

RESUMEN

Se investiga la influencia entre el comportamiento asertivo y el soporte social relacionandolo con un grupo de alcohólicos y trabajando también con un grupo control.

LABURPENA

Lan honetan, Gizarte babesa eta asertibo jokabidea aldagai bezala hartuaz, alkoholikoen erauskari bat eta kontrol talde baten arteko, beraien eragina edo ta ondorio ezberdinak ba ote diren aztertzen saiatzen den ikerketa baten azalpena daukagu.

RESUME

On fait des investigations sur l'influence entre les comportements assertifs et le support social en le rapportant avec un groupe d'alcooliques et prenant des références avec un groupe de contrôle.

ABSTRACT

It is investigated the influence the between assertive behaviour and social support related to alcoholism groups and taking as a reference a control group.

Oinarri-hitzak: asertibo jokabideak, alkoholikoa, gizarte babesa.

LA FOCALIZACION EN PSICOTERAPIA ANALITICA BREVE: UNA INTERVENCION EN CRISIS

Alberto Espina

Toda psicoterapia científica se define por una teoría que explica aspectos del ser humano, tanto sano como con trastornos psicológicos, una técnica que permite el abordaje terapéutico de dichos trastornos y una clínica a la que va dirigida, por su efectividad, una psicoterapia determinada.

La psicoterapia analítica breve se basa en la teoría psicoanalítica y tiene un encuadre específico.

Por encuadre entendemos, el contexto, artificialmente creado, que permite el desarrollo de un proceso terapéutico.

E. Rodrigué (11) define el encuadre psicoanalítico "como el conjunto de las actividades no interpretativas que tienen por finalidad mantener la marcha ordenada del proceso analítico".

L. Grinberg (6) considera el encuadre como algo en constante evolución y diferencia el *encuadre externo* que hace referencia a los aspectos formales temporo-espaciales, honorarios, etc, y el *encuadre interno* que define la actitud del terapeuta. Esta conceptualización del encuadre nos parece particularmente útil para diferenciar los distintos tipos de psicoterapias y explicar su campo de aplicación.

El encuadre en la psicoterapia analítica breve

A/ Encuadre externo: 1) Espacio: la situación espacial del paciente y terapeuta es sentados cara a cara o "sillón a sillón".

Esta situación espacial evita la regresión y el desarrollo de una neurósis de transferencia. El paciente ve al terapeuta como persona real, puede controlar la realidad de la relación y favorece su capacidad de observación.

2) Tiempo: Las sesiones son de una hora aproximadamente, siendo la frecuencia de una sesión por semana.

En el contrato inicial se fija el término del tratamiento, aunque puede haber recontractos también limitados en el tiempo.

Al limitar el tiempo evitamos también la regresión y la dependencia y favorecemos que aparezca en primer plano la parte adulta de la personalidad y los deseos de progresión. La brevedad del tiempo favorece también la intensidad emocional y confronta al sujeto con la realidad y sus propios límites.

B/ Encuadre interno:

1) *Paciente*: Debe seguir la regla de la Asociación libre.

2) *terapeuta*: el terapeuta tiene un rol activo y flexible: interpreta, pregunta, clarifica, sugiere, señala, etc... Su actitud es de "atención selectiva" hacia el material vinculado con el Foco y de "negligencia selectiva" hacia el otro material. La focalización consiste en elaborar una hipótesis dinámica que explique toda o parte de la sintomatología del paciente, de manera que delimitemos un foco nuclear conflictivo del cual emana dicha sintomatología. El terapeuta sólo interpretará el material relacionado con dicho foco.

Respecto a las *interpretaciones* hay autores como Alexander (1) que son partidarios de no interpretar en la transferencia para no favorecer una relación transferencial intensa.

Otros autores como Kesselman (7) y Malan (9-10) abogan por incluir interpretaciones transferenciales por ser más efectivas al evitar la racionalización y proponen, para evitar el desarrollo de una neurósis de transferencia, conectar inmediatamente la interpretación transferencial con las figuras significativas de la infancia.

Según Fiorini (3-4-5) las interpretaciones en psicoterapia breve deben:

- 1) Proporcionar hipótesis sobre conflictos actuales en la vida del paciente, motivaciones y defensas.
- 2) Reconstruir momentos históricos importantes
- 3) Explicitar situaciones transferenciales significativas
- 4) Rescatar capacidades del paciente negadas o no cultivadas
- 5) Favorecer la comprensión de la conducta de los otros en función de los nuevos comportamientos del paciente.
- 6) Señalar qué puede suceder si el paciente encuentra nuevas alternativas.

Proceso:

Con este encuadre favorecemos el desarrollo de un proceso limitado en el tiempo, en 3 fases:

- 1) Fase de comienzo
- 2) Desarrollo

3) Terminación

En la última fase nos centraremos en la separación y el trabajo del duelo.

Flexibilidad

Una característica del encuadre en psicoterapia breve es su flexibilidad pudiendo aumentar o reducir el número de sesiones, utilizar puntualmente el diván, incluir a alguna persona significativa en las sesiones, hacer sesiones de terapia familiar ...

El terapeuta debe buscar la manera más efectiva para ayudar al paciente a la resolución del conflicto nuclear que se trabaja, teniendo en cuenta que se trata de una intervención breve en la que se favorece la tendencia progresiva del mismo.

Factores de cambio:

Fiorini (3) señala los siguientes efectos conseguidos con la psicoterapia breve:

- 1) Supresión o alivio de los síntomas
- 2) Aumento del repertorio defensivo favoreciendo el desarrollo de defensas Yoicas más evolucionadas.
- 3) Relaciones interpersonales más gratificantes con una mayor adecuación a las exigencias propias y ajenas.
- 4) Adquisición de una autoestima más realista
- 5) Cambios en la conducta de los que le rodean como respuesta a su cambio
- 6) Aumento de la productividad, creatividad, recreación y planificación

7) "Ampliación de la conciencia de posibilidades y trabas personales, una conciencia de sí mismo en parte nueva. El paciente aprende a pensarse y este aprendizaje apunta al logro de una mayor autonomía crítica"

Todo ello junto con el "ensanchamiento" del Yo favorecido por los núcleos de insight y la función del terapeuta como Yo-auxiliar que ayuda a pensar, aleja a la psicoterapia analítica breve tanto de las terapias de apoyo como de las curas transferenciales, que evitaremos también trabajando la situación conflictiva actual e incluyendo a familiares como veremos en el caso clínico.

Indicaciones

Dependerán en primer lugar de la posibilidad de focalizar, esto es, de encontrar un hipótesis dinámica que nos explique la sintomatología del paciente.

Otros aspectos importantes son la motivación "progresiva" del paciente y el que posea una parte neurótica de la personalidad suficientemente desarrollada con un Yo fuerte que tenga capacidad de introspección.

Todo ello hace de la psicoterapia breve una indicación específica en las situaciones de cambio y de crisis, intervenciones quirúrgicas, trastornos reactivos, etc ...

Se puede utilizar en trastornos leves o graves teniendo en cuenta que vamos a trabajar un aspecto de la personalidad únicamente.

Es muy útil combinar la psicoterapia analítica con intervenciones a nivel familiar o de pareja especialmente en las crisis como veremos en el caso clínico. No me extenderé en otros aspectos de la intervención en crisis y la terapia familiar por haberlo hecho en otro lugar. (A. Espina 2).

CASO CLINICO

Anamnesis

Se trata de una mujer de 50 años, ama de casa, que viene acompañada de su marido de 52 años, empleado en un Banco; ambos parecen preocupados y sobrepasados por el problema.

Han acudido a un psiquiatra que le diagnosticó a ella una "psicopatía paranoide"; le recetó Haloperidol 10 gotas/3 veces al día, dice que no le hace nada.

Motivo de consulta

Desde hace unos meses.

"Estoy muy celosa de mi marido todo el tiempo creo que se va con otras más jóvenes" le sigue al trabajo para espiarle, ha montado algún escándalo increpándole en el Banco; de noche le ataca cuando está dormido y a veces cuando llega a casa, diciendole que ha estado con mujeres.

Hablando a solas con el marido le digo la importancia de saber si hay base real o no en los celos, me responde que todo eso no tiene ningún fundamento; parece sincero y preocupado por la conducta de su esposa.

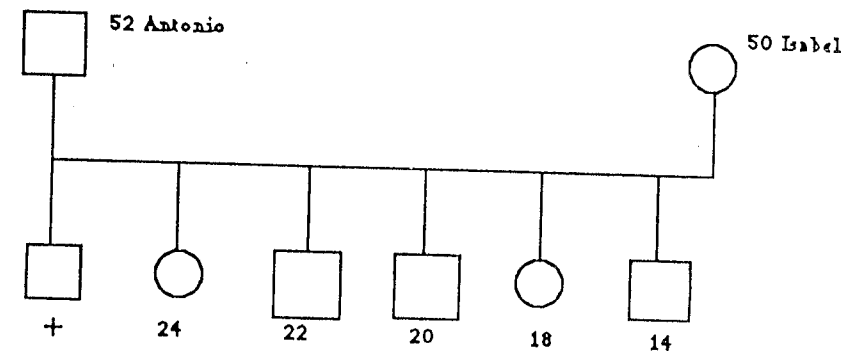
Isabel, como llamaremos a la paciente, presenta así mismo oscilaciones en el estado de ánimo, "a veces me pongo a llorar como una tonta, por cualquier tontería me deprimó o me pongo muy contenta, oscilo mucho".

Suele estar frecuentemente triste y deprimida, padece insomnio.

"Me obsesioño por cualquier cosa; la llave del gas, los grifos, me levanto para ver si están cerrados, siempre dudo".

"Estoy muy maniática con la casa, necesito todo muy ordenado y limpio; en casa me dicen que limpio sobre limpio pero no puedo evitarlo. El piso es pequeño y me agobia. En la terraza tengo flores, me gusta cuidarlas. Si miro por la terraza a mi marido ya pienso que está mirando chicas".

La familia está compuesta por:



Se casó embarazada de 6 meses y medio, dió a luz al día siguiente de la boda y el niño murió a las 25 horas.

"Fué por el disgusto de no venir mi madre a la boda porque no quería que me casara con él"

"A todos los hijos les dí el pecho dos años. He deseado tener otra hija, así no pensaría en esas tontadas. Mientras tenía a los hijos pequeños era feliz".

Historia de la enfermedad actual

Hace dos años se rompió un brazo en una caída en la terraza, estuvo diez días sin dormir, perdiendo 5 kilos, los dos meses de estar enyesada. "Me sentía impotente". A los 15 días se casan; el día 1 la hija mayor, el día 9 el hijo de 22 años habiendo avisado con dos

ZIENTZIARTEKOA

días de antelación, yéndose a la mili "es músico, creíamos que teníamos hijo para rato; era el que más me animaba si estaba deprimida, es con el que más apoyo encontraba".

El día 13 se fué voluntario a la mili el otro chico.

La pequeña empezó a salir con amigas y ya no venía a la tarde a merendar. "Me quedé muy sola, se quedó la casa vacía en pocos días".

"Quería morirme, sentía que ya era vieja".

Una vez el marido compró dos revistas "de mujeres" en Francia y empezó a sentirse mal, le hizo pensar que el marido prefería a jovencitas. Le obsesiona desde hace unos meses que en la T.V. salgan "mujeres enseñándolo todo". "Me obsesiona que mi marido esté con chicas jóvenes en el trabajo". "Si hacemos el amor con la luz apagada creo que piensa en chicas jóvenes". "Ahora tener que estar sufriendo por un vejete, lo veo y es más feo que abundio" (se rie).

Antecedentes personales y familiares

Embarazo y parto normal, lactancia natural dos años y medio.

Enseguida se pone a hablar de su padre. "Me enseñaba a leer, cantar, ...tenía un padre muy cariñoso, muy niño; estaba chocho conmigo, me decía que no me iba a casar: "Estar con la niña para que luego venga un chulo y me la lleve". "Mi madre le decía que porque no me ponía en una urna de cristal".

Teniendo ella 7 años, durante la guerra civil vinieron a por su padre "intentó escaparse descolgándose por una ventana, le dispararon, cayó rompiéndose las piernas y le acribillaron".

La madre tiene 82 años, la describe como rara, "me ha hecho sufrir mucho, es envidiosa, le gusta fastidiar, ha metido mucha

ZIENTZIARTEKOA

cizaña entre los hijos para dividirnos". "No quería que me casara con mi marido por ser de fuera, me pegaba por salir con él".

Son 5 hermanos, 3 varones y 2 mujeres.

Tres hermanos nacidos antes que ella murieron a los días, una ochomesina, de dos meses una niña, de meningitis, y de 18 meses un niño, de pulmonía.

Enfermedades orgánicas

Resección de la quinta parte del estómago por úlcera.

Molestias en el ovario derecho "pinchazos", neuralgias "debido a reuma cervical".

Vida sexual

Menarquía a los 15 años. "Me obsesionaba mucho el pecado, oía hasta tres misas diarias".

En la actualidad "Muy fría, creo que no gozo porque él se va muy rápido; si fuera más cariñoso llegaría más fácil".

Hace dos años él tuvo disminución del deseo sexual pues tomaba tranquilizantes y al "verme deprimida". "Yo lo interpretaba como que era vieja y no me quería; él iba angustiado y tenía impotencia".

Hubo un desajuste matrimonial grande pues yo tenía deseo sexual, ganas de vivir otra vez el noviazgo al haberse ido los hijos, y él estaba impotente por los tranquilizantes".

Ultimamente está en la menopausia.

X Durante la entrevista se muestra colaboradora; agitada y angustiada cuando habla de los celos, pero en los demás temas está más tranquila y el rapport afectivo es bueno, así como su capacidad de comprensión, asociando y relacionando hechos.

Parece que necesita alguien en quien confiarse y me siento cómodo con ella.

Evaluación

Una vez recogida la historia clínica debemos evaluar esos datos para establecer un diagnóstico, una indicación terapéutica y ver el pronóstico.

El diagnóstico lo voy a establecer a varios niveles: 1) clínico 2) intrapsíquico (dinámico) 3) interaccional (familiar)

Diagnóstico clínico

Aparecen celos pseudodelirantes con descargas agresivas hacia el marido.

Un cuadro depresivo con insomnio, oscilaciones en el estado de ánimo y rasgos obsesivos (dudas, manía del orden y de la limpieza).

El diagnóstico clínico puede, lejos de etiquetamientos cosificantes, orientarnos frente a la patología que se nos presenta, pero nos dice muy poco de qué es lo que les está sucediendo a las personas que nos piden ayuda.

Diagnóstico intrapsíquico

En este apartado evaluamos psicoanalíticamente la estructura de la personalidad, intentando hacer una hipótesis dinámica que

explique las conductas manifiestas y estudiando la existencia o no de un foco del que parta la sintomatología.

Estructura del Yo:

1) Conservación de límites del Yo: Normal

2) Sentido y aprehensión de la realidad: Existen alteraciones en torno al tema de los celos.

3) Regulación de impulsos: descontrol de los impulsos agresivos. La inhibición sexual parece más interaccional con el marido.

4) Orientación temporo-espacial: Normal

5) Funciones integradoras, sintéticas y organizadoras: Normales.

6) Funciones autónomas, sensopercepción, memoria, inteligencia: Normales

7) Mecanismos de defensa:

Idealización del padre, introyección, represión.

En la formación de las conductas obsesivas encontramos:

Formación reactiva, desplazamiento, regresión y Racionalización.

Posiblemente intervengan el desplazamiento y la proyección en los celos; es decir, que puede tratarse de "otra escena" de celos o que haya deseos de infidelidad en ella. Parece que el mundo lo tiene dividido en hombres buenos, excepto con su marido ahora, y mujeres malas: madre, hermana. Pero no podemos hablar de

mecanismo de escisión al no saber cómo se comportan con ella realmente.

En general se trata de mecanismos de defensa variados, neuróticos en su mayoría y no parecen excesivamente rígidos.

Estructura del superyo

Aparecen sentimientos de culpa en torno a la sexualidad con un superyo rígido; depresión clínica y la autoestima baja, con pérdidas afectivas significativas.

Situación instintiva

a) Eros:

A nivel oral vemos un núcleo abandonónico (depresivo) con un déficit narcisista importante.

A nivel anal establece defensas útiles que en este momento de crisis son excesivas.

En el nivel fálico el complejo de Edipo no está bien resuelto favorecido por los vínculos que establecían sus padres con ella y por la muerte prematura del padre. Más adelante nos extenderemos sobre este tema.

Aparecen pues elementos de las tres fases del desarrollo.

b) Tanatos: la agresión "inadecuada" puede ser una forma de llamar la atención del marido, de zarandearle para que reaccione ante su situación crítica y de expresarle antiguos rencores ahora que vuelven a estar frente a frente después de la marcha de los hijos.

Ansiedades y emociones básicas

Aparecen ansiedades depresivas en su situación vital: baja autoestima, sentimiento de impotencia, de vejez y ansiedades persecutorias en los celos y sentimiento de ser engañada.

En cuanto a las emociones aparece amor, odio, celos, envidia y puede expresarse libremente sobre ellas.

Situación familiar

Con su madre la relación ha sido y es mala; la pérdida del padre fué importante. En la familia nuclear encontramos una relación deficiente con el marido y una compensación en los hijos, especialmente el tercero; al partir los hijos varones hay un desequilibrio en el sistema familiar (síndrome del nido vacío) y una dificultad de reencuentro en la pareja.

Su familia de origen tenía áreas disfuncionales. Ella establecía una alianza con el padre (y posiblemente coalición contra la madre).

La madre no favorecía la autonomía de los hijos y a raíz de su segundo amor prohibido (primero el padre, segundo "el de fuera") se recrudecen los enfrentamientos con la madre; el embarazo propició la salida del hogar y no sabemos si el parto prematuro se debió a causas físicas y/o psicológicas pero en terapia es importante explorar las fantasías en torno a esa pérdida: relación con los hermanos muertos, con el padre (hijo "incestuoso"), identificación con la madre "a la que se le mueren los hijos", no deseo de ese hijo al haber ya cumplido la función de propiciar la boda etc ...

Al tener hijos reproduce lo aprendido, se vincula estrechamente a su hijo (como su padre con ella) y el marido, igual que aprendió de su padre, se mantiene periférico. La prohibición

materna de la sexualidad quizás haya pesado en ella y el marido además de sus inhibiciones, se ve afectado por la crisis familiar; su mujer le plantea más demandas al perder al hijo preferido, desea tener "un segundo noviazgo", el reencuentro de la pareja al irse los hijos.

La ansiedad, los ansiolíticos, la dificultad del reencuentro sin hablar del pasado producen disfunciones sexuales que aumentan la problemática a la vez que cierran una salida.

Los síntomas piden un tercero que ayude a poner orden, ley, y de contención para superar la crisis y les ayude a crecer (ver A. Espina 2).

Hipótesis dinámica

Esta mujer, en la menopausia, tiene una fractura que le hace sentirse impotente, inútil; su vida son la casa y sus hijos, ahí encuentra su autoestima, de repente no es útil y tiene 50 años.

Sus hijos se van, la dejan vieja e inútil. Con otras fracturas, no en la terraza sino al caer de la ventana, perdió a un ser muy querido; pérdidas actuales: regla, hijos, recuerdan en el cuerpo las pasadas.

La mala relación con la madre le puede empujar al padre y la actitud de éste ponerle más lejos de la madre, al pasar a ser rival.

No puede realizar una adecuada identificación con su madre y su amor es censurado por aquella. El perder al padre a los 7 años debió dejarle en una situación bastante comprometida con su madre, y aumentó su fijación al padre maravilloso de la infancia; difícil rival para el marido.

Siguiendo el esquema de Kesselman (8) tendríamos en esta mujer un núcleo de base depresivo sobre el que estructuró defensas

obsesivas no resolviendo la conflictiva edípica. Después de la fractura pierde a su hijo: pérdida, depresión, presentificación del pasado.

Intenta acercarse a su marido, las cosas no van bien, intenta ordenar la casa: limpiar los trapos sucios, arreglar su desorden interno, mandar todo a la mierda ... Nada sirve.

Aparece la tercera: la joven, la guapa que le quita el marido; ahora la historia es al revés, le quitan el marido a ella.

¿Pero qué marido le han quitado ahora?: su hijo favorito ¿quién?: una chica joven. Como buena madre sabe que atacar a la nuera es la mejor manera de quedarse sin hijo del todo.

Son las otras "jóvenes", y no le quitan a su hijo, que debe ser sólo eso, su hijo; le quitan a su marido.

Ante la pérdida narcisista y el cambio familiar se reactualiza el pasado, y todo junto constituye la crisis.

Clinicamente encontramos depresión por la pérdida y la culpa ("¿seré mala y por eso me deja?" "ahora me toca a mí") que reactivan pérdidas infantiles.

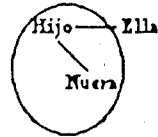
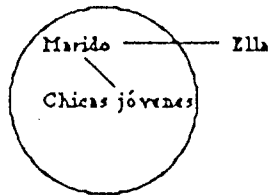
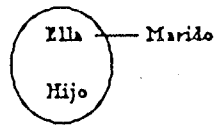
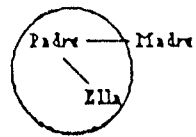
Manía del orden y la limpieza como deseo de control de su caos interno y como formación reactiva a su agresión anal, dudas obsesivas por su gran ambivalencia, celos como expresión de una situación triangular (edípica) no resuelta.

Ahora es ella la excluida, envidiando a la esposa joven (Madre joven) y sufriendo venganza.

Y su marido hará como hizo su padre y ella: irse con la persona más joven.

Juicio diagnóstico

Crisis familiar por ruptura de la homeostasis. Síndrome del nido vacío. Crisis en la paciente en un momento vital, menopausia, importante, apareciendo síntomas correspondientes a diferentes fases del desarrollo debido a la reactualización de conflictos orales y edípicos no resueltos con gran pérdida narcisista.



Juicio pronóstico

- a) Grado de presión del sufrimiento: elevado
- b) Motivación para el tratamiento: elevada
- c) Beneficios secundarios de los síntomas: escasos
- d) Capacidad resolutive antes de la enfermedad: buena
- e) Posibilidades de cambios ambientales: sistema flexible
- f) Tendencia al acting out como forma de interrumpir la cura: se vincula bien y desea comprender lo que le sucede no apareciendo tendencia al acting out

Recomendaciones terapéuticas

En las crisis debemos hacer una intervención rápida y eficaz no podríamos recomendar por ejemplo una cura tipo psicoanalítica

La intervención familiar es necesaria para ayudar a esta familia a reestructurarse, favorecer ese encuentro deseado por la pareja.

A Isabel le podemos ayudar eliminando los síntomas con un abordaje conductual, lo cual favorecería además el acercamiento a su marido y su mejor relación.

Desde un punto de vista dinámico tenemos una hipótesis que permite focalizar el problema en una mujer inteligente con buena capacidad de comprensión (insight), buena movilidad emocional y expresa deseos de entender lo que le sucede.

Los deseos son progresivos y su Yo tiene mecanismos de defensa variados y flexibles a pesar de lo aparatoso del cuadro clínico.

Todo ello posibilita un abordaje de psicoterapia dinámica breve.

Un peligro es que se desarrolle una relación transferencia intensa con el terapeuta en sustitución del padre-hijo que dificulte un encuentro con su esposo y perpetúe la disfunción.

Planifico una psicoterapia dinámica breve de una sesión semanal con Isabel, pensando en incluir a Antonio cuando sea oportuno.

Desarrollo del tratamiento

X Trabajando en base a la hipótesis dinámica hay una remisión de los síntomas en 8 sesiones (2 meses).

✓ Isabel me dice que Antonio quiere una entrevista conmigo y ella está de acuerdo, cree que a él también le vendría bien charlar conmigo.

X Me dice que Isabel está muy bien y dice que entiende muchas cosas de su vida que antes no entendía y que a él también le gustaría aclarar algunas cosas de su vida a solas conmigo.

X Me cuenta que de recién casados él salía de noche con los amigos y ella estaba celosa. Una vez habló en sueños y dijo: "qué buena está la rubia" después de haber salido de noche con un amigo "muy mujeriego". Isabel pensó que se había acostado con otra, tuvieron peleas y se distanciaron.

Este es su aspecto interaccional importante.

X Ella se volcó en los hijos, él en el trabajo fuera de casa funcionando más como padres que como conyuges.

Al irse los hijos reiniciaron su relación donde la habían dejado: en los celos y la exclusión.

X Durante otros dos meses veo a los dos por separado en sesiones quincenales trabajando aspectos individuales y de su relación de pareja.

X Finalmente me piden venir los dos a la vez trabajando su relación de pareja otros dos meses.

X El marido decía en una sesión "es como si hubiese estado en tinieblas toda la vida y ahora empiezo a ver claro, se me amplía el horizonte".

X Los dos deseaban entender aspectos de su vida, la crisis era de ambos y querían una relación más igualitaria.

A los dos años de finalizada la terapia seguían bien, luego fueron a vivir a otra ciudad por cambio de trabajo de él.

X El objetivo de la terapia para Isabel fué la elaboración del duelo de la pérdida del padre e hijos; reacomodar su situación vital al ser una madre "en paro" (empezó a desarrollar aficiones) y a hacer menos conflictivas las relaciones con las mujeres, tenía aún dos hijas en casa.

X Para la pareja facilitar su reencuentro ante la marcha de los hijos.

X Con Antonio trabajé sus dificultades de relación y su bloqueo emocional.

En la intervención en crisis conseguimos modificaciones importantes si podemos facilitar el proceso de crecimiento implícito en toda crisis.

Una vez resuelta la crisis los implicados en ella pueden desear un tratamiento más prolongado individualmente o grupal para conseguir otros cambios.

X En este caso ambos deseaban vivir su segunda "luna de miel" confiando en su capacidad de desarrollo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALEXANDER, F.: "*Terapeutica Psicoanalítica*" Bs. As. Paidós 1965
- 2) ESPINA, A.: "*La familia como continente y la Intervención en crisis*" Clin. y Anal. Gru. 41, pp. 178-195
- 3) FIORINI, H.: "*Teoría y técnica de psicoterapias*" Bs. As. Nueva Visión 1975
- 4) FIORINI, H.: "*Estructuras y abordajes en psicoterapias*" Bs. As. Mairena 1984
- 5) FIORINI, H. y PEYRU, G.: "*Aportes teórico-dinámicos en psicoterapias*" Bs. As. Nueva Visión 1978
- 6) GRINBERG, L.: "*Sobre el encuadre psicoanalítico*" en Psicoanálisis Aspectos Teóricos y Clínicos". Bs. As. Alex editor 1976
- 7) KESSELMAN, H.: "*Psicoterapia breve*" Bs. As. Kargieman 1972
- 8) KESSELMAN, H.: "*Psicopatología vincular*" Clin. y Anal. Grup. 4, pp. 6-28, 1977
- 9) MALAN, D.: "*La psicoterapia breve*" Bs. As. Centro Editor 1975
- 10) MALAN, D.: "*La psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*" Bs. As. Paidós 1983

- 11) RODRIGUE, E.: "*El contexto del proceso psicoanalítico*" Bs. As. Paidós 1966

ALBERTO ESPINA
Facultad de Filología Y C.C.E.E.
Universidad del País Vasco