
PSICOTERAPIA BREVE DINÁMICA Y SU APLICACIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL SEVERO EN UNA UNIDAD DE ALTA DEPENDENCIA PSIQUIÁTRICA

Esther Chacón Gil

Médico Psiquiatra

Unidad Polivalente Barcelona Norte. Hospital Mare De Dèu de la Merced,
Barcelona, España

eamparoc.merced@hospitalarias.es

Resumen

El objetivo de este artículo es hacer una revisión de las principales características de la teoría y la técnica de la Psicoterapia Breve Psicoanalítica: conceptos básicos, historia, origen, diferentes definiciones, objetivos, indicaciones y contraindicaciones, así como las modificaciones en la técnica con sus características propias y definitorias. Se muestra su aplicabilidad y utilidad en una Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica (UADP), con resultados efectivos y eficientes en un entorno estructurado en el que paralelo a la psicoterapia, cada uno de los miembros de la Unidad ejerce una función terapéutica necesaria en pacientes con un Trastorno Mental Severo. Por último se expone una experiencia en psicoterapia dinámica breve en nuestra UADP.

Palabras clave: Psicoterapia, Psicoanálisis, Psicoterapia Breve, Trastorno Mental Severo.

Abstract

The goal of this article is to review the main characteristics of the theory and technique of Brief Psychoanalytic Psychotherapy: basic concepts, history, origin, different definitions, objectives, indications and contraindications, as well as the modifications in the technique with its own and defining characteristics. Its applicability and usefulness in a Highly Dependent Psychiatric Unit is shown, with effective and efficient results in a structured environment, in which, in parallel to psychotherapy, each one of the Unit members exercises a necessary therapeutic function in patients with a severe mental disorder. Finally, an experience in brief dynamic psychotherapy in our UADP is exposed.

Key words: Brief Psychoanalytic Psychotherapy, Psychoanalysis, UADP, technique, applicability, a case.

Definición

La psicoterapia es un modelo de tratamiento psicológico que se da en un encuentro entre una persona que tiene un padecimiento y pide ayuda a otra que tiene un conocimiento destinado a aliviarlo. Este dialogo tiene sus características especiales, que lo diferencian de otras modalidades de tratamiento que implican un intercambio interpersonal.

En la psicoterapia la palabra es el elemento principal alrededor del cual se constituye el encuentro paciente-terapeuta. Los otros elementos participantes junto a la palabra van a modelar y configurar el tratamiento y sus particularidades.

Dentro del desarrollo de las psicoterapias encontramos dos grandes grupos (1):

1. Psicoterapias de *insight* o elaboración, cuya finalidad es intentar modificaciones de personalidad más o menos profundas, de acuerdo a las posibilidades del sujeto y la técnica utilizada. Dentro de este grupo están el Psicoanálisis, la Psicoterapia psicoanalítica, la Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica y las derivadas del psicoanálisis (gestalt, humanismo, etc).
2. Psicoterapias de contención, dirigidas a reducir la angustia causada por el síntoma motivo de consulta y devolver al paciente su estado de estabilidad previo a la aparición del padecimiento psíquico/somático. En este grupo están las terapias breves, terapias de emergencia, intervención en crisis, terapias de apoyo y terapias de esclarecimiento.

En este artículo me centraré en la Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica fundada en el cuerpo teórico del psicoanálisis. Esta no es una terapia de apoyo, aunque en momentos nos veamos en la necesidad de salir de la neutralidad y hacer uso de conse-

jos y de intervenciones farmacológicas para calmar síntomas que generan gran malestar en el sujeto.

Historia

La Psicoterapia Breve psicoanalítica nace del psicoanálisis y va creciendo como una de sus más sólidas ramificaciones. Sigmund Freud consideró, en un momento en el cual el psicoanálisis ya se había establecido en Europa, a finales del siglo XIX y principios del XX, que el psicoanálisis no podía aplicarse en todos los sujetos y que era necesario hacer modificaciones a la técnica analítica clásica y rigurosa, conservando los conceptos psicoanalíticos (2) (3). De allí parten los fundamentos de la Psicoterapia Breve dinámica, con sus indicaciones clínicas, sus objetivos y su técnica propia.

Dentro de los autores más destacados en la creación y desarrollo teórico-técnico de la Psicoterapia Breve dinámica se encuentran en Europa Ferenczi, Rank, Guilliéron, Malan (4), y Jones. En EE.UU. están Balint, Mann, Gitelson, Knight, Alexander, French, Fromm-Reichmann, Stone, Gill, Wolberg, Bibring y Sifneos (5), entre otros. En Canadá, está Davanloo (6). En Argentina, Szpilka, Knobel, Fontana, Kesselman, Fiorini y Braier (7).

Origen

El reconocimiento de la enfermedad mental y la necesidad de su tratamiento psicológico, y no sólo farmacológico, traen como consecuencia un crecimiento de la población consultante que reveló la dificultad de poder ser atendida mediante las psicoterapias de larga duración usadas hasta ese momento. La Psicoterapia Breve se desarrolla enton-

ces como instrumento capaz de extender la atención psicoterapéutica a las nuevas demandas, utilizando tratamientos más ágiles dirigidos al alivio del padecimiento psíquico. Adicionalmente, a nivel económico, su uso reducía los gastos en salud ofreciendo un dispositivo terapéutico efectivo.

Entre otros factores importantes para su creación y desarrollo se encontraba la necesidad de tratar a pacientes que no eran abordables desde el psicoanálisis. Bien es sabido que para el psicoanálisis de Freud la psicosis era considerada inanalizable. Algunos analistas estaban convencidos de que aunque no se pudiesen someter al análisis se beneficiarían de un tipo de tratamiento basado en éste.

Autores como Malan (1963), Alexander y French (1965), Kesselman (1977) y Fiorini (1973), empiezan a construir conceptos propios que dieron como resultado esta modalidad terapéutica específica (7).

Para que la Psicoterapia Breve se sostuviera como un método con aplicabilidad vigente, fue necesario superar obstáculos (1). La disponibilidad de un método novedoso y que pudiese alcanzar a una población de pacientes mayor, trajo como consecuencia el que muchos profesionales comenzaran a practicarla sin tener los conocimientos necesarios, con resultados desastrosos y generando una concepción negativa sobre la Psicoterapia Breve.

Por estos motivos, los psicoanalistas interesados en desarrollarla se dedicaron a delimitar con exactitud la correcta teoría y práctica de la Terapia Breve de orientación psicoanalítica. como una modalidad psicoterapéutica con identidad propia.

Denominaciones

La Psicoterapia Breve dinámica ha sido denominada de distintas formas, de acuerdo a la predominancia de alguno de sus elementos fundamentales que los diferentes autores han querido priorizar o destacar en la técnica.

El nombre de Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica subraya su origen en el psicoanálisis, del cual deriva y en el que consigue su inspiración. La acepción de Psicoterapia Breve ya de por sí define un aspecto temporal que la diferencia del psicoanálisis, en el que la duración en el tiempo no se establece como parte del acuerdo terapéutico. La psicoterapia no regresiva también hace referencia a sus orígenes en la técnica psicoanalítica.

Otra denominación que encontramos es la de psicoterapia de objetivos limitados, que resalta una de las características de mayor importancia en la técnica de este modelo de psicoterapia: El establecimiento de los objetivos a trabajar siempre estará presente en ésta.

Acepciones como psicoterapia focal, psicoterapia de *insight*, psicoterapia planificada son otras formas de denominarla que encontramos en la literatura (7).

Las denominadas técnicas focales derivan de los desarrollos teóricos de Balint, quien introdujo el concepto de foco en psicoterapia. A partir de un caso, Balint, empezó a sistematizar y desarrollar el concepto de foco, después de cada sesión escribía en un papel en qué medida y cómo había logrado concentrarse en el foco o se había desviado de él (8) (1) .

A partir de Balint diversos autores comenzaron a utilizar la Terapia Breve basados en el concepto de focalización, llegándose a equiparar el concepto de Terapia Breve con el de terapia focalizada.

La técnica

En el esquema funcional de la Psicoterapia Breve encontramos elementos teóricos y técnicos. Es en la técnica donde realmente se diferencia del Psicoanálisis.

Como características generales de la técnica encontramos las entrevistas de valoración, el foco y el tratamiento (9) (7) (10), explicados a continuación.

Entrevistas de valoración

Se realizarán las entrevistas de valoración que el terapeuta considere necesarias para obtener una historia clínica completa. Incluye la descripción clínica de los síntomas, historia patobiográfica, una aproximación psicodiagnóstica: estado y cualidad del yo, mecanismos de defensas usados, relaciones objetales y su evolución, desde el narcisismo al Edipo, el relato de los vínculos familiares y relaciones con otros importantes a lo largo de la vida de la persona. También valorar funcionalidad: desempeño académico, profesional, el logro o no de autonomía y de relaciones afectivas.

En las entrevistas iniciales el terapeuta buscará establecer la alianza terapéutica con el objetivo de establecer y dar continuidad al proceso. Esto se logra en las primeras entrevistas con interés y disposición del terapeuta para escuchar el padecimiento del paciente con el consiguiente clima de confianza.

Desde las primeras entrevistas y a lo largo del proceso, el terapeuta mantendrá una actitud activa, a diferencia de la neutralidad del analista. Mostrará interés, buscará empatizar y se ubicará en un lugar más simétrico con el paciente. Será flexible para adaptarse, en la medida de lo posible, a contener

las ansiedades y aliviar el sufrimiento. Este terapeuta cercano y sus acciones favorecen que el paciente se mantenga en un proceso terapéutico a pesar de los elementos en contra y de las fuertes resistencias (8).

Lo anteriormente descrito asemeja la psicoterapia dinámica breve a determinadas técnicas cognitivo-conductuales, aspecto que ha generado incomodidad en algunos círculos psicoanalíticos clásicos y ortodoxos. Mi opinión es que más allá de las formas escrupulosas en que se lleve a cabo una terapia están los beneficios que las modificaciones y un uso experto de la técnica aportan para el sujeto que sufre y pide ayuda.

El foco

En las entrevistas de evaluación debe quedar al menos delimitado el foco y las situaciones grupales subyacentes. El foco es el factor emblemático de la técnica breve y establecerlo es imprescindible. El foco es el eje o punto central de la problemática del paciente, sobre el que se trabaja; normalmente esta en relación con el motivo de consulta, aunque no sea exactamente el mismo (11).

Se pueden establecer uno o más focos, y en cada uno de estos focos, el eje dado por el motivo de consulta y el conflicto nuclear subyacente se inserta en una situación grupal específica, como serían la pareja, los padres, los compañeros de trabajo o algún otro grupo que forme parte de la situación problema.

La focalización tiene entonces como objeto la formulación de un foco a partir de la demanda del paciente, basándose en la situación actual que motiva la demanda, la historia biográfica anterior que trae el paciente y la relación que mantiene con el terapeuta en la transferencia. Podríamos resu-

mir entonces que el foco es una construcción de la terapia breve que tiene los siguientes componentes :

- a) Un conflicto intrapsíquico de base, que se vincula con un conflicto infantil no resuelto.
- b) Manifestación de una serie de ansiedades y defensas, que suelen constituir el motivo de demanda.
- c) Un tipo específico de relación de objeto predominante, que crea problemas al paciente en el área de las relaciones interpersonales (10).

El psicoterapeuta dinámico se ocupará de resaltar constantemente los focos conflictivos, tratando de mantener la atención del paciente en ellos, llegando incluso a centrar las asociaciones libres en tales áreas.

El tratamiento

En relación al encuadre, los encuentros son cara a cara, de 45-50 minutos de duración. Las entrevistas de familia también pueden formar parte del diseño de tratamiento particular para los pacientes en los que así se considere.

Una vez establecido que el tratamiento se llevará a cabo es conveniente explicar la metodología de trabajo, los objetivos y metas y la duración del tratamiento (7). Las reglas técnicas básicas del psicoanálisis (asociación libre, atención flotante, neutralidad y abstinencia) se deben usar en la medida de lo posible.

Se hace uso de interpretaciones de los fenómenos transferenciales. más no la transferencia directa con el terapeuta; estaríamos hablando de interpretaciones extratransferenciales, con personas significativas involucradas en la situación conflictiva (7).

El uso de la asociación libre está permitido

pero con limitaciones, de forma selectiva por parte del terapeuta y en momentos puntuales del tratamiento, para evitar la regresión

Se trabajan las resistencias.

A todo lo largo del tratamiento se debe promover una transferencia positiva sublimada, evitando en lo posible el desarrollo de una neurosis de transferencia regresiva, pues ésta constituirá una fuente de resistencias de muy difícil disolución (12) (13).

Se deben tomar en cuenta los recursos con los que cuenta el paciente, como autonomía, vida laboral, capacidad de empatizar, socialización, relaciones familiares sanas, así como la orientación del sujeto hacia el futuro, su organización de proyectos, metas e ideales. El terapeuta debe manejar una amplia gama de intervenciones como recursos provenientes de la psiquiatría (psicofármacos) y la psicología clínica (pruebas psicológicas) si estos son necesarios para alcanzar los objetivos terapéuticos (7).

Aunque no es un requisito obligatorio, el terapeuta breve requiere una formación rigurosa y supervisión de casos. Dicha formación no está disponible en la formación del psiquiatra o psicólogo/a, por lo que requiere un esfuerzo tanto intelectual como económico personal.

Objetivos

Se orientan principalmente a la comprensión psicodinámica de la enfermedad, crisis o descompensación del paciente. Se dirige a tratar el conflicto inconsciente subyacente Busca el *insight*, generalmente parcial y limitado en su profundidad, del conflicto inconsciente, fortalecer el yo del paciente y las áreas más preservadas de su psiquismo, así como transformar los mecanismos de defensa más primitivos en mecanismos más elabo-

rados que permitan una mayor flexibilidad yoica, superar las resistencias y disminuir la actuación del conflicto inconsciente puesto en escena en la conducta manifiesta del sujeto. Si esto se logra redundará directamente en la superación del síntoma o problema actual que motiva la atención (13) (12) (7).

Indicaciones

- Los trastornos neuróticos agudos en los que se pretende el restablecimiento rápido del estado normal. Se trata de pacientes cuyo trastorno es de origen reciente y su estructura y defensas se desenvolvían satisfactoriamente antes de su enfermedad. El desequilibrio es el objeto de la intervención.
- Crisis dentro de un trastorno crónico de personalidad. Pacientes que estaban compensados, de forma que se podían desenvolver sin grandes problemas hasta la aparición de esta crisis.
- Pacientes que no se pueden permitir un tratamiento largo o no les está indicado, como por ej. una persona en transito en un lugar que no es su vivienda habitual.
- Pacientes cuyo objetivo con el tratamiento es limitado: una persona mayor jubilada, una crisis propia de un período vital, superar un duelo.
- Pacientes que poseen una fuerte tendencia a depender de otro sujeto, y en consecuencia, el tratamiento largo podría llevar a desarrollar una dependencia con su terapeuta.
- Pacientes con una estructura yoica frágil pero con capacidades cognitivas y afectivas adecuadas y suficientes (13)(12).

Contraindicaciones

Las contraindicaciones de la Psicoterapia Breve incluye sujetos muy regresivos, dependientes e inmaduros, con relaciones objetales precarias y que no han superado el narcisismo omnipotente.

También está contraindicada en personalidades rígidas y caracteropatías cronicadas (7).

Las listas rigurosas y muy selectivas que encontramos en la literatura con las características de los pacientes que pueden ser seleccionados para entrar en Psicoterapia Breve, han ido flexibilizándose. El paciente cuasi perfecto descrito por expertos psicoanalistas dedicados al desarrollo de la teoría y técnica breve, ya no lo es tanto, más aún si tomamos en cuenta a los pacientes en los servicios de psiquiatría de hospitales y en los que consultan en centros de atención en salud mental.

En mi experiencia en una unidad de ingreso hospitalaria de rehabilitación de pacientes con Trastornos Mentales Severos, la Psicoterapia Breve tiene su utilidad en pacientes que han alcanzado la estabilidad clínica. El ingreso tiene como media de estancia dos años. A lo largo del proceso, y dependiendo de la gravedad y cronicidad del padecimiento psicótico es posible y loable incluirla. La restitución de funciones yoicas y cognitivas (atención y memoria), la recuperación de un pensamiento organizado con posibilidad de asociar y elaborar contenidos, aunque esta elaboración sea en general más cognitiva que afectiva, y el uso de mecanismos de defensa propios de la neurosis con disminución de las proyecciones masivas y su correlato emocional, serán las pautas que marquen el camino para aplicarla.

Su uso me ha permitido intervenir y elaborar conflictos sobrevenidos en estos pa-

cientes durante su ingreso de larga estancia. Algunas de estas situaciones son: duelo por pérdida de personas significativas, la reactivación de conflictos parentales o familiares, la aparición de enfermedades propias o de seres queridos y situaciones sociales generadoras de angustia. Como ejemplo actual, la enfermedad por SARS Covid 2 y el aislamiento familiar y social al que los pacientes ingresados en la Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica han vivido los últimos dos años.

Mi experiencia es positiva, con recuperación del paciente al estado de equilibrio previo a la crisis, que se había conseguido en la unidad. Subrayo que el diseño y aplicación del programa de rehabilitación en la unidad y los miembros del equipo: Psicólogo, Enfermeras, Trabajadora social, Educadora social y Fisioterapeuta, son indispensables. El entorno contenedor, la estructura y límites que aporta la unidad y las funciones que ejercen cada uno de los miembros del equipo, proveen una base sólida para el restablecimiento y vuelta a la estabilidad perdida. Sin su participación la aplicación de la técnica de Psicoterapia Breve en esta Unidad no sería posible.

A propósito de un caso

M hombre de 36 años ingresó en nuestra Unidad de Alta Dependencia Psiquiátrica con una patología psiquiátrica desde su adolescencia temprana (15 años) y múltiples ingresos en unidades de agudos y subagudos.

En sus crisis predominaban los síntomas afectivos, con alternancia entre depresiones y euforias llegando a episodios maníacos con desbordamiento conductual importante. Reconocía sin mucha dificultad la necesidad de ingresar, lo que ponía límite a su incontinencia afectiva. En informes previos se describían síntomas psicóticos, que nunca

aparecieron en el ingreso en nuestra unidad.

Fue derivado para conseguir estabilidad afectiva en el tiempo y, según él, "para hacer una vida normal", sin enfermedad: ésta era su principal demanda. Se lamentaba de su enfermedad y de tener que pasar por ingresos con frecuencia, situación que lo hacía sufrir pero sobre todo que lo llenaba de ira e impotencia.

Previo al ingreso mantenía un buen vínculo y asistía a visitas de seguimiento en su centro de salud mental, así como cumplía la pauta de medicación psicofarmacológica que se le indicaba.

En relación a su historia de vida, era el hijo único de padres separados en malos términos cuando M tenía 1 año. Se quedó a vivir con la madre y al padre lo veía poco. Aquejaba la falta de su padre, sobre todo después de que éste se había ido a vivir a otra ciudad.

Cuando era todavía un niño, pasaba vacaciones con el padre. Siempre tuvo la sensación de que el estar cerca de su padre era bueno para él; sin embargo, una vez juntos, su impresión cambiaba. Sentía que lo molestaba, que se hacía cargo de él por obligación y que no podían mantener una relación afectiva y de confianza.

Con su madre ocurría todo lo contrario. Representaba para M un vínculo indispensable, de necesidad, de dependencia, pero también de sometimiento, vínculo cargado de ambivalencia. Amaba a la madre, sentimiento que hacía explícito con frecuencia, a la vez que se sabía sometido a ella. Decía no poder vivir sin ella, lo que lo hacía temer por su integridad física y emocional. Hablaban cada día y a su madre "le contaba todo". No había tolerado en el pasado, y seguía siendo igual en el presente, la frustración de su ausencia cuando la requería. A la vez disponía de ella, en la fantasía y en la realidad, para satisfacer cualquier deseo y tenía que hacerlo de

forma inmediata. Yo recibía llamadas frecuentes y largas de la madre, explicándome con prolijidad saber, sin dejo de dudas, lo que su hijo necesitaba.

Los intentos de M por liberarse de este atrapamiento materno tomaban forma en su actitud confrontativa y hostil con las que se revelaba a las normas de la unidad. No aceptaba los horarios de salidas terapéuticas establecidos, y a menudo regresaba tarde. Los acuerdos en este sentido eran imposibles, se negaba a que "le limitáramos su libertad." Esto lo hacía sentir indignado, ¿Quién más que él debía disponer del uso de su tiempo!. Proyectaba toda su frustración y sentimiento de impotencia en el equipo. Constantemente M hacía solicitudes no contempladas en las normativas de la unidad, a pesar de las explicaciones y aclaratorias que se le daban. Se consideraba merecedor de un trato especial y exclusivo, como lo exigía a la madre. El no satisfacer sus demandas narcisistas lo transformaba, se desencajaba, tornándose hostil, irritado, verbalmente agresivo, incontrolable, lo que en una oportunidad fue motivo de derivación a servicio de urgencias.

Un aspecto preservado de M era su capacidad para establecer vínculos afectivos, era muy sociable y le gustaba compartir con amigos con quienes hacía planes los fines de semana durante salidas terapéuticas.

Fuera de estos momentos de ira, en nuestros encuentros se mostraba dispuesto al diálogo, le preocupaba su futuro, conseguir su autonomía al mismo tiempo que lidiar con una enfermedad que percibía como la causa de todas sus limitaciones y frustraciones. "Lo estoy pasando muy mal por dentro, estoy cansado de todo". Necesitaba recuperar el tiempo perdido.

Resaltaban sus recuerdos repetidos sobre experiencias dolorosas que lo habían hecho sufrir de una forma muy intensa, recordaba

bullying en la escuela, el sentirse distinto a sus compañeros, se sentía débil y frágil. No pudo mantener relaciones de amistad en su época de estudiante a causa del inicio de su enfermedad.

Tenía facilidad para establecer relaciones amorosas. Había tenido dos relaciones de pareja importantes. La primera, una mujer bastante mayor que él, la recordaba con nostalgia y ternura, había sido un apoyo clave en su adolescencia y adultez temprana. Su familia se oponía a esta relación, era "muy mayor para él". Recordaba haber estado muy triste cuando se separaron. La había encontrado hacía poco tiempo en internet y reiniciado el contacto sin llegar a verla. Tenía curiosidad más estaba muy marcado por el discurso familiar: esta relación no era posible.

Ante su motivación a la psicoterapia durante las entrevistas, sus funciones cognitivas preservadas, el interés por conocerse y la necesidad de elaborar el duelo por su salud mental y las manifestaciones emocionales que lo desbordaban ante los límites de la unidad, le propuse iniciar sesiones de psicoterapia dinámica de objetivos limitados que aceptó.

Establecimos una sesión de 45 minutos a la semana por 16 semanas.

Fuimos delimitando el foco. Como síntomas y situación problema establecimos su malestar ante las normas y límites de la unidad, con su correlato conductual de ira y desprecio a este entorno. Como conflicto nuclear la relación de dependencia y sometimiento a la madre y como situación grupal específica el ingreso en la unidad con unas características específicas, entre las cuales estaba el que su ingreso fuese involuntario.

En las primeras sesiones no podía tolerar los 45 minutos, se excusaba en que no quería extenderse porque tenía otras activida-

des que hacer en la unidad. Al interpretarles su demanda de atención y su rechazo cuando la conseguía, pudo permanecer la sesión completa.

En los momentos de tristeza, limitaba su llanto, hacía inmensos esfuerzos por controlar las lágrimas. Poco a poco aceptó la tristeza que le traía el reconocerse enfermo y con ello la necesidad de la madre o algún otro que le aportara el apoyo y sostén que creía perdidos cuando se descompensaba. Esto llevaba a un temor inconsciente a que los límites y normas eran representantes de su sentimiento de impotencia y a su vez de estar atrapado en una madre idealizada y todopoderosa, ante la cual se sentía frágil y débil como el niño de su recuerdo. En su discurso se hacía manifiesto un ideal del yo proveedor de toda satisfacción y fantasías de omnipotencia y proyectaba en el equipo un superyo que restringía y prohibía sus deseos más primarios. En sus recuerdos y sentimientos se infería un saber sobre sí mismo reprimido. Exponía deseos y conflictos que pretendía pasar por alto con excesiva rapidez, como los deseos y fantasías hostiles hacia la madre. Pudimos acercarnos y asociar estos pensamientos y sentimientos a través del esclarecimiento, la confrontación y el *insight* (14) parcial y de esta manera integrar la tristeza sin llegar a recaer en depresión durante la terapia.

En las sesiones logramos diferenciar a los miembros de la unidad, con nuestras funciones, de la madre omnipotente de su fantasía.

Ayudaron en su proceso las entrevistas sucesivas con la madre, aportándole un espacio para expresar su sufrimiento, la posibilidad de encontrar comprensión, de dejarse ayudar, y renunciar a ser el objeto único y con capacidad de sostener a su hijo. Aceptó nuestras sugerencias y trabajar en conjunto frente a las demandas de M.

Progresivamente disminuyeron sus actuaciones, su sentimiento de ira, podía escuchar con tranquilidad, respetaba el tiempo de permisos de salida terapéuticos y el de las actividades de rehabilitación que hacía fuera del hospital. Terminamos la psicoterapia dejando la puerta abierta a un futuro proceso en caso de que lo sintiera necesario, final que conllevó a su alta e ir a vivir independiente de la madre.

Bibliografía

1. Escobar J. Terapia breve [Internet]. [citado 14 de enero de 2022]. Disponible en: https://www.academia.edu/36589254/Terapia_breve_Dictado_por_Temario_LA_PSICOTERA-PIA_Definición_de_psicoterapia_El_psicoterapeuta_El_paciente_Evolución_de_la_psicoterapia_LOS_FINES_DE_LA_PSICOTERAPIA
2. Freud S. Análisis terminable e interminable (1937), Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, vol. XXIII; 1980.
3. Freud S. Nuevos Caminos de la terapia psicoanalítica Obras Completas (OC) Tomo XVII. B Aires Amorrortu Ed. 1977;
4. Malan DH. The Frontier of Brief Psychotherapy. New York,: Plenum Press.; 1976.
5. Sifneos PE. Short-Term Dynamic Psychotherapy. Evaluation and Technique. New York.: Plenum Press; 1987.
6. Davanlo H. Short-Term Dynamic Psychotherapy. New York,: Aronson Inc.; 1980.

7. Braier EA. Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica. 5ta edición. Buenos Aires: Nueva Visión; 1999.
8. Lizasuain Pascual MP. El concepto de foco y focalización en psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado [Internet]. [Uruguay]: Universidad de la República; 2015. Disponible en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5711/1/Lizasuain C Maria Pia.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/5711/1/Lizasuain%20C%20Maria%20Pia.pdf)
9. Antonio Sánchez-Barranco Ruiz. Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica [Internet]. 2001. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000200002
10. Fiorini HJ. La primera entrevista en psicoterapia breve. En: Teoría y técnica de psicoterapias. Ampliada. Buenos Aires: Nueva Visión; 2004. p. 63-80.
11. Fiorini HJ. El concepto de foco. En: Teoría y técnica de psicoterapias. Ampliada. Buenos Aires: Nueva Visión; 2004. p. 85-100.
12. Knobel M. Psicoterapia Breve. Paidós. Buenos Aires; 1987.
13. Fiorini HJ. Psicoterapia dinámica breve: aportes para una teoría de la técnica. En: Teoría y técnica de psicoterapias. Ampliada. Buenos Aires: Nueva Visión; 2004. p. 21-46.
14. Laplanche J, Pontalis JB. Diccionario de Psicoanálisis. Tercera edición revisada. Barcelona. España: Labor; 1987.

Biografía

BRAIER, E. (1981): "Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica". Edic. Nueva Visión.

FIORINI, H. "Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas". Nueva Visión. 124 Teoría y técnica de psicoterapias". Nueva Visión.

Etchegoyen Horacio, "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica", Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1993.

FREUD, S. "Análisis terminable e interminable" en O. C. .

KNOBEL, M. Psicoterapia breve. Paidós.

KOHUT, H. (1980): "La restauración del sí mismo. Paidós.

Malan, D,H,

GARCÍA A, M. (1997) "La Psicoterapia psicoanalítica Breve Focalizada". Revista Cubana de psicología. Vol 14. N° 1.

FIORINI, Héctor J. El concepto de foco. Teoría y Técnicas en Psicoterapia. 19ª ed. Buenos Aires: Nueva Visión [seriada en línea], 2002, p. 1-5.

BRAIER, Eduardo A. Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica 5ta ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 1999.