



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO FINAL DE GRADO

Título: *El concepto de foco y focalización en psicoterapia psicodinámica de objetivos y tiempo limitado.*

Estudiante: María Pía Lizasuaín Pascual

Tutor: Laura de Souza

Fecha de entrega: 30 de Julio, 2015

Montevideo, Uruguay

Índice:

Resumen:	2
Summary:.....	3
Introducción:	4
Desarrollo:.....	6
<i>Psicoterapia: Aproximación Conceptual</i>	6
<i>Psicoterapia focal – Intervenciones psicodinámicas de objetivos y tiempo limitado</i>	9
Los orígenes:.....	9
Características distintivas de la psicoterapia focal psicodinámica de objetivos y tiempos limitados:.....	14
Alianza Terapéutica y psicoterapia focal:	17
¿Cómo trabajar la transferencia en este modelo de intervención?	18
<i>Foco y focalización en psicoterapia</i>	21
Foco y Psicoanálisis.....	21
<i>El concepto de foco</i>	22
Foco psicodinámico:	23
Foco centrado en la interacción:	24
El foco desde el Diagnóstico Operacionalizado (OPD2)	25
Conflicto relacional para la formulación del foco.....	26
¿Cuándo sería apropiado trabajar desde un abordaje focal?	27
Foco y estrategia psicoterapéutica:.....	30
<i>El arte de la Focalización:</i>	34
Conclusiones:	38
Referencias Bibliográficas:	40

Resumen:

El objetivo de este trabajo es ofrecer una revisión bibliográfica en relación a la psicoterapia psicodinámica focalizada de tiempos y objetivos limitados y el concepto de foco.

La psicoterapia focal, es una práctica enraizada en el psicoanálisis, que se ha convertido gracias a la experiencia clínica y diferentes conocimientos teóricos en una psicoterapia que viene evidenciando adecuada eficacia y efectividad terapéutica.

La tarea de focalizar consiste en concentrar la labor terapéutica en determinados conflictos o síntomas del paciente. En este sentido, el foco es un elemento central en psicoterapias focalizadas, definiéndose este como “un punto nodal temático producido de la interacción del trabajo terapéutico, que resulta de la proposición del paciente y de la capacidad de comprensión del analista”. (Tomä y Kächele, 1985, citado en Dahlbender, Kächele, Frevert y Schnekanburger 1995 p.117)

Investigaciones sobre psicoterapia insisten en que el foco puede ser vinculado con el resultado de la terapia, dado que si se tiene en cuenta el aspecto focal se obtienen terapias más efectivas.

Se exponen conceptualizaciones teóricas referidas a los antecedentes de este modelo de intervención, sus características y recursos técnicos; detallándose el marco teórico referente al concepto de foco y realizando un recorrido por diferentes definiciones que diversos autores han dedicado a dicho concepto. Se propone demostrar mediante material clínico algunas de las reflexiones teóricas que son afirmadas por estos autores, articulando así teoría y práctica en psicoterapia focal.

Palabras claves: *Psicoterapia, focal, foco, psicoanálisis*

Summary:

The aim of this paper is to offer a literature review on time- and goal-limited focal psychodynamic psychotherapy and the concept of focus.

Focal psychotherapy is a practice rooted in psychoanalysis. Clinical experience and theoretical knowledge have turned it into a psychotherapy of adequate efficiency and therapeutic effectiveness.

Focusing involves concentrating therapeutic work on certain of the patient's conflicts or symptoms. In this sense, focus is a central element of focal psychotherapies, defined as a "thematic nodal point produced by the interaction between therapeutic work, which results from the patient's proposition, and the analyst's ability to understand" (Tomä y Kächele, 1985, quoted in Dahlbender, Kächele, Frevert y Schnekanburger 1995, p. 117).

Research on psychotherapy shows that focus can be linked to the therapy's outcome, considering that taking the focal aspect into account results in more effective therapies.

This paper presents theoretical conceptualizations in relation to this intervention model's background, its characteristics and technical resources, while also specifying the theoretical framework of the concept of focus and reviewing several definitions proposed by different authors. We use clinical experience to demonstrate some of the considerations proposed by these authors — thereby linking theory and practice in focal psychotherapy.

Key words: Psychotherapy, focal, focus, psychoanalysis.

Introducción:

El Ministerio De Salud Pública determina a partir del año 2011, que todos los servicios de salud, tanto públicos como privados deben contar obligatoriamente con un abanico de prestaciones en Salud Mental. Estas prestaciones se integran al Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y han de ser accesibles a todos los usuarios del sistema.

El propósito de la implementación fue contribuir a la mejora de la situación de salud de la población Uruguaya, ya que no es posible hablar de salud integral si no se atiende a la salud mental. Corresponde enfatizar en que, como se expresa en el Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud (2011): “este plan implica un campo dinámico y por tanto estará sujeto a las renovaciones que fueren necesarias, con el fin de dar respuestas adecuadas y de calidad adaptadas a las posibilidades de cada momento” (p.7).

De esta forma, se fortalece al reconocimiento de la salud mental como un derecho humano fundamental, sobre el cual las intervenciones psicológicas, y por lo tanto las psicoterapias, operan como formas de preservarla o recuperarla.

En las últimas décadas los términos “foco”, “focalización” y “psicoterapia focal”, han alcanzado gran notoriedad en el día a día de los técnicos que se desempeñan dentro del ámbito de la salud mental. Y es hoy la psicoterapia focal un instrumento válido a la hora de intervenir que ha sabido alcanzar grandes logros tanto a nivel terapéutico como preventivo.

Dicen Sánchez, Barranco Ruiz, y Sánchez Barranco Vallejo, (2001):

La atención a la salud mental exige en su nivel especializado, tanto en sus compromisos públicos como privados, del manejo de técnicas psicoterapéuticas que posean un amplio campo de acción y que puedan acoger al mayor número posible de demandantes, siempre que cuenten con una probada validez y fiabilidad y se atengan al marco deontológico profesional (...) Esto ha abocado a que, en los últimos treinta años y algo más recientemente en nuestro país se vengán imponiendo las técnicas psicoterapéuticas dinámicas breves e intensivas. (p.1013)

Estas psicoterapias denominadas focales surgen en la década de los 40 en centros de salud, son en estos servicios donde convergen una gran cantidad de sujetos con diferentes demandas y en busca, muchas veces, de soluciones a crisis y problemas agudos. Allí las necesidades humanas afloran y fue necesario para los técnicos buscar encuadres, dispositivos e intervenciones con propuestas más flexibles y procesos más definidos, jerarquizando las demandas actuales, donde muchas de ellas se ven atravesadas por los veloces tiempos que indiscutiblemente atañen a nuestras épocas (Defey, 2004).

En esta práctica psicoterapéutica el foco tiene un papel central. Pueden encontrarse diversos trabajos teóricos e investigativos en relación al concepto, pero es cierto que no existe una única definición y que al coexistir varias, el marco teórico se vuelve algo impreciso. En relación a esto Fiorini (2002) afirma: “El concepto de foco, empleado con frecuencia en trabajos técnicos mantiene hasta ahora un status teórico impreciso” (p.1).

Dahlbender, Kächele, Frevert y Schnekanburger, (1995) expresan:

En la literatura psicoterapéutica predomina cierto acuerdo generalizado respecto a que el foco se requestra sobre un campo problemático central del paciente, campo sobre el que se trabajará en el sentido de la variación de un tema básico. El foco puede aportar líneas orientadoras específicas tanto para el diagnóstico, y la indicación de la terapia, como para la supervisión y la evaluación de la terapia. (p.118).

La inclusión de la psicoterapia en los servicios de salud hace que sea importante poder llegar a teorizaciones más precisas y concretas que sean capaces de sustentar el trabajo diario de psicoterapeutas.

El presente trabajo tiene como propósito la realización de una revisión bibliográfica en relación al concepto de foco y focalización en psicoterapia psicoanalítica focalizada. Se abordarán conjuntamente otros temas como los orígenes de la psicoterapia focalizada, los rasgos distintivos de las mismas y el rol del terapeuta en este tipo de tratamientos. Estos últimos serán necesarios para contextualizar la temática, pudiendo llegar a una formulación conceptual válida del término foco.

Desarrollo:

Psicoterapia: Aproximación Conceptual

Antes de hacer referencia sobre aquellos aspectos técnicos y teóricos que hacen a los rasgos distintivos de la psicoterapia focal de orientación psicoanalítica, es importante dejar en claro algunas fundamentaciones teóricas en relación a la psicoterapia en general.

El problema en definir la psicoterapia radica en la complejidad del término, diversidad de miradas y modelos respecto al mismo. En la actualidad coexisten múltiples formas de psicoterapias que difieren en sus bases teóricas, objetivos y métodos.

En el año 2004, la Revista de Psiquiatría de Uruguay, en el marco de pensar a la psicoterapia en el programa nacional de salud mental y hacia el sistema integrado de salud, redacta una guía que analiza el desarrollo histórico, la situación actual y futuro de la psicoterapia en Uruguay, titulada: “Guía Clínica para la Psicoterapia”. En dicha edición se realiza la siguiente clasificación distinguiendo cuatro grandes modelos de psicoterapias, que a grandes rasgos coincidirán con la situación actual de Uruguay:

- Las basadas en una mayor comprensión de sí mismo y de los conflictos pasados y presentes (psicoanálisis).
- En la adquisición y aprendizaje de nuevos comportamientos (cognitivo-comportamental).
- En la modificación de las pautas de relación interpersonal dentro del abordaje del sistema relacional como un todo (sistémica).
- En facilitar nuevas experiencias en el aquí y ahora (experienciales y corporales).” (p.111)

Es importante aclarar que si bien existen otro tipo de modelos estos podrían denominarse como los más influyentes en el accionar de las psicoterapias vigentes.

El que existan diferentes abordajes terapéuticos para diferentes patologías y circunstancias vitales es un hecho del que debemos congratularnos, dado que amplía las posibilidades terapéuticas que tenemos para ofrecer a quienes precisan asistencia psicológica, así como la gama real de personas a las que podemos ofrecer asistencia. Esto nos acerca un poco más al ideal de “Psicología para todos” que ha engalanado las pancartas de las luchas estudiantiles en muchos momentos de la historia de la universidad (Defey, 2004).

Esta diversidad de modelos hace que varíen las aproximaciones conceptuales en cuanto a la psicoterapia, pero es cierto que en muchas de ellas convergen algunos conceptos comunes.

La Real Academia Española (2014) define la psicoterapia como el “Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión, persuasión o por otros procedimientos psíquicos”.

Laplanche y Pontalis (1967, citado en Guía Clínica para la Psicoterapia, 2004, p.100) afirman: “Psicoterapia es, en un sentido amplio, todo método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales empleando medios psicológicos y de manera más precisa, la relación terapeuta- paciente”

Feixas y Miró (1993), definen a la psicoterapia como: “Un tratamiento ejercido por un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos en el contexto de una relación profesional” (p.16).

El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud (2011) se asienta en una definición sobre psicoterapia que afirma lo siguiente:

Se basan en la relación profesional y humana de uno o varios usuarios con uno o varios técnicos utilizando determinados procedimientos psicológicos y conocimientos sobre el psiquismo para promover cambios, buscando aliviar un sufrimiento o favorecer el desarrollo de la persona y de sus vínculos. (p.6)

Resulta interesante pensar en que si bien son diversos los elementos que destacan los autores que han dedicado su interés hacia una aproximación conceptual de la psicoterapia, *el proceso interpersonal* es para la gran mayoría un aspecto central a la hora de detallar el término. *La relación* establecida entre el o los profesionales con uno o varios pacientes, es la principal base sobre la que se sustentan las psicoterapias.

La relación psicoterapéutica es una relación profesional que se asienta sobre una relación interpersonal. La relación profesional exige roles técnicos específicos y asimétricos, los cuales se sostienen a partir de una relación humana entre personas que están de acuerdo en trabajar juntas. (Guía Clínica para la psicoterapia, 2004, p. 100).

En líneas anteriores se resalta el término proceso, el cual se intenta destacar porque es otra de las coincidencias que se pueden encontrar entre diferentes definiciones: la psicoterapia como proceso para promover el cambio psíquico.

“La psicoterapia puede ser considerada como un proceso de ayuda clínica que busca, con la participación del sujeto, prevenir, contener, modificar o erradicar trastornos, alteraciones o disfunciones de salud mental o física que se dan en el sujeto”. (Ávila, 1989, p.3)

En este sentido es imprescindible hacer alusión a la siguiente pregunta:

¿Quiénes son los encargados de intervenir mediante procesos psicoterapéuticos?

Esta es una aclaración necesaria ya que varía según los países y si bien la psicoterapia es una práctica que puede ser llevada a cabo por profesionales de distintas áreas, se requiere que quienes la practiquen tengan conocimiento específico de las metodologías que van a utilizar. Generalmente se admiten que las profesiones de médico psiquiatra y psicólogos sean las encargadas de realizar estos procesos,

aunque a veces otros profesionales se integran a la práctica psicoterapéutica según algunas técnicas que sean utilizadas.

En lo que refiere a nuestro país, existe mayoritariamente un acuerdo a que solamente psicólogos y psiquiatras puedan formarse en psicoterapia. De todas formas, aunque se cuente con este consenso, la discusión está abierta ya que no existe reglamentación alguna que afirme que ningún otro profesional podría aceptarse como empleador de este modo de intervención. (Guía Clínica para la psicoterapia, 2004)

Resulta interesante pensar a la psicoterapia desde una mirada que abarque, además de su reconocimiento como proceso que emplea métodos psicológicos tratando de aliviar el sufrimiento humano, como un instrumento que puede influir positivamente, no solo en los usuarios del servicio, sino que puede beneficiar además a sus familias, a los demás técnicos de los servicios de salud y a la sociedad en general. Tal como se expresa en el Plan de Implementación de Prestaciones en el Sistema Integrado de Salud (2011): “(...) que logre cambios en diferentes aspectos de la conducta, tanto en la mente como en el cuerpo y en el mundo externo, beneficiándose no solamente la persona, sino la familia, la sociedad y el resto del sistema de salud.” (p.5)

En la actualidad la psicoterapia parece haber logrado un lugar consolidado dentro de las prácticas clínicas. Un gran número de países reconocen su importancia y se han creado diferentes dispositivos para emplearla intentando siempre alcanzar el mayor número de demandantes. La psicoterapia se ha transformado en un objeto de consumo masivo (Jiménez, 2000).

Lo que también es cierto es que este modo de intervención no ha sido exonerado de cuestionamientos, desde sus comienzos ha estado en la lupa de investigaciones que dudan de su efectividad como intervención clínica.

Un cuestionamiento que sacudió las bases sobre las cuales se sustenta la psicoterapia, fue elaborado por Eysenck en el año 1952, “The effects of Psychotherapy: And Evaluation” en este estudio se publicaron diferentes críticas enfocadas a demostrar la poca eficacia de los procesos psicoterapéuticos.

Positivamente para la psicoterapia, fueron estos cuestionamientos los mismos que dieron lugar a que se evaluara la técnica, respondiendo también con numerosas investigaciones que abalan a la misma como un modo efectivo de intervención clínica. Estas investigaciones fueron capaces de que se lograra mayor validez a la hora de analizar los resultados y a su vez conseguir pensar en posibles ajustes que mejoran los tratamientos psicoterapéuticos.

En la década de los 70, con el desarrollo de los metaanálisis se permitió evaluar los resultados de cientos de tratamientos psicoterapéuticos. Fue confirmándose la eficacia de los efectos y resultados de este modo de intervención. También En la Guía Clínica para la Psicoterapia publicada en la Revista Uruguaya de

Psiquiatría (2004) se expresa: “El efecto es claro: los primeros metaanálisis ya mostraban que el 80% de los pacientes tratados estaban mejor que los no tratados.” (p.108)

Lo primero es el nacimiento de una nueva "actitud empírica", esto es, de un hábito de evaluar las propias teorías a la luz de los fenómenos observados más que de seleccionar los eventos con el objeto – desde luego, preconsciente– de fundamentar la propia teoría. El aumento en la claridad conceptual es una segunda ganancia para los clínicos que se acercan a la investigación. La necesidad de operacionalizar los propios conceptos y de articular las evidencias en pro y en contra de las hipótesis de investigación contribuye decisivamente a acotar la teoría clínica, distinguiéndola de la teoría general, más alejada de los fenómenos y por eso mismo más proclive a la infiltración no crítica de ideologías de escuela y orientaciones terapéuticas (Jiménez, 2008, p.10)

Uno de los principales objetivos que atañen a las investigaciones en psicoterapia en la actualidad, tiene que ver con la utilidad y eficacia de los diferentes modelos psicoterapéuticos para diferentes tipos de trastornos mentales y conductas desadaptativas, En este sentido sería importante pensar en *¿Qué tipo de psicoterapia es mejor para que paciente?*

Delimitar la especificidad de cada enfoque es importante tanto para pacientes como para profesionales de la salud, ya que los ordena y diferencia, resaltando la conveniencia en determinadas situaciones de intervenir desde un modelo u otro. Es necesaria una visión general de la situación y trastornos de la persona, una comprensión específica en función de los problemas o conflictos que serán abordados en la terapia, las vulnerabilidades, los recursos existentes en la persona y en sus vínculos, así como una evaluación de las posibilidades de éxito y de las razones que hacen preferible ese abordaje psicoterapéutico a otro. (Guía Clínica para la psicoterapia, 2004, p.109)

Para lograr que estas investigaciones repercutan positivamente en la práctica clínica, es importante considerar la amplitud de modelos que integran hoy la práctica psicoterapéutica, respetando siempre la pluralidad de orientaciones de estos distintos modelos, pero sí apuntando llegar a una mayor claridad conceptual que sea efectiva y aprovechable para todos los procesos.

Psicoterapia focal – Intervenciones psicodinámicas de objetivos y tiempo limitado

Los orígenes:

Una buena atención en salud mental, tanto pública como privada, debería de exigir un nivel especializado en el manejo de psicoterapias que puedan llegar a toda la población acogiendo así al mayor número de demandantes posibles, es importante que la validez y fiabilidad de las mismas esté aprobada y se basen en marcos teóricos reconocidos.

En este sentido, se puede afirmar que el psicoanálisis está indicado solo en algunos casos, aunque si se pueden emplear sus teorizaciones acerca del aparato psíquico y su funcionamiento, con algunas modificaciones, en la intervención de problemas más agudos o concretos. Dice Ávila (1989):

Para delimitar la Psicoterapia Psicoanalítica de otras formas de psicoterapia hemos de referirnos a dos premisas constitutivas: a) El psicoanálisis como marco de referencia teórico básico (aunque no exclusivo) para entender la génesis y procesos del psiquismo humano; b) La utilización del encuadre y técnicas propias del Psicoanálisis adaptadas a las características del sujeto y su demanda, utilización que tampoco es exclusiva, sino que puede aceptar técnicas activas provenientes de otros marcos teóricos y técnicos. (p.3)

Es cierto también, que los tiempos de la actualidad han cambiado, se han acelerado y con ello seguramente se hayan modificado las demandas y motivos de consulta que llegan a los consultorios. Situaciones de cambios y crisis son gran parte de estos motivos de consulta y resolver situaciones agudas se ha vuelto para los clínicos un desafío constante. La técnica de la psicoterapia focalizada surge y se constituye por ser una adecuación técnica del psicoanálisis para abordar distintos cuadros agudos y situaciones de tipo concretas.

Las psicoterapias focales surgen en los hospitales y en los centros barriales de asistencia. Esto no es y no puede ser casual. Es en estos ámbitos donde, en un espacio físico relativamente acotado, se despliega y transita toda una sociedad a lo largo del tiempo, y donde la diversidad y perentoriedad de las necesidades humanas se evidencian en plenitud. Allí trabajan y transitan millares de personas en crisis, cuyas necesidades asistenciales han impuesto a los técnicos un encuadre y un abordaje que se avengan a lo agudo y definido de su sufrimiento y que no introduzcan más variables o propuestas de cambio que las que la realidad del momento les impone y puede tolerar. (Defey, 2004, p.20)

Entonces, la cotidianeidad, adaptabilidad y resolución de cuadros agudos, parecen ser algunos de los rasgos que distinguen el origen de este tipo de intervenciones, además de que busca ser un modo de intervenir que pueda llegar a la mayoría de la población.

Estas terapias focales se inician y desarrollan gracias a los aportes de analistas Británicos como Balint, Malán y estadounidenses como Alexander y French. Lo que planteaban los pioneros de este modo de intervención, era crear dispositivos de abordajes que sean más flexibles y de menos duración en relación a los tratamientos que ofrecía el psicoanálisis. (Defey, 2004)

También en referencia a los antecedentes de este modo de intervención, es Braier (1998) quien afirma que existen ciertas similitudes entre la psicoterapia de la histeria de Freud y las psicoterapias focales psicoanalíticas:

El modelo terapéutico propuesto por Freud en *Sobre la psicoterapia de la histeria* (1895), constituye un precedente insoslayable en la actual terapia focal psicoanalítica, que describiera inicialmente Malan en

1963. (...) Es posible considerar que las psicoterapias que Freud practicaba en la primera mitad de la década del 1890 eran no sólo terapias breves y de objetivos limitados sino también focalizadas, en el sentido de la técnica misma. (p.18)

Al realizar un análisis comparativo entre el modelo freudiano de 1895 y la actual psicoterapia focal, el autor resalta algunas semejanzas significativas. Una de estas es la similitud entre los objetivos terapéuticos de ambos modelos de intervención.

Los fines de la terapia focal consisten en lograr una mejoría en lo que atañe a determinados síntomas del paciente, sobre todo mediante el abordaje de conflictos subyacentes a los mismos. No se suele contemplar, como por el contrario sucede con los tratamientos psicoanalíticos, la posibilidad de curación de la enfermedad de base, en cambio sí, además de la mejoría sintomática, modificaciones conductuales y la recuperación del paciente de su capacidad de desenvolvimiento. Es, por tanto, una psicoterapia de objetivos limitados. (...) Cuando Freud aplicaba el método catártico lo hacía con la finalidad de lograr una curación sintomática, vale decir la desaparición de los síntomas que motivaban al tratamiento. También entonces los objetivos estaban, desde ya, limitados. (Braier, 1998, p.19)

Otra de las conclusiones que revela Braier (1998) es respecto a:

La concepción de la organización psíquica a abordar, (el material patógeno en Freud, el foco terapéutico actual): en ambas técnicas se observa una focalización de la labor, centrada en los síntomas salientes, que además son el punto de partida de la exploración terapéutica. (p.26)

El autor encuentra correlación entre los mecanismos terapéuticos de ambas intervenciones. Va a decir que es en la terapia focal donde se trata de alcanzar las metas y objetivos específicos a través del proceso de insight del paciente y que esto es posible de conseguir principalmente por medio de las interpretaciones del terapeuta. En referencia al método catártico, Braier afirma que mediante el empleo de este método Freud se dedicó a alcanzar el devenir consciente de recuerdos de situaciones traumáticas que habían sido reprimidas y se consideraban el origen del síntoma histérico.

Respecto a estas semejanzas el autor realiza toda una serie de conclusiones que engloban su análisis comparativo y donde finalmente concluye que pueden hallarse importantes similitudes entre las dos terapias, o como él mismo lo afirma “Al menos a mí no me quedan dudas, las primeras psicoterapias focales fueron realizadas por Sigmund Freud” (Braier, 1998, p.27). Pueden además considerarse a esas primeras psicoterapias que el padre del psicoanálisis practicaba en el año 1890, como los fundamentos sobre los cuales se sostiene la actual terapia focal.

En lo que respecta a la idea de focalizar dentro de la práctica clínica, encontraremos los primeros escritos en trabajos del Instituto de Psicoanálisis de la ciudad de Chicago, de los cuales se destacan los aportes de Alexander y French cerca de los años 40. Es en estos años donde las propuestas y las demandas

por parte de los pacientes comienzan a querer centrar la atención y concentración del terapeuta en un tema concreto.

Alexander y French (1946) resaltaban que los pacientes estaban llegando al consultorio con una nueva actitud, en donde preferían y demandaban trabajar alrededor de un tema en particular. Esto no hubiera sido posible de pensarse si no se resalta también la actitud de muchos terapeutas con formación psicoanalítica, que estaban dispuestos a trabajar de un modo más abierto y flexible. Son estos psicoanalistas estadounidenses, quienes después de trabajar varios años con la psicoterapia focal, afirmaron que siempre se debe de entender a la propuesta de focalizar como una intervención que tiene sus alcances y sus limitaciones. (Rivera, 1995)

En este mismo año (1946) estos analistas junto con algunos colaboradores publican en New York, el libro llamado "Terapia Psicoanalítica", el cual busca replantear la necesidad de acotar el tratamiento psicoanalítico y comenzar a emplear otro tipo de terapias, las cuales sean de tiempos más breves. En este libro es donde Alexander y French van a introducir conceptos novedosos para la época, como la planificación de la psicoterapia, flexibilidad del terapeuta, manejo de la relación transferencial y eficacia del contacto breve.

Otro de los impulsos que generan la creación del modelo focal, fue la creación de un tipo de abordaje que alcance a un mayor número de pacientes, ampliando así la cobertura terapéutica del psicoanálisis a demandas que comenzaron a ser cada vez mayores, desbordando hospitales y centros de asistencia. Es imposible afirmar que el psicoanálisis lograba atender a un alto porcentaje de la población y fue necesario implementar un nuevo método que cubra estas necesidades asistenciales masivas.

Se trataba de ajustar el dispositivo para hacerlo más abarcativo que el tradicional, clásicamente limitado a los requisitos clínicos definidos a través del concepto de analizabilidad. Freud había sido tan honesto como claro al respecto, al señalar, por ejemplo, que el psicoanálisis (en su forma originaria) no estaba indicado en los casos de crisis. (Rivera, 1995, p. 1021)

Entonces, fue en esta década de los 40 en donde diferentes aportes se dirigían a la creación del diseño de un modo de intervención que, respetando siempre los orígenes teóricos del psicoanálisis, se pudieran introducir algunas variantes técnicas en donde el alcance del nuevo método pudiera llegar a ciertos sectores de población que el psicoanálisis no cubría o no resultaba del todo eficaz.

Es en la década del 60, más precisamente en el año 1963, donde D.H Malan comienza a describir la técnica focal en Londres, desarrollando un tipo de abordaje focalizado en la transferencia, y realizando también diferentes evaluaciones que estudian sus resultados y la contrasta con diferentes tipos de intervenciones. En este año publica un estudio sobre psicoterapia breve, en el cual se relatan diecinueve casos de pacientes que habían sido tratados mediante psicoterapias breves. También es Malan quien

desarrolla un método de carácter psicodinámico para el logro de la evaluación de los resultados que se obtuvieron. (Rivera, 1995)

Si bien este no es el primer psicoanalista europeo que centra su atención en la focalización, ya que es posible encontrar escritos de otros autores como Michael Balint, quien además es uno de los padres de la actual psicología médica y quien ha realizado importantes contribuciones teóricas a la psicoterapia focalizada. Puede considerarse a Malan como dice Knobel (1987) el padre de la psicoterapia focal, ya que además de estudiar el criterio de la focalización de la labor terapéutica en ciertos síntomas del paciente, fue el primero que se dedicó detalladamente al estudio de una técnica focal. (Defey, 2004)

Dos años más tarde, en 1965 son Bellak y Small quienes publicaron “Psicoterapia Breve y de Urgencia” en la ciudad de New York. En el escrito pueden enfatizarse algunos temas en donde los autores centraron su atención, se dedicaron al estudio de la aplicación de la teoría del aprendizaje, el insight y la elaboración. “El libro de Bellak y Small es un clásico del área y aporta sabrosos ejemplos que iluminan sobre la creatividad y flexibilidad necesarias para este tipo de abordajes” (Defey, 2004)

En el continente latinoamericano son importantes los aportes que se generan en los años 70, en donde siguiendo los trabajos teóricos que habían aportado los ya nombrados autores norteamericanos, surgen destacados nombres de libros que han sido referentes para muchos psicoterapeutas. “Teoría y Técnica de Psicoterapias” (1973), escrito por el Argentino H, Fiorini, se convirtió en uno de las trascendentales teorizaciones que se realizaron en el continente.

“Psicoterapias Breves” (1981), es también un muy conocido libro, publicado por Eduardo Braier, quien puede considerarse discípulo del ya nombrado H, Fiorini. En sus textos este autor analiza y ordena muchos de los aportes que realizaron sobre el tema sus antecesores.

En lo que respecta a Uruguay en los últimos veinte años las investigaciones sobre psicoterapia han desarrollado diversos estudios válidos que analizan la confiabilidad tanto del proceso de las distintas psicoterapias como de sus resultados. En nuestro país, más precisamente en la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina y en Agora (Centro de Intervenciones Psicoanalíticas). (Defey, 2004)

Características distintivas de la psicoterapia focal psicodinámica de objetivos y tiempos limitados:

*“Las variadas formas de enfermedad que tratamos
no pueden tramitarse todas mediante una misma técnica”*

Freud (1918)

Si bien la psicoterapia focal de orientación psicoanalítica, como bien su nombre lo indica, comparte el marco conceptual con la teoría psicoanalítica, su fin terapéutico es más directo y promueve cambios a nivel de la reactivación de los recursos adaptativos del yo. Esta técnica, conocida también como psicoterapia de tiempo y objetivos limitados, aunque se basa en la teoría psicoanalítica, es un modo de intervención posible de ser definida con sus características propias que la diferencian del tratamiento psicoanalítico. (Braier, 2009)

Sería interesante comenzar con el siguiente cuestionamiento: *Psicoterapia focal y psicoterapia breve, ¿son sinónimos?*

En relación a esta interrogante es Defey (2004) quien plantea:

Muchas veces ambos términos (breve y focal) son utilizados como sinónimos. Sin embargo, no son estrictamente lo mismo. Si, bien, por sus mismas características, la terapia focal suele ser breve, no se define por sus tiempos sino por sus objetivos (Terapia de *OBJETIVOS* definidos) mientras que los tratamientos llamados breves se definen por la determinación de un tiempo acotado en el que se debe llevar a cabo el tratamiento (Terapias de *TIEMPO* definido). (p.24)

Entonces, la psicoterapia focal de tipo psicoanalítica es un modo de intervención de objetivos limitados, que puede o no, ser de tiempo breve.

Aclarada esta cuestión, sería importante poder conocer y entender aquellos rasgos distintivos que definen y caracterizan a la psicoterapia psicoanalítica focalizada.

Para alcanzar esa cierta aproximación conceptual, es pertinente aclarar, que aunque como se expresó en líneas anteriores, la psicoterapia focal psicoanalítica comparte sus bases teóricas con el psicoanálisis, este método de intervención no es un “psicoanálisis de saldo” sino que es un modelo de intervención genuino que viene creciendo con mucha fuerza y rapidez en todos los servicios asistenciales. (Sánchez Barranco Ruiz, y Sánchez Barranco Vallejo, 2001)

Una psicoterapia focalizada, como su nombre lo indica, es un método de intervención que responde a una demanda puntual, siempre orientada hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes que hacen a esa situación de demanda; lo que no quiere decir que no se atiendan los factores históricos que hacen a la vida del paciente, sino que lo que se jerarquiza es el papel de la realidad actual del sujeto, el aquí y ahora.

Este método se inspira sobre bases psicoanalíticas, teniendo en cuenta tanto los aspectos inconscientes, sus leyes de organización y a la enfermedad o síntoma como proceso, sin embargo en lo que

respecta a lo técnico de este tipo de abordaje, se procede de un modo que difiere con las intervenciones psicoanalíticas clásicas, ya que esta psicoterapia se orienta a resolver conflictos o situaciones concretas del paciente, las cuales además generalmente son actuales y han roto con el equilibrio psíquico del sujeto. (Rivera, J, 1995)

Es importante aclarar que aunque mayoritariamente se intervenga en conflictos que tienen que ver con el aquí y ahora del paciente, también se incluyen a la hora de trabajar analíticamente con el material que nos otorga el sujeto su mundo interno, con sus fantasías inconscientes y objetos; haciendo además un significativo análisis de las diferentes áreas en las que está inserto, como por ejemplo, lo económico, lo laboral, lo social, el núcleo familiar, etc. Pensando en que el conjunto de estos dos aspectos, inconsciente-realidad en la que está inserto el paciente, constituyen una fuerte estructura inseparable. (Montado 1995)

Este modo de visualizar a nuestros pacientes como totalidad, hace que sea posible el diseño de estrategias terapéuticas que se adecuan a momentos más específicos utilizando encuadres particulares, suponiendo a su vez el interjuego variable entre mundo interno y externo del sujeto.

Sánchez Barranco Ruiz, y Sánchez Barranco Vallejo, (2001), plantean que: “los psicoanalistas freudianos convencionales mantienen que la psicoterapia dinámica es un abordaje superficial, que imposibilita la resolución auténtica de las conflictivas más nucleares del sujeto por no alcanzar un correcto análisis de los fenómenos transferenciales” (p.13)

Frente a estas interminables críticas y cuestionamientos han sido varios los psicoterapeutas focales que se han dedicado al estudio de investigaciones que evidencien los positivos resultados de este modo de intervención.

Es importante destacar que las psicoterapias no intentan sustituir al psicoanálisis convencional, sino ser un modelo más de intervención que resuelva demandas con objetivos más definidos, repercutiendo en un mayor acceso de pacientes a estos procesos, pacientes que por diferentes motivos no podrían transitar por un psicoanálisis.

En este sentido cabría preguntarnos: *¿Una praxis puede ser mejor que otra solo por su frecuencia?*

En esta cuestión cabe considerar las posturas éticas de los profesionales clínicos, en cuanto a que los dos modos de intervención, tanto el psicoanálisis convencional, como la psicoterapia focal psicoanalítica, deben de tener sus propias indicaciones, es decir, es la responsabilidad de los clínicos asumir el rol de orientador, siempre en beneficio de nuestros pacientes, de indicar uno u otro modelo según el caso corresponda. “Le cabe entonces al profesional la responsabilidad de asumir que es posible y que no lo es en función del proceso del análisis o la psicoterapia.” (Ávila 1989 p.6)

Esto último, además de ser un posicionamiento ético y una responsabilidad que deberían ejercer todos los psicoterapeutas y psicoanalistas, es una cuestión que debería congratularnos ya que hoy en día contamos con diferentes propuestas que se adaptan a los diferentes sujetos que visitan consultorios en busca de intervenciones psicológicas que atiendan sus demandas. No debemos de olvidarnos nunca que nuestro trabajo es con seres humanos, y que:

No existe pues una única técnica, sino una diversidad, porque tampoco hay una sola clínica sino una casi infinita gama de situaciones humanas que se nos presentan cotidianamente. De modo que no es posible tampoco pretender que un modelo sea mejor que otro, si no es por su sintonía con las características del paciente y por el bienestar que su asistencia puede procurarle. (Montado 1995 p.50)

Ahora bien, es importante si queremos llegar a cierta formulación conceptual en relación a la psicoterapia focal psicodinámica de tiempo y objetivos limitados, centrar el escrito hacia aquellos aspectos que hacen a la caracterización del *terapeuta*, el *paciente* y el *vínculo terapéutico* en este modelo de intervención.

Al igual que no todos los psicólogos tienen las cualidades necesarias para ser buenos psicoanalistas, tampoco todos los técnicos de la salud son buenos para desempeñar su trabajo en intervenciones focales.

Una muy buena dosis de sentido común, un buen conocimiento de la cotidianeidad y las distintas realidades de la cultura en la que trabaja y una disposición activa, y por momentos ejecutiva, son quizás los requisitos más importantes para un terapeuta en este tipo de abordajes. La flexibilidad y creatividad no son menos importantes, al igual que un conocimiento sólido de la patología y, especialmente, la normalidad (Defey, 2004, p.29)

Actitud activa, flexibilidad y creatividad parecen ser entonces características necesarias que debe de poseer el psicoterapeuta a la hora de intervenir en psicoterapia focal. Esta actitud activa es verdaderamente necesaria a la hora de guiar siempre el trabajo clínico hacia el o los focos de intervención. Además esta característica de un papel activo es significativa también ya que habitualmente se trabaja con intervenciones breves donde los pacientes necesitan y deben de seguir cumpliendo sus funciones adaptativas en sus vidas cotidianas.

Una buena intervención psicodinámica focalizada podría definirse como aquella en donde el terapeuta sabe integrar tanto sus conocimientos teóricos como técnicos con su empatía a un paciente que está dispuesto a recibirla. (Jiménez, 2005)

Ya enunciadas las más importantes características con las que debe de contar el terapeuta para intervenir adecuadamente en este tipo de abordajes, es necesario hacer alusión a aquellos rasgos y capacidades yóicas con las que deben contar los pacientes a la hora de trabajar desde una psicoterapia de tiempos y objetivos limitados.

Sánchez, Barranco Ruiz y Sánchez Barranco Vallejo plantean algunos de los criterios que deben de tener los pacientes para acceder a una psicoterapia dinámica. Se basan en los planteamientos de Sifneros (1992), autor que establece los siguientes criterios:

- “Existencia en el paciente de un conflicto específico y principal, habitualmente de índole edípica, siendo capaz de seleccionarlo y concentrarse en él.
- Evidencia de una interrelación del problema presente con tal conflicto nuclear.
- Habilidad en el sujeto para la comunicación, capacidad para hacer ciertos sacrificios (ser poco narcisista) y aptitud para expresar adecuadamente sus sentimientos.
- Presencia de un buen nivel intelectual y un cierto grado de sofisticación psicológica, lo que se capta por la forma de responder las interpretaciones iniciales.
- Motivación por el cambio profundo y no sólo a la relegación de síntomas” (p.1019)

De todas formas, Kantrowitz (1995, Citado en Jimenez, 2005, p.162) confirma que no son las características personales de paciente y analista las importantes, sino el match entre ellas:

Mientras que pueden haber ciertas características particulares de pacientes y analistas que parecen constituirlos desde la partida como buenas o malas parejas, son el aspecto dinámico de sus interacciones, sus resonancias y disonancias y su capacidad conjunta –o limitación–, para expandir los ‘puntos ciegos’ o acercar las diferencias que desarrollan en el curso del trabajo analítico, las que probablemente son cruciales para el resultado.

Alianza Terapéutica y psicoterapia focal:

La alianza terapéutica es un componente clave en este tipo de tratamientos y la calidad de este vínculo terapéutico puede ser un predictivo del resultado final de la psicoterapia.

Un elemento básico es para Malan el rapport, definido como el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta, lo que a nuestro entender supone el ingrediente esencial de la clásica alianza terapéutica. El estado de rapport debe ser percibido por el terapeuta en cada instante del proceso, pues es la clave que va marcando cómo se desarrolla el mismo (Sánchez Barranco 2001 p.17)

En este sentido, es importante que el psicoterapeuta sepa cómo se halla el rapport, centrando su atención en cómo reacciona el paciente frente al acercamiento con sus sentimientos más inconscientes y observando cómo actúa luego de interpretaciones profundas.

De La Parra (2006) plantea que la alianza terapéutica está constituida por tres componentes: a) el acuerdo sobre la tarea de la terapia, b) el acuerdo sobre los objetivos y c) el vínculo, que corresponde a la

relación afectiva, terapeuta-paciente. Esta clasificación da cuenta de la alianza como un factor multidimensional; planteando además que la alianza terapéutica es prerequisite para el cambio en cualquier tipo de terapia, lo que nos lleva al significado de los factores genéricos en psicoterapia. (¶ 17)

¿La alianza terapéutica es uno de los más importantes componentes curativos de las psicoterapias o el vínculo solamente es el creador del escenario que se necesita para que otros elementos actúen terapéuticamente?

La alianza se forma de manera diádica y se expresa en la capacidad del sujeto en establecer una relación con el terapeuta que se asiente en cierta confianza. Es siempre una de las principales tareas del clínico construir esta confianza, esto es fundamental ya que el vínculo entre el “yo razonable” del paciente y el “yo analizador del analista” son los encargados de formar la alianza, la cual es un elemento protagónico a la hora de obtener resultados positivos en psicoterapia. (De La Parra, 2006)

Diremos entonces que es sumamente importante, ya que de otro modo no se obtendría ningún tipo de resultado terapéutico, que el paciente esté siempre colaborando de distintas maneras con el terapeuta, formando un vínculo que cumple el papel de “sanador”. La alianza como elemento central y motor de cambios que pueden favorecer los resultados terapéuticos.

¿Cómo trabajar la transferencia en este modelo de intervención?

La psicoterapia es un tipo particularmente complejo de relación de ayuda. Quien consulta, lo hace aquejado por algún síntoma o problema que supone tiene alguna causación psicológica. El que el paciente sea capaz de mostrar su dolor psíquico, y que el terapeuta sea capaz de acogerlo empáticamente, y desde allí empezar su labor de ayuda psicológica, ha sido desde siempre el punto de partida de toda psicoterapia. La relación existente entre intervención terapéutica y vínculo fue establecida por Freud en 1913 cuando, respondiendo a la pregunta de en qué momento intervenir, escribió: “Nunca antes de haberse establecido en el paciente una transferencia utilizable, un rapport en toda regla con nosotros. (Jiménez, 2005, ¶1)

La idea es utilizar siempre las resistencias provenientes del interjuego transferencia-contratransferencia, a favor del vínculo terapéutico.

“En la medida en que este tipo de abordaje se inscribe dentro de las psicoterapias psicoanalíticas, la variable transferencia/contratransferencia es clave para comprender y desarrollar el tratamiento.” (Defey, 2004, p.46)

Ninguna intervención terapéutica debería ser definida a priori como adecuada o inadecuada, sino en función de su ajuste a los fines que se propone. Así, el trabajar más o menos “analíticamente” la transferencia no dice nada sino por referencia a lo que se busca conseguir trabajando junto a ese paciente. (Rivera, 1996 p.109)

El lugar de lo transferencial, es un elemento clave a considerar en relación a lo estructural en este tipo de intervenciones focales. Sin embargo la interpretación de lo transferencial en psicoterapia focal psicodinámica, es un tema que ha levantado controversias entre diferentes autores que se han dedicado a investigar y conocer si los resultados de esta interpretación son positivos o negativos para nuestros pacientes.

Hay quienes sostienen que la interpretación transferencial funcionaria como una especie de bisturí. Si se maneja frecuentemente y sin discriminar ante que paciente estamos utilizando el recurso puede volverse algo peligrosa. No obstante, en algunos casos, la interpretación de lo transferencial puede ser un gran aliado en el proceso, siempre y cuando tengamos la seguridad de que nos encontramos ante el paciente correcto para aprovechar el recurso. Generalmente se tiene en cuenta ante pacientes que expresan historias que evidencian una buena relación objetal, quedando en un segundo plano, si es que existe, la patología. De gran importancia es también el correcto análisis de la alianza terapéutica, ya que del estado de esta pueden depender también los resultados de la interpretación de lo transferencial. Entonces, en psicoterapia psicodinámica parece ser que la interpretación transferencial, es opcional y sería conveniente utilizarla solamente cuando es verdaderamente necesario. (De La Parra, 2006)

Otros autores, afirman que en este tipo de abordajes es mejor no trabajar lo transferencial, debido a que solo por el hecho de tratarse de modelos de tiempos y objetivos limitados hace que la transferencia no opere con protagonismo.

En este sentido dice Rivera, (1996):

En términos generales soy partidario de que mientras ésta no obstaculice definitivamente el proceso terapéutico, conviene observar su evolución discretamente, sin “tocarla”. El mismo encuadre focal, por otra parte, la hace menos probable, porque está diseñado para producir otros efectos, y porque incluye además algunos aspectos que tienden a desarticularla. (p.111).

Resulta interesante pensar que aunque lo transferencial no desempeñe un papel protagonista en este modo de intervención, siempre se encuentra presente y como clínicos deberíamos de tenerlo en cuenta aunque no lleguemos a interpretarla. “Se trata de trabajar desde un abordaje centrado en la traseferencia positiva sublimada. Se trata de escuchar y comprender todos los fenómenos transferenciales pero no necesariamente interpretarlos.” (Defey, 20004 p.46)

Se vuelve necesario resaltar que en psicoterapia focal psicoanalítica es fundamental saber que se trabaja, pero sobre todo prestar mucha atención a lo que *no* debemos trabajar. Debemos tener siempre en cuenta que no vamos a lograr “curar” todo, porque seguramente si respetamos los límites que enmarcan este tipo de tratamientos ese resultado no sería posible.

Ahora bien, cabría preguntarnos entonces ¿en este tipo de abordajes se impone la técnica, el clínico, el paciente o el vínculo terapéutico? Después de haber hecho este recorrido de carácter teórico por lo que

significa el vínculo en este tipo de intervención, posiblemente la respuesta más acertada sea que sin restar importancia a los aspectos técnicos, en este tipo de intervenciones se debería centrar el trabajo en el vínculo, puesto que el vínculo es fundamental a la hora de atender la demanda focal y seguramente el elemento “curativo” de mayor importancia dentro del trabajo terapéutico.

“La promoción del vínculo interpersonal se asocia directamente al resultado global de la terapia, lo que convierte a esta heurística en factor curativo independiente” (Jiménez, 2005 ¶65)

Foco y focalización en psicoterapia

Foco y Psicoanálisis

Freud en 1895 describió la expresión de “*cuerpo extraño*”, como un concepto proveniente del ámbito médico, que apuntaba a la creencia de que existían ciertos materiales psíquicos que se encontraban aislados del resto. Era su intención aislar y destacar ese cuerpo extraño para poder trabajarlo terapéuticamente, lo que en definitiva podríamos concebirlo como una focalización de la labor terapéutica. “La terapia opera como la remoción de un cuerpo extraño del tejido vivo” (Freud, 1985)

Analizando este concepto de Freud, podría aseverarse que ya en estos tiempos exista cierto criterio de intervención centrada en la tarea de focalizar. “La focalización concebida por el terapeuta, es convencional y debe ser entendida como un artificio para operar terapéuticamente como si en verdad se tratase de un cuerpo extraño” (Braier, 1998, p.21)

Tiempo después es el mismo Freud quien introduce, reemplazando el concepto de “*cuerpo extraño*”, en *Estudios sobre la histeria*, el término de “*infiltrado*”:

Un cuerpo extraño no entra en ninguna clase de conexión con los estratos tisulares que lo rodean, si bien los altera, los constriñe a la inflamación reactiva. Nuestro grupo psíquico patógeno en cambio no se puede extirpar limpiamente del yo (...) La organización patógena no se comporta genuinamente como un cuerpo extraño, sino mucho más, como una infiltración. (Freud, 1895, p. 596)

La terapia ya no tenía como propósito la extracción del cuerpo extraño, sino que la intervención consistía en disolver las resistencias del paciente, desbloqueando conflictos que se encontraban trabados. Es interesante pensar en que esta concepción que planteaba el padre del psicoanálisis, ya que no difiere demasiado con la organización actual a la que se refiere el concepto de foco, entendiendo a este como material principalmente inconsciente. “Al ahondar en la organización a la que refiere todo foco, venciendo resistencias, descubrimos, representaciones reprimidas, conexiones de éstas con otras representaciones y con afectos desplazados, convertidos, etc.” (Braier, 1998)

Entre mí he comparado a menudo la terapia catártica con una intervención quirúrgica, designando a mis curas como unas operaciones psicoterapéuticas, y seguido las analogías con la apertura de una cavidad llena de pus, la extirpación de una región cariada, etc. (Freud, 1985, p. 308)

En este sentido, el fin de la remoción de esa, siguiendo las analogías de Freud, “cavidad llena de pus”, sería el recobrar la salud y el equilibrio que el sujeto tenía antes de contraer la afectación. Es interesante pensar que este concepto puede contribuir a la concepción actual de foco, ya que si pensamos en estas comparaciones, no se alejan demasiado con los objetivos de las actuales psicoterapias focales en donde se utiliza al foco para resolver un conflicto o crisis del paciente, conflicto que ha roto o perturbado el “equilibrio” y regresarlo a este estado sería la principal labor del psicoterapeuta.

Otro punto de conexión posible e interesante de ser pensado entre la actual concepción de foco y los antiguos términos Freudianos empleados en “Estudios sobre la Histeria”, es el de “núcleo patógeno”, empleado por Freud como el centro del material psíquico, “Un núcleo de recuerdos (recuerdos de vivencias o de ilaciones de pensamiento) en los cuales ha culminado el momento traumático o halló su plasmación más pura de idea patógena”. (Freud, 185, p. 293)

Freud se refería al material que se centraba en torno al núcleo patógeno como inconsciente, con esta teoría coincide también la concepción actual de foco, donde el conflicto del sujeto estaría siempre en conexión y derivado de conflictos primarios, por tanto inconscientes del paciente y son esos conflictos primarios en definitiva el núcleo del foco. “Nuestras actuales dificultades para definir teóricamente de un modo más preciso el foco terapéutico, concepto desde luego y paradójicamente, clave en la técnica focal, y sobre todo para transmitir una imagen de éste, recuerdan las que tenía Freud en sus intentos de dar una idea de la organización del “material patógeno”. (Braier, 1998)

El concepto de foco

A pesar de que como se mostró en líneas anteriores, algunas de las teorizaciones de Freud pueden ayudarnos a darle forma al concepto de foco, es cierto también que el término mantiene hasta el momento un impreciso marco teórico impreciso, como sostiene Fiorini (2002):

En las referencias al mismo coexisten criterios sintomáticos, interaccionales, caracterológicos, o técnicos (...) en el campo de las psicoterapias estos criterios se yuxtaponen sin establecer ligazones entre sí. Lo que esta pluralidad de conceptos deja entrever es que foco puede aludir a una organización compleja de la cual aquellos criterios recortarían fragmentos. (p.1)

En psicoterapia psicoanalítica focalizada, se intenta centrar la intervención alrededor de determinadas conflictivas del paciente. “El foco terapéutico es un artificio de valor operativo y es concebido por el terapeuta generalmente a partir de los síntomas que motivan la consulta” (Braier, 1998, p.21)

Michael Balint y sus colaboradores (1972) fueron quienes introdujeron el término de foco tratando de delimitar un encuadre de psicoterapia, que además de limitarse en el tiempo se limitará en contenidos.

El concepto psicoanalítico del foco posee *dos significaciones*, una de ellas refiere a la acción de focalizar como un modelo de trabajo, es decir, una estrategia que ordena el trabajo del psicoterapeuta. Y por otro lado, el foco como hipótesis propia del material que el paciente trae, esta significación tiene importante relación con el concepto de transferencia. Además, “Los resultados de la investigación sobre psicoterapia subrayan que el foco de tratamiento puede ser vinculado de forma inmediata con el resultado de la terapia, dado que si se atiende al aspecto focal se obtiene evidentemente terapias más efectivas” (Dahlbender, Kächele, Frevert, y Schnekenburger, 1995, p.116).

Entonces, podemos pensar al foco como un centro temático que se construye y resulta de la interacción entre las demandas del sujeto y la capacidad con la que cuenta el terapeuta para comprenderlas, pensándolo siempre dentro de un modelo de intervención dinámico, en este sentido es indiscutible el papel protagónico que desempeña el foco en las psicoterapias focalizadas. (Jiménez, 2005, ¶ 70)

Frecuentemente se confunde al término de foco con el motivo de consulta, es importante tener presente que éstos no son sinónimos, de todas formas, lo que sí es cierto es que con gran frecuencia el foco deviene del motivo de consulta. También puede llegar a confundirse el término foco con los objetivos de la psicoterapia, en relación a esto Defey (2004) expresa:

El concepto de foco se refiere a lo *qué se va a trabajar*, es decir, qué temas se van a abordar, mientras que los objetivos constituyen el *para qué* del tratamiento: el rumbo que va a tomar y el destino al que se dirige. (p. 37).

Foco psicodinámico:

Thomä y Kächele (1985) han dedicado varios de sus estudios teóricos al análisis del término foco. Para estos autores, el foco es pensado como el centro temático que surge del resultado de la interacción entre el tema que plantea el paciente y la perspectiva del analista. La interacción paciente-terapeuta es fundamental para dar paso a la futura creación del foco que se trabajará en la psicoterapia. Plantean también pensar en la psicoterapia focal continuada, de duración indefinida y de foco pensado desde una comprensión psicodinámica.

Desde esta perspectiva, el foco sería el punto nodal que se produce en la interacción que surge en el proceso entre lo que propone el paciente y la capacidad que tenga el analista de comprenderlo. Los diferentes focos que puedan ir surgiendo en el trabajo terapéutico, serán entonces, el resultado inconsciente de las interacciones entre las *necesidades-demandas* del paciente y las *capacidades- posibilidades* del analista.

A partir de esta noción de foco se sostiene también que algunos procesos ni siquiera logran “ponerse en marcha” hasta que se logra esa conexión interaccional entre paciente-analista. (Dahlbender, Kächele, Frevert, y Schnekenburger, 1995, p.117)

Esta concepción de foco basado en la interacción, se aleja de aquellas teorías que ligan al foco principalmente a la tarea de interpretación y en donde el mismo gira en torno a un único tema, contrariamente, estos autores sostienen la hipótesis de foco dinámico, foco que además como lo afirma Dahlbender (1995) “describe el problema actual del paciente y la actualizada dinámica inconsciente de este” (p.119)

Generalmente, al inicio de la intervención los pacientes realizan distintas proposiciones temáticas que podrían ser descritas como *conflictos nucleares*, entendiendo a estos como conflictos infantiles que de manera inconsciente devienen en síntomas (French, 1970). En este primer momento se puede comenzar a pensar en el foco a intervenir. Siguiendo la línea de French, el foco siempre debe de contener elementos sobre

el origen infantil del conflicto, sus consecuencias actuales y los mecanismos de defensas presentes. Esta primera elaboración focal, generalmente conduce a la creación de un segundo foco y a veces hasta un tercero, lo más importante de esto es que aunque se traten de diferentes focos, todos se interrelacionan con el primero, los focos siempre se encuentran conectados por el conflicto central. (Dahlbender, Kächele, Frevert, y Schnekenburger, 1995, p.116).

Según estos autores, los cuales se aproximan a una comprensión psicodinámica del foco, un conflicto se convertiría en foco cuando el clínico ha podido generar algún tipo de hipótesis que se conecte con aspectos inconscientes del paciente. “El foco describe el problema actual del paciente y la actualizada dinámica inconsciente de éste” (Dahlbender, Kächele, Frevert, y Schnekenburger, 1995, p.119).

Foco centrado en la interacción:

Por su parte, Strupp y Binder (1984) formularon un modelo de foco basado en la interacción. Conciben el foco:

De modo dinámico interpersonal, guiados por la idea de que los esquemas de la interacción entre las personas constituyen el escenario psicológico generalizado sobre el cual se repiten, constantemente representados, los dramas de la vida. El que los problemas del paciente cumplan un determinado rol dentro del entramado de sus relaciones, vuelve esos problemas visibles y al mismo tiempo aptos para que el terapeuta incida sobre ellos” (Dahlbender, Kächele, Frevert y Schnekenburger, 1995, p.119)

En este sentido, los autores (Strupp y Binder) consideran que la interacción entre el paciente y el psicoterapeuta establece la puesta en marcha del proceso terapéutico y además son en esa interacción tan importante las contribuciones del terapeuta como las del paciente, estableciendo una relación diádica en la que las contribuciones de ambos influyen en el proceso.

Pero, ¿Por qué Strupp y Binder centran la atención en el aspecto interpersonal? Esto es debido a que sostienen:

Que la identidad y la conducta interpersonal del paciente tienen un origen 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-propaga. El problema es que su repetición en el presente resulta anacrónica e inadaptada y se traduce en diversas limitaciones que pueden producir síntomas. (Gutiérrez, Iturriza, Finol, 2003, p. 46)

Strupp y Binder señalan que trabajar desde el análisis de la interacción entre el paciente y el clínico es el recurso más apropiado para intervenir terapéuticamente y el momento para modificar, si es necesario, ese

patrón psicodinámico que tiende a reproducirse en toda relación, no siendo ajena la terapéutica, configurándose y apareciendo en los aspectos transferenciales.

El foco desde el Diagnóstico Operacionalizado (OPD2)

El manual diagnóstico OPD (Operationalized Psychodynamic Diagnostics) surge entre los años 1994 y 1996. El mismo es un método semiestructurado de evaluación y diagnóstico. A partir del año 1996 y hasta el 2003 el manual comienza aplicarse en numerosos centros de atención en Europa. Es posible encontrarlo en más de 5 traducciones y se creó con los mismos fines, una versión de OPD para diagnóstico de niños y adolescentes.

La disconformidad de psicoterapeutas con clasificaciones descriptivas coopero con la aparición del OPD, en este sentido el OPD:

Pretende funcionar a un nivel medio de inferencia, no tan cercano a la observación como para perder validez en los constructos psicodinámicos, ni tan lejano como para perder relevancia clínica y posibilidad de facilitar la comunicación entre terapeutas y entre éstos y otros profesionales y el mundo científico. (De La Parra, 2010, p. 365)

En 2006 se crea el manual OPD2, el importante aporte del mismo se relaciona con que ya no solo permite el diagnóstico psicodinámico, sino que contiene además la planificación de la psicoterapia y las estrategias clínicas dependiendo del paciente.

Desde el OPD2 se propone que para formular el foco de intervención, debe existir además de un conflicto actual manifiesto, un conflicto nuclear latente pasado y una relación entre ambos.

Acceder al paciente en su complejidad, aprehendiéndolo desde distintos vértices, lo que favorece una mejor comprensión de este. De esta forma, el sistema permite establecer más de un foco para cada paciente. En él (OPD2) los focos son entendidos como aquellas áreas problema subyacente que mantienen los síntomas psíquicos/psicosomáticos y las dificultades interpersonales (Dagnino, De la Parra, Jaramillo, Crempien, et al. 2014, p.25)

Es importante tener en cuenta estas áreas ya que son las que nos dan la pauta de si se produjeron cambios o no en el paciente. Y en relación a esto es interesante pensar en la idea que plantea De La Parra (2004) de "*foco idiosincrático*" caracterizándolo como un elemento particular y muy subjetivo a cada paciente.

En este sentido, lo que se espera de un proceso psicodinámico exitoso, es que los conflictos que presenta el paciente no sean anulados, sino que se busca llegar a modificar e integrar estos conflictos a la personalidad del sujeto y que a su vez esta experiencia resulte positiva para su cotidianidad.

Conflicto relacional para la formulación del foco

El método TCCR es un procedimiento desarrollado para determinar el principal tema del conflicto relacional. Fue desarrollado por Luborsky en el año 1977 y pretende orientarse a las categorías de análisis y de contenido, identificando así estructuras y vivencias subjetivas en forma esquemática. Los esquemas representan material relacionado con el pasado y presente de los pacientes, pudiendo representar a su vez la propia relación paciente-analista. Se intenta evaluar mediante narraciones del paciente interacciones que han vivido con otras personas, a estas narraciones el autor las denominó “*episodios relacionales*”. (Dahlbender, Kächele, Frevert, Schnekenburger, 1995, p.124)

Nuevamente nos encontramos frente a la importancia que algunos autores le han dedicado a la narrativa, considerando que mediante la narración de historias, principalmente aquellas que incluyan temas sobre episodios relacionales, es decir aquellas expresiones donde se evidencien sucesos del paciente con otros (objeto) puede llegar a darnos una visión muy acertada sobre el mundo relacional del sujeto, ya que al narrar episodios de tipo relacionales el sujeto siempre está reproduciendo en cierta forma su relación interna (sujeto-objeto). (Strupp y Binder, 1984)

Se pueden diferenciar *dos* tipos de episodios relacionales: Por un lado, están aquellos episodios en donde el paciente expresa historias que tratan de su *relación con los objetos*, y un segundo tipo de episodios que serían aquellos en los cuales el sujeto se detiene en expresiones sobre *sí mismo*. Para poder identificar ante qué tipo de episodio nos enfrentamos es importante tener siempre en cuenta quién es el protagonista de la historia dentro de la narración del paciente, con quien interactúa y además detenernos en el momento (pasado-presente) en el que es expresada la historia. Hacer esta distinción puede permitirnos saber o comenzar a tener alguna hipótesis sobre si, por ejemplo, se debe de dirigir la intervención hacia el trabajo de la relación del individuo con los objetos, o en qué fase del ciclo vital puede estar la principal conflictiva del paciente. (Dahlbender, Kächele, Frevert, Schnekenburger, 1995 p.126)

Es trabajo del clínico intentar guiar las narraciones del paciente hacia episodios relacionales que puedan evidenciar los esquemas relacionales más internalizados del sujeto y su relación con los objetos. Según Dahlbender, Kächele, Frevert, Schnekenburger (1995) estas relaciones internalizadas se conciben como “un suceso de interacción motivado subjetivamente con un objeto (por ej: objeto primario, pareja, amigos, compañeros de trabajo, terapeuta, etc.)”(p.126) y en lo que refiere al contenido están determinados por tres componentes:

- El deseo del sujeto por el objeto
- La reacción del objeto
- La reacción subsiguiente del sujeto

Estas reacciones pueden manifestarse en forma de emociones, de síntomas o comportamientos.

Las reacciones negativas ya representan para el paciente una reducción de la satisfacción de sus deseos (...) En su aspecto positivo se vincula con la satisfacción sin impedimentos de un deseo, ya sea ésta efectiva o sólo de esperarse, y/o se vincula con una sensación de que el trato con los deseos es satisfactorio (Dahlbender, Kächele, Frevert, Schnekenburger 1995, p.126)

Es importante tener en cuenta, desde el lugar del clínico, que las narraciones en torno a los episodios relacionales son subjetivas y se tendrá que poder diferenciar cuando las expresiones del paciente se refieren a reacciones del objeto que verdaderamente ocurrieron o si se trata de lo que el paciente esperaba del objeto. Poder hacer esta distinción es importante porque nos puede acercar al análisis de si se generan modificaciones en este aspecto relacional en el correr del trabajo psicoterapéutico. Para que el clínico pueda llegar a tener en cuenta estos componentes a la hora de la formulación del foco, es necesario contar con varias narraciones en donde el tema central gire en torno a las relaciones del sujeto con los objetos.

Este tipo de procedimiento fue utilizado porque además de ayudar a la formulación del foco, los esquemas pueden ser útiles para fines investigativos, ya que los datos pueden categorizarse lo cual resulta positivo si se aprovecha como forma de medir la confiabilidad principalmente de los esquemas relacionales pero también los resultados de las psicoterapias que se guían mediante focos que se generaron a partir de este tipo de esquemas.

Se puede afirmar que el método TCCR constituye un planteo por cierto simple, pero no por ello menos útil, para formular un foco de tratamiento. El proceder formalizado, así como la posibilidad de estructurar el material clínico de manera operacional y muy próxima a la vivencia, debería ser de gran utilidad, especialmente en la formación psicoterapéutica y en la supervisión. Y también en el clínico experiente. (Dahlbender, Kächele, Frevert, Schnekenburger 1995, p. 126).

¿Cuándo sería apropiado trabajar desde un abordaje focal?

Como hemos visto en psicoterapia focalizada el foco siempre tiene un eje central. En la mayoría de los casos este eje es proporcionado por el motivo de consulta. Profundamente ligado a este motivo de consulta, se localiza un conflicto central o como lo denomina el propio autor un “*conflicto nuclear exacerbado*”. (Fiorini, 2002)

A modo de comprender e ilustrar como en muchas ocasiones es válido el abordaje focalizado, se transcribirá una situación clínica en donde sería conveniente trabajar mediante esta estrategia clínica.

“El paciente en cuestión llegó a mi consulta ya encauzado por diversos factores (...) pero aunque quien le derivase diera por sentado que el abordaje apropiado era este, o aún a primera vista yo mismo lo confirmara, uno necesita siempre explorar el texto y el contexto de su vida antes de tomar una decisión respecto a la técnica (...) se trataba de un alto ejecutivo de una compañía aérea internacional. Al presentarse,

empezó hablando de su pertenencia laboral a la mencionada compañía; luego agregó que estaba casado hacía varios años, que su edad era 49 y la de su mujer 44 años. Mencionó tener dos hijos varones, de 11 y 9 años. También menciona desde el primer encuentro que era muy probable que en pocos meses más fuese comisionado en el exterior, por lo que su tratamiento, de llegar a iniciarse, no podría durar demasiado tiempo. (...) Como motivo de consulta el paciente no planteaba un conflicto, sino que empleaba un lenguaje en el que según él, lo que lo había llevado a consultar era que últimamente “estaba hecho un idiota”, “me desconozco”, “no valgo nada”, Cuando le pregunté si sabía qué cosas lo habían llevado a sentirse tan mal, dijo no tener idea; “no sé por qué es, pero le aseguro que nunca en mi vida estuve así (...) “con la empresa yo anduve muy bien siempre, por eso tengo este cargo que es uno de los más importantes, entré a los 20 años, como simple empleado, así que hice una carrera muy importante, he vivido para la empresa (...) claro, en el último año, ha habido mucho cambios y no sé qué va a pasar (...) es que hace un año más o menos murió el presidente del directorio y hace unos ocho meses se jubiló el vicepresidente y entonces han venido los herederos de ellos que tienen la mayoría de las acciones del grupo. Son dos personas jóvenes que están tratando de modificar drásticamente la cara de la compañía, y no nos consultan a los gerentes. Así que a esta altura nadie sabe qué puede pasar. (...) Esa fue la tónica de toda la entrevista inicial. Así que terminé proponiéndole verlo una o dos veces más con el propósito de explorar mejor su situación e intentar a través de ello entender mejor lo que sucedía y las causas de su crisis. (...) Esas dos nuevas entrevistas fui más activo, los cabos sueltos que me quedaron del primer encuentro eran mi punto de partida. Había escuchado que los cambios en la empresa se relacionaban con la muerte del presidente del directorio y decidí empezar por ahí. (...) Comenzaron a emerger asuntos importantes (...) Por ejemplo que desde su ingreso, a los veinte años fue prácticamente adoptado por el presidente y vicepresidente de la compañía (...) Para ellos él era más un ahijado que un empleado (...) Tuve la impresión de que su problema contenía un duelo encapsulado (...) El duelo daba cuenta de algo más profundo, una pérdida afectiva superpuesta con la crisis de la empresa. Este hombre ha perdido en su jefe a su padrino, su padre adoptivo, o acaso a su mismo padre. De ahí que cuando a su momento le interpreté que él seguramente sintió un dolor tan grande como si perdiera a su padre, cuando su jefe falleció, me respondiera: “sí, es posible porque cuando murió mi padre no lloré, confirmando que esta es una historia afectiva también, superpuesta a la historia laboral” (Fiorini, 1995 p.89-92)

En referencia al foco de este caso podemos ver que el eje dado por el motivo de consulta, siempre se inserta en una situación específica. El motivo de consulta, la situación específica y el conflicto subyacente son aspectos fundamentales a trabajar a la hora de intervenir en psicoterapias focalizadas. Es tarea del psicoterapeuta realizar un trabajo analítico sobre la situación, para poder identificar zonas de conflicto que se deban trabajar, este trabajo analítico condensará distintos determinantes que serán esenciales abordar.

Lo esencial a respetar es el carácter de estructura de la situación tal como existe, totalizada, en la experiencia humana, de modo que todo trabajo analítico se haga a partir de delimitar esa totalidad de la situación, en toda su amplitud. (Fiorini, 2002, p.2)

Todos los componentes de la situación deben además entrar en relación con otro tipo de determinantes que se caracterizarían por ser concurrentes, los mismos se localizan en el contexto social del paciente, es decir, con las condiciones económicas, ideológicas, culturales, las cuales siempre de algún modo intervienen en la situación totalizada.

En este sentido, seguramente la situación de este paciente sería diferente si estos cambios organizacionales a nivel laboral se hubieran dado en otro momento de su vida, por ejemplo cuando recién ingresaba en la compañía.

En relación a esta situación clínica en particular el psicoterapeuta centró la atención analítica en el vínculo que el paciente había construido con el presidente y el vicepresidente de la compañía, ya que fueron muchos años de relación laboral donde el vínculo se fue tornando afectivo. El paciente, además de estar angustiado por la situación de la redistribución del poder y crisis dentro de la empresa, posiblemente también esté atravesando diferentes duelos. El duelo por la obligación de abandonar ese lugar de “protegido” que ocupó en la empresa durante tantos años, además el fallecimiento del director de la compañía inició en él un proceso de duelo por la pérdida de un vínculo afectivo. Estos duelos junto con la sensación de “no saber que va a pasar” en relación a su lugar dentro de la compañía, constituyen el conflicto que angustia al sujeto en este momento de su vida en particular. Resulta interesante recordar, que siempre al iniciar un proceso de duelo, se reeditan anteriores, en este sentido no es casual que el paciente luego de contar la situación actual de la empresa haya expresado: “cuando murió mi padre no lloré”, confirmado que el proceso de duelo iniciado por la pérdida de su jefe reeditó a su vez otros conflictos latentes.

Entonces, además de afectarlo la crisis de la compañía, es el duelo lo que da cuenta de algo más profundo y latente. Acá es donde se puede ver la conexión de las diferentes dimensiones, ya no es solo el aspecto laboral lo que debe tener en cuenta el clínico al abordar este caso, hay otros determinantes que, aunque latentes, siempre se conectan con el conflicto que genera el motivo de consulta. El analista debe tener en cuenta todos estos componentes a la hora de generar hipótesis, ya no se atenderá solamente el plano laboral, sino que el vincular se convierte, en este caso, en otra herramienta para comprender la situación totalizada del sujeto.

Estas diferentes zonas de determinantes siempre deben de ser consideradas por el psicoterapeuta. Realizar este trabajo es importante ya que mediante los diferentes componentes que hacen a la situación es posible dar cuenta de ciertos dinamismos y articulaciones que hacen a la totalización de dicha situación.

El paciente nos presenta una situación particular y única pero siempre en movimiento, lo que hace necesario indagar cada componente que conforme a la situación total. Es por esto que el modelo de foco contiene toda esta serie de componentes (laborales, ideológicos, culturales, económicos, sociales, condiciones de vida, grupo familiar), concentrados en la situación totalizada, asimismo la profundidad con la que se indaguen y analicen estos componentes dependerán de la situación terapéutica. (Fiorini, 2002, p.3)

En este sentido es posible afirmar que la situación clínica, generalmente condensa cierta interacción entre aquellos aspectos conflictivos, los componentes y los recursos estructurales del paciente.

“La necesaria consideración del ser humano como totalidad, incluyendo no sólo su mundo interno con los objetos y fantasías inconscientes, sino también las distintas áreas en las que está inserto (familiar, social, laboral, etc.) conforman una estructura indisoluble” (Montado, 1995, p.50) El encuentro entre una y otra estructura ayudará a generar esquemas de estrategias terapéuticas adecuadas a cada paciente.

En relación a la situación clínica antes plateada en particular dice Fiorini 1995: “Con este paciente sesión a sesión compartíamos una labor organizada en torno a un foco, definido por dicha crisis laboral (...) Sobre ese foco terapéutico definí una estrategia planificada tanto ayudarlo a procesar su crisis real como a tramitar hasta donde fuese posible sus duelos nunca elaborados” (p.95)

Foco y estrategia psicoterapéutica:

El poder identificar un foco en los primeros momentos del tratamiento, es lo que permite acotar el trabajo terapéutico, aumentando también la velocidad de cambios en el paciente lo que puede resumirse en la eficacia de la terapia.

Si quisiéramos ahora definir el modelo de foco psicoterapéutico, lo que sí se puede asegurar debido a que son varios los autores que coinciden, es en que el foco determina la indicación y lo que se va a trabajar en la psicoterapia, se trata de una hipótesis de carácter psicodinámica hecha a medida para cada paciente y situación particular. Esto hace que el concepto de foco este necesariamente ligado con las estrategias terapéuticas.

“Foco, se define como áreas problemáticas que están a la base de los síntomas psíquicos-psicosomáticos y/o de los problemas interpersonales del paciente. Cambios a nivel del foco deberían llevar a aliviar o eliminar los problemas del paciente.” (De la Parra, 2010, p.369)

Es el mismo autor quien se encarga de realizar una clasificación en donde se describen posibles pasos a la hora de establecer el o los focos de la intervención.

- *Paso 1:* Prerrequisitos: ¿Hay indicación? ¿Hay paciente para psicoterapia?
- *Paso 2:* ¿Son los conflictos inconscientes o las vulnerabilidades estructurales las determinantes del sufrimiento del paciente?

Este paso es radicalmente importante porque va a definir las futuras estrategias terapéuticas con el paciente en cuestión.

- *Paso 3:* ¿Cómo se expresan esos conflictos o vulnerabilidades en las relaciones interpersonales del paciente y en la relación con el terapeuta?

Entonces, en un primer momento debemos de precisar si el paciente que se nos presenta necesita o no intervención. Si es posible contestar afirmativamente las preguntas mencionadas en el paso uno, es viable continuar el proceso de psicoterapia.

Se debe de definir también si se trabajará sobre el área de conflicto o de la estructura, esta decisión es también de carácter estratégica ya que con ella surgen las implicancias referidas al encuadre, a la actitud terapéutica, las técnicas terapéuticas y a la jerarquización de él o los focos que se trabajaran. (De la Parra, 2010, p. 369)

Lo que sucede en muchos casos es que en el proceso, el foco no abarca la totalidad de los componentes de la situación del paciente, sino que se centra en conflictos concretos de la vida de este. Esto se debe a que la profundidad con la que se exploran los diferentes componentes y la capacidad de trabajar la situación totalizada dependen, según Fiorini (2002), de:

- En lo que respecta al paciente y su entorno familiar, es importante tener en cuenta algunos factores como las condiciones de vida, lo cultural, ocupaciones laborales y aptitudes frente al tratamiento.
- Desde el lugar del terapeuta es importante tener presente algunos elementos como: el marco teórico con el que respalda su labor, los recursos técnicos que hacen a su “caja de herramientas” desde el trabajo terapéutico y la supervisión. “Este conjunto de factores influyen en decisiones sobre tiempo, objetivos y técnica que son a su vez reguladores del foco.” (p. 3)

Los factores antes mencionados han de ser tenidos en cuenta siempre, no obstante de esto, el terapeuta no debe olvidar que cualquiera sea el factor de la situación en donde se centre el foco, es esencial para la labor terapéutica tener en cuenta que cada factor, aunque se trabaje “diafragmado”, siempre será parte de la estructura que hacen a la situación del paciente. Como clínicos no debemos de olvidarnos que trabajamos con personas y el proceso terapéutico naturalmente, siempre transita por diferentes momentos donde la focalización será a su vez particular a estos.

Es también Fiorini (2002) quien plantea que puede observarse cierta continuidad en relación al trabajo que sigue el foco de la intervención. En la primer entrevista generalmente el paciente comienza por presentar un material engorroso y algo disperso que nos aporta información de su situación actual, de su pasado y futuro, seguramente también nos dé una idea de cómo percibe a los demás que hacen a su entorno y a él mismo en diferentes situaciones.

“Nicole, tenía 28 años, francesa, había llegado a Uruguay meses atrás, acompañando a su esposo, también francés y ejecutivo de una empresa muy conocida, que lo había comisionado aquí. Antes de ello había vivido durante dos años e Suiza. El traslado a Sudamérica la habían ido alejando cada vez más de su profesión y lo que le parecía más grave: de toda actividad que le pareciese productiva o interesante. El desencadenante de la consulta era una situación vivida la semana anterior: luego de conseguir que su marido

acepte tener un hijo, y amenorrea mediante creer durante más de diez días que estaba embarazada, un análisis sanguíneo había desmentido aquella ilusión, La noticia provocó en ella una reacción depresiva combinada con reproches agresivos contra su esposo, porque aquel no se mostraba entusiasmado con la idea (...) Su comportamiento mostraba muy claramente la ira que sentía contra su marido, por haber tenido que seguirlo hasta tan lejos, interrumpiendo su desarrollo personal y en cierto modo "impidiéndole" gestar-se como mujer (...) En alguna ocasión él le había ofrecido renunciar a su empleo pero Nicole o quería volver a sentirse bien al precio de perjudicar a su esposo. (...) Había un antes y un después del viaje a Uruguay, para ella era literalmente otro mundo (...) Ella no tenía dudas de que deseaba regresar de inmediato a Francia; pero tampoco de que amaba a su marido y no quería separarse de él. (...) su conclusión inevitable era la de que: su situación no tenía salida." (Rivera, 1995, p.104)

Se puede observar que en esta primera entrevista, la paciente presenta al analista su conflicto a través del motivo de consulta y algunos datos en referencia a este, pero el escenario aun no es demasiado preciso como para poder definir en este momento si es apropiado o no trabajar desde un abordaje focal psicodinámico. Para esto, el clínico deberá indagar aun más en torno a su conflictiva, reconociendo que en la decisión final sobre cómo trabajar con esta paciente en particular, su demanda inicial también debería de estar presente. "Ver no sólo qué necesita el paciente, sino considerar además qué está dispuesto a hacer" (Fiorini, 1973, p. 70)

Resulta interesante, pensar esta situación clínica en referencia al primer momento que plantea Fiorini en relación a cómo se estructura el o los focos a intervenir. Siempre habrán también elementos latentes que hacen a la conflictiva del sujeto, haciéndolo además consultar en este momento de su vida en particular y no en otro, las demandas manifiestas se interrelacionan siempre con aspectos inconscientes, por eso es necesario conocer e indagar sobre la historicidad del paciente, aunque el foco este mapeando un conflicto actual.

La paciente hace mención a su pasado al hacer alusión a que su vida era muy diferente antes de llegar a instalarse en Uruguay. Elementos del pasado y del futuro entran en juego a la hora de entender y atender la situación actual de cada paciente. Esta visión del pasado, del presente y del futuro que nos presentan los pacientes son elementales para poder entender frente a qué paciente nos encontramos, a donde debemos dirigir el foco de la intervención y cuáles son las estructuras que hacen a la situación totalizada.

También es posible, mediante el discurso de Nicole, iniciar el trabajo de crear algunas hipótesis en relación a cómo la paciente percibe a su entorno, la ira y ese sentimiento ambivalente que acompaña el vínculo con su esposo, pueden darnos alguna pista de cómo logra llegar a ser su posicionamiento transferencial en el vínculo terapéutico.

Luego de este primer momento, en donde el paciente nos presenta de cierta forma resumida su situación actual, nos encontramos frente a un segundo momento en el que, según Fiorini (2002), el terapeuta

comienza a dirigir la intervención, mediante sus intervenciones y preguntas, hacia aquellos factores que le resultan más significativos de la situación del paciente, de este modo el foco comenzará a encontrar su “camino de acción”.

“¿Cómo era su vida antes, mientras residió en Francia?, Normal decía. Era una persona activa, trabajadora, estudiosa. Había hecho la carrera trabajando, pues la muerte del padre dejó a la familia en una situación económica delicada. (...) Con su madre, nunca se llevaron demasiado bien (...) Se quejaba de que la hizo altanera, soberbia, narcisista (...) tenía que aceptar que últimamente y muy a su pesar estaba empezando a parecersele (...)” (Rivera, 1995, p.107)

Se puede observar como mediante la interrogante que se plantea el psicoterapeuta se intenta ir buscando cierto esbozo de lo que se va transformando en el foco inicial de la intervención. En estas primeras entrevistas la paciente expresa en reiteradas ocasiones que su estado de angustia se debe a que se encuentra en una situación a la cual no le encuentra salida. Sabe que su deseo es volver a Francia pero no está en sus planes separarse de su marido.

Pero, ¿cómo puede el analista ayudarla a encontrar esa salida? La demanda de Nicole era solucionar ese tema en particular, había que definir cual sería el foco del trabajo psicoterapéutico.

A partir del segundo momento, en donde toma protagonismo el terapeuta, el paciente es el encargado de comenzar a recorrer un tercer momento que para Fiorini (2002) surge luego de que el paciente recibe desde el terapeuta esa reformulación de su relato, ahora su relato se dirige a asociaciones guiadas por las intervenciones del terapeuta.

La nueva dirección de trabajo es iniciada por el terapeuta, pero es fundamental ese tercer momento en donde el paciente debe comenzar con asociaciones que, aunque guiadas por el profesional, son muy subjetivas y contienen todo el material utilizado por el foco para guiar la intervención del clínico.

Comenzada la cadena de significaciones guiada por el analista la paciente hace referencia a un conflicto nuclear. *“Estaba marcada por el trauma de un accidente ocurrido once años atrás, en el que su padre perdió la vida, su madre quedó gravemente herida y ella permaneció aprisionada y con varias fracturas, durante horas junto al cadáver de su padre y sin poder respirar”* (Rivera, 1995, p.109) Es interesante observar como a partir de simples interrogantes del psicoterapeuta, la paciente comienza a desplegar varias asociaciones, empezando a incluir en su relato elementos referidos a su pasado y en donde se puede pensar en un posible punto de conexión entre la situación actual y el conflicto nuclear, ambas son circunstancias en las cuales la paciente se ha sentido *“sin salida, sin poder respirar”*.

En este tipo de caso en donde nos encontramos frente a conflictos nucleares significativos de ser trabajados, pero que por diferentes circunstancias optamos por trabajar desde un abordaje focalizado en la demanda actual del paciente, es conveniente recordarle al sujeto que estas cuestiones latentes son

importantes de ser elaboradas en otro momento, o como el autor relata en relación a sus intervenciones con esta paciente en particular: “ (...)concluí que aquellas cosas deberían haberla marcado y que más tarde o más temprano sería muy importante poder volver sobre las mismas, cuando ella se sintiera en condiciones de hacerlo” (Rivera, 1995, p110)

El foco del tratamiento de Nicole fue en torno a lo que para ella en este momento en particular era una situación sin salida. “Acordamos explícitamente que la meta específica sería lograr que ella llegara a sentirse lo suficientemente mejor, con los demás y consigo misma, como para volver a recuperar el estado de bienestar que decía la había caracterizado antes de viajar aquí (...) el conflicto focal sería analizado sistemáticamente, buscando sus ramificaciones inconscientes y procurando explicar la razón y la intensidad de los problemas que la desbordaban” (Rivera, 1995, p.112)

En un cuarto momento, recobra protagonismo el terapeuta ya que es el encargado ahora de volver a generar una visión de la situación totalizada del paciente. Centra su labor en la recopilación de los diferentes fragmentos que utiliza como focos de su intervención, para poder retornar al armado de la totalización que hace a la situación actual del paciente. “Un movimiento donde se trabaja a la vez sobre los detalles y sobre el conjunto” (Fiorini, 2002, p.4)

El arte de la Focalización:

Ya enunciadas distintas teorizaciones en referencia al concepto y características del foco, resulta apropiado realizar una aproximación conceptual que defina la tarea de focalizar.

La focalización como tal surge de la experiencia psicoanalítica, pero como toda técnica, ha sabido promover sus propias características y teorizaciones. Si nos preguntamos cómo se plantea esta técnica en el ámbito clínico, podemos encontraros con las primeras diferencias respecto al psicoanálisis.

Mientras el foco sería propio de las terapias que buscan preestablecer o planificar sus objetivos y duración, el psicoanálisis propiamente dicho se caracteriza precisamente por lo contrario. Es decir, por un encuadre y una actitud esencialmente orientados a lo nuevo e inesperado que puede surgir en la relación terapéutica. (Bernardi, 1995, p.69).

Se entiende a la focalización como la concentración del trabajo psicoterapéutico en determinado síntoma o conflicto del paciente. En este sentido, la tarea de focalizar se vuelve un aliado del psicoterapeuta a la hora de responder “a una necesidad puntual, muchas veces urgente y generalmente profunda, de resolver un aspecto de la vida, un quiebre, algo que ha entrado en desarmonía” (Defey, 2004, p.25)

¿Por qué se titula la tarea de focalizar como un arte? Porque al jerarquizar la creatividad, flexibilidad y actitud activa como características que deben de tener los terapeutas que trabajan en este tipo de abordaje, hacen que la tarea siempre esté “en movimiento” y el o los focos son resultado original y subjetivo de cada

paciente, resultado que además, es consecuencia de esa creatividad que posea el terapeuta para protagonizar su papel activo dentro de la intervención.

Esta actividad muy manifiesta del psicoterapeuta, es otra diferencia en relación al analista clásico en donde su actuación es menos marcada, el clínico dinámico tiene la tarea de resaltar constantemente aquellos focos hacia los cuales dirige su intervención y la atención del paciente debe de estar mayoritariamente relacionada con el o los focos del tratamiento.

En lo que refiere al encuadre de la técnica, los encuentros son cara a cara, y luego de la primera entrevista se acuerda el contrato terapéutico, si es posible se intenta fijar una fecha de terminación de las sesiones, la duración no es estricta pero si se intenta que se acelere el proceso mediante el trabajo focalizado en aquellos conflictos más centrales del paciente, habitualmente se trabaja aproximadamente una hora. (Sánchez, Barranco Ruiz, y Sánchez Barranco Vallejo 2001 p.1017)

Existen, para clasificar la focalización, algunas clasificaciones que toman en cuenta diferentes aspectos para dicha distinción. Defey (2004) por ejemplo, realiza una categorización que se explica según los siguientes criterios:

- *Focalización espontánea*: En estos casos el paciente llega al consultorio con la idea clara del conflicto que desea resolver. Generalmente esto se da ante situaciones donde ha sucedido un acontecimiento que marca un antes y un después en la vida del sujeto, un claro ejemplo de esta situación es la dificultad que tiene un joven de adaptarse a Montevideo luego de haber abandonado su ciudad natal por motivos de estudios, en este ejemplo se puede notar lo agudo del caso.

Hablamos también de focalización espontánea cuando nos enfrentamos a conflictos más antiguos que acompañan al paciente, por ejemplo, una mala relación de una mujer con su figura paterna. También forman parte de esta clasificación de focalización aquellas intervenciones que focalizan en temas en torno a orientaciones laborales o profesionales.

Es importante tener en cuenta que en estos casos, aunque el paciente llegue con un motivo de consulta pensado como aquel foco sobre el cual desea trabajar, el psicoterapeuta debe de tener en cuenta otros criterios antes de determinar el foco a trabajar. “El foco es producto de un acuerdo entre terapeuta y paciente, en el que el primero evalúa no sólo el deseo del paciente de modificar determinado aspecto de su persona o su vida sino los elementos de riesgo o patología que el consultante no puede o no quiere ver” (Defey, 2004, p.39)

- *Focalización Selectiva*: Esta clasificación refiere a situaciones clínicas donde se imponen la presencia de una sucesión de focos a ir abandonando sucesivamente, esto se da por parte del terapeuta, de forma activa o espontánea, por ejemplo, en una consulta en donde nos encontramos ante un paciente

que presenta varias situaciones de crisis o conflictos. En estos casos el terapeuta debe ir abandonando los conflictos teniendo en cuenta la urgencia de cada uno y por supuesto, el riesgo que puede tener para el sujeto la presencia de determinado conflicto o crisis en su vida.

- *Focalización Inducida:* Se utiliza ante aquellos casos en los cuales el clínico es quien introduce un foco que el paciente no pensaba trabajar. Suele darse en situaciones donde se trabaja con pacientes que presentan trastorno de personalidad por ejemplo, al introducir un foco el terapeuta está estableciendo además cierto orden en el trabajo terapéutico.

Tanto el motivo de consulta, como el conflicto nuclear son componentes claves para la comprensión del concepto de foco y por lo tanto para la tarea de la focalización. El motivo de consulta resulta del pedido de ayuda manifiesto y explícito del paciente, mientras que el conflicto nuclear deriva de aspectos latentes que tienen raíces en la estructura de la personalidad del sujeto. De forma inconsciente ambos están conectados ya que generalmente el conflicto nuclear es la raíz que subyace al motivo de consulta. “La clave de la efectividad diagnóstica y terapéutica de una entrevista, en principio, y luego un tratamiento efectivo, radica en poder detectar esta conflictiva de fondo y poder actuar sobre ella. Si el motivo de consulta emana de allí, se resolverá de forma paralela y su abordaje acompañará la resolución de fondo.”(Defey, 2004, p.41)

Entonces, cuando focalizamos estamos centrando la atención de la labor terapéutica hacia un determinado conflicto, pero también debemos de escuchar al resto como voces de trasfondo.

Es conveniente, en este modo de intervención focalizada, devolverle a nuestros pacientes interpretaciones que en algún punto tengan que ver con su motivo de consulta, con su pedido de ayuda.

Tratemos de que nuestra reformulación dinámica del problema no esté muy lejos de lo que el paciente ve como tal, que lo latente que nosotros formulamos no esté muy lejos de lo manifiesto para él (...) si le hablamos al paciente en términos ajenos a cómo él representa su problema, este se irá. Y nosotros necesitamos que el paciente esté aliado a nuestra búsqueda. (Fiorini, 1995 p.88)

Es una realidad que hoy en día, hay gran número de pacientes que llegan a la consulta concentrados en un motivo de consulta determinado y no tienen el interés, el tiempo, o el dinero necesario para largos tratamientos en donde pueden conocerse de manera profunda. El modelo médico hegemónico, sin duda ha repercutido en las subjetividades de las poblaciones, tradicionalmente la medicina actúa sobre el motivo de consulta y generalmente los sujetos llegan a los servicios de salud por un síntoma o problema concreto que distorsionó su equilibrio orgánico habitual. Si el equipo médico logra actuar beneficiosamente sobre ese motivo de consulta que motivó al paciente a consultar, el problema ya estaría resuelto.

Lo mismo ocurre con muchos de los pacientes que llegan al consultorio en estos tiempos, si bien todo psicoterapeuta puede llegar a coincidir en que lo más apropiado es que todos nuestros pacientes llegaran a

conocerse en profundidad, es una idea que se acerca a ser utópica y la actualidad nos muestra en la cara que en muchos casos los pacientes quieren trabajar sobre un conflicto concreto y no mucho más que eso. Como clínicos no podemos cegarnos ante estas demandas actuales, ya que trabajamos con personas y es importante tener en cuenta las necesidades de estas, las cuales son las que motivan nuestra labor, de cierta forma debemos aggiornarnos a los tiempos que corren y es una situación que golpea la puerta de los consultorios privados y centros de salud, los pacientes traen incorporado, seguramente por la influencia del ámbito médico, el modelo: *mi problema es el motivo de consulta, si se soluciona el motivo de consulta, ya me has ayudado y me puedo ir.* (Fiorini, 1992)

La variable tiempo juega un papel importante a la hora de iniciar algunas intervenciones, muchos pacientes además de estar interesados en solucionar un conflicto de su vida en particular, esto también seguramente tenga que ver con el modelo médico clínico, tienen la idea de que el mejor especialista es aquel que *cura* en el menor tiempo posible. La eficacia está relacionada con los tiempos de cura, si hablamos de la medicina, no es una relación que haya desaparecido sino que permanece intacta.

Tampoco podemos negar que en las demandas de nuestros pacientes inciden también las condiciones particulares de la vida misma, lo económico por ejemplo, es una variable que muchas veces exige al sujeto optar por tratamientos más cortos, no por esto menos eficaces.

La organización de la vida cotidiana es otra condición que puede ser clave para que un sujeto prefiera o le sea conveniente elegir un modelo de intervención focalizado, pensemos, por ejemplo, en un sujeto que se va a vivir al extranjero en dos meses y debe de resolver algunos conflictos importantes antes de viajar, este puede ser un claro ejemplo en donde los acontecimientos de la vida en general, conducen a que el modelo de psicoterapia psicodinámica focal sea una opción acertada a la hora de intervenir.

En cuanto a la eficacia de la focalización en psicoterapias psicoanalíticas, son varias las investigaciones que la respaldan, la más reciente fue realizada por Shedler quien publicó en el año 2010 un artículo titulado "The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy", en él se resumen los resultados de investigaciones que demuestran la eficacia de la focalización en psicoterapia psicoanalítica. En el estudio se ofrece una detallada revisión estadística de trabajos que respaldan la efectividad de este modo de intervención, y la conclusión que finaliza el escrito es la afirmación de que la focalización en psicoterapia psicodinámica es un procedimiento eficaz, no solo a nivel sintomático, sino también a la hora de promover cambios estructurales que conducen a los pacientes a mayores niveles en la optimización de sus recursos psíquicos. (Shedler 2010)

Conclusiones:

Este trabajo no pretende ser una respuesta acabada en relación a la temática estudiada, sino un ladrillo más en la teoría, que como siempre y para nuestra suerte, perennemente se encontrará “en construcción”, se sostiene que esto nos favorece ya que nos abre el camino a seguir pensando, investigando, y aportando, en lugar de confiar y apegarnos a conocimientos y respuestas estáticas y anticipadas.

Es importante considerar, la importancia de la implementación regularizada desde el año 2011 por parte del MSP, ya que muchos podemos coincidir en que la salud mental a lo largo de la historia ha sido atravesada por importantes desigualdades como resultado de diferentes prejuicios y teorías que hacían dificultoso el acercamiento a entender importantes problemáticas relacionadas a esta. No está todo resuelto, pero hemos dado un primer paso importante al exigir un alto grado de compromiso por parte de todos los sectores que están implicados en el tema de la salud.

Por otra parte, debería de quedar en el pasado la pregunta a cerca de *¿cuál es la terapia que sirve en realidad?*, ya que todas pueden ser efectivas si cumplen con los objetivos y estos responden a las demandas de nuestros pacientes. Lo que es importante ahora, es tratar de dejar en claro *qué tipo* de psicoterapia y en *qué contexto* es la más adecuada y eficiente para *qué paciente*.

Entre tantos modos de intervención que difieren en sus posiciones teóricas y técnicas, nuestra principal tarea como psicoterapeutas debe estar abocada a reivindicar la prioridad de todo trabajo clínico: *el paciente*. Debemos tener en claro que el sujeto que llega a un consultorio, debe estar siempre eximido de cualquier tipo de abstracción. En este sentido, dentro de la gama de psicoterapias, la focal se ha convertido en un importante recurso terapéutico que ha sabido demostrar validez, fiabilidad y eficacia terapéutica.

El dato histórico acerca de que este modo de intervención surge en los hospitales, evidencia el por qué de los tres principales rasgos que lo caracterizan: su íntimo vínculo con la cotidianidad, su adaptabilidad a las demandas de un amplio espectro de consultantes y su adecuación para resolver escenarios agudos.

Si hablamos de las características del abordaje focal, no podemos dejar de lado el papel del vínculo terapéutico, ya que en este modo de intervención, no es posible focalizar si él o los focos a trabajar no resultan de la relación paciente-terapeuta. Este punto es muy importante, debido a que son cada vez más las coincidencias entre diversos autores las que afirman que la efectividad de las psicoterapias se relaciona íntimamente con el vínculo terapéutico; quedando demostrada la jerarquía de la alianza terapéutica en relación a los resultados terapéuticos.

Ahora bien, respondiendo a la pregunta *¿Cuál es la significación fundamental del concepto de foco para el profesional clínico?* Se puede afirmar que la misma radica principalmente en que el foco cumple el papel de orientador de la labor clínica desde el momento en que este le proporciona al psicoterapeuta puntos de partida para trabajar terapéuticamente. Además, y nuevamente volvemos a la importancia del vínculo

terapéutico, el foco es, compartiendo la descripción conceptual que Tomä y Kächele en 1985 le dedican al término: “un punto nodal temático producido de la interacción del trabajo terapéutico, que resulta de la proposición del paciente y de la capacidad de comprensión del psicoterapeuta” (Citado en Dahlbender, Kächele, Frevert y Schnekanburger 1995, p.117)

Es importante resaltar que el objetivo final de él o los focos de la intervención debe ser el de guiar a esta hacia el alivio o eliminación de los conflictos del paciente. Para esto es importante que el psicoterapeuta protagonice un papel activo y creativo a la hora de formular él o los focos que se abordarán, pensando siempre en el foco como una guía de hipótesis psicodinámicas únicas y subjetivas a cada sujeto.

Es fundamental la jerarquización que realiza Fiorini (2004) en relación al diagnóstico situacional, considerando al sujeto como una totalidad, en la que no se incluyen solamente el mundo interno de éste, sino también las distintas áreas en las que se encuentra inserto como por ejemplo el área social, económica, familiar, etc. Una buena estrategia terapéutica debe de admitir y pensar en ambas categorías integradas para poder así adecuarse al momento particular que está viviendo el paciente. Como psicoterapeutas, siempre en un primer momento del proceso terapéutico debemos de preguntarnos: *¿Cómo se inscribe la situación, teniendo en cuenta todo el contexto complejo, en un sujeto con una historia?*

Es importante resaltar que no es un fin que persigan las psicoterapias el de abolir el psicoanálisis, de hecho autores como Braier (1998) sostienen que, las bases de la psicoterapia focal surgen del modelo terapéutico proporcionado por Freud en el año 1895 en “*psicoterapia de la histeria*”. Nadie discute ni puede discutir el valor pragmático del psicoanálisis para lograr cambios terapéuticos, pero es una realidad que la experiencia clínica ha demostrado que en ciertos casos es conveniente trabajar con propuestas focalizadas, entendiendo siempre, que la misma, como todo modo de intervención tiene sus alcances y limitaciones.

Finalizando, podemos preguntarnos si el psicoanálisis no es en definitiva una terapia con “focos cambiantes”, o si a caso por momentos no se trabaja de forma focalizada inevitablemente, considerando siempre al foco como un resultado creativo de la relación paciente-analista, en este sentido, resulta interesante no pensar en el foco como un recurso técnico más o un mapa de la intervención, sino como *resultado inevitable de la labor terapéutica*.

En la actualidad pocos podrían coincidir en que no es valorable la eficacia terapéutica de la técnica focal, sin embargo, quienes nos interesamos por este modo de intervención debemos de continuar con una actitud de revisión y cuestionamiento permanente frente a los conocimientos teóricos de la práctica, lo que nos motiva a librarnos de ataduras a dogmas acabados. Esta actitud nos permite adecuarnos a lo singular de cada momento y situación, *¿Acaso no debe ser este nuestro desafío para creer en el futuro de la psicoterapia focal?, ¿No deberíamos de conservar una actitud inconformista, que siempre encuentre un nuevo cuestionamiento que nos motive a desatarnos de ideas y teorías ya estáticas y acabadas?*

Referencias Bibliográficas:

- **Ávila, A.** (1989). *Psicoanálisis, psicoterapias de orientación psicoanalítica y efectividad terapéutica*. Clínica y Análisis Grupal, 11 (1) (N° 50): pp. 51-74. Recuperado en: http://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/Documentacion/AAvila/Psicoanalisis_Efectiv_terapeutica.PDF
- **Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté J, Villalba L.** (2004) *Guía clínica para la psicoterapia*. Rev. Psiquiatría Uruguay 68(N°2): pp.99-146. Recuperado en: http://www.spu.org.uy/revista/dic2004/02_guia.pdf
- **Bernardi, R.** (1995) *La focalización en Psicoanálisis*. En Defey, D. Elizade, J. Rivera, J. *Psicoterapia Focal* (pp. 69- 82) Montevideo, Uruguay: Roca Viva.
- **Braier, E.** (1998), *“De la psicoterapia de la histeria (Freud, 1895) a la psicoterapia focal psicoanalítica”* Barcelona: Sociedad Española de Psicoanálisis.
- **Braier, E.** (2009), *La psicoterapia focal y breve. Rasgos Distinitivos*. Recuperado en: http://intercanvis.es/pdf/23/23_art_03.pdf
- **Dagnino,P. De la Parra, G. Jaramillo, A. Crempien, C. et al.** (2014) *El Devenir del Cambio: Cómo es y hacia dónde se dirige*. Revista Argentina D Clínica Psicológica XXIII Fundación AIGLÉ. p.p. 23-40 Recuperado en: [file:///C:/Users/leonardo/Downloads/RACP_VOL23_NUM1_PAG23%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/leonardo/Downloads/RACP_VOL23_NUM1_PAG23%20(3).pdf)
- **Dahlbender, R. Kächele, H. Frevert, G, Schnekenburger. S** (1995), *La formulación formal del foco en la psicoterapia*. En Defey, D, Elizalde, J, Rivera, J. *Psicoterapia Focal, Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos* (pp. 115-139) Montevideo, Uruguay: Roca Viva.
- **De la Parra, G, Pinedo, J. Plaza, V.** (2010) *Diagnóstico operacionalizado: indicación y planificación estratégica en psicoterapia psicodinámica*. Recuperado en: [http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20\(PDF\)/INV%20Diagnostico.pdf](http://revistagpu.cl/2010/Septiembre/GPU%202010-3%20(PDF)/INV%20Diagnostico.pdf)
- **De la Parra, G.** (2006), *Investigación, vínculo y cambio ¿Algo nuevo bajo el sol?* Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000386>

- **Defey, D. y colab.** (2004). *Vidas en Crisis. La técnica de la Psicoterapia Focal Psicoanalítica en vivo*. Uruguay: EDUCAT.
- **Defey, D.** (2004) *Psicoterapia Psicoanalítica Focalizada* En Defey, D. y colab. *Vidas en Crisis. La Técnica de la Psicoterapia Focal Psicoanalítica en vivo.* (pp .20-48). Montevideo, Uruguay: EDUCAT
- **Defey, D. Elizade, J. Rivera, J.** (1995) *Psicoterapia Focal*. Montevideo, Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana.
- **Feixas, G. y Miró, M. T.** (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós
- **Fiorini, H.** (1973) *Teoría y Técnica de psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Nueva visión
- **Fiorini, H.** (1995) *Focalización y Psicoanálisis*. En Defey, D, Elizalde, J, Rivera, J. *Psicoterapia Focal, Intervenciones de objetivos y tiempos definidos* (pp. 83-99) Montevideo, Uruguay: Roca Viva.
- **Fiorini, H.** (2002) *El Concepto de Foco*. En: *Teoría y Técnica de Psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión, 18ª. Edición.
- **Fiorini, H. Denise D. Elizalde, J. Menéndez, P, Rivera, J.** (1996). *Focalización y Psicoanálisis*. Montevideo: Montevideo, Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana.
- **Freud, S.** (1895) *Estudios sobre la histeria. Historiales clínicos*. Obras Completas O.C, AE, Vol II, Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- **Gutiérrez, G. Iturriza, F. Finol, O.** (2003) *Una Investigación sobre foco y proceso en psicoterapia: problemas y consideraciones*. Recuperado en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/506/Una%20investigaci%C3%B3n_Gut.pdf?sequence=1
- **Jiménez, J.** (2008), *15 años de investigación en psicoterapia en el cono sur latinoamericano*. Recuperado en: <http://c.ymcdn.com/sites/www.psychotherapyresearch.org/resource/resmgr/imported/la/jimenez.pdf>

- **Jiménez, J.** (2000), *¿Investigación en psicoterapia? Claro que sí, pero, ¿a quién le interesa?* Recuperado en: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17178/17903>
- **Jiménez, J.** (2005), *El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica.* Recuperado en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=341&a=El-vinculo-las-intervenciones-tecnicas-y-el-cambio-terapeutico-en-terapia-psicoanalitica>
- **Jiménez, J.** (2005), *La investigación empírica apoya una técnica relacional y flexible.* Recuperado en: <http://issuu.com/mpeirano/docs/rup101/162>
- **Montado, G.** (1995) *Fundamentos de las psicoterapias breves de orientación psicoanalítica.* En Defey, D. Elizade, J. Rivera, J. *Psicoterapia Focal* (pp.43-51) Montevideo, Uruguay: Roca Viva.
- **Pérez, F. Alvarado, L. De la Parra, G. Dagnino, P** (2009) *Diagnóstico Psicodinámico Operacionlizado (OPD-2): Evaluación preliminar de la validez y confiabilidad inter-evaluador.* Revista Chilena de Neuro- Psiquiatría; (N°47): (pp.217-278).
- **Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional integrado de salud** (2011). *Ministerio de salud pública, departamento de programación estratégica en salud, área de promoción y prevención. Programa Nacional de Salud Mental.* Recuperado en: [file:///C:/Users/leonardo/Downloads/Plan_Salud_Mental_Agosto_2011%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/leonardo/Downloads/Plan_Salud_Mental_Agosto_2011%20(6).pdf)
- **Real Academia Española.** (Ed.). (2014).
- **Rivera, J.** (1995) *Intervenciones psicoanalíticas focalizadas, sus fundamentos clínicos y técnicos.* En Defey, D. Elizade, J. Rivera, J. *Psicoterapia Focal* (pp. 101-114) Montevideo, Uruguay: Roca Viva.
- **Rivera, J.** (1996) *La transferencia en la psicoterapia breve psicoanalítica.* En Fiorini, H. Denise D. Elizalde, J. Menéndez, P, Rivera, J. Rivera, J. (1996), *Focalización y Psicoanálisis* (pp.107-115) Montevideo, Uruguay: Prensa Médica Latinoamericana.
- **Sánchez-Barranco, A. Sánchez-Barranco, V.** (2001) *Psicoterapia dinámica breve: Aproximación conceptual y clínica.* Rev.de la. Asoc. Española de Neuropsiquiatría, XXI, (N°78), Sevilla, España.

- **Shedler, J.** (2010) *The efficacy of psychodynamic psychotherapy*. *American Psychologist*, 65 (2), (98-109) Colorado, EEUU: University of Colorado Denver School of Medicine.
- **Strupp, H. Binder, J.** (1984) *Psychotherapy in a new key. A guide to time- limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.