



UNA INVESTIGACION SOBRE FOCO Y PROCESO EN PSICOTERAPIA: PROBLEMAS Y CONSIDERACIONES

Gerardo Gutiérrez*, Florencia Iturriza**, Octavio Finol***

Resumen

Este trabajo describe el desarrollo de una investigación en curso, sobre foco y proceso terapéutico en psicoterapia psicoanalítica. Expone la historia de la investigación: las decisiones tomadas en su transcurso y los problemas conducentes a ellas. Se presentan los antecedentes de investigaciones sobre foco y psicoterapia. Se detalla el marco teórico del estudio y los factores intervinientes en su adopción. Particularmente, se discute la noción de foco. Se describe el diseño de la metodología y los motivos que determinaron su elección. Se comentan los próximos pasos de la investigación.

La investigación expuesta corresponde a un estudio de caso único de tipo exploratorio y descriptivo, que investiga la relación entre foco y avance del proceso terapéutico en una psicoterapia orientada psicoanalíticamente. Como material, se utilizaron transcripciones estandarizadas de las sesiones del tratamiento. La metodología empleada combina la técnica cualitativa de análisis de contenido para la extracción de datos y técnicas cuantitativas para su análisis.

Palabras claves

Investigación, psicoterapia, psicoanálisis, proceso terapéutico, foco, psicoterapia focal, métodos cualitativos y cuantitativos.

Summary

This paper describes the development of an in progress research concerning focus and therapeutic process within a psychoanalytic treatment. Our main objective is to set out its history; we take into account decisions taken and problems leading to them. Firstly, we expose 'the state of art' regarding focus and psychotherapy research. Secondly, we explain our theoretical framework, and different problems that support our adoption of it. Especially, we discuss the concept of focus. Thirdly, we portray our methodological framework as well as

* Director del Master Psicoterapia Psicoanalítica, Universidad Complutense de Madrid (UCM). E-mail: gutmpclin@psi.ucm.es

** Profesora Colaboradora del Master en Psicoterapia Psicoanalítica (UCM).

*** Profesor Colaborador del Master en Psicoterapia Psicoanalítica (UCM).



difficulties that affected its selection. Finally, we anticipate some next steps within this research.

The portrayed research is an exploratory and descriptive single-case study. It investigates the relation between focus and progress of therapeutic process within a psychoanalytic oriented treatment. As material we used standardized transcripts from treatment's sessions. The employed methodology combines qualitative technique of content analysis for obtaining data and quantitative procedures for data analysis.

Key words

Research, psychotherapy, psychoanalysis, therapeutic process, focus, focal Psychotherapy, qualitative and quantitative methodology.

Introducción

El presente trabajo procura dar cuenta de algunos aspectos del desarrollo de una investigación (**DEF: Determinación de encuentros focales**) sobre la relación entre foco y proceso terapéutico en una psicoterapia¹. Este estudio forma parte, a su vez, de una investigación en curso, más amplia, (**SMBP: Proyecto Salamanca-Madrid-Barcelona, "Los efectos de los planes e intervenciones del psicoterapeuta sobre el proceso terapéutico a través del análisis intensivo y extensivo de un caso en psicoterapia de orientación psicoanalítica"**), toda ella efectuada sobre un mismo proceso terapéutico².

Pretendemos mostrar nuestros presupuestos teóricos, las reflexiones, las ampliaciones (teóricas y técnicas) y las modificaciones de objetivos a que nos han llevado los problemas surgidos en el transcurso de la investigación. También, el momento actual de la misma y las expectativas para el futuro.

Creemos que lo que sigue es un vívido ejemplo de lo que se ha llamado la discrepancia entre clínicos e investigadores, en el campo de la psicoterapia. O en el interior mismo del clínico que quiere investigar sobre aquello a que dedica su actividad diaria. Discrepancia más patente aún, creemos, en el caso de la psicoterapia psicodinámica o psicoanalítica

¹ Investigación llevada a cabo por el equipo de la Universidad Complutense de Madrid, autor de este trabajo, dirigida por el Prof. Gerardo Gutiérrez.

² En el proyecto SMBP participan: Universidad de Salamanca, Universidad Complutense de Madrid, Universidad Central de Barcelona y Universidad Autónoma de Barcelona. La investigación está dirigida por el Prof. Avila-Espada. Los cuatro grupos de investigación realizan un estudio intensivo y exhaustivo, mediante el análisis de contenido, de una terapia (de una paciente, realizada por un terapeuta) grabada magnetofónicamente que reúne aproximadamente 200 sesiones.



Como afirma Scilligo (1990)³: “Uno de los riesgos mayores que puede correrse en la actualidad es el de admirar excesivamente los veredictos de la investigación o el de desvalorizarla con excusas de naturaleza subjetiva”

Cuando se nos propuso formar parte del Proyecto SMBP, se nos indicó que la investigación sería sobre proceso terapéutico, siguiendo un caso de psicoterapia conducido psicodinámicamente, registrado mediante procedimientos de audio en su casi totalidad. Se nos pidió que determináramos el tema de nuestro análisis antes de conocer el material sobre el que lo íbamos a realizar para no sesgar de ese modo los resultados futuros.

Decidimos incluirnos en el proyecto tomando como tema de nuestra investigación la identificación y comportamiento del foco en el proceso terapéutico. Más explícitamente, nos proponíamos comprobar la hipótesis según la cual tanto la capacidad del paciente para ceñirse a un tema principal, como la utilización por parte del terapeuta de intervenciones que tienden a focalizar, se relacionan con el avance del proceso terapéutico.

La idea inicial era encontrar los beneficios que tiene el uso de una terapia focal, en la que los objetivos del proceso terapéutico son definidos desde los primeros momentos. Las ventajas de una terapia que centra la relación paciente-terapeuta en aspectos tempranamente identificados y acordes a las expectativas de ambos eran conocidas por nosotros, y creíamos que una sustentación científica de esta idea podría ser una experiencia interesante.

En nuestro primer acercamiento al material pudimos comprobar que no se trataba de una terapia focal estrictamente hablando. Por este motivo, nos planteamos centrarnos en los aspectos descriptivos y exploratorios de la investigación y dejar para un segundo momento la comprobación de los beneficios del foco. Es decir, debimos preguntarnos primero, “¿es posible identificar un foco y su comportamiento en esta terapia?”, para luego, en caso de que así fuera, interrogarnos “¿cuál es su relación con el progreso de este proceso terapéutico?”

En función de estos objetivos y de las características del material debimos dejar de lado una concepción de foco, basada en autores, clásicos o no, pero con una induda-

³ Este autor hace un interesante análisis de esta discrepancia señalando una serie de problemas, algunos de los cuales se nos han hecho patentes en esta investigación, especialmente la preocupación, que late a lo largo de este trabajo, acerca de si las variables escogidas para la investigación son representativas o no de la práctica clínica real; y, por otra parte, el hecho de que la significación estadística, aun cuando aplicada de forma apropiada, no dice nada respecto a la importancia de la entidad del efecto, cuya consistencia viene dada por la significación clínica (Ver bibliografía citada por el autor).



ble riqueza conceptual y clínica todos ellos. Entre otros figuran: Balint, Ornstein y Balint (1972) y Malan (1963) con su idea de foco como interpretación dinámica esencial en que ha de basarse toda la terapia.

James Mann (1973) y el valor focal concedido a las ansiedades universales de separación y pérdida, Fiorini (1973) con un foco que incluye un notable conjunto de informaciones, hábilmente articuladas que configuran la situación psicodinámica vivencial del paciente, y Farré, Hernández y Martínez (1992), con un foco entendido como una conjunción de ansiedades y mecanismos de defensa, prototípicos de la forma de relación objetal fundamental.

No obstante, otros autores nos permitieron reconceptualizar de una manera diferente la cuestión del foco. Nos referimos a Thomä y Kächele (1985) y Strupp y Binder (1984). Nos detendremos en sus respectivas posiciones y en la utilidad que para nuestros fines han tenido sus propuestas en la segunda parte de este artículo. Previamente reseñaremos algunas investigaciones sobre foco y señalaremos sus diferencias con la nuestra.

Queremos hacer notar que estas reconceptualizaciones a que nos hemos visto obligados por la naturaleza concreta del material a estudiar, han tenido una motivación y un efecto sin duda saludables.

La motivación: indagar la posibilidad de identificar un foco en terapias no focales y determinar los beneficios de su utilización. Intentábamos adaptar nuestro estudio a las condiciones de la realidad y no a la inversa. Queríamos estudiar las particularidades de un proceso de psicoterapia analizando los aspectos que habíamos decidido en un principio, fueran cuales fueran los resultados de nuestra investigación.

El efecto: ampliar notablemente nuestra consideración teórica de la relación paciente/terapeuta y su carácter interpersonal e interactivo, además de transferencial (aspectos inseparables y articulados uno con el otro). Nuestra perspectiva para la investigación constituirá la tercera parte del trabajo.

Por otro lado, están los problemas surgidos del desarrollo mismo de la investigación, empezando por los desajustes inevitables entre el fenómeno clínico y su manipulación cualitativo/cuantitativa. De todo ello daremos cuenta en la cuarta parte del trabajo.

En la quinta parte reseñaremos, en forma general y sintética, el momento actual de la investigación y los próximos pasos.

I. Investigaciones sobre foco

Tradicionalmente, se ha entendido el foco en términos psicodinámicos, como la ex-



presión de un conflicto. Las diversas teorías sobre el foco acentúan este aspecto bajo diferente terminología: “conflicto nuclear”, “conflicto neurótico central”, “predisposición hacia la transferencia”, “trauma residual”, “tema central”, “tema central conflictivo de la relación”.

Clínicamente, se ha considerado que el foco reside en el conflicto emocional prevalente y actual del paciente, que a su vez se liga directamente a la repetición de la neurosis infantil (síntoma cardinal, conflicto intrapsíquico específico, detención del desarrollo, convicción inadaptada del *self*, tema esencial por interpretar, dilema interpersonal persistente o patrón inadaptado de actividad). En este nivel, en general, se considera que el foco representa un conflicto interpersonal en las relaciones actuales que reproduce un conflicto infantil. En este sentido se lo ha ligado a la transferencia y, en consecuencia, a la interpretación. Por otra parte, el foco ha sido relacionado con el rol activo del analista, quien alterna atención flotante y atención selectiva (u olvido selectivo o focalización en su tarea). Este aspecto del foco se ha ligado a su función organizadora o de guía en el proceso terapéutico. Evidentemente, la comprensión clínica del foco se relaciona directamente con la concepción teórica del mismo.

Las diversas investigaciones sobre foco han partido de estas concepciones. En una breve revisión de las características y aportes de algunas de ellas, mencionaremos, en primer lugar, las investigaciones pioneras realizadas en el taller de terapia focal de la Tavistock Clinic, dirigido por Michel Balint, cuyas conclusiones fueron publicadas más adelante por David Malan (1963). Estas investigaciones sobre foco y terapia focal condujeron a la conocida noción de “cristalización” del foco, como una decantación gradual del mismo (frente al “destello”, efecto de la rápida sintonización entre paciente y terapeuta, Balint et al., 1972), y a la propuesta de establecer un plan focal para la conducción de tratamientos cortos.

Los procedimientos utilizados en las investigaciones realizadas por el grupo de la Tavistock no se basaban en datos directos sino en informes u observaciones de los terapeutas, los pacientes y en algunos casos, los supervisores. Por este motivo, en la actualidad las investigaciones de este grupo son examinadas críticamente desde el punto de vista metodológico. Sin embargo, el ingente esfuerzo que significaron no ha sido desconocido. Se considera que consiguieron aportar evidencias con respecto a la relación entre foco y resultados del tratamiento. Demostraron que a mayor motivación del paciente y mayor uso del foco en el tratamiento, los resultados son mejores.

En segundo lugar, mencionaremos algunas investigaciones empíricas que estudian el aspecto focal del proceso terapéutico. Han sido desarrolladas en Alemania y Estados Unidos. Desde el punto de vista metodológico, estos estudios se caracterizan por la utilización combinada de técnicas cualitativas y cuantitativas para el estudio de caso



único. En general, los datos se obtienen mediante procedimientos cualitativos. Gran número de estas investigaciones utiliza la técnica de análisis de contenido guiada por categorías preestablecidas (categorías relacionadas con conceptos clínicos relevantes o temas importantes de la terapia en estudio) para la obtención de datos. El análisis de los mismos se realiza mediante técnicas estadísticas. Se sostiene que aunque el tratamiento cuantitativo de datos de origen cualitativo implica un empobrecimiento de la información, garantiza cierta precisión en los resultados y facilita la replicación de la investigación así como la comprobación de su validez y fiabilidad. Por otra parte, utilizan material directo. Es decir, se realizan registros magnetofónicos o visuales de todas las sesiones de un tratamiento y, siguiendo ciertos protocolos específicos, estos registros se transcriben. Las transcripciones constituyen el material que utiliza el investigador.

Tal como se ha mencionado, desde el punto de vista conceptual estas investigaciones parten de una comprensión psicodinámica del foco. En todas ellas se asocia el foco a conceptos clínicos psicoanalíticos (transferencia, patrón cíclico desadaptado psicodinámico, angustia, etc.), que incluyen aspectos inconscientes. En algunas de ellas, además, se relacionan diferentes focos con sucesivas fases del proceso terapéutico.

Varios de los estudios que asocian el concepto de foco a las diversas fases del tratamiento han sido realizados en la Universidad de Ulm. De esta manera, Kächele (1995, pp. 63) aplica escalas de evaluación de conceptos clínicos (transferencia positiva, transferencia negativa, angustia de separación, angustia de castración, angustia de culpa, angustia de vergüenza, angustia difusa, insight y alianza de trabajo) para la determinación de los focos y fases de un tratamiento. Este estudio es cualitativo y se guía por el juicio clínico de expertos. Posteriormente se utilizan técnicas estadísticas (particularmente análisis factorial) para el análisis de datos. Estos resultados, a su vez, son sometidos a discusión clínica en el equipo de investigación y se determinan las fases o focos del tratamiento.

En otro estudio del grupo de Ulm (Kächele, 1992, pp. 12) se relacionan determinados temas significativos inconscientes conductores del tratamiento, ejes del trabajo focal, con el cambio psíquico. Se utiliza la técnica de análisis de contenido asistido por ordenador para identificar la proporción de determinados sustantivos en el discurso del paciente y del terapeuta. Se supone que estos sustantivos se hallan ligados a los temas inconscientes anteriormente mencionados.

En un estudio descriptivo comparativo de los temas de un paciente y su analista a lo largo de un tratamiento psicoanalítico, Kächele (1995, pp. 61) utilizó la técnica del índice temático de Dahl. Esta técnica es de carácter cualitativo y procede por identificación de temas relevantes del tratamiento. Estos temas, luego son reducidos mediante análisis factorial. La presencia de estos factores resultantes o temas mayores



es codificada en las sesiones, obteniéndose así un mapa de eventos temáticos que permite estudiar la expansión de focos. El problema de este método es que supone que las correlaciones entre temas permanece estable a lo largo del tiempo cuando, en realidad, el objetivo del tratamiento es cambiar las conexiones entre temas. Este problema se liga a la cuestión del uso de temas preestablecidos para el análisis de las sesiones (aún cuando los mismos sean resultado de una reducción de los temas singulares de ese tratamiento).

De los estudios que asocian el concepto de foco al de transferencia, mencionaremos dos. La investigación llevada a cabo por Schnekenburger (Dahlbender, R.; Kächele, H.; Frevert, G. y Schnekenburger, S., 1995) tenía por objetivo identificar los focos cambiantes o fases de una psicoterapia focal. Esta investigadora utilizó el método CCRT (*Core Conflictual Relation Theme*) de Luborsky para alcanzar su objetivo. Utilizando esta técnica, la investigadora encontró las mismas fases o focos, expresados en el lenguaje formal del CCRT, que había identificado el terapeuta que había conducido el tratamiento. La conclusión del estudio fue que el método CCRT resulta útil para formular un foco de tratamiento.

Schacht y Henry (citado en Barber, J. P. y Crits-Christoph, P., 1993, pp. 580) diseñaron una técnica para identificar el patrón cíclico desadaptado (CMP) del paciente que permite caracterizar la naturaleza de los problemas neuróticos que motivan el tratamiento. Aunque sus objetivos no se relacionan directamente con el foco, podemos incluir su intento como antecedente en este ámbito porque el CMP ha sido ligado al foco por Strupp y Binder, sus creadores. Schacht y Henry operacionalizaron el CMP utilizando el SASB (*Structural Analysis of Social Behaviour* es una técnica ideada por Benjamin que codifica las interacciones). La validez y fiabilidad de la técnica SASB-CMP aún no han sido establecidas.

Esta revisión bibliográfica de investigaciones previas nos demostró que ninguna de ellas nos proveería el método que necesitábamos para estudiar nuestro material. Las particularidades del mismo nos llevaron a descartar como modelos los estudios que ligaban el concepto de foco al de la transferencia o a otros conceptos clínicos como angustia o a temas inconscientes (Kächele, 1995, pp. 63; Kächele, 1992; Dahlbender et al., 1995; Schacht y Henry en Barber y Crits-Christoph, 1993).

Esto se debió a razones prácticas, en primer lugar, ya que algunas de estas investigaciones habían sido realizadas sobre terapias focales o terapias conducidas con sucesivos focos ligados a la transferencia, y nuestro material no respondía a estas características. Y otras investigaciones fueron dejadas de lado por razones metodológicas. Uno de los estudios relacionaba foco con las fases del tratamiento y los temas predominantes (Kächele, 1995, pp. 61), pero partía de un método de análisis de contenido de temas preestablecidos. Nosotros preferíamos no utilizar temas preestablecidos pa-



ra permanecer lo más cerca posible al material del que partíamos. Por otra parte, este método supone una correlación estable entre temas a lo largo del tratamiento y consideramos que este supuesto no es aplicable a un tratamiento en el que se espera que las conexiones entre los temas varíe.

Ia. Modelo de proceso y foco para Thomä y Kächele

1) Modelo de proceso

Thomä y Kächele (1985)⁴ afirman que todo analista posee un modelo de proceso terapéutico (implícito o explícito) prescriptivo: provee instrucciones para la acción y criterios de evaluación. Por eso, los modelos de proceso tienen un impacto en la terapia y deben ser investigados. Deben poder explicitarse y formularse para hacer posible su validación empírica y así demostrar su utilidad. Ellos abogan por la construcción y el uso de un modelo heurístico de proceso terapéutico, un modelo que permita una aplicación flexible y adaptada al paciente. En su opinión, el modelo debe combinar dicha flexibilidad con una regularidad que estructure la función terapéutica.

Partiendo de estas ideas y como resultado de sus investigaciones sobre proceso terapéutico en psicoanálisis, Thomä y Kächele proponen un modelo interactivo. Afirman que la interacción entre paciente y terapeuta moldea el tratamiento y su desarrollo. Desde esta perspectiva, la contribución del terapeuta pasa a ser tomada en cuenta. Se considera que tanto sus representaciones afectivas como cognitivas influyen en el curso del proceso (Kächele y Thomä, 1993).

En el marco de esta concepción diádica del tratamiento, se considera que la transferencia no viene determinada exclusivamente por la fantasía y el pasado del paciente sino que es modulada por el aquí y ahora de la relación terapéutica, lo que incluye la relación real y la influencia del analista. La neurosis de transferencia es entendida como una representación interactiva de los conflictos intrapsíquicos del paciente en la relación terapéutica. Consideran que su manifestación concreta depende del proceso mismo, es configurada en la interacción, y por esto asume una forma única y singular para cada día. Asimismo, sostienen que la relación real entre paciente y terapeuta no se origina exclusivamente en la realidad; es construida también en la relación. La ecuación personal del terapeuta así como su orientación teórica, por ejemplo, influyen en ella.

Thomä y Kächele afirman que las reglas complementarias de asociación libre y atención flotante, así como las interpretaciones del analista, configuran el proceso de intercambio que caracteriza el tratamiento psicoanalítico. El impacto de estas reglas y

⁴ Mientras no se aclare lo contrario, todos los conceptos pueden encontrarse en Thomä y Kächele, 1985.



de la interpretación en ambos participantes, produce el despliegue de la transferencia (Kächele, 1992). Ahora bien, aunque este método es el que otorga su especificidad al proceso psicoanalítico, estos autores afirman que su estricta observancia no se comprueba en los tratamientos. Tal como lo demuestran diversas investigaciones, un factor de selección opera en el analista cuando se enfrenta al material del paciente (Kächele y Thomä, 1993, pp. 112). Así, la actividad del terapeuta se caracteriza por una alternancia complementaria entre la atención flotante y la focalización. La primera actitud tiende a obtener la mayor cantidad de información posible y la segunda a organizarla.

2) Concepto de foco

El foco es concebido como el centro de gravedad temático surgido de la interacción entre el tema del paciente y la perspectiva del analista. Vale decir que el foco se genera interactivamente; resulta de la propuesta del paciente y de la capacidad de comprensión y aceptación de dicha propuesta por parte del analista. Así, el proceso terapéutico, incluso en psicoterapias analíticas de duración indefinida, puede ser descrito como una sucesión de focos que resulta del proceso de intercambio o de negociación interpersonal no consciente entre las necesidades del paciente y las posibilidades de su analista de manejarlas. Desde esta perspectiva, la psicoterapia psicoanalítica es una “terapia focal continuada, de duración indefinida y de foco cambiante” (Thomä y Kächele, 1985 –trad. cast., 1989, pp.403–).

Al señalar el carácter interactivo del foco, estos autores subrayan la influencia del analista en el proceso terapéutico así como el trabajo de colaboración y contradicción que ambos llevan a cabo para encontrar el foco. En este sentido, se desmarcan de las concepciones de foco que lo ligan exclusivamente a la interpretación o lo incluyen en un plan focal que gira en torno a un único elemento.

Según estos autores, un tema se convierte en foco dinámico cuando el analista ha generado alguna hipótesis sobre motivos inconscientes que tenga sentido para el paciente e interviene guiando al paciente hacia ese tema, de tal manera que éste último se compromete afectiva y cognitivamente con él (Thomä y Kächele, 1985). En este sentido, “el foco describe el problema actual del paciente y la actualizada dinámica inconsciente de éste” (Dahlbender et al., 1995, p. 119). En general, el grupo de Ulm aboga por una comprensión psicodinámica del foco lo más cercana posible a las vivencias del paciente.

En el desarrollo de un tratamiento, el foco se configuraría de la siguiente manera (Thomä y Kächele, 1985). Al inicio del tratamiento, el paciente realiza diferentes proposiciones temáticas que pueden ser descritas como conflictos nucleares (en el sentido de French). Es decir, pueden ser descritas como constelaciones infantiles que inconscientemente determinan los síntomas y el carácter del paciente. Al ensayar los



primeros pasos terapéuticos se configura una primera constelación focal. El contenido de la misma es concebido como un conflicto focal (también en el sentido de French). Esto significa que el foco debe incluir datos sobre el origen infantil del conflicto, sus desencadenantes actuales y los mecanismos de defensa involucrados. La elaboración de este foco lleva a un segundo foco, que a su vez conduce a un tercero. Sin embargo, todos actúan sobre el primero y entre sí. Es decir que los focos están conectados entre sí y se relacionan con un conflicto central. Descriptivamente, el desarrollo del proceso terapéutico consiste en una sucesión de fases que se caracterizan por temáticas diferentes.

Iib. Modelo de proceso y foco para Strupp y Binder

1) Modelo de proceso

El modelo de proceso de Strupp y Binder (1984)⁵ es interactivo. Consideran que el intercambio entre paciente y terapeuta determina la marcha de la terapia y que la relación terapéutica es un sistema diádico en el que la conducta de ambos participantes influye.

¿Por qué el énfasis en lo interpersonal? Estos autores sostienen que la identidad y la conducta interpersonal del paciente tienen un origen interpersonal y una historia de aprendizaje en la infancia. Las deficiencias en el esquema de interacción niño-padres generan patrones relacionales cuya función es auto-protectora. Estos patrones luego son repetidos y representados en las relaciones interpersonales. Su reproducción no sólo se debe a su ineficaz función auto-protectora. Al reproducir el patrón, el paciente provoca en los otros reacciones que lo confirman. De esta manera, las relaciones interpersonales ratifican el patrón. Por eso, este patrón funciona como un círculo vicioso que se auto-propaga⁶. El problema es que su repetición en el presente resulta anacrónica e inadaptada y se traduce en diversas limitaciones que pueden producir síntomas.

Desde esta perspectiva, el análisis de la interacción entre paciente y terapeuta es el medio más eficaz para tratar al paciente, porque al reproducirse el patrón psicodinámico cíclico en la relación terapéutica, otorgará la posibilidad de modificarlo. Según Strupp y Binder, la tendencia a repetir el patrón psicodinámico cíclico configura la transferencia. Así, ésta no sólo es la disposición del paciente a percibir al terapeuta según dicho patrón sino también la conducta por la cual el paciente intenta incluir al terapeuta en una representación recíproca del mismo. La contratransferencia, por su

⁵ Todos los conceptos y nociones que se explican a continuación pueden encontrarse en Strupp y Binder, 1984.

⁶ Véase también Wachtel 1988 y 1996.



parte, corresponde parcialmente a la reacción empática del terapeuta evocada por la transferencia del paciente, es decir, a la reacción inducida en el terapeuta por el papel asignado por el paciente según su particular patrón psicodinámico cíclico (ya no se trata de una interferencia que debe ser eliminada, aunque este aspecto también se tiene en cuenta).

Evidentemente, en esta concepción transferencia y contratransferencia están ineludiblemente entrelazadas y conforman la unidad interactiva que caracteriza la naturaleza de la implicación de ambos participantes en el intercambio. Su análisis es análisis de la interacción y es el principal instrumento de la terapia. Esto se debe a que permite al terapeuta identificar el modelo de interacción del paciente, comunicárselo (por medio de la interpretación) y refutar o representar, temporal y parcialmente, el papel recíproco que le es asignado. En esta tarea el terapeuta asume un rol activo en el cual juega un papel fundamental el foco.

2) Concepto de foco

Strupp y Binder definen el foco como un instrumento heurístico que ayuda a generar, recoger y organizar información relevante para la terapia. Al igual que otros autores, consideran que funciona como señal o marco de referencia para las intervenciones del terapeuta (en este sentido, el foco es una hipótesis; es el mapa y no el territorio). En tanto el foco marca un destino y otorga una visión general del camino a recorrer, su utilización también es beneficiosa en las terapias de larga duración. En otros términos, el foco no se utiliza sólo para circunscribir o limitar la terapia. Es una teoría individualizada *ad hoc* que clarifica y conecta fenómenos conductuales y experienciales de otro modo inconexos.

El concepto de foco de Strupp y Binder se basa en dos principios. Uno de ellos, explicado más arriba, afirma que la experiencia vital se desarrolla en el campo interpersonal. El otro sostiene que el modo psicológico de construir la experiencia vital es la narración. La narración organiza secuencialmente la experiencia y las acciones. Tiene aspectos inconscientes y el objetivo de la terapia es hacerlos conscientes⁷. En función de estos principios, el foco tiene una estructura narrativa y concierne a las relaciones interpersonales.

La narración recogida en el foco describe acciones humanas⁸ insertas en un contex-

⁷ Esto se logra contándolos. Paciente y terapeuta se implican en una narración y re-narración conjunta de los dilemas más importantes de la vida del paciente. La re-narración es una comprensión alternativa, cognitiva y afectiva, del modelo psicodinámico cíclico de interacción, que produce el proceso de cambio. Evidentemente, en esta concepción se observa la influencia de las teorías cognitivas y su concepto de "guión".

⁸ El concepto de acción es definido en términos de Schaffer (citado en Strupp y Binder, 1984): cogniciones y sentimientos de sí así como conductas manifiestas (son actos y no rasgos o constructos hipotéticos).



to interpersonal, organizadas en un patrón psicodinámico cíclico, que han sido fuente de problemas repetidos a lo largo de la vida y en la actualidad. Resaltemos que, según esta concepción, el valor de la historia es clarificar el presente y no a la inversa. Se considera que el aquí y ahora influye sobre lo recordado. Por eso, la principal fuente de información para la construcción del foco es la relación terapéutica y secundariamente el material referente a otras relaciones. Por otra parte, se construye la historia en colaboración con el terapeuta y no de forma unilateral (por el paciente).

El formato del foco se deriva del análisis empírico de las categorías de información que los terapeutas usan habitualmente para las intervenciones focales. Incluye cuatro elementos:

- Actos del sí mismo o *self*.
- Expectativas sobre las reacciones de los demás o de sí mismo como respuesta a los actos del sí mismo.
- Actos de otras personas hacia uno mismo, actos evocados por las acciones del paciente.
- Actos de uno mismo hacia uno mismo (introyección), que expresan la autoimagen y la autoestima como resultado de la interacción.

Se considera que esta formulación recoge el modelo psicodinámico de interacción prototípico, inadaptado y cíclico del paciente. Señalemos que este modelo subraya los aspectos problemáticos de los modos habituales de relacionarse del paciente con otros: los roles centrales y complementarios, la secuencia de interacción inadaptada, las expectativas auto-derrotistas y las auto-valoraciones negativas resultantes. En este sentido, el foco permite relacionar el modelo de interacción del paciente con los problemas psicológicos y síntomas que motivaron la terapia. El foco también puede ser definido como un método para especificar la transferencia del paciente. Se centra en la forma de transferencia que tiene mayor impacto en la relación terapéutica.

El mantenimiento del foco implica por parte del terapeuta, fundamentalmente, una actitud de atención selectiva y olvido selectivo (Balint et al., 1972). Esto significa influir en lo que es de valor y lo que es accesorio (mediante preguntas, moldeando el contexto de dichas preguntas y eligiendo a qué poner nombre y a qué no). Esto supone que el rol del terapeuta se caracteriza por la actividad, en lugar de caracterizarse por la actitud pasiva tradicional consistente en seguir los temas propuestos espontáneamente por el paciente. Al guiarse por el foco, el terapeuta dirige el curso de la terapia.



III. Nuestra perspectiva para la investigación

Nuestro estudio pertenece al ámbito de las investigaciones en psicoterapia. Forma parte de los trabajos que investigan el proceso terapéutico. El tema de nuestra investigación es el foco o el proceso de focalización. Suponemos que estos procesos están ligados de alguna manera al proceso terapéutico. La primera pregunta que surge es ¿cuál es la perspectiva más adecuada para abordar este fenómeno? Entendemos por perspectiva adecuada aquella que permita estudiar la utilización del foco en diversos tratamientos. Esto significa que debe ser una perspectiva lo suficientemente amplia como para abarcar las diferentes nociones de foco a pesar de sus diversidades. Al mismo tiempo, dicha perspectiva debe permitir la operacionalización de este concepto.

Tanto Strupp y Binder como Thomä y Kächele forman parte de una tendencia contemporánea en teoría psicoanalítica que intenta permanecer próxima a los datos clínicos y observacionales. Fundamentan sus respectivos modelos de proceso terapéutico en investigaciones empíricas. En consecuencia, intentan dejar de lado las inferencias abstractas de alto nivel. Consideran que tanto la metapsicología como el punto de vista económico, la “mitología de la pulsión”, plantean constructos teóricos alejados de la práctica clínica cuya evidencia empírica es difícil de probar.

Por otra parte, creen que estas nociones llevan a sostener modelos endopsíquicos del desarrollo humano así como modelos unilaterales del proceso terapéutico (en los que se adjudica la mayor influencia en el proceso al paciente y se desconoce la del terapeuta, a quien se considera un instrumento científico neutral). Por este motivo, ellos tienden a concebir tanto el desarrollo del ser humano como la situación analítica en términos interpersonales. En concreto, afirman que el proceso terapéutico debe ser pensado como una situación diádica configurada por la interacción de ambos participantes. Esta concepción, sostienen, facilita la validación empírica de hipótesis sobre su desarrollo.

Independientemente de nuestro mayor o menor acuerdo con los fundamentos de sus respectivos modelos, consideramos que algunas de sus ideas permiten realizar una aproximación descriptiva a lo que ocurre en toda terapia. Así:

- Thomä y Kächele ponen énfasis en la interacción que se produce en la situación analítica y describen el proceso terapéutico como una sucesión de temas negociados diádicamente. Estas nociones permiten describir lo que ocurre en el plano fenomenológico en una terapia y el diálogo que allí se produce.
- Strupp y Binder, por su parte, ponen énfasis en la interacción como lo esencial de la relación terapéutica y como el contenido fundamental de las narraciones que se realizan en una terapia. Señalan que el foco se construye con narraciones sobre las interacciones.



En primer lugar, de estos autores tomamos la idea de interacción en la relación terapéutica. Cualquier terapia psicoanalítica podría ser descrita como una interacción en la que ambos participantes influyen en su desarrollo. Por eso incluimos esta idea en nuestra perspectiva teórica para la investigación.

En segundo lugar, de Thomä y Kächele tomamos la noción de que el proceso terapéutico, en uno de sus aspectos, puede ser descrito como una generación interactiva de sucesivos focos cambiantes. Sin embargo, a diferencia de Thomä y Kächele, dejamos en suspenso la idea de que el foco surge de una proposición temática ligada al conflicto nuclear y que consiste en el conflicto focal (origen infantil, inconsciente, desencadenantes, etc.).

De Strupp y Binder adoptamos la idea de que estos focos se refieren a la interacción. No obstante, no hemos tomado el punto de vista de Strupp y Binder con respecto al foco en su totalidad. Ellos enfatizan el carácter inadaptado del patrón cíclico que conforma el foco y buscan relaciones cíclicas causales entre sus elementos. Su foco se centra en los aspectos problemáticos de la interacción. Por otra parte, conceden suma importancia a la manifestación de este patrón en la relación terapéutica, cuestión que nosotros, al menos en la etapa descriptiva, dejamos de lado.

Hemos incluido estos aportes en nuestra perspectiva porque consideramos que la concepción del proceso terapéutico como una sucesión de focos generados interactivamente da cuenta de un hecho básico: en toda psicoterapia existen procesos espontáneos de delimitación de temas.

Estas ideas pueden relacionarse con una definición amplia de foco, según la cual el foco está constituido por los puntos de interés aceptables para paciente y terapeuta. Al mismo tiempo, esta definición amplia queda circunscripta especificando que los puntos de interés que decidimos estudiar se refieren a las relaciones interpersonales. Vale decir que en todo proceso terapéutico se produce espontáneamente cierta focalización en este sentido: la atención de paciente y terapeuta se concentra en ciertos temas relativos a las relaciones interpersonales.

En conclusión, en nuestra investigación hemos entendido por foco los centros de gravedad temáticos relativos a las relaciones interpersonales. Consideramos que el proceso espontáneo de focalización es negociado en forma diádica y podría ser descrito de la siguiente manera⁹: 1) proposición de un tema por parte de terapeuta

⁹ Hemos hecho un esfuerzo por evitar otro problema de los que señala Scilligo, que hace discutibles las conclusiones de las investigaciones: "la definición poco clara de la variable independiente, frecuentemente definida sólo con el nombre de un modelo terapéutico (*terapia focal*, sería en este caso) y equiparándolo a la influencia del terapeuta" (Scilligo 1990, 15) (Ver bibliografía citada por el autor. Paréntesis nuestro).



o paciente, 2) aceptación o no de este tema por el otro. Consideramos que cuando hay aceptación del tema propuesto por el otro, o coincidencia en el tema del que se habla, ambos participantes implícitamente aceptan centrar su atención en dicho tema. El acuerdo o coincidencia con respecto al tema entre paciente y terapeuta se entiende como momento de focalización o foco en sentido amplio.

Recordemos que nuestra investigación es descriptiva y exploratoria. Intenta describir el proceso de focalización o el foco a lo largo de una psicoterapia y no comprobar tales o cuales características del mismo. En este marco, la ventaja de la perspectiva que hemos adoptado es que permite una operacionalización del concepto de foco y facilita su estudio a partir de las transcripciones de sesiones. También permite su aplicación a diferentes tipos de terapias, incluidas aquellas que no prefijan un contenido o una estructura formal del foco, o que no se describirían inicialmente como terapias focales.

IV. Respecto al desarrollo de la investigación

El objetivo, para el equipo de investigación de la UCM, consistía en diseñar una investigación que permitiera la aproximación empírica al foco terapéutico.

Tomamos como referencia de partida, como ya hemos dicho, el supuesto amplio que lo considera como el resultado de un proceso bi-personal. Tanto el paciente como el terapeuta intervienen en su delimitación gracias a un proceso de negociación, en donde el paciente oferta un conjunto de temas que supone de interés y el terapeuta selecciona aquellos considerados como centrales para la terapia. La idea general debía transformarse en definiciones claras y operativas que hicieran factible la extracción de datos objetivos.

Partiendo de este supuesto, se hacía necesario determinar cuáles eran las ofertas o propuestas temáticas de la paciente en tratamiento y cuáles los temas que eran recogidos por el terapeuta para el establecimiento implícito del foco. Para lograrlo se decidió utilizar la técnica cualitativa de análisis de contenido.

Estos primeros pasos ya nos llevaron a ampliar el panorama de lo que se entiende por foco y a considerarlo como el centro de gravedad temático destacado en la interacción de paciente y terapeuta. O lo que viene a ser lo mismo, aquel conjunto de temas que se manifiestan más frecuentemente a lo largo de la terapia.

Como se puede observar, es una definición operacional que atiende sólo a los hechos que pueden ser empíricamente determinados y deja a un lado interpretaciones del concepto más elaboradas que nos obligarían a dar cuenta de elementos que escapan a la investigación. La definición permite no sólo establecer los temas propuestos por la paciente y el terapeuta, sino además inferir la negociación que



se da entre ambos identificando los temas preferentes para cada uno de ellos.

Para la determinación de los temas que se considerarían focales, se realizó una lectura de las 10 primeras sesiones. Se identificó así un abanico de temas que mantenían una presencia recurrente a lo largo de las sesiones. Posteriormente, se eliminaron aquellos temas que poseían una muy baja frecuencia. El resultado fue el establecimiento de 12 categorías temáticas que giran en torno de las relaciones interpersonales, aspecto siempre presente en el discurso de la paciente.

Las categorías se reunieron en tres grupos básicos. El primero está constituido por aquellas verbalizaciones que caracterizaban las acciones y reacciones de la paciente ante situaciones interpersonales de la vida cotidiana (llamado “aporte de la paciente a las relaciones”). El segundo incluye aquellas verbalizaciones en las que el eje fundamental es la percepción que la paciente creía que los otros, dígase padres, familiares, novio, o amigos, tenían de ella. Y, como tercera categoría, se agrupan los sentimientos asociados tanto para el primero como para el segundo grupo. Finalmente, se estableció un cuarto grupo de categorías que registran los objetos (persona o grupo de personas) de la relación interpersonal, presentes en las verbalizaciones de los grupos I, II y III.

Decidimos utilizar estas mismas categorías para el terapeuta, de modo que permitieran la comparación entre ambos, y como forma de reducir las ambigüedades que provocaría el establecimiento de categorías distintas para el terapeuta a la hora de las interpretaciones.

Tras este primer trabajo de poner a prueba unidad de análisis, criterios, definiciones y formas de codificación, se llegó al diseño de un protocolo en el que se explicitan las definiciones de cada una de las categorías y el procedimiento de registro que se utilizaría de allí en adelante en la investigación.

Pero la sola exposición de los temas no lleva necesariamente al establecimiento del foco, ya que este es el resultado de una negociación, en la que tanto paciente y terapeuta llegan a un acuerdo, explícito o implícito, sobre los objetivos o temas en los que hay que centrar la terapia. Por lo tanto, la identificación del acuerdo, o los momentos de acuerdo, es decir, cuando paciente y terapeuta coinciden en hablar del mismo tema, era un aspecto que debía ser situado y señalado en la investigación.

Para ello se dividió el texto de cada sesión en fragmentos de 150 palabras (que contienen intervenciones tanto del paciente como del terapeuta), considerados como unidades de contexto que permiten clarificar el significado de la frase, considerada como unidad de registro o análisis. El fragmento establece límites arbitrarios dentro de un discurso continuo que permite, por un lado, el registro de la frecuencia de las ca-



tegorías, y por el otro, señalar los momentos en que el paciente y el terapeuta coinciden en hablar sobre los mismos temas.

Se supuso que este acuerdo, o momento en que el paciente y el terapeuta continúan un mismo tema, señala el apuntalamiento de un tema focal. Este procedimiento cumplía el requisito de identificar la propuesta de un tema por alguno de los miembros y la recogida o aceptación del tema por parte del otro. La distribución y asociación de las categorías tanto del paciente como del terapeuta permite configurar un mapa de temas en los que se observan aquellos preferidos por la paciente, aquellos preferidos por el terapeuta y aquellos en los que tanto paciente y terapeuta coinciden en hablar más frecuentemente a lo largo de las sesiones. Este último conjunto de categorías sería la temática central de la psicoterapia negociada por ambos implícitamente en el proceso de interacción.

Hasta aquí, la metodología y los datos recogidos permitían establecer los temas propuestos por la paciente, los temas propuestos por el terapeuta y los momentos en que ambos coincidían o acordaban profundizar o continuar un tema que parecía importante para el desarrollo de la terapia.

Sin embargo, de esta forma sólo se está atendiendo a un aspecto del foco, es decir, ninguno de los datos revela el grado de importancia o eficacia real de determinado tema dentro de la terapia. Se da la posibilidad de gran cantidad de acuerdos o de temas que resulten redundantes o poco relevantes para lograr un cambio terapéutico.

V. Siguiendo el paso de la investigación

Se considera que el foco, en uno de sus aspectos, está ligado al núcleo de la problemática del paciente y, en consecuencia, se supone que la intervención sobre el mismo suscita efectos positivos que llevan al cambio¹⁰. Atender a este aspecto del foco nos conduce a las dificultades de cómo estimar el avance del proceso terapéutico.

Para ello hemos tomado como referencia el trabajo de un miembro del equipo de investigación de la Universidad de Ulm. Mergenthaler (1996) ha desarrollado una metodología, mediante el análisis de contenido, que permite identificar “momentos claves” en la sesión terapéutica. Para el investigador “estos momentos pueden ser considerados como una encrucijada o como un progreso que reflejan puntos de *insight* tal y como suceden en el curso del proceso terapéutico y que se necesitan para que

¹⁰ No nos planteamos aquí la naturaleza y definición del cambio terapéutico, cuestión especialmente importante por otra parte. “el criterio del cambio sintomatológico es sólo una parte del cambio atribuible a la intervención psicoterapéutica. Ya Freud se encontraba con el problema de demostrar a los observadores externos que los pacientes después de la terapia eran *distintos* aunque se quedaran *igual*” (Scilligo 1990, pág. 20).



ocurra algún cambio en la conducta del paciente” (Mergenthaler, 1996, pág. 23).

Sus investigaciones señalan como prerrequisito fundamental para la emergencia de los momentos claves, la presencia de un elevado tono emocional y una elevada abstracción, entendida esta última como un constructo dirigido al entendimiento y la percepción. El tono emocional mide la densidad de la emoción de las palabras dentro de una unidad de texto dada, asumiendo que las palabras observadas son apropiadas para expresar la emoción verbalmente. Por su parte, la abstracción es el mecanismo que conduce a la construcción de nuevas estructuras y puede ser identificado a través de la transformación morfológica de formas verbales simples. Al igual que el tono emocional, varía en intensidad y se asume que este flujo puede medirse. El momento clave ocurre cuando hay una coincidencia temporal elevada entre ambas variables.

Mediante un programa informático se registran aquellas palabras que reflejen tono emocional y aquellas que reflejen abstracción, así como su frecuencia, lo que indica la intensidad de estas variables¹¹. El cruce de ambas variables genera cuatro campos o patrones abstracción-emoción diferentes. El Patrón de Relajación, caracterizado por bajo tono emocional y baja abstracción, que corresponde a la asociación libre o transición de un tema a otro. El Patrón de Reflexión, caracterizado por bajo tono emocional y elevada abstracción, que corresponde a la elaboración o reflexión sobre el conocimiento adquirido en los momentos puntuales de la sesión. El Patrón de Experimentación, elevada emoción y baja abstracción, que corresponde a la experiencia emocional correlativa a la narración de un sueño, episodio o recuerdo temprano, así como la información de los síntomas. Y por último, el Patrón de Conexión, caracterizado por un elevado tono emocional y una elevada abstracción, que corresponde a la reflexión sobre la experiencia emocional reciente y el logro del *insight*.

La particularidad del modelo es que permite describir los distintos momentos de la sesión según estos patrones de emoción-abstracción. Las gráficas que se producen de los resultados muestran la distribución de ambas variables en cada segmento de la sesión, reflejando su intensidad y variación a lo largo del tiempo. Es una descripción precisa del tono emocional y la abstracción en cada momento de una sesión.

La metodología de Mergenthaler, denominada Modelo del Ciclo Terapéutico, era útil para nuestros intereses en la medida que era capaz de señalar aquellos momentos de la sesión en las que ocurren cambios importantes en el tono emocional y en la abs-

¹¹ El programa informático contiene un diccionario de palabras que reflejan el tono emocional y la abstracción. La posibilidad de utilizar el programa informático en español se debe a la traducción hecha por el grupo de la Universidad de Salamanca dirigido por el Dr. Avila-Espada.



tracción del sujeto, y permitía relacionarlos con nuestras categorías temáticas para inferir su importancia.

Esta idea, que conforma la segunda parte de la investigación, permitirá determinar qué temas de los registrados como focales se relacionan con qué patrones de los señalados por Mergenthaler, e indicar el impacto que generan en la paciente los momentos de acuerdo señalados. En definitiva, posibilitará examinar qué variables del foco están asociadas con el momento clave y, por ello, con el cambio terapéutico.

La relación entre el modelo de Mergenthaler y las variables diseñadas por nosotros permitirá en un futuro, esperamos, ubicar en cada uno de estos cuadrantes los temas propuestos tanto por paciente como por terapeuta, y establecer con mayor certeza el impacto que ejercen el acuerdo y los temas focales dentro del proceso terapéutico.

VI. Comentario final

En esta investigación, surgida del interés por describir, especificar y validar el foco por medio del análisis empírico, se tomaron unas decisiones metodológicas, a raíz de las reflexiones que se fueron produciendo a lo largo del proceso de investigación.

La intención de aproximarnos al fenómeno del foco, desligándonos de conceptualizaciones basadas en conceptos de difícil manejo a través de datos concretos:

- Nos plantea de continuo una discusión ya antigua: las condiciones de posibilidad para la objetivación de un proceso constituido por subjetividades.
- Nos confronta ineludiblemente con otros “fenómenos” que ocurren en la experiencia clínica y que por su condición son inaccesibles a esta metodología.

Los procesos de establecimiento del foco se oscurecen al no existir verbalizaciones explícitas, en ambos participantes, que definan claramente las intenciones u objetivos dentro de los cuales pretenden enmarcar el proceso terapéutico. El establecimiento de temas relevantes, por su reiterada presencia a lo largo de la relación terapéutica, señala sólo los aspectos más circunscritos de un proceso bastante más complejo. A su vez, los factores estudiados son quizás indicadores más o menos fiables en los cuales apoyar inferencias que den cabida a futuras investigaciones.

La discusión intrínseca al problema del conocimiento debe dejar claro que la aproximación al fenómeno, cualquiera que sea, es acumulativa; la investigación es la síntesis, realizada por el investigador, de la teoría, la metodología y la realidad, que ofrece una propuesta creativa, ordenada y plausible de un fenómeno que necesita seguir siendo estudiado en sus diferentes ángulos para poder aprehenderlo en su complejidad.



Bibliografía

Alexander, F. y French, T. (1946), *Psychoanalytic therapy. Principles and applications*, Nueva York, Ronald Press (Traducción cast.: *Terapéutica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1965).

Balint, M.; Ornstein, P. H. y Balint, E. (1972), *Focal psychotherapy. An example of applied psychoanalysis*, London, Tavistock. (Traducción cast.: *Psicoterapia focal*, Buenos Aires, Gedisa, 1986).

Barber, J. P. y Crits-Christoph, P. (1993), "Advances in Measures of Psychodynamic Formulations", en *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 61, 1993, n° 4, págs. 574-585.

Dahlbender, R. W.; Kächele, H.; Frevort, G. y Schnekenburger, S.

(1995), "La formulación formal del foco en la psicoterapia", en Defey, D. et al.

(comps), *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo de finido*, Montevideo, Roca Viva, 1995, págs. 115-138.

Farré, J.; Hernández, J.; y Martínez, M. (1992), *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona, Paidós

Fiorini, H. (1973), *Teoría y técnica de psicoterapias*. B. Aires, Nueva Visión

Kächele, H. (1992), "Empirical studies on the psychoanalytic process: the Ulm Psychoanalytic Process Research Study Group" (manuscrito).

Kächele, H. (1995), "Aspectos clínicos y científicos del modelo de proceso psicoanalítico de Ulm", en Defey, D. (eds), *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definido*, Montevideo, Roca Viva, 1995, págs. 53-67.

Kächele, H. y Thomä, H. (1993), "Psychoanalytic Process Research: Methods and Achievements", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. 41, 1993, Supplement: "Research in psychoanalysis: process, development, outcome", pp. 109-129.

Malan, D. H. (1963), *A study of brief psychotherapy*, Londres, Tavistock (Traducción cast., *Psicoterapia breve*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1974)

Mann, J. (1973), *Time-limited psychotherapy*, Cambridge, Harvard University Press
Mergenthaler, E. (1996), "Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new



way of describing psychotherapeutic process” en Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 64, 1996, nº 6, págs 1306-1318. (Traducción cast.: “Patrones de emoción-abstracción en protocolos verbales transcritos literalmente: Una forma nueva de describir los procesos psicoterapéuticos”, manuscrito, trad. Janine Vidal Didier, Universidad de Salamanca).

Scilligo, P. (1990): “La ricerca clinica e la prassi psicoterapeutica: una valle da colmare” en Rivista di Psicologia Clinica, vol 2, 1990, págs. 104-125 (Trad. cast.: “Investigación clínica y práctica psicoterapéutica: un abismo que salvar” en Revista de Psicoterapia, vol. 1, nº 4, 1990, págs. 931).

Strupp, H. y Binder, J. (1984), *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, New York, Basic Books. (Traducción cast.: *Una nueva perspectiva en psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1993).

Thomä, H. y Kächele, H. (1985), *Lehrbuch der psychoanalytischen therapie*, Bd 1, Brunlagen, Berlín, Heidelberg, Nueva York, Tokio, Springer. (Traducción cast.: *Teoría y práctica del psicoanálisis. Vol. 1: Fundamentos*, Barcelona, Herder, 1989).

Wachtel, P. L. (1988), “Terapia psicodinámica integradora”, en Lynn y Garske (1988), *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao, DDB.

Wachtel, P. L. (1996), *La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz*. Bilbao, DDB.

Primera versión: 29 de abril de 2002

Aprobado: 11 de octubre de 2002