ELEMENTOS DE PSICOTERAPIA BREVE PSICOANALÍTICA

Antonio Pérez-Sánchez

FUNDACIÓ VIDAL i BARRAQUER

Capítulo 5

TIEMPO Y TERMINACIÓN[1]

En los capítulos anteriores exponíamos cómo entendemos la psicoterapia breve psicoanalítica (PBP), los criterios de indicación y algunas consideraciones sobre la focalización, cuestiones que nos han planteado dificultades en su comprensión y manejo en la práctica psicoterapéutica. Asimismo tratamos e ilustramos el de la interpretación y la transferencia. Junto a estos temas también se añade el que nos ocupa ahora, por ser una de las características específicas de esta psicoterapia y por los problemas técnicos que plantea. Nos referimos a la duración de la psicoterapia y al manejo de la terminación.

5.1. El tiempo en Psicoterapia Breve Psicoanalítica

Desde una perspectiva psicodinámica, la limitación del tiempo plantea de nuevo una contradicción, como en el caso de la focalización. Presuponemos, como ya dijimos en los capítulos

1. Publicado con la colaboración de R. CAMON en *Informaciones Psiquiátricas*, nº 108, 1987. Se han realizado pequeñas modificaciones y correcciones para adaptarlo a esta publicación.

anteriores, que para que sea posible una psicoterapia, según una concepción psicodinámica, es necesario que se establezca un proceso terapéutico. Y que éste sólo puede tener lugar en el transcurso de una dimensión temporal con un mínimo de extensión. En este sentido, pues, excluimos del término psicoterapia otras intervenciones terapéuticas psicológicas aunque estén fundamentadas psicodinámicamente, pero que se limitan a contactos esporádicos y poco frecuentes.

Ahora bien, el proceso psicoterapéutico se desarrolla en cierta medida, ajeno a condicionantes de tiempo, como corresponde a la dinámica del inconsciente. En PBP, por definición, el proceso está limitado y como en nuestro caso además prefijada la fecha de terminación desde el inicio. ¿Es posible salvar esta contradicción?

Ya intentamos responder a la cuestión cuando tratamos el asunto de la focalización. Allí decíamos que restringir el foco terapéutico de atención suponía atentar contra el principio de técnica psicodinámica de la asociación libre. No obstante, la experiencia clínica muestra que es posible circunscribir un área de trabajo al tiempo que el paciente adopta una actitud espontánea. Pero para ello era necesario que el planteamiento del foco no sea demasiado restrictivo y que sea permitido que en determinados momentos el paciente se aleje e incluso pueda, al menos aparentemente, olvidar el foco terapéutico, ya que entonces se aprecia que el proceso psicoterapéutico, si evoluciona favorablemente, se desarrolla en torno al foco. De manera similar, el planteamiento de un encuadre que incluye la limitación temporal ha de ser dinámico, en el sentido que describiremos más adelante.

Para algunos autores la limitación del tiempo constituye el elemento fundamental en la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, y según Guillieron (1976) esta actitud está de acuerdo con la tendencia actual de otros autores que practican

modalidades de terapias diferentes (familiar y grupo, por ejemplo). El exponente máximo de esta fundamentación de la psicoterapia en el tiempo es J. Mann (citado por Guillieron –1976– Y Malan –1976–) que lo considera el elemento central de su forma de terapia breve. Según este autor, la razón por la que no ha sido suficientemente considerada la cuestión del tiempo como central en las psicoterapias breves, está en "la voluntad de los terapeutas de negar el horror al tiempo".

En cuanto a la manera de plantear la cuestión, el mismo Mann insiste en proponer un número de sesiones determinado y que no es susceptible de modificación. Malan (1963) en su primer trabajo sobre psicoterapia breve no explicitaba al paciente la limitación del tiempo al inicio, lo que reconoce posteriormente que fue motivo de dificultades a la hora de plantear la terminación. Por ello este autor (Malan, 1975) ha modificado la postura proponiendo ahora, desde el inicio, un período de tiempo determinado por una fecha y no por el número de sesiones. Y Sifneos (citado por Guillieron –1976–) le dice al paciente que el tratamiento será corto sin especificarlo.

Los argumentos que apoyan la postura de precisar el número de sesiones en el contrato establecido con el paciente consisten en que le compromete más, le sirve de estímulo y sobre todo impide el riesgo de que las dificultades propias de las ansiedades de separación puedan dar lugar a actuaciones en el sentido de pretender postergar reiteradamente el final no precisado.

Por nuestra parte, no compartimos esta postura, preferimos plantear el tiempo en términos de tiempo natural. En primer lugar porque al comenzar la práctica de esta actividad psicoterapéutica no se nos ocurrió, espontáneamente, el contabilizar de antemano las sesiones, probablemente por una cierta incomodidad de predeterminar tan rígidamente el posible proceso terapéutico. Ello teniendo en cuenta nuestra práctica previa en el sentido de psicoterapias de larga duración.

También pensamos que aunque todo encuadre psicoterapéutico es una situación artificial, y más aún en el caso que nos ocupa, por las limitaciones que impone una PBP, (en cuanto a tiempo y focalización), sin embargo, la prouesta de un plazo en términos "naturales" es una referencia más cercana a la vida cotidiana del paciente. Así, preferimos hablar de meses y también tomar como referencia los períodos habituales del calendario que marcan un cierto hito: Navidad, Semana Santa y vacaciones de verano.

Pero, sobre todo, el argumento que avala nuestra postura viene dado por nuestra experiencia en este sentido. Cuando se propone un plazo de tiempo que se considere adecuado a las aspiraciones terapéuticas que se pretenden y si se ha elaborado la terminación del tratamiento suficientemente, el paciente acepta el período propuesto, una vez cumplido el mismo.

Pero aún podemos añadir que el terapeuta debe dejar un cierto margen de duda en cuanto al tiempo que se requerirá, de manera que permita revisarlo, si fuera necesario. En este sentido tratamos que la propuesta inicial sea relativamente imprecisa, dentro de que se señala la referencia de un plazo de tiempo.

Se trata pues de hacer una propuesta, que aunque verosímil, ha de ser verificada en su viabilidad. Aunque el terapeuta ha recogido una serie de elementos biográficos y dinámicos que le permiten hacer este planteamiento, debe dejar un cierto margen para que sea el trabajo mutuo del paciente y terapeuta lo que confirme, o no, lo acertado de la propuesta. Es la misma actitud que sostenemos al plantear la focalización. En todo caso, dicho margen de duda no parece necesario explicitarlo al paciente y debe incumbir a la responsabilidad del terapeuta asumirlo.

Dicho de otra manera, esta cierta flexibilidad en el planteamiento inicial del período de tratamiento fijado es coherente también con el hecho de que el paciente no sabe aún la intensidad y complejidad de sus problemas y trastornos y, por tanto, no

tiene idea del tiempo que requerirá tratarlos. Entonces su aceptación de la propuesta del terapeuta será provisional. En consecuencia, pretender que el paciente acepte desde las primeras sesiones el sentido real de la limitación del tiempo e insistir en ello cuando aparezcan las primeras resistencias puede constituir un artefacto técnico que entorpezca el comienzo de la psicoterapia.

Por estas razones pensamos que corresponde al terapeuta asumir la función de ir recordando durante una primera fase del tratamiento que uno de los elementos del encuadre es el de la limitación del tiempo. Quizá en este momento la intervención será solamente en el sentido de recordar este dato de la realidad del tratamiento. Probablemente será en la fase final de la psicoterapia, aunque no exclusivamente, donde la referencia a la duración de la psicoterapia, y a su terminación, requerirá intervenciones interpretativas, con más frecuencia.

Por otra parte, hemos comprobado que, a diferencia de lo que puede pensarse, la limitación del tiempo conocida por el paciente desde el principio no constituye un obstáculo que vaya a limitar su colaboración al estar pendiente de la ansiedad de terminación, además del "agobio" añadido por la restricción del área de tratamiento (focalización) a trabajar. De acuerdo con Malan (1976) ello es una ventaja más que un inconveniente. En efecto, en la medida en que el paciente va asumiendo la realidad del encuadre, ésta se constituye en estímulo, expresado en una colaboración que consiste en no dispersar demasiado el material de las sesiones, y más bien aproximarlo a la temática central del foco terapéutico.

En cuanto a la duración de la psicoterapia varían las opiniones y experiencias de los autores. Desde el límite de tiempo más bajo sostenido por Mann, de doce sesiones (tres meses) hasta Malan (1976) que cita la cifra utilizada en la Clínica Tavistok de veinte sesiones para un terapeuta experimentado y treinta para

un terapeuta en formación. Pinkus (1978) considera dos modalidades de duración: 1) Entre ocho y diez sesiones (incluido el diagnóstico); en realidad podríamos considerarlo como intervenciones psicoterapéuticas más bien que psicoterapia propiamente y 2) veinticinco sesiones (seis meses) que toman como ciclo terapéutico, que puede repetirse según las necesidades del paciente.

Por nuestra parte, al principio establecimos unos módulos de duración hipotéticos que oscilaban entre tres meses, como mínimo, y un año como máximo. La unidad de referencia era el trimestre. Así acordamos fijar como posibles períodos de tratamiento: tres, seis, nueve y doce meses. El primero fue utilizado en una ocasión, con resultados satisfactorios. El 2º y 3er período empezaron a utilizarse con más frecuencia pero en varios casos se tuvo que prolongar hasta un año. El plazo de 12 meses, incluidas las vacaciones (entre 40-50 sesiones), ha sido el más utilizado. Últimamente se ha realizado alguna psicoterapia más en el plazo de 3 meses. Pensamos que el mejor manejo y dominio de la ténica de esta modalidad de psicoterapia permitirá que sea indicada también con más asiduidad en los plazos de tiempo más breves (tres y seis meses) y de esta manera se ampliará el abanico de posibilidades que atienda a demandas diferentes. Por otra parte, es curioso la coincidencia que el período de tiempo más habitualmente utilizado por nosotros (un año) es el que citan autores que aceptan la terminación del tratamiento cuando es propuesta espontáneamente por el paciente (B. Mounier y G. Biodjekian, 1983).

Al plantear el inicio del tratamiento hemos tenido en cuenta que las posibles interrupciones vacacionales del paciente o del terapeuta no tengan lugar muy cerca del comienzo de la psicoterapia. De hecho hemos comprobado que cuando no se tomó esta precaución, en el mejor de los casos, el trabajo realizado antes de las vacaciones resultó prácticamente nulo, siendo inmediatamente después de éstas cuando se comenzó la auténtica tarea te-

rapéutica. Es claro que las ansiedades de una separación inmediata entorpecen todo intento de profundización, y que si esto se lleva a cabo por insistencia del terapeuta o por "necesidad" del paciente, luego puede dar lugar a actuaciones más o menos serias durante la interrupción.

Al manejar el planteamiento del tiempo con el paciente habrá que tener presente la idea que éste tiene del mismo. Por una parte, existe el factor sociocultural, es decir, la noción del tiempo en relación a la actividad concreta de la psicoterapia según la información que sobre la misma se tenga. Un año puede ser un período más bien largo para una ama de casa, mientras que para un estudiante universitario que ha leído u oído sobre psicoterapia puede ser más bien corto. En cualquier caso, estos factores enseguida quedan en segundo lugar, si realmente existe una capacidad del paciente para implicarse en el tratamiento.

A lo largo del proceso terapéutico la actitud de paciente y terapeuta adquiere características diferentes respecto del tiempo. Al inicio, corresponde a la responsabilidad del terapeuta el establecer con claridad la limitación del tiempo, aunque en los términos antes señalados. Posteriormente, podrá dejar a un lado esta cuestión para centrarse en el trabajo del foco terapéutico. Y finalmente, reasumirá de nuevo la responsabilidad de incluir junto al foco este elemento de la realidad del encuadre: la limitación del tiempo; tanto mediante la interpretación como por la señalización directa.

Por parte del paciente, el hecho de que se proponga un plazo de tiempo prefijado, para algunos puede resultar un factor inhibidor al principio, a partir de la idea de que un año puede pasar tan rápido, como la vivencia de la fantasía al respecto. La sucesión de sesiones durante las primeras semanas, teniendo que esperar de una a la siguiente con las correspondientes vivencias acaecidas en ese intervalo vienen a poner de manifiesto la dimensión real, es decir la realidad externa e interna; en conse-

cuencia el paciente podrá empezar a aproximarse a la idea de que un año incluye muchas semanas en las que podrán plantearse, comprender y tratar en cierta medida sus dificultades, en concreto las referidas al foco terapéutico. En ese momento, dicha aceptación de la realidad de la limitación temporal puede resultar un estímulo, un acicate para adoptar una actitud activa.

Una vez aceptada esa realidad y una vez que el paciente se ha interesado por su tratamiento, lo que suele ocurrir –cuando el tratamiento funciona– bastante pronto, no suelen aparecer referencias al tiempo. Parece como si hubiera olvidado esta realidad del encuadre. Pero hemos observado que dicho fenómeno también le ocurre al terapeuta, de manera inconsciente, es decir que olvida también la cuestión; o conscientemente, cuando incluso teniéndolo presente no encuentra la manera adecuada de hacérselo recordar al paciente.

Aparentemente puede parecer una negación del encuadre al servicio de las defensas contra el tratamiento, que si es compartirla por el terapeuta constituye un "acting-out" conjunto o colusión. Las discusiones y elaboraciones en nuestro grupo de trabajo sobre el tema nos han mostrado otros aspectos. Si somos consecuentes con la idea de que la psicoterapia es un *proceso*, tal como lo definíamos anteriormente, entonces no parece que deba considerarse defensivo el olvido de la terminación. Al contrario, pensamos que para que sea posible dicho proceso ha de tener lugar una relación, un vínculo entre paciente y terapeuta. Para que estas dos personas puedan preocuparse por la terminación de su relación, primero ha de ser posible que dicha relación pueda, en alguna medida, establecerse.

Por lo tanto, nuestra opinión es que más bien consideramos deseable que en el transcurso del proceso terapéutico exista una etapa en la que se olvide el dato de la duración de la psicoterapia. De otra forma, creemos que la presencia continua o frecuente del tiempo que acabará, con las ansiedades correspondientes,

más bien podría resultar un elemento perturbador para que se consolide una relación terapéutica, es decir una relación que tiene la tarea de ocuparse fundamentalmente del foco acordado.

Un esquema del proceso terapéutico en función del tiempo incluye tres fases: una *primera fase*, en la que la cuestión del tiempo está planteada por el terapeuta como elemento del encuadre; esto puede dar lugar en el paciente a inhibiciones causadas o bien por considerar que es mucho tiempo, o bien por el contrario, que es poco. Una *segunda fase*, en la que el paciente olvida con frecuencia este dato, lo que es respetado por el terapeuta, quien en ocasiones también puede no tenerlo presente. Una *tercera fase* en la que es necesario incluir como dato y como parte de la tarea terapéutica las repercusiones que supone para el paciente el hecho de la terminación, es decir la elaboración de la terminación. A continuación podremos ver, de manera más detallada y con ilustración clínica, tales consideraciones, al referirnos a la terminación propiamente.

5.2. La terminación en Psicoterapia Breve Psicoanalítica

En todo proceso relacional, como es sin duda una psicoterapia, su terminación prevista lo influye de algún modo desde el momento en que se inicia. Ello resultará más evidente en una psicoterapia, como la que nos ocupa, cuyo encuadre viene definido por lo "breve", lo que implica una "pronta" terminación. Por ello nos parece de interés estudiar el hecho de la terminación en relación con cada una de las fases del proceso terapéutico que acabamos de mencionar.

I. Terminación y primera fase

Creemos que es importante poder prever la reacción del paciente ante la terminación, a partir de los datos que puedan recogerse en esta etapa de aproximación diagnóstica e iniciación del tratamiento. Bellak (1969) propone atender especialmente a

la capacidad yoica del paciente para tolerar la frustración. Malan (1963) sugiere investigar la capacidad para soportar experiencias de separación y duelo. Braier (1981), citando también a los autores anteriores, recomienda tener en cuenta las experiencias y pérdidas importantes habidas en la primera infancia del paciente como posibles indicadores de sus dificultades ante la terminación.

Aunque estamos de acuerdo con esos planteamientos, queremos señalar, como hacen tales autores, la necesidad de individualizar estas condiciones en cada caso. Ello supone tener en cuenta cuál es el momento vital y evolutivo de cada paciente, y su situación psicosocial actual. Creemos que la evaluación de este último factor es importante, pues el grado de estabilidad del contexto psicosocial podrá influir, o no, en la viabilidad del proceso psicoterapéutico. Pero además las perspectivas de consolidación de los previsibles logros terapéuticos dependerán, en cierta medida, de este factor, y en consecuencia, las ansiedades de separación podrán intensificarse y ser más difíciles de manejar para el terapeuta si dicho contexto es muy precario o adverso.

Pensamos también que cuanto más posible sea establecer un foco terapéutico y cuanto más capaz sea el paciente de ceñirse al mismo, menos dificultades deberemos prever en relación a la terminación. Esto es así en la medida en que la capacidad de "focalizar" del paciente expresa su capacidad y fortaleza yoica así como sus posibilidades de contención, lo cual es favorable para enfrentar la terminación y luego poder mantener los logros obtenidos.

Nos ha parecido importante que desde el comienzo del tratamiento, terapeuta y paciente lleguen a un cierto acuerdo, aunque sea tácito, acerca de las expectativas mutuas respecto al tratamiento y en relación a los logros posibles propuestos como objetivos. Es decir, que entre expectativas y logros no exista un

excesivo desfase. Pero ello vale también para el terapeuta, quien ha de limitar sus expectativas de "curación", realizando un esfuerzo de tolerancia para adaptar éstas a las limitaciones de la realidad, no sólo del encuadre de esta psicoterapia, sino de la demanda, las expectativas y las posibilidades mentales del paciente.

Fiorini (1973) hace hincapié en la importancia de este acuerdo inicial para evitar deserciones o desvinculaciones prematuras del paciente. Pensamos que es también importante de cara a la terminación.

II. Terminación y segunda fase

Hay autores (Malan, 1963; Folch y otros, 1983) que entienden las resistencias iniciales en psicoterapia breve como defensas ante las ansiedades de separación que despierta la terminación anunciada. Nosotros pensamos, como ya hemos apuntado anteriormente, que a ello pueden contribuir las dificultades propias de todo comienzo de una relación (terapéutica), es decir, las ansiedades que despierta lo desconocido de dicha relación: el terapeuta, así como los propios aspectos desconocidos del paciente. Por ello, y a diferencia de otros terapeutas, no creemos necesario incluir la elaboración de la terminación como un segundo foco terapéutico siempre presente. Así como tampoco compartimos la postura de otros autores que consideran importante interpretar desde el inicio de la psicoterapia todas las comunicaciones del paciente que hagan referencia a la terminación o a situaciones de separación, que se vincularían entonces con la de la relación terapéutica.

En nuestra experiencia hemos observado que con frecuencia paciente y terapeuta (ya lo dijimos) pasan por una etapa del tratamiento en la que "olvidan" que hay una terminación fechada. Lo que en un principio nos pareció que suponía una defensa inadecuada ante las ansiedades de separación, posteriormente lo

hemos considerado como un elemento, por el contrario, útil para el desarrollo de la psicoterapia.

En efecto, pensamos que la relación terapéutica debe estar próxima, aunque siendo diferente, a lo que suponemos una relación de la vida cotidiana entre dos personas que se encuentran para realizar una tarea común en un tiempo limitado. Nosotros decimos, de manera caricaturizada, que antes de despedirnos hemos de saludarnos. Es decir, que hablar de despedida cuando se está iniciando una relación, que aunque breve durará un tiempo, es más bien interferidor.

Por tanto, creemos que es conveniente durante esta etapa dejar a un lado el manejo de las ansiedades de separación para que el paciente y terapeuta puedan vivir un clima relativamente holgado, no presionado por la referencia frecuente a la separación, y de esa manera poder orientar sus esfuerzos hacia el trabajo del foco terapéutico.

Puede suceder que la interpretación excesiva de la separación por la terminación en estas etapas iniciales se convierta, por el contrario, en una alianza defensiva del terapeuta con el paciente para evitar tratar el conflicto o conflictos centrales focalizados. Sobre todo, en la medida en que dichas intervenciones sean vividas por el paciente como artefactos técnicos del terapeuta y por tanto algo alejado de su realidad emocional.

No queremos decir, sin embargo, que apoyemos la negación de esa realidad conocida explícitamente de la terminación, sino que en esta fase del tratamiento no está, ni debe estarlo, en primer plano de la conciencia del paciente y terapeuta. Pensamos que si el terapeuta mantiene un suficiente contacto emocional con el paciente y con él mismo, y si está, por tanto, atento a los movimientos en la transferencia y contratransferencia podrá, a través de las fantasías del paciente y de la dinámica relacional, ir recordando el hecho de la terminación y abordar las posibilidades de elaboración de ésta.

Estamos de acuerdo con la postura de la mayoría de autores de evitar fomentar la regresión, ya que ello supondría un elemento perturbador, por hacerlo más difícil, para la separación de la terminación. En este sentido evitamos la actitud excesivamente pasiva y neutra del terapeuta, aunque siendo compatible con una adecuada actitud de escucha.

III. Terminación y tercera fase

En la tercera fase del proceso terapéutico consideramos que la terminación requiere especial atención. Procuramos estar alerta a los cambios que vayan evidenciándose en la transferencia que señalen indicios que permitan poder elaborar la terminación.

Braier (1981) hace una revisión bastante sistemática de las situaciones clínicas más frecuentes en esta fase del tratamiento. Las enumeraremos, aunque sea sucintamente, ya que estamos básicamente de acuerdo:

1. Aparición de la referencia a nuevos conflictos no aportados hasta ahora.
2. Retrocesos o empeoramientos clínicos.
3. Actitudes maníacas y de negación de la terminación.
4. Hostilidad franca, o más o menos larvada, expresada consciente o inconscientemente hacia el terapeuta y el tratamiento.
5. Tendencia al *acting-out* que puede culminar en la interrupción de la psicoterapia o su sustitución por otro tratamiento o actividad "terapéutica".

El mismo autor diferencia, y estamos de acuerdo con él, lo que sería una reacción maníaca frente a la terminación, de la actitud del paciente que, aún reconociendo el conflicto frente al final, predomina en él el deseo de que éste llegue para poder verificar su capacidad de continuar él solo en el manejo de su problemática emocional.

Malan (1963) sugiere que en esta fase del tratamiento se interprete sistemáticamente la transferencia negativa, al considerar que la evolución del paciente, una vez finalizada la psicoterapia y su capacidad para mantener por sí mismo los resultados terapéuticos, dependerá en buena medida de que haya podido introyectar un terapeuta valorado y útil, lo que supone que los aspectos negativos de la relación hayan podido ser examinados mínimamente. Este mismo autor propone, basándose en su experiencia de un estudio de casos, que se emplee al menos un 30% del proceso psicoterapéutico en elaborar la terminación. También dice que así como en las psicoterapias prolongadas las experiencias reiteradas de separación habrán hecho posible una mayor elaboración de los conflcitos de duelo, en la breve dichos conflictos estarán menos elaborados y por ello se presentarán con mayor intensidad, y de ahí esa importante dedicación de tiempo para resolverlos o tratarlos.

Por nuestra parte, pensamos que el hecho de la brevedad del tratamiento no permite que el vínculo terapéutico sea tan intenso como el que pueda establecerse en una psicoterapia de larga duración y en consecuencia los fenómenos relacionados con el duelo de la separación también pueden ser menos intensos y regresivos.

Aunque estamos básicamente de acuerdo con Braier (1981) en cuanto a las reacciones del paciente ante la terminación, consideramos de interés puntualizar que lo importante es la comprensión e interpretación de las mismas, lo que ha de ser particularizado en cada caso en función de la personalidad del paciente, de sus experiencias de duelo anteriores y de la evolución propia del proceso terapéutico.

Es en esta fase del tratamiento en la que hemos visto la necesidad de interpretar la transferencia, incluidos los aspectos negativos de la misma, aunque teniendo en cuenta como objetivo esclarecer los conflictos que desvela la terminación y evitando en

lo posible otros niveles de conflicto que se escaparían a su elaboración en las condiciones del encuadre de una psicoterapia breve.

De manera resumida hemos podido recoger los siguientes aspectos como los que pueden plantearse en la elaboración de la terminación:

a) Elaboración de la experiencia de duelo que siempre comporta, en una u otra medida, la "pérdida" de la relación psicoterapéutica.
b) La adquisición de la capacidad de asumir la responsabilidad para "utilizar" lo recibido, lo aprendido en el tratamiento, para un mejor funcionamiento del propio paciente.
c) Aceptación de las limitaciones de este tratamiento y por tanto de los objetivos logrados, así como de las limitaciones del propio paciente.

No podemos esperar que dicho trabajo de elaboración se produzca completamente en cada uno de estos aspectos y de manera satisfactoria según las expectativas del terapeuta de lo que debería ser una "adecuada" terminación. Pero consideramos que por parte del terapeuta debería tratar de trabajar siempre tales aspectos. Y por parte del paciente se espera que consiga algún nivel de *insight* y un cierto contacto emocional ante los mismos.

Hay autores como Mounier y Biodjekian (1983), que no ponen un tiempo fijo y acordado inicialmente, postulando que según su observación el mismo paciente suele marcar una inflexión en el tratamiento que ellos consignan aproximadamente de un año, que anuncia la posibilidad de terminación de la psicoterapia. Los autores obvian tratar con el paciente la terminación, dejando a su entera responsabilidad que decida unilateralmente al respecto. Pensamos que dicha actitud favorece el *acting-out* y que el terapeuta no debe declinar su implicación y

responsabilidad en la elaboración de la terminación del proceso terapéutico.

Por último, consideramos que es necesario que paciente y terapeuta realicen una evaluación de los resultados conseguidos, lo que puede tener repercusiones tanto para uno como para otro. En nuestra experiencia hemos podido observar diversas situaciones de entre las cuales esquematizamos las siguientes:

1. Se han conseguido los objetivos propuestos. El paciente se siente satisfecho con ello y no se plantean excesivos problemas respecto a la terminación. El terapeuta también participa de esta satisfacción y puede dar por acabado el tratamiento.
2. Cuando se han conseguido sólo parcialmente los objetivos propuestos. Entonces hemos tratado de evaluar si ha sido debido a aspectos de la estructura de personalidad del paciente o al contexto psicosocial adverso. En el primer caso nos planteamos si una modificación del encuadre (alargar el tiempo) aunque manteniendo los mismos objetivos ofrece unas mejores condiciones para lograr unos resultados más óptimos; o si será necesario modificar los objetivos (la focalización resulta insuficiente y requiere abordar áreas más amplias) y el encuadre (psicoterapia de larga duración). En caso de un contexto social adverso requerirá plantearse otras vías de ayuda psicosocial, terapia familiar, etc. suplementarias.
3. Cuando aparentemente no se han conseguido los objetivos propuestos cabe plantearse una serie de cuestiones. ¿Se trata de un fracaso temporal debido a la reacción regresiva del paciente frente a la terminación? ¿O más bien es la expresión de un fracaso más definitivo en la medida en que a lo largo del tratamiento no se han observado modificaciones? O aún ¿es que los objetivos propuestos y sobre todo esperados, más o menos inconscientemente,

por el terapeuta no se han cumplido, a pesar de los ciertos logros conseguidos por el paciente? En el primer caso la adecuada intervención del terapeuta para ayudar a elaborar la terminación permitirá recuperar los progresos conseguidos. En el segundo, será preciso revisar la indicación de esta modalidad de psicoterapia, lo que debería ser evidente antes de llegar a la etapa final del tratamiento, para poder proponer otra psicoterapia o ayuda viable. En la última situación, el terapeuta deberá asumir y tolerar la cierta frustración que pueda suponerle el haber obtenido unos objetivos limitados; limitados quizá en función de sus ambiciones terapéuticas.

No obstante, si la indicación de la psicoterapia breve se ha realizado con rigor y se ha considerado adecuada para un determinado paciente, entonces, ante las dificultades e insatisfacciones del paciente y del terapeuta presentadas en la terminación, optamos por mantener las condiciones del tratamiento en cuanto a finalizar en la fecha acordada, antes que incurrir en precipitaciones en el cambio de objetivos o de encuadre que podrían suponer una "actuación" del terapeuta. También consideramos que en las últimas sesiones de la psicoterapia el terapeuta debe tener una actitud activa, en cuanto a trabajar la terminación, que debería ser correspondida por el paciente. Ahora la actitud activa se refiere a estar dispuesto a hacer una evaluación del trabajo realizado, lo que le permitirá al paciente verificar su capacidad de contacto con la realidad.

Por nuestra parte, además, nos ha sido muy útil la revisión semanal en grupo del trabajo psicoterapéutico realizado con esta modalidad de terapia. No tan sólo en lo que suponía de posibilidad de desarrollo teórico de la misma, sino de elaboración de las distintas etapas del tratamiento, sobre todo en cuanto a la indicación y la terminación.

5.3. Entrevistas de seguimiento

De acuerdo con las recomendaciones de algunos autores, hemos ido comprobando la necesidad de realizar entrevistas de seguimiento. Su finalidad es doble: en primer lugar, permite hacer una *evaluación* del grado de efectividad de la psicoterapia, en el sentido de examinar hasta qué punto se mantienen las modificaciones conseguidas, así como si ha habido progresos en el funcionamiento de la personalidad del paciente, indagando si éstos se deben al tratamiento o si se relacionan con experiencias o factores sobreañadidos ajenos a éste.

La segunda finalidad de estas entrevistas es *terapéutica* y *preventiva* por así decir, en el sentido de que el paciente se sienta acompañado, "recordando" el vínculo terapéutico. Ligado a ello, podemos decir que como las posibilidades de elaboración de la separación de dicho vínculo vienen limitadas por la brevedad de la psicoterapia, estas entrevistas constituyen también una posibilidad de ayudar a terminar algunos aspectos que hayan quedado no resueltos. E incluso permiten detectar reacciones tardías posteriores, debidas a una terminación insuficientemente elaborada. Se valorará entonces si ello requiere de otras posibilidades de ayuda terapéutica. Pero asimismo podrá ocurrir que la experiencia terapéutica ha estimulado en el paciente una mayor capacidad de *insight* que le lleve a planteamientos nuevos sobre sus dificultades emocionales que pudieran conducir a experiencias terapéuticas más largas: psicoterapia de larga duración o un psicoanálisis.

Al plantear al paciente la posibilidad de realizar estas entrevistas de nuevo, la actitud del terapeuta ha de situarse en ese terreno intermedio y un poco contradictorio en apariencia en el cual se ha desarrollado la psicoterapia: asociación libre pero conflicto focalizado; tiempo limitado y fechado pero olvidándolo en algún momento; y ahora, aunque el tratamiento se acaba en el plazo fijado, se deja abierta la posibilidad, conveniente, de man-

tener algunas entrevistas posteriores. Aquí también la postura del terapeuta si es clara y firme suele ser bien comprendida por el paciente. Es decir, que aún cuando dejamos a criterio del mismo que más adelante concierte la entrevista, se le sugiere un tiempo aproximado de unos dos meses como tiempo de espera después de la terminación.

Hemos comprobado que si la terminación ha sido suficientemente elaborada, el paciente puede esperar ese tiempo para solicitar la entrevista. Y una vez realizada ésta, también entiende que el objetivo de la misma está limitado a lo que ya hemos dicho anteriormente. Las entrevistas posteriores a la primera suelen pedirse dejando transcurrir aún más tiempo, de manera que al cabo de un año de finalizada la psicoterapia pueden haberse realizado, según nuestra experiencia, unas dos o tres tan sólo. Ello nos parece también un dato indicativo de la aceptación de la terminación, por parte del paciente. Y ello en el sentido de que el paciente puede tolerar un nuevo encuentro con el terapeuta aceptando que la psicoterapia ha terminado y, por tanto, no necesitando hacer nuevas demandas. Las entrevistas de seguimiento quedan ilustradas en el material clínico 3 ya expuesto (Cap. 4).

5.4. Material clínico 4. Duelo no elaborado

Mostraremos ahora un material clínico que ilustre, de manera particular, cómo hemos venido manejando la terminación en psicoterapia breve. Se trata de una mujer de mediana edad que consulta por un intento de suicidio precedido de ansiedad y depresión en los últimos cuatro o cinco años. No había realizado tratamientos psiquiátricos previos, salvo el consumo esporádico de tranquilizantes. Es casada y con dos hijos. La madre murió hacía 5 años y conserva el recuerdo de una relación idealizada: "mi madre fue para mí toda mi familia, con ella parecía tenerlo todo". Cuando la madre se puso enferma de gravedad la paciente

no podía visitarla por el sufrimiento que le producía. Se volcó en el trabajo. Pero "cuando murió no pude llorar ni sentir nada. Sólo noté que me quedé paralizada (emocionalmente) con un intenso frío en las venas". Decidió entonces, tras la muerte de la madre, tener un hijo, pues "así tendría alguien a quien querer". "Me busqué también un amante , pero no resultó."

La vida familiar le resultó desde entonces una carga llena de exigencias a las que no sabía responder. Se descalificaba como madre teniendo problemas para atender adecuadamente a los hijos, en particular al pequeño, sintiéndose luego culpable de ello lo que constituía un motivo frecuente de malestar y ansiedad. Recordaba a menudo a la madre con intensa angustia y desesperación. "No aceptaba que se hubiera muerto, que estuviera sola en el cementerio". Tenía que hacer frecuentes visitas al mismo de manera compulsiva lo que la dejaba "en paz" momentáneamente.

Se aprecia pues la inadecuada elaboración del duelo por la madre muerta, recurriendo al principio a mecanismos maníacos para enfrentar la situación, e incluso a la concepción de un hijo que viniera a llenar y negar todo lo que la pérdida de la madre suponía. Con ello la relación con el hijo quedaba muy ligada al conflicto central (el duelo no elaborado). Focalizar el tratamiento en esta última cuestión nos pareció que podría resultar un poco peligroso, pues se apreciaban núcleos melancólicos (la frialdad de las venas, como expresión de una madre que ha sido incorporada como algo frío y muerto y el antecedente del intento de suicidio). Por ello se pensó que sería más adecuado orientar el tratamiento a trabajar la relación con los hijos, que también constituía motivo de conflicto y que, al mismo tiempo, como decíamos, está ligado al conficto central, aunque de manera indirecta. Revisar su papel de madre de alguna manera supondría revisar su situación de hija. Pero si el acento se ponía en ella como madre respecto de su hijo, veríamos que las posibilidades de

reparación a través de la relación con éste (vivo) serían más asequibles. Diríamos que un primer foco sería la relación con los hijos y un segundo el del duelo con la madre, que quedaba en segundo plano en función de la evolución de la psicoterapia.

Durante un primer período del tratamiento la paciente mantuvo una actitud fría y distante con pocas esperanzas de cambio y culpabilizándose por hacer perder el tiempo al terapeuta. Poco a poco fue estableciéndose una relación terapéutica de mayor resonancia emocional que se hizo más ostensible a medida que, junto a las dificultades en la relación con el hijo menor sobre todo, se fueron abordando sus sentimientos y fantasías en relación a la muerte de la madre. Ello hizo que el terapeuta reconsiderara la postura inicial de manera que siguió el camino propuesto por la paciente de trabajar el duelo no elaborado, aunque manteniendo también la referencia a la situación actual de su papel como madre en la relación con el hijo.

Inicialmente se había planteado un tiempo de nueve meses, también con la idea de evitar movilizar demasiado los núcleos melancólicos. Ante la nueva situación que se planteó de que era posible abordar el conflicto central, el plazo de tiempo quedó corto y olvidado de manera que fue necesario revisarlo y alargarlo hasta un año (desde el momento del inicio).

La paciente comunicaba sueños con cierta frecuencia incluso durante la fase intermedia del tratamiento, lo que es menos habitual. (Aunque es poco exacto establecer generalizaciones, ya que dependerá de cada paciente, sin embargo hemos observado que es más probable que los pacientes aporten material onírico al principio y al final del tratamiento, posiblemente por ser situaciones más ansiógenas y movilizadoras emocionalmente). El contenido de los sueños de la paciente aporta datos relativos al foco terapéutico y a la evolución que ha experimentado a lo largo del tratamiento. Por ello utilizaremos este material para mos-

trar algunas de las vicisitudes del proceso terapéutico y sobre todo en relación con la terminación.

Los primeros sueños muestran una imagen de la madre terrorífica, fría y persecutoria. O en los que ella se sentía sola y amenazada por algún peligro y llamaba a la madre quien permanecía distante e indiferente a su sufrimiento. Con frecuencia, al despertar de tales sueños se sentía con dificultad para acercarse a su hijo pequeño y atenderle. Más adelante se modifica el contenido de los sueños que se hace más agradable: en una ocasión aparece la madre muerta pero expresando un semblante de placidez; la paciente la puede mirar sin angustia y pensar que había sido hermosa.

Paralelamente a la evolución del material onírico se experimentó una modificación clínica. Ahora se sentía menos compulsivamente obligada a pensar en la madre y cuando la recordaba sentía menos angustia y desesperación, predominando una mezcla de tristeza y resignación realista. Junto a esta elaboración de los sentimientos de duelo por la madre, pudo integrar mejor los sentimientos ambivalentes hacia el hijo, pudiendo ocuparse y preocuparse más de él, así como sentirse más satisfecha en su relación con el mismo. Es decir, que a medida que la culpa por el duelo no resuelto se mitigó pudo sentirse más capaz como madre.

Tres meses antes del final empezó a hacerse presente la *terminación del tratamiento* que anteriormente había quedado "olvidado". Uno de los indicios fue el hecho de acudir a las sesiones vestida de manera juvenil y con cierto esmero que hizo recordar al terapeuta la fantasía que tenía de pequeña de "la princesa que acude al encuentro del príncipe azul". Al mismo tiempo aparecen referencias a sus preocupaciones de sentirse de pronto mayor, envejecida y sin atractivo. El terapeuta trató de mostrarle el intento de negar el duelo de esta separación mediante una relación idealizada y juvenil (y por tanto con tiempo por delante) con

él mismo. Le conectó la dificultad en aceptar esta separación, con la dificultad que se había visto en aceptar la pérdida de la madre, así como con el hecho de haber perdido también una adolescencia.

Pocas sesiones después trae el siguiente sueño. Ella y el terapeuta están juntos en la parada del autobús. Al llegar éste, que la paciente debía coger para marcharse, mira al terapeuta esperando que le muestre signos de que la ha reconocido y le diga adiós, pero al no obtener ninguna respuesta ella tampoco se despide. Se le interpretó que ante la próxima separación parece que trataba de evitar en parte la despedida, mejor renunciaba a ella, para eludir así la pena y el enojo que podía despertarle el final de una relación que valoraba y se acababa. También evitaba utilizar unos recursos que había aprendido en el tratamiento, como es decir adiós o sea tolerar las experiencias de separación y pérdida (a través de la elaboración del duelo de la madre), y el reconocimiento por todo ello. Por tanto necesitaba convertir al terapeuta en alguien que no la reconoce, de manera que entonces es él quien no quiere despedirse, al igual que la madre de los primeros sueños que no acudía a sus llamadas. Este terapeuta distante justificaría una reacción hostil y una despedida distante y no agradecida.

Poco después empieza a poder hacer una valoración positiva de la evolución de su relación con los hijos; de manera general, se siente más tranquila. Aun cuando aparecían de vez en cuando sueños angustiosos, a diferencia de antes –que al levantarse no podía hacerse cargo de los hijos–, ahora podía hacerlo: incluso deseaba verlos y atenderlos, expresión, según parecía, de unas mayores capacidades de reparación, a través de contribuir a mejorar la relación con los hijos.

En una de las últimas sesiones acudió con una actitud distante y diciendo que ya no quedaba nada de que hablar, así como que no recordaba lo tratado en sesiones anteriores. El terapeuta

le mostró cómo estaba negando las muchas cosas que tal vez sentía que quedaban por hablar, al mismo tiempo que evitaba su necesidad de evaluar qué había pasado con lo ya hablado, lo ya tratado en el tratamiento. La paciente respondió enfatizando sus esfuerzos por aprovechar las sesiones que quedaban, a pesar de saber que se acaba la psicoterapia, y que esta decisión le hacía sentirse bien. A continuación explica "la coincidencia" de que a la vez que se acaba el tratamiento es posible que también pierda el empleo, "pero no porque me echen sino porque yo me despediré". Aclaró que le cambiaban el horario de trabajo, lo que suponía empezar a trabajar con personas nuevas, perdiendo las ya conocidas desde hacía años, aunque por otro lado tenía la ventaja de que podría llegar antes a casa y estar más tiempo con sus hijos.

El terapeuta le interpretó que dejar el trabajo suponía ser ella la que abandonaba activamente y, de esa manera, no sentirse abandonada (como en la psicoterapia por el terapeuta). También significaba una reacción de sometimiento ante la exigencia interna de ser una "buena" madre frente al conflicto de poder hacer compatible tener una vida para ella (el trabajo suponía una área de su vida satisfactoria y gratificante por él mismo y por las relaciones personales, que arrancaban de cuando era joven) con su función materna. Hasta ahora había encontrado bastante refugio en el ámbito laboral, para no enfrentarse a su función materna y a los conflictos que la relacionaban con el duelo no resuelto de su propia madre, aunque ello supusiera después un incremento de la culpa y un sentirse "mala" madre.

El trabajo realizado en esta sesión permitió, por un lado, poner de manifiesto el intento de "actuación" (que no llevó a cabo) frente a la terminación y también elaborar con la paciente el hacer compatible la función materna con la atención a otros aspectos gratificantes de su vida. Significaba explorar y señalar su capacidad de identificarse ya no con una madre idealizada al

mismo tiempo que terrorífica y exigente, sino con una imagen más realista y valorada de la misma no necesitando entonces ser "la madre que continuamente ha de estar atenta a la más mínima necesidad del hijo" según el recuerdo infantil que ella tenía de su propia madre.

Para terminar, queremos subrayar que la línea de interpretación seguida sólo ha recogido aquellos aspectos que permiten ayudar a elaborar la terminación y a realizar una evaluación del tratamiento. Que por tanto se evitan otros niveles de conflicto que llevarían a complicar el proceso terapéutico y sobre todo las posibilidades de una adecuada terminación.

Así pues, la experiencia habida hasta el momento en PBP nos permite establecer las siguientes conclusiones respecto a la cuestión del tiempo:

1. Es factible realizar una psicoterapia de orientación psicoanalítica limitada en el tiempo.
2. El tiempo debe ser lo suficientemente largo, dentro de la brevedad, como para permitir que se desarrolle un proceso psicoterapéutico. Por nuestra parte, hemos establecido un año como el tiempo óptimo, aunque consideramos que en algún caso puede llevarse a cabo en menos tiempo.
3. Consecuencia de lo anterior, es que excluimos del término PBP toda intervención psicológica que no permita el desarrollo del proceso terapéutico.
4. La elaboración de la terminación en general, facilitará el proceso terapéutico si se realiza fundamentalmente en la etapa final del tratamiento, y la entorpecerá si se tiene continuamente presente.
5. Por tanto, no estaríamos de acuerdo con incluir la elaboración de la terminación como un foco terapéutico más, a trabajar desde el comienzo del tratamiento.