

# *Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve en el tratamiento de pacientes con diagnóstico de distimia.*

**Revista Médica Electrónica 2006; 28(3)**

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DOCENTE PROVINCIAL "ANTONIO GUITERAS HOLMES".  
MATANZAS

Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve en el tratamiento de pacientes con  
diagnóstico de distimia.

Brief Intensive and Dynamic Psychotherapy in the treatment of patients with the  
diagnosis of dysthymias

## **AUTORES**

Dra. Olivia Martínez Hernández (1)  
Dra en Ciencia. Teresita de Jesús Calvo Oliva (2)  
Dra. Xiomara Rodríguez Fajardo (3)

(1) Especialista de 1er Grado en Psiquiatría. Profesora Instructora FCM-M

**E-mail: guillermo.montalvan@infomed.sld.cu**

(2) Especialista en Psiquiatría Infanto-Juvenil. Dra. en Ciencias

(3) Especialista de 1er. Grado en Psiquiatría

## **RESUMEN**

Los profesionales de la salud mental trabajan actualmente en nuestro país en el proyecto de una psiquiatría comunitaria. La cuarta parte de los pacientes que acuden al médico de familia sufren un malestar psíquico significativo, donde la mayoría consulta por depresión y requieren de tratamiento psicoterapéutico especializado. Nos propusimos realizar un ensayo clínico aleatorio controlado que se llevó a cabo en el Centro Comunitario de Salud Mental (CCSM) del área de Milanés de Matanzas, desde enero del año 2000 a junio del 2003, donde se comparan dos técnicas de psicoterapia. La muestra quedó constituida por 30 pacientes portadores de distimia. Tanto el grupo control como experimental lo constituyeron 15 pacientes. Para el primero se aplicó la técnica de psicoterapia basada en el efecto de la palabra; y para el segundo, la técnica de Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve, con una duración máxima de aplicación de la técnica de seis meses. Para valorar la evolución de los pacientes se empleó un cuestionario autoaplicado, que tiene como objetivo conocer semanalmente como el paciente evalúa su evolución, así como la grabación, previa autorización del paciente, de todas las terapias de ambos grupos, lo que permitió un análisis inmediato del grupo de trabajo y la valoración semanal de desaparición de síntomas, mantenimiento o aparición de otros nuevos que se complementó con la guía semanal de evaluación de síntomas clínicos y, por último, una encuesta, con la expresión tanto de variables principales como secundarias de la depresión que las aplicó el propio terapeuta en los cortes evaluativos al año, a los dos y a los tres años de aplicada la técnica. Para la evaluación de los resultados se escogió un promedio de criterios de un psicólogo

clínico entrenado en la técnica, que desconoce a cuales pacientes se les aplicó una u otra técnica (doble ciego), el del psicoterapeuta y la opinión subjetiva del paciente. La técnica de Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve logró los mejores resultados en la mayor brevedad de tiempo. Tanto la técnica de psicoterapia basada en el efecto de la palabra como la técnica de Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve resultaron efectivas en el tratamiento de los pacientes con distimia. La más efectiva es la psicoterapia del desbloqueo del inconsciente por su carácter curativo y por el mantenimiento de los resultados años después de aplicado el tratamiento.

### **DESCRIPTORES (DeCS):**

**PSICOTERAPIA BREVE/ métodos**  
**TRASTORNO DISTÍMICO/terapia**  
**TRASTORNO DISTÍMICO/epidemiología**  
**HUMANO**  
**ADULTO**

### **INTRODUCCIÓN**

Los profesionales de la salud mental trabajan actualmente en nuestro país en el proyecto de una psiquiatría comunitaria, en contacto directo con el medio donde se originan y manifiestan los trastornos emocionales.

Esta reorientación de la atención psiquiátrica demanda del conocimiento de uno de los pilares del tratamiento integral del paciente: la psicoterapia, que en Cuba responde a una filosofía científica del mundo. (1)

Del 20 al 40 % de los motivos de consulta en atención primaria de salud están estrechamente relacionados con problemas de salud mental. (2)

La cuarta parte de los pacientes que acuden al médico de familia sufren un malestar psíquico significativo, donde la mayoría consulta por depresión y requieren de tratamiento especializado psicoterapéutico. (2)

Las técnicas de psicoterapia breve resultan las de mayor efectividad en la Atención Primaria de Salud. (2,3)

La principal indicación de la psicoterapia breve son los pacientes que demandan atención ambulatoria, los cuales no se encuentran en "crisis" ni necesitan de las llamadas "psicoterapias profundas", sin embargo, estos pacientes constituyen el 80 % del universo de trabajo del equipo de psiquiatría, que por regla general sólo reciben tratamiento psicofarmacológico y alguna aproximación terapéutica de apoyo y orientación. (3,4)

Es en 1946 cuando dos psicoanalistas radicados en Chicago, el Doctor: Frank Alexander y el Doctor: Tomas French, observaron y dieron a conocer a la comunidad científica que mientras que algunos de sus pacientes requerían años de psicoterapia, otros, sin embargo, mejoraban considerablemente en unas cuantas consultas. Esto creó en aquel tiempo una verdadera crítica a sus postulados.(5) La idea de una psicoterapia breve surge en una etapa ascendente del psicoanálisis, 50 años después y debido a una revolución en los cuidados de salud mental. La psicoterapia breve se convierte en la regla. (6)

Desde 1946 el coautor del famoso Children's Apperception Test (CAT) tuvo ocasión, por un hecho fortuito, de innovar en este tipo de terapia e instrumentó formas de intervenciones breves para enfrentar situaciones de emergencia (7). .Bellak junto a

Small (1965) publica su obra clásica *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. (7)

Sin embargo, la revolución dentro de la Psicoterapia Dinámica Breve es llevada a cabo por Habib Davanloo, quien en los últimos 20 años es reconocido en este tema como la autoridad máxima. De él ha dicho Malan.(8) "Freud descubrió el inconsciente y Davanloo ha descubierto cómo utilizarlo terapéuticamente."

Este autor antes de dar a conocer públicamente su técnica dinámica intensiva breve que se basa en la exploración del inconsciente, estuvo 20 años validándola y contrastó en la práctica cada una de las afirmaciones que constituyen su doctrina.(8)

Demostó en cuidadosas investigaciones, con un marcado rigor metodológico, la profundidad de los cambios producidos en el proceso terapéutico y la posibilidad real de permanencia de sus resultados años después del tratamiento con su técnica del desbloqueo del inconsciente. (9,10)

Davanloo desde sus primeros trabajos demostró que la psicoterapia dinámica intensiva breve del desbloqueo del inconsciente constituye la indicación de primera elección y proporciona los mejores resultados para toda conducta neurótica. (10,11)

Desde la década del 1970 el profesor Bustamante (12) señala a la depresión neurótica como una de las afecciones de mayor interés e incidencia dentro de nuestra cultura, así como en cualquier medio de la cultura indohispánica e incluso europea o norteamericana. Estudios realizados en la década de 1980 por el profesor Hiram Castro (4) plantea que los cuadros neuróticos a forma depresiva ocupan más de la cuarta parte de la demanda asistencial en la atención psiquiátrica, donde a su juicio los tratamientos que más se emplean son las técnicas de apoyo y la utilización de psicofármacos. La literatura señala que entre un 15 y un 30 % de la población presenta al menos una depresión de intensidad moderada a profunda. (13-5)

Las investigaciones recientes van dirigidas a fundamentar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que subyacen en su origen. Se realizan esfuerzos mancomunados que conllevan a una nueva clasificación de la depresión neurótica, la cual actualmente se evalúa como un trastorno afectivo distímico y los criterios de la décima clasificación internacional de enfermedades en su capítulo V, dígitos F 34.1 para ella señala (16) :

El rasgo esencial es una depresión prolongada del estado de ánimo que nunca o muy rara vez es lo suficientemente intensa como para satisfacer las pautas para un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado, suele comenzar al iniciarse la edad adulta y evolucionar a lo largo de varios años o bien es de duración indefinida.

Recibir un entrenamiento en la técnica de Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve basada en el desbloqueo del inconsciente con el objetivo de su aplicación gratuita en el centro comunitario de Salud Mental de Milanés, donde uno de los principales problemas en esta área de salud es la alta incidencia de cuadros depresivos altamente resistentes a las diferentes modalidades terapéuticas y poder recurrir a una técnica psicoterapéutica de alta confiabilidad resolutive son motivos que avalan por sí mismo la realización de este trabajo, teniendo en cuenta además el alto riesgo para estos pacientes de cometer una conducta suicida o de la incapacidad que mantienen para su bienestar emocional.

El objetivo fundamental de esta investigación es brindar los resultados que en la práctica se derivan de la utilización de la técnica de Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve, en los cuadros depresivos distímicos. Nuestra hipótesis se sustenta en que dadas las características técnicas que utiliza dicha psicoterapia, permitirá la desaparición de síntomas en una mayor brevedad de tiempo y su efectividad se prolongará aún después de concluida la terapia.

## **MÉTODO**

Se trata de un ensayo clínico aleatorio controlado, donde se compararon dos técnicas de psicoterapia: la técnica basada en el efecto de la palabra y la del desbloqueo del inconsciente, que se llevó a cabo en el CCSM, en el área de Milanés,, en la ciudad de Matanzas, durante el período comprendido de enero del año 2000 hasta junio del 2003.

La muestra quedó constituida por los pacientes diagnosticados como portadores de un trastorno afectivo distímico, los cuales mantenían a pesar del tratamiento manifestaciones clínicas, referidos por los diferentes terapeutas de este nivel de Atención Primaria de Salud, treinta pacientes en total. Para realizar los criterios de inclusión se conformó un grupo de trabajo constituido por el investigador principal, dos especialistas de 1er. grado en psiquiatría; un doctor en Ciencias Médicas, los cuales de forma independiente evaluaron a través de los criterios de la clasificación internacional de las enfermedades psiquiátricas en su décima versión, el diagnóstico de una distimia. Posteriormente se discutió y, de estando todos de acuerdo, se incluyó en la investigación. Cuando existieron discrepancias diagnósticas se tuvo en cuenta el criterio del investigador principal y el especialista de más alto nivel. Se excluyó de este estudio cualquier paciente portador de una enfermedad somática de base.

### **La homogeneidad de la muestra estuvo dada por:**

Todos presentaban una depresión distímica.

Procedían de la misma área de salud.

Se desconoció quienes recibieron una técnica u otra.

Se utilizaron los mismos procedimientos evaluativos para todos los pacientes.

Se valoraron todos por el investigador principal y sus colaboradores. En todos los pacientes se utilizó el mismo psicofármaco, el antidepresivo fluoxetina (20 miligramos al día) desde el inicio del tratamiento psicoterapéutico hasta un año después de desaparecidos los síntomas.

Para determinar cuáles integraron el grupo control y el experimental se utilizó el método aleatorio, las técnicas fueron enumeradas uno y dos y se les fue asignando por orden de llegada a la consulta, quince pacientes para cada una de ellas, con una duración máxima de aplicación de la técnica de seis meses. En el grupo control se utilizó el tratamiento de terapia basada en el efecto de la palabra que se aplica en dicha institución de salud, para los pacientes que presentan una depresión distímica.

En el grupo experimental se utilizó la técnica del desbloqueo del inconsciente.

### **Instrumentos**

Se emplearon varios instrumentos con propósitos muy bien definidos:

*Instrumento No. 1:*

Es un cuestionario, el cual fue autoaplicado al paciente y permitió definir el diagnóstico, tiempo de evolución y el tipo de tratamiento que utilizó hasta ese momento, el cual fue evaluado conjuntamente con el segundo instrumento. Para definir el diagnóstico se tuvo en cuenta, mientras estuvo deprimido, dos o más de los síntomas que aparecen en la encuesta, durante al menos dos años. (13)

*Instrumento No. 2:*

Historia clínica y evaluación:

Este instrumento consiste en conocer la historia social psiquiátrica del paciente y el examen clínico para definir el diagnóstico de distimia, el cual se realizó por el investigador principal y su equipo de trabajo.

*Instrumento No.3:*

Éste es un instrumento autoaplicado, que tuvo como objetivo conocer semanalmente cómo el paciente evaluó su evolución

*Instrumento No. 4:*

Grabación previa autorización del paciente, de todas las terapias de ambos grupos, lo que permitió un análisis inmediato del grupo de trabajo y la valoración semanal de desaparición de síntomas, mantenimiento o aparición de otros nuevos, que se complementó con la guía semanal de evaluación de síntomas clínicos. Cada terapeuta de forma individual expresó su opinión, las cuales se llevaron a escala numérica y se promediaron con la evaluación del paciente

*Instrumento No. 5:*

Encuesta diseñada, con la expresión tanto de variables principales como secundarias de la depresión que les aplicó el propio terapeuta en los cortes evaluativos al año, a los dos y a los tres años de aplicada la técnica. Se dicotomizaron los resultados para lograr mayor precisión en la evaluación de la efectividad en:

- Curación (B): Desaparición total de síntomas y no reaparición años después.
- No curación (M): Tiene en cuenta criterios de mejoría o ninguna mejoría.

La primera sí existió disminución de síntomas considerados fundamentales y no aparición de nuevas manifestaciones años después. No mejoría cuando no se logró el alivio de los síntomas fundamentales y se mantuvieron a lo largo del tiempo, predominando el cuadro emocional del paciente. Para la evaluación de los resultados se escogió un promedio de criterios de un psicólogo clínico entrenado en la técnica, que desconoció a cuales pacientes se les aplicó una u otra técnica (doble ciego), el del psicoterapeuta y la opinión subjetiva del paciente.

Cada terapeuta de forma individual expresó su opinión, las cuales se llevaron a escala numérica y se promediaron con la evaluación del paciente. La variable independiente de este trabajo consiste en los diferentes tratamientos psicoterapéuticos utilizados y nuestra variable de respuesta fue la curación.

## **Descripción de las técnicas de psicoterapia:**

-Psicoterapia basada en el efecto de la palabra (1):

La psicoterapia persuasiva o racional emplea la persuasión, información, sugestión y exteriorización de intereses como recursos fundamentales de esta variante psicoterapéutica. Esta psicoterapia se desarrolla mediante entrevista cara a cara con una profunda relación de participación mutua, terapeuta significativamente activo, orientador, esclarecedor, transmisor de seguridad, comprensión y experiencia, con objetivos supresivos.

La información busca transmitir conocimientos básicos con relación a la depresión. La guía de acción se dirige fundamentalmente a la organización del tiempo libre de estos pacientes e incluye la exhortación basada en mensajes sugestivos. La sugestión en vigilia se basa en la transmisión de mensajes, que el paciente incorpora con notable convicción, gracias a la relación positiva con el terapeuta y la autoridad que emana del prestigio de éste.

La persuasión es de continua utilización, sin que exista una actitud enjuiciadora, desarrollando actitudes positivas hacia la vida.

La exteriorización de intereses radica en la guía motivacional, que se sustenta en el conocimiento de las potencialidades e intereses anteriores del paciente y que incluye el manejo de convivientes, a través de las orientaciones dirigidas a manejar situaciones interpersonales.

La psicoterapia causal tiene su esencia en la búsqueda de los condicionamientos originales determinantes de manifestaciones psicopatológicas. La psicoterapia de actitudes se basa en la exploración, discusión y corrección de las actitudes, que tienen un papel patógeno en la problemática psíquica del paciente, el cual aprende a reconocerla mediante un razonamiento progresivo, conducido por el terapeuta.

Por otra parte el grupo experimental recibió la psicoterapia dinámica intensiva breve de Davenloo.

## **Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve o Desbloqueo del Inconsciente .(17)**

Uno de los objetivos principales de esta técnica es permitir al paciente experimentar sus auténticos sentimientos con la mayor intensidad que sea capaz de soportar y en la menor brevedad de tiempo posible, pero esto sólo puede llevarse a cabo venciendo la resistencia, mecanismo que subyace en el paciente neurótico y que reprime sentimientos demasiados dolorosos e inaceptables. De parte del terapeuta para vencer esta resistencia está la alianza terapéutica del paciente. El componente consciente de ésta radica en el deseo del paciente de mejorar, de colaborar, de decir la verdad aunque sea dolorosa y de enfrentar sus emociones perturbadoras.

El componente inconsciente de ella es la tendencia a ofrecer testimonios que permitan al terapeuta inferir qué ocurre bajo la superficie, para traerlo a la luz y que el paciente lo experimente.

La resistencia del paciente se enfrenta a esta alianza, su componente consciente oculta deliberadamente información por parte del paciente; mientras que el componente inconsciente emplea toda una gama de defensas tales como: vaguedad, distanciamiento, silencio, intelectualización, etc., para sabotear el proceso.

Cada instante de la entrevista refleja la interacción de estos componentes. La función del terapeuta consiste en sondear los sentimientos del paciente controlando continuamente el equilibrio entre resistencia y alianza terapéutica. En esta técnica la resistencia, aun la más extrema, se maneja basándose en presión y reto. La resistencia es bienvenida como un indicador de que no sólo es posible aproximarse a los conflictos dolorosos, sino traerlos a la superficie y resolverlos. Cada vez que la resistencia se doblega aumenta la fuerza de la alianza terapéutica.

Todo el proceso comienza en la primera entrevista, las diferencias entre ésta y las sesiones centrales de la terapia son que en la entrevista inicial las reacciones del paciente deben ser vigiladas en grado extremo y que debe completarse la historia psiquiátrica, médica y social.

En la depresión debe crear el terapeuta la ocasión previa para investigar su naturaleza e historia. Si existió un terapeuta anterior hay que investigar cómo quedó la transferencia y posteriormente comenzar con la fase de reestructuración de las defensas del ego, para luego llevar a cabo con éxito la técnica de presión y reto.

### **Reestructuración de las defensas del ego**

Es una modificación de la técnica obligatoria en:

Pacientes con depresión caracterológica con episodios de grave depresión clínica.

Pacientes muy resistentes con trastornos psicossomáticos.

Pacientes con ataques de pánico con desmayo o sin él.

Pacientes con despersonalización.

Pacientes con estructura frágil del ego.

Estos pacientes son incapaces de experimentar la ira y la describen como los dos ángulos del triángulo conflicto, la defensa o la ansiedad sin tomar conciencia en ningún momento de su confusión.

### **Esto tiene las siguientes consecuencias graves:**

El empleo de la presión y reto infatigables pueden causar en lugar del primer desbloqueo, un aumento de la ansiedad capaz de provocar una intensificación de las defensas y un agravamiento de los síntomas depresivos y/o ansiedad.

### **El terapeuta tiene que:**

Graduar cuidadosamente el reto y la presión.

Controlar el nivel de ansiedad del paciente.

Retirar inmediatamente la presión al detectar que la ansiedad puede sobrepasar cierto umbral tolerable.

Una de las formas más eficaces de reducir presión consiste en desviar la atención hacia otra área, transferencia-actualidad, así como continuar indagando o analizando cómo se expresa la ansiedad físicamente. Después de un intervalo que permita reducir la ansiedad hasta unos niveles manejables el terapeuta vuelve a utilizar la presión y el reto intensificándolos, procede en espiral, para fortalecer la capacidad del paciente, para soportar el auge de la ansiedad y de los sentimientos dolorosos, debilitando su sistema defensivo y acercando el impulso a la superficie hasta que en un momento dado irrumpa, provocando el primer desbloqueo. Cada vez que se produce una irrupción del impulso ya sea en la transferencia o actualidad es necesario analizar una y otra vez el triángulo conflicto, sacando

partido de esta revelación práctica para establecer el vínculo entre impulso, ansiedad y defensa. Si no se lleva a cabo este repetido análisis del triángulo conflicto, sobre todo en la transferencia, las defensas se restablecerán de nuevo, es ésta la etapa de consolidación vital, pues evita que el paciente llegue a la segunda entrevista con los mismos síntomas plenamente recuperados. Esta secuencia se repite hasta que el sistema defensivo del paciente haya sido reestructurado, entonces podrá hacerse uso de la presión y el reto sistemático para alcanzar el desbloqueo definitivo y entrar en la fase de acceso directo al inconsciente.

**Las características especiales de esta técnica gradual serán las siguientes:**

Mayor alternancia entre las áreas actualidad y transferencia.

Sucesivos desbloques parciales, irrupción del impulso tanto en actualidad como en transferencia.

Después de cada desbloqueo parcial, introducción de una fase de consolidación de la revelación, a través del análisis del triángulo conflicto y sobre todo en la transferencia, insistiendo en el vínculo entre los impulsos subyacentes, la ansiedad y las defensas que impiden su vivencia.

Esta modificación dulcifica y gradúa el reto y presión, mientras que el análisis del triángulo conflicto se emplea más a menudo y con mayor énfasis.

**El terapeuta dispuesto a aplicar la técnica del desbloqueo del inconsciente debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:**

Estos pacientes tienen un acceso muy fácil a las defensas regresivas como la somatización y la depresión.

Esta entrevista inicial o de prueba exhaustiva puede extenderse hasta tres horas, a partir de la cual se garantiza el éxito de las próximas consultas cuya duración oscila entre 45 minutos y una hora.

En esta técnica la iniciativa de la entrevista está en mayor medida en manos del terapeuta, en la interacción entre los dos interesados en la terapia: paciente-terapeuta, se va estableciendo una secuencia que sería intervención activa, seguida por una respuesta específica y otra intervención activa, y así sucesivamente. El mayor énfasis se pone en la experiencia que adquiere el paciente en el curso de su interacción con el terapeuta.

En esta técnica es fundamental el reto a la resistencia y el uso intensivo de la transferencia, que forma parte activa en la interacción dinámica que establece el terapeuta y el paciente y se mantiene a lo largo de toda la terapia.

**Las distintas etapas de la entrevista inicial pueden describirse como sigue:**

Presión orientada hacia los sentimientos.

Intensificación de la resistencia.

Clarificación de las defensas.

Reto a la resistencia y presión ejercida sobre ella.

Descripción de la maniobra defensiva del paciente.

Reto dirigido a la alianza terapéutica. Presión para conseguir abandono de las defensas.

Intensificación de la transferencia.

Reto a la resistencia en la transferencia.

Choque frontal con la resistencia

Vivencia directa de los sentimientos de transferencia.

Movilización de la alianza terapéutica inconsciente.

Etapa de análisis de la resistencia, uso de los dos triángulos (triángulo conflicto-triángulo persona) Acceso directo al inconsciente y descubrimiento del núcleo neurótico.

El autor de la técnica elabora un modelo de intervención estándar para responder a cada movimiento por parte del paciente. Las intervenciones son bastante específicas y provocan normalmente reacciones igualmente específicas por parte del paciente.

El modelo avanza en espiral y pueden encontrarse fases solapadas, avanzar y retroceder en dependencia de las características individuales de cada paciente. Se habilitó en el centro comunitario de salud mental una consulta que garantizó el confort y privacidad y funcionó todas las tardes de lunes a viernes y la mañana del sábado, quedó establecido por consenso que lunes, martes y miércoles asistieran los pacientes del grupo experimental, y el jueves, viernes y sábado los del grupo control. Se escogió el horario de 12:00 a.m. a 5:00 p.m. y la consulta fija para cada paciente individual.

Para la creación de la base de datos el investigador extrajo los resultados de los archivos individuales, que durante el tiempo de investigación se creó. Se utilizó una computadora Pentium 3 y se procesaron los datos a través de un paquete estadístico systar, de donde se utilizaron métodos de procesamiento, fundamentalmente análisis porcentuales, ya que el número de pacientes no admitió otras técnicas.

Los resultados se exponen en tablas para su mejor comprensión.

## **RESULTADOS**

La Tabla No.1 refleja la frecuencia de desaparición de síntomas a partir de la primera entrevista. En ambas técnicas psicoterapéuticas los pacientes comenzaron a mejorar desde la segunda sesión de psicoterapia. Si tenemos en cuenta los resultados atendiendo a los criterios de curación, apreciamos que de los 15 pacientes que recibieron psicoterapia dinámica intensiva breve, siete resolvieron, o sea, curaron con 20 sesiones de tratamiento como máximo y el resto de los pacientes resolvió entre las 10 y 20 sesiones psicoterapéuticas, lo que contrasta con los resultados obtenidos en la psicoterapia basada en el efecto de la palabra, donde el mayor número de pacientes, o sea 10, obtienen a las 24 sesiones de tratamiento criterios de mejoría y no criterios de curación, como sucedió con el grupo experimental y sólo dos pacientes curaron e incluso tres se mantienen sin mejoría.

La Tabla No. 2 expresa el resultado al año de tratamiento, entre las dos técnicas de psicoterapia empleada. En el grupo experimental de los 15 pacientes que recibieron psicoterapia dinámica intensiva breve, todos para un 100 % ,se recobraron, o sea, tuvieron criterios de curación que se contrasta con los resultados obtenidos en el grupo control, donde solamente dos pacientes, para un 13,33 %, lograron criterios de curación, 10 para un 66,67 % mejoría y 3 para un 20 % ninguna mejoría. La Tabla No.3 refleja el resultado de las técnicas empleadas en los cortes evaluativos al segundo y tercer años de haber realizado la terapia. Como se aprecia en el grupo experimental, 15 pacientes, para un 100 %, se mantuvieron recuperados totalmente; sin embargo, en el grupo control un paciente, para un 6,67 %, es el único que en el segundo año se mantuvo recuperado; cinco pacientes, para un 33,33 %, clasificaron como mejorados y en nueve, para un 60 %, reaparecieron los síntomas. Es de señalar que al tercer año solamente dos

pacientes clasificaron como mejorados para un 13,33 %, y en la mayoría, o sea, 13 pacientes, para un 86,67 %, hubo reaparición de los síntomas.

**Tabla No. 1**  
**Frecuencia de desaparición de síntomas posterior a la primera entrevista.**

Psicoterapia	Evaluación	S e m a n a s																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Dinámica	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	2	-	-	2	-	2	-	7	-	-	-	-
Intensiva	M	-	10	11	11	13	15	15	15	15	14	14	13	11	11	11	9	9	7	7	-	-	-	-	-
Breve	SM	-	5	4	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
N=15	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Basada en el efecto de la palabra N=15	C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
	M	-	9	10	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	10
	SM	-	6	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Archivos individuales

Leyenda: C – curado, M – mejor, SM – sin modificación, P - peor

**Tabla No. 2**  
**Resultados de las técnicas psicoterapéuticas aplicadas al año de tratamiento.**

Evaluación	Bien		Mejoría		Ninguna Mejoría		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Psicoterapia Dinámica Intensiva Breve	15	100	-	-	-	-	15	100
Psicoterapia basada en el efecto de la palabra	2	13,33	10	66,67	3	20	15	100

Fuente: Archivos individuales.

**Tabla No. 3**  
**Resultados comparativos de las técnicas psicoterapéuticas aplicadas al**  
**segundo y tercer cohorte evaluativo.**

Evaluación	Segundo Corte								Tercer Corte								
	Bien		Mejorado		Reap. de síntomas		Total		Bien		Mejorado		Reap. de síntomas		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Técnica de Psicoterapia																	
Dinámica Intensiva Breve N = 15	15	100	-	-	-	-	15	100	15	100	-	-	-	-	15	100	
Basada en el efecto de la palabra N= 15	1	6,67	5	33,33	9	60	15	100	-	-	2	13,33	13	86,67	15	100	

**Fuente: Archivos individuales.**

## **DISCUSIÓN**

La psicoterapia dinámica intensiva breve logró los mejores resultados en la mayor brevedad de tiempo, como promedio con 20 sesiones, lo que indudablemente repercute favorablemente en el paciente. Lambert (18) plantea que en un estudio realizado en depresiones distímicas, de 138 pacientes ocho sesiones lograron mejorar al 22 %, 16 sesiones fueron suficientes en el 50 % y 26 sesiones en el 75 %, finalmente que 20 sesiones serían suficientes, ya que una vez terminada la psicoterapia el paciente continúa recibiendo los beneficios. Al año de tratamiento los pacientes del grupo experimental que recibieron psicoterapia dinámica intensiva breve se recobraron. Estos resultados podrían explicarse porque la técnica del desbloqueo del inconsciente empleada actúa desde la primera entrevista sobre la ansiedad y las actitudes defensivas que a través de la presión y el reto, una vez ocurrida la reelaboración de las defensas, permiten trabajar durante el resto de la psicoterapia sin que reaparezcan las mismas. Se hace evidente por estos resultados que tanto una técnica como la otra son efectivas, pero si tenemos en cuenta que los criterios de curación priman en los pacientes que reciben psicoterapia dinámica intensiva breve es evidente que esta técnica en estudio es mucho más efectiva.

En ambas técnicas la relación médico-paciente mantiene un tono de cordialidad, por tanto, estos resultados sugieren la primacía del elemento técnico sobre la relación médico-paciente. Por otra parte, si tenemos en cuenta que de los que recibieron psicoterapia basada en el efecto de la palabra, tres no mejoraron, me fue imposible por la técnica empleada romper la altísima resistencia que mostraron durante las sesiones, lo que nos hace pensar que inconscientemente el recibir psicoterapia es una forma de demostrar su incurabilidad.

Si recordamos además que en ambos grupos se utiliza el mismo antidepresivo ya descrito, es imposible que los efectos farmacológicos que se logran no se evidenciaran en estos casos. Otro aspecto que nos hubiera ayudado al aproximarnos con una valoración más objetiva hubiese sido la utilización de tecnología de avanzada que a través de resultados bioquímicos nos permitiera valorar cuantitativamente los resultados, pero fue imposible contar con ellos, por lo

cual la subjetividad del paciente tiene un peso en la valoración de los síntomas. Lo que sí es cierto es que clínicamente no mejoran. El doctor Ellen Frank, (19) de la Universidad de Pittsburg del Instituto de Psiquiatría, plantea lo beneficioso de las técnicas de psicoterapias breves, pero en su estudio realizado considera que recaen al año. Es importante señalar que no utiliza la técnica dinámica intensiva breve, sino aquellas que evitan la resistencia a través de la transferencia positiva de esta técnica. (20) Es evidente como a lo largo del tiempo y habiendo suspendido el tratamiento farmacológico para ambos grupos se contrastan los resultados. Esto pudiera explicarse porque en la técnica psicoterapéutica basada en el efecto de la palabra se da la posibilidad de que el paciente entregue su problemática al terapeuta para que éste le oriente, sintiéndose seguro al establecer esta dependencia, con lo que se consigue disminuir la ansiedad y la mejoría de los síntomas depresivos. Si se tiene en cuenta además que al año de haber terminado la terapia aún mantienen el tratamiento farmacológico, que evidentemente en este grupo es un factor a tener en cuenta para los resultados, explicaría que aún existen resultados positivos en el segundo año. No obstante los efectos propios de ambas técnicas deben mantenerse aun cuando no reciban tratamiento como hemos señalado en la técnica dinámica intensiva breve. Estudios realizados plantean (9) que se mantienen los efectos a lo largo del tiempo, lo cual en este estudio para los pacientes que reciben tratamiento con psicoterapia basada en el efecto de la palabra, para los que se encuentran sin apoyo alguno por parte del terapeuta y ya no existen los efectos de los antidepresivos, no logran los mismos resultados. Por otra parte en la técnica dinámica intensiva breve una de las características fundamentales es mantener desde sus inicios la independencia del paciente y centra su atención en que sea el propio paciente quien logre reconocer en futuras interacciones con su realidad, el porqué de sus conductas y cuáles podrían ser los mecanismos que utiliza de manera inadecuada y poder reestructurarlos. Esta independencia, que se inicia en la primera entrevista y se mantiene durante toda la técnica, conlleva a que sea utilizada en su elaboración diaria con la realidad, al margen del consultorio, de otra manera, en la propia terapia va consolidando su aprendizaje, lo que se refleja en los resultados obtenidos, pues evidentemente tres años después ninguno empeora incluso sin estar utilizando tratamiento farmacológico. No es menos cierto que ambas técnicas durante el primer año mantienen efectos resolutivos, sin embargo, éstos sólo quedansustentados para aquellos pacientes donde su utilizó la psicoterapia dinámica intensiva breve, lo que hace evidente que aún al final de la terapia el paciente continúa recibiendo sus beneficios.

En reportes de investigaciones realizadas por Bernard Bloom (6) donde estudia pacientes deprimidos y los continúa durante tres años, se reportan que todos se recobran con psicoterapia breve y psicofármacos e incluso hace referencias que utiliza la técnica y suspende los antidepresivos, con algunos impactos. En relación a esto nuestro concepto de la depresión no nos permite afirmar la no utilización de antidepresivos al inicio y su mantenimiento aun al año de desaparecidos los síntomas, ya que valoramos el cuadro como un continuo entre factores exógenos y endógenos, pero es importante destacar como ya lo referimos, que si no es menos cierto que existe una predisposición endógena en la depresión no podemos olvidar el aprendizaje frente a los factores externos que el individuo realiza a lo largo de su existencia, los cuales son objeto de análisis en la psicoterapia dinámica intensiva breve. Ambas técnicas de psicoterapia resultan efectivas en el tratamiento del paciente diagnosticado con un trastorno afectivo distímico. La más efectiva es la psicoterapia dinámica intensiva breve por su carácter curativo y por la permanencia de los resultados años después de aplicado el tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Menéndez R. *Terapéutica Psiquiátrica Básica Actual*. La Habana : Ciencias Médicas; 1998. p. 37-40.
2. Sociedad Catalana de Medicina Familiar. *Médico de cabecera y salud mental*. Barcelona, España: Fundación de Atención Primaria; 1999.p. 9, 43, 59-64
3. Castro-López GH. *Psiquiatría TII*. La Habana : Pueblo y Educación; 1987. p. 95.
4. Castro-López G H. *Histeria y neurosis*. La Habana : Ciencias Médicas; 1989. p. 51-63.
5. Haley J. *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona, España: Editorial Toray; 1969. p. 32.
6. Bloom B L. *Planned short-term Psychotherapy: A Clinical Handbook*. Boston ,EE.UU:Allyn and Bacon. TEXT; 1997.p. 224-9.
7. Bellak LB, Small, L. *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. New York : Grune and Stratton; 1988. p. 68-70.
8. Malan DH. Beyond interpretation: initial evaluation and technique in short-term dynamic psychotherapy. *Int j short-term psycho* 1986;1(2).
9. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant depressed patients. Reestructuring ego's regressive defenses. *Int j short-term psycho* 1992;2: 99-132.
10. Davanloo H. Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patients II the course of an interview after the initial breakthrough. *Int j short-term psycho* 1986; (1):239-235.
11. Davanloo H. Intensive short-term psychotherapy with highly resistant patients. I Handling resistance. *Int j short-term psycho* 1986;1:107-33.
12. Bustamante J A, Santa Cruz A. *Psiquiatría Transcultural*. La Habana: Científico-Técnica; 1975. p. 87-94.
13. Kaplan Harold I, Sadock Benjamin J. *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona, España: Salvat; 1997. p. 531-70-2.
14. Janosik E, Davies J L. *Mental Health*. Library of congress; 1996. p. 140-68.
15. Amsterdam JD. MD. *Refractory Depression*. Psychotherapy-Failure. Library of congress; 1990. p. 168-9.
16. OMS. *Trastornos Mentales y del comportamiento*. Descripciones clínicas y pautas para el Diagnóstico. España: Ediciones Dori; 1992. p. 310.
17. Lambert S. *The Handbook of psychotherapy and Behavior change*. Ed's A. Bergin and S. Harfield. New York: Wiley; 1994. p. 428-65.
18. Davanloo H. Intensive short-term dynamic psychotherapy with highly resistant depressed patients. *Int j short-term psycho* 1992; 2:167-85.
19. Davanloo H. Clinical Manifestations of superego pathology. *Int j short-term psycho* 1992; 2: 225- 54.
20. Davanloo H. Clinical Manifestations of superego pathology. *Int j short-term psycho* 1991 ; 2: 225-54.

## SUMMARY

In our country, at present, public health professionals work on the communitarian psychiatry project. The fourth portion of all patients that go to the family physician suffer of a significant psychiatric condition, and the majority are seen due to depression which require a specialized psychotherapeutic treatment. We carried out a randomized and controller clinical trial that took place in the Communitary Center

of Health Mental (CCHM) in Matanzas "Milanes" Polyclinic since January 2000 to June 2003. Where two psychotherapy techniques were compared. Fifteen patients were included in the control group as well as fifteen patients in the experimental groups. In the first ones the psychotherapy technique was applied based on the word effect; and in the second one, the Brief Intensive and Dynamic Psychotherapy was used with a six month maximum duration of technique application. In order to appraise the patient follow up a self applied questionnaire was used, that with the goal to weekly know how the patient evaluated his or her own follow up, as well as the recording, previous patient authorization of all therapies from both groups which allowed an immediate analysis of the working group and the weekly appraisal of all symptoms disappearance, maintenance or appearance of new other ones which was complemented with the weekly guide of clinical symptom evaluation and lastly, an inquiry with the expression of main as well as secondary depression variables that were applied by the therapist himself at one, two or three years after the technique had been instituted. For results evaluation a criteria average was chosen from a clinical psychologist trained for the technique, who does not know to what patients was one or another technique indicated (double blind), the psychotherapist criteria, and the patient subjective opinion. The Brief Intensive Dynamic Psychotherapy technique achieved the best results as soon as possible. The psychotherapy technique based on the word effects as well as the Brief Intensive Dynamic Psychotherapy proved to be effective in the treatment on patients with dysthymia. The most effective one was the unconscious unblockade because of its healing character and the results. Kept years after the treatment was indicated.