la modulación, gradación y contención de las experiencias afectivas intensas. El cuarto y último proceso básico habla de **la desomatización y procesamiento cognitivo de los**



## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

**afectos** que conduce desde las formas tempranas de estados afectivos principalmente somáticos, hacia experiencias afectivas que pueden ser verbalizadas psíquicas que contribuyen a la organización y consolidación del self.

El énfasis sobre los afectos como fenómenos inevitablemente insertos en contextos relacionales trae consigo una determinada concepción general de la génesis y las características básicas de los estados psicopatológicos. Esta concepción se centra en dos aspectos complementarios: las perturbaciones vinculares tempranas que influyen en el desarrollo del sí mismo y las consecuencias específicas que tales perturbaciones tienen en términos del funcionamiento de la personalidad adulta. Los afectos dolorosos o atemorizantes se tornan traumáticos cuando el entonamiento que el niño necesita para ayudar en su tolerancia, contención y modulación está profundamente ausente. La psicopatología es aquí entendida como fenómeno que da cuenta de una detención o un descarrilamiento del desarrollo óptimo del self, en particular en su dimensión afectiva.

La psicoterapia breve aquí presentada trabaja sobre los sentimientos y emociones gestados en el pasado, en relación a las figuras de apego, reactivados en el presente, que provocan, como provocaron entonces, un deterioro en la valoración del "sí mismo", y además, hacen poner en cuestión al paciente, el sentido de la vida para el futuro. Ocupándonos también del futuro, sobre aquellos aspectos relativos a como lo imagina, cree y siente el paciente; quién cree ser, quien quiere ser, cómo quiere vivir, y que sentido dará a su vida. Sentido de la vida que como Frankl asegura constituye una fuerza primaria, única y específica en cuanto a uno mismo. El hombre no necesita realmente vivir sin tensiones, sino esforzarse y luchar por una meta o una misión que le merezca la pena. Utilizando herramientas de la logoterapia, psicoterapia cuyas técnicas se centran y miran hacia el futuro; al sentido y los valores que el paciente quiere realizar en el porvenir.

Esta propuesta de psicoterapia breve recoge aquellos aspectos fundamentales de la psicoterapia, y sobre un marco teórico, desarrollar una herramienta técnica que facilite el trabajo durante la intervención (Figura 1). Estructurando las sesiones con la intención de aumentar la eficacia de la intervención, allí donde el escaso tiempo por sesión, o la larga distancia de tiempo entre ellas, dificultan el tratamiento. Intentando ofrecer al paciente una estructuración constante y repetida de las sesiones de manera que la propia herramienta ofrezca al paciente una experiencia más estable, cohesiva y continua del self.

	Preocupación	Emoción-Sentimiento	Self	Pasado	Presente	Futuro Sentido Vida
1ª Sesión						
2ª Sesión						
3ª Sesión						

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

### ESTUDIO REALIZADO

El objetivo de la intervención es conseguir la expresión e identificación de las emociones y sentimientos relacionados con la desvalorización del sí mismo y con ello, capacitar al paciente para regular o transformar de una manera más adaptada a la realidad la influencia de la emoción y el sentimiento sobre la estabilidad, coherencia e integridad del sí mismo.

Se incluyeron en el estudio 51 pacientes que acudieron a la Unidad de Salud Mental Comunitaria de Huelva entre los años 2011 y 2013. El 31,37 % eran varones y el 68,63%.

Se realizó un registro de las emociones y los sentimientos referidos por los pacientes en primera y segunda sesión. El 65% de los pacientes referían como emoción la tristeza, el 40% la ansiedad, el 24 % la ira y el 22% el miedo. En cuanto a los sentimientos expresados el 45% comento sentir impotencia, el 28% culpa, el 20% incapacidad, el 14% soledad, el 14% vergüenza y el 6% humillación.

Al analizar la relación entre la preocupación referida por el paciente en la primera sesión, en escala numérica del 1 al 10 y el valor de sí mismo, en igual escala, con la prueba Correlación de Pearson, se observó una relación inversamente significativa ( $p < 0,05$ ). Con ello demostramos que a mayor es la preocupación principal de la sesión, menor es la autoestima y a la inversa.

Pearson Correlation			
		P1	A1
P1	Sig. (bilateral) N	1	-,295 ,038 50
A1	Sig. (bilateral)	-,295 ,038	1
		50	50

Si analizamos la relación entre la primera y la segunda sesión se demuestra relación significativa utilizando la prueba T-student para muestras relacionadas. Podemos ver como un incremento de la

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

autoestima entre la primera y segunda sesión se correlaciona con una disminución de la preocupación principal entre la primera y segunda sesión.

T-Student Sample Related			
	Avarage	Standart Desviatio	Standart Error
A1	,500	2,597	,367
A2			

### BIBLIOGRAFÍA

1. Alexander F., French T.M. Psychoanalytic Therapy. Ronal Press. Nueva York. Paidós. Buenos Aires, 1965. (Obra original publicada en 1946).
2. Balint M. La falta básica. Aspectos terapeúticos de la regresión. Paidós. Buenos Aires, 1982. (Obra original publicada en 1968).
3. Balint M, Orstein PH, Balint E. Psicoterapia Focal (Victor Fischman, trad.). Gedisa. Barcelona, 1996. (Obra original publicada en 1985).
4. Beck AJ, Rush AJ, Shaw. Cognitive therapy of depression. Desclee de brouwer; 16ª edición. Vizcaya: 2005.
5. Bowlby J. Evaluación y selección: sentimiento y emociones. El Apego. Paidos. Barcelona: 1998.
6. Codina N. El self y sus pluralidades: el paradigma de la complejidad. Escritos de Psicología, 2005; 7: 24-34.
7. Castilla del Pino C. Teoría de los sentimientos. Tusquets editores, 7ª edición. Barcelona: 2000.
8. Chóliz M. Psicología de la emoción: el proceso emocional. Disponible en : [www. uv.es=cholz](http://www.uv.es=cholz): 2005. Consultado el 3 de enero de 2012.
9. Davanloo H. (1978) Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy Spectrum. Nueva York.
10. Fiorini H.J. Teoría y técnica de las psicoterapias. Nueva Visión. Barcelona: 1992.
11. Frankl V. El hombre en busca de sentido. Herder, edición 2004. Barcelona: 1979.

## BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA

12. Freud S. (1914) Zur Einführung der narzissimus. En: Freud Obras Completas. Ediciones ORBIS. Barcelona; 1988.
13. Fonagy P. Persistencia transgeneracionales de apego: una nueva teoría. Aperturas psicoanalíticas [Seriada en línea] [14 páginas]. Disponible en : [www.aperturas.1999](http://www.aperturas.1999). Consultado el 23 de diciembre de 2009.
14. Fosha D. The dyadic regulation of affect. Journal of clinical psychology 2001; 57 (2) 227-242.
15. Garske J.P., Molteni A.L. Psicoterapia psicodinámica breve. Un enfoque integrador. En Linn S.J., Garske J.P. Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos. (Eduarne Goicoechea, trad.) Desclée de Brouwer. Bilbao, 1988. (Obra original publicada en 1985).
16. Greenberg L.S., Elliot R., Pos A. La terapia focalizada en las emociones: una visión de conjunto. En: Los afectos en la práctica clínica. Rev. Asoc. Psicoterapia Rep. Argentina; 2009.
17. Gutiérrez M.L., Almeida C. Abordaje psicoterapéutico de la afectividad en los trastornos afectivos y neuróticos. Anales de Psiquiatría. Madrid 2009; 25, 4: 161-166.
18. Gutiérrez M.L. Psicoterapia dinámica breve realizada en una unidad de agudos hospitalaria de salud mental. A propósito de un caso. Rev. Asoc. Esp. de Neuropsiq. 2011; 31(112): 695-701.
19. Gutiérrez M.L., Almeida G. Estudio de la relación entre la "imagen de sí" de niños y adolescentes que acudieron a tratamiento a una unidad de salud mental infanto-juvenil y la "imagen de sí" de sus padres. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. 2012; 53: 23-32.
20. Kohut H. Análisis del self; el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad. Amorrortu. Buenos Aires: 1977.
21. Levenson H. Butler S.F., Bein E. Psicoterapia individual breve de orientación dinámica. En: Hales R.E., Yudofsky S.C. Tratado de Psiquiatría. Masson. Barcelona, 2004. (Obra original publicada en 2003).
22. Maslow A.H. (1971) The farther reaches of human nature. Kairos. Barcelona; 2008.
23. Munné F. El self paradójico. La identidad como sustrato del self. En: Caballero D., Méndez MT., Pastor J. (Eds). La mirada psicosociológica. Grupos, procesos, lenguaje y cultura. Biblioteca Nueva. Madrid; 2000.
24. Ortony A., Turner T.J. What's basic about basic emotions?. Psychological Review 1990; 9, 3, 315-331.
25. Reeve, J. Understanding motivation and emotion. Fort Worth, TX: Harcourt College; 2001.
26. Sale C. Aspectos metodológicos de la investigación de la psicoterapia. Panorama histórico. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2009. Vol. 29; (104): 383-403.
27. Sassenfeld A. Afecto, vínculo y desarrollo del self. Clínica e Investigación Relacional, 2011; 5 (2): 261-294.
28. Schore A. Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development. Lawrence Erlbaum Associates. New Jersey. 1994.
29. Stern D.N. The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books: 1985.

## **BREVES MODELOS DE PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA**

30. Storolow R.D., Atwood G. E. Los contextos del ser. Herder. Barcelona :2004.
31. Sullivan H. S. The interpersonal theory of psychiatry. Psique. Buenos Aires.:1974.