

EL PROCESO DE TERMINACIÓN EN PSICOTERAPIA DE TIEMPO LIMITADO: ASPECTOS CLÍNICOS Y TÉCNICOS

Paulina Vélez Gómez y

Psicóloga, Grupo de Investigación Psicología Salud y Sociedad, Facultad de
Psicología Universidad CES

Correspondencia: velezpaulina@yahoo.com

Diego Alveiro Restrepo Ochoa

Psicólogo, Magíster en Psicología. Docente y Coordinador de investigaciones. Grupo
de Investigación Psicología Salud y Sociedad, Facultad de Psicología Universidad
CES

RESUMEN

El proceso de terminación (cierre) en psicoterapia ha sido un tema poco abordado en la literatura científica, aunque este constituye un problema recurrente con el cual se enfrentan los terapeutas noveles y en alguna medida los terapeutas experimentados, dadas sus complejas implicaciones clínicas, técnicas y personales. El presente trabajo constituye una revisión del tema en la literatura científica, específicamente en lo concerniente a los procesos psicoterapéuticos de tiempo limitado con población infantil en contextos institucionales; igualmente, se exponen algunas anotaciones clínicas a partir de la experiencia de los autores en el espacio de supervisión de la práctica terapéutica.

Palabras clave: Psicoterapia, Terminación, Cierre terapéutico, Técnica Psicoterapéutica.

ABSTRACT

Termination process (ending) in psychotherapy has been a topic little discussed in the scientific literature, although this is a recurring problem that novel therapists and somehow experienced therapists have to face, given its complex clinical, technical and personal implications. This paper provides a review of this subject in scientific literature, specifically regarding limited time psychotherapeutic process with

children at institutional settings; also some clinical annotations from the experience of the authors in the area of supervision of therapeutic practice are exposed.

Key words: Psychotherapy, Treatment Termination, Ending, Psychotherapeutic Technique.

INTRODUCCIÓN

La terminación o cierre es un momento crucial en un proceso psicoterapéutico, dado que se erige como un período cargado de connotaciones clínicas y emocionales que no solo afectan al paciente sino también al terapeuta; igualmente, de la terminación dependerá en gran medida la forma como sea recordado dicho proceso (Craigie, 2006). No obstante, aunque éste sea un asunto que atañe a cualquier proceso psicoterapéutico y que tiene importantes implicaciones personales y técnicas para la formación y la práctica de los terapeutas noveles (Bostic, Shadid & Blotcky, 1996), el tema de la terminación en psicoterapia ha sido relativamente descuidado en la literatura empírica (Roe, 2006) y también en las disquisiciones teóricas y técnicas de los diferentes modelos psicoterapéuticos.

El presente trabajo se configura a partir de las preguntas emergentes de un espacio de supervisión clínica entre un terapeuta en prácticas con población infantil en un contexto institucional y su supervisor, en un intento por dar una base teórica y técnica a las vicisitudes clínicas del proceso de terminación en psicoterapia con niños.

En los procesos de formación clínica se hace énfasis en dimensiones del proceso psicoterapéutico tales como el encuadre y las técnicas de evaluación e intervención, pero pocas veces el tema de la terminación constituye un elemento nodal; de hecho, en los textos de técnica clínica el asunto de la terminación se aborda de manera tangencial. En la revisión realizada por Roe (2006) se concluye que la “omisión” en la reflexión sobre este tema obedece a un consenso general implícito en que la terminación ideal de la psicoterapia ocurre “naturalmente”, con un acuerdo entre terapeuta y paciente una vez se hayan “alcanzado” las metas u objetivos planteados en el inicio del proceso; sin embargo, en la práctica terapéutica dicha “naturalidad” se ve puesta en cuestión a partir de los múltiples dilemas que aparecen ante las situaciones de cierre, tanto por parte del paciente como del terapeuta.

A partir de la experiencia clínica co-construida en el espacio de supervisión, emergieron igualmente algunas preguntas sobre las representaciones del tiempo en el trabajo con niños y los significados que estos le atribuyen al proceso de cierre. Por ejemplo, en el proceso con un paciente de seis años, cuando se acerca el tiempo para terminar cada sesión, el niño alcanza un cronómetro que hay en el consultorio y dice “voy a cambiar el tiempo para que dure más”; otro infante, por su parte, se disgusta cuando llega el momento de terminar la sesión y no acepta que no pueda dársele más tiempo. Lo anterior permite pensar que la fase de terminación debe ser cuidadosamente anticipada y manejada (particularmente en aquellos casos en los que se presentan en su historia experiencias intensas de abandono), al igual que debe permitir una contención emocional frente a los

sentimientos que esto genera (tanto en el paciente como en el terapeuta).

Las implicaciones emocionales del proceso de cierre son vividas de manera más intensa por los terapeutas noveles, así como sus inquietudes con relación a las implicaciones técnicas; Bostic, Shadid y Blotcky (1996) afirman que los psicoterapeutas de mayor experiencia se han enfrentado en numerosas ocasiones con las situaciones del cierre terapéutico, lo cual les proporciona una imagen más estable de sí mismos como terapeutas y una mayor confianza y familiaridad con las opciones para orientar con éxito a sus pacientes, mientras que los terapeutas noveles presentan más frecuentemente una mayor ansiedad y una sensación de insatisfacción al terminar un proceso psicoterapéutico.

A partir de estas vicisitudes, el presente trabajo tiene como propósito exponer algunas reflexiones clínicas y técnicas en torno al proceso de terminación de la psicoterapia de tiempo limitado en un contexto institucional (específicamente con población infantil), que puedan dar luces a terapeutas noveles y experimentados para abordar algunas de las dificultades que se presentan al final de una intervención psicoterapéutica, así como alentar a los investigadores para abordar de manera sistemática este problema en tanto objeto de investigación clínica.

El problema de la terminación en psicoterapia

El problema del cierre o la terminación ha sido tratado por diferentes autores. Ya desde S. Freud, en 1937, se le consideraba como un tema controvertido. En su texto “Análisis Terminable e Interminable” planteaba que mientras viviera el paciente y continuaran actuando procesos mentales cambiantes y experiencias emocionales fluctuantes desde él mismo y su medio, cabría pensar el análisis como un proceso “interminable”, ya que, de acuerdo con esto, la persona debería someterse a nuevos análisis periódicamente. Aun así, en este mismo texto aclara cómo esto en la práctica es diferente y comenzó a definir los criterios para una correcta terminación, proponiendo que el análisis debía crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo y que con ello se consideraría tramitada su tarea.

Otros autores han propuesto diferentes criterios para definir cuando es el momento adecuado para la terminación de un proceso. Para Frieda Fromm-Reichmann se debe hacer un cierre “cuando el enfermo haya logrado un suficiente grado de compenetración duradera en sus operaciones interpersonales y su dinámica como para que le permita, en principio, manejarlas adecuadamente” (1958, p. 211). En otras palabras, cuando la persona haya obtenido un grado de conocimiento apropiado respecto a sus procesos interpersonales. Para ella el trabajo entonces debe centrarse en las experiencias transferenciales, ya que si la relación terapeuta-paciente queda libre de distorsiones, ello significa que los pacientes serán capaces de “ver la gente y las situaciones en general tal como son, en vez de ver las sombras de sus experiencias pasadas” (1958, p. 212). Finalmente, propone que la revisión de los logros terapéuticos y los intentos de evaluar el progreso, proveen otra ayuda para establecer las indicaciones para la terminación

del tratamiento.

En la literatura revisada, quienes más han abordado el tema del cierre o terminación son aquellos autores que conceptualizan las terapias breves (Álvarez, 2003; Bellak & Siegel, 1986), ya que –por sus limitaciones temporales– en este tipo de terapias la fase final se convierte en un asunto particularmente crítico. Para Farré, Hernández y Martínez (1992), todo tratamiento de tiempo limitado se configura a partir de dos focos: el primero es el foco clínico y el segundo es el “foco universal” de toda psicoterapia de tiempo limitado: el duelo por la finalización del tratamiento. De acuerdo a lo anterior, el tratamiento se desarrolla en dos fases: la primera de ellas se ocupa del foco clínico y la segunda fase se ocupa del mismo foco clínico, pero en relación con el duelo por la finalización del tratamiento.

Al terminar un proceso terapéutico, Craige (2006) sugiere la importancia de “dejar la puerta abierta” para un contacto futuro si fuese necesario, del mismo modo que propone la posibilidad de mantener un contacto ocasional con los pacientes una vez terminada la psicoterapia, para hacer un seguimiento del proceso, aunque aclara que estas decisiones deben ser tomadas a partir del análisis de cada caso en particular y tomando en consideración las vicisitudes del proceso. Frente a este particular, Bostic, Shadid y Blotcky (1996) sostienen que el contacto post-terminación entre el paciente y el terapeuta debe ser analizado ya que si bien puede permitir al paciente un “objeto transicional” para la separación, se puede inhibir al paciente a pasar a nuevas relaciones con otras figuras disponibles.

En las situaciones en las que las restricciones de tiempo sean menores, Frieda Fromm-Reichmann (1958) propone conceder a algunos pacientes un periodo de prueba, en el cual no tenga intercambio con el terapeuta y seguir a esto el tratamiento final, en cuyo transcurso pueden examinarse las experiencias interpersonales de los pacientes durante dicho período.

Uno de los aspectos importantes para pensar, a propósito de la terminación, es el de los sentimientos que ésta genera, no solo para los pacientes como ya se mencionó anteriormente, sino también para el terapeuta. La terminación puede generar en éste sentimientos tales como preocupación, rechazo, culpa, enfado, fracaso, desmoralización y/o sensación de que fue un esfuerzo perdido (Pekarik, Sledge et al., citados por Roe, 2007). Por ende, un espacio para poder tramitar estos sentimientos resulta fundamental, de manera que no interfieran con el proceso de cierre de cada paciente.

Este asunto es de gran relevancia para los terapeutas noveles, ya que estos a menudo subestiman su importancia para los pacientes y también tienden a subestimar su propio proceso de duelo con relación a la terminación, mientras tratan de aislar de sí mismos el dolor inherente a la pérdida de una importante relación. Lo anterior puede generar demoras inconvenientes en la introducción de la terminación como tema en la psicoterapia, para evitar el enfado de los pacientes y/o la sensación de incompetencia por parte del terapeuta.

Tras haber trabajado durante el proceso en promover la confianza del paciente, los terapeutas pueden experimentar sentimientos de culpabilidad por llegar a traicionar esa confianza cuando se ven obligados a introducir el asunto de la terminación. De este modo, los terapeutas pueden tratar de disminuir los sentimientos de dolor y tristeza de sus pacientes por esta pérdida y, a su vez, aliviar su propia culpabilidad, velando porque los pacientes sean atendidos prontamente por otro terapeuta.

En el terapeuta también puede aparecer un deseo por acelerar la terapia o por atender las cuestiones no tratadas previamente cuando se acerca la terminación, o por el contrario abandonar temas que puedan ser dolorosos o penosos para los pacientes. En otros casos también es posible que frente a los pacientes “difíciles” puedan aparecer sentimientos de alivio después del anuncio de la terminación. De acuerdo a lo anterior, el espacio de supervisión en este proceso de terminación adquiere una gran importancia, pues es este espacio el que permite que las reacciones contratransferenciales puedan ser analizadas y así evitar que llegasen a interferir con la adecuada finalización del tratamiento.

La terminación “forzada” en terapias de tiempo limitado

La terminación de los procesos enmarcados en prácticas institucionales muchas veces se ve forzada en cuanto debe adecuarse a unos lineamientos que establecen la duración de las intervenciones. Este tipo de terminación tiene diversas implicaciones tanto para el paciente como para el clínico.

Bostic, Shadid y Blotcky (1996) realizaron una completa revisión sobre todas las vicisitudes con que se pueden encontrar los terapeutas en formación cuando se ven enfrentados a terminaciones forzosas. Para estos autores, la terminación forzada puede ser vivida por el paciente como una pérdida, en este caso, de su terapeuta; por lo tanto, las respuestas afectivas de los pacientes pueden asemejarse a experiencias anteriores de abandono y manifestarse de múltiples formas tales como sentirse indigno, creer que no le importa verdaderamente al terapeuta, sentirse culpable por las expresiones de transferencia o quejarse de que “nada nunca funciona”. Comúnmente los pacientes pueden responder al anuncio de la terminación con negación, desplazamiento, acting-out, comportamientos “vengativos” o búsqueda de objetos sustitutos de transferencia.

Igualmente pueden aparecer sentimientos de desprecio por la terapia, aumento en los síntomas, deseos por terminar el proceso inmediatamente sin explorar sus reacciones o intentos de inducir culpabilidad en el terapeuta. En otros casos, pueden aparecer esfuerzos por “decir” todo aquello que no ha sido abordado o “arreglar todo” inmediatamente. En algunos pacientes los deseos de un cierre prematuro —una vez anunciada la terminación— pueden revelar intensos sentimientos de angustia.

Los pacientes también pueden experimentar en la terminación forzada las diferentes etapas del duelo como la negación, ira, negociación, depresión y aceptación descritas por Kubler-Ross (citada por Bostic, Shadid y Blotcky, 1996), ya

que —como se mencionó anteriormente—, este proceso puede reactivar de manera intensa sentimientos anteriores de pérdida y abandono. Sin embargo, la aparición de estos sentimientos durante la terminación puede brindar la posibilidad para que estos sean re-elaborados por el paciente en el espacio terapéutico.

Otros sentimientos que pueden aparecer en los pacientes durante la fase final del tratamiento son la sensación de que están siendo rechazados por el terapeuta o que este los está dejando por algo mejor. En consecuencia, esto puede suscitar ansiedad, ira, depresión, sensación de desamparo o abandono. Esto puede conducir a la activación de defensas, a menudo primitivas, que fueron utilizadas para las separaciones anteriores. En este sentido, la terapia puede ofrecer la oportunidad de trabajar a partir de esta experiencia, en fortalecer el yo del paciente y promover la sustitución de las defensas primitivas por respuestas de mayor adaptación.

Es común que durante las fases finales del tratamiento, una vez ha sido anunciada la terminación, los pacientes puedan introducir alteraciones en el pago. Para Bostic, Shadid y Blotcky (1996), esto puede reflejar el deseo de los pacientes por continuar la relación al dejar “asuntos pendientes” entre ellos. La asistencia y puntualidad del paciente a las sesiones también puede verse alterada y es importante que el terapeuta pueda hacer un seguimiento de las mismas para aumentar el grado de comprensión frente a cómo puede estar siendo vivido el proceso de la terminación por parte del paciente.

Otro aspecto crítico tiene que ver con el momento adecuado para introducir el asunto del cierre. Es fundamental hacer un análisis de las características del paciente y de su proceso para determinar el momento idóneo para hacerlo; se considera que cuanto más fuerte sea el vínculo construido entre paciente y terapeuta mayor será el tiempo necesario para introducir el tema y de esta manera poder brindar la contención necesaria a sus reacciones. Siguiendo a Bostic, Shadid y Blotcky (1996), en terapias de más de un año se recomienda anunciar la terminación por lo menos con tres a seis meses de anticipación, ya que se debe dar suficiente tiempo para temas que puedan surgir a raíz del anuncio y para revisar los progresos adecuadamente. Las características del paciente también son fundamentales en esta decisión, ya que por ejemplo en pacientes impulsivos pueden presentarse la tendencia a detener el tratamiento de repente cuando se introduce la futura terminación, por lo que anunciándola con mucha anticipación se impediría varios meses de trabajo (Bostic, Shadid & Blotcky, 1996).

Asuntos sobre el “qué decir” también es importante que sean tenidos en cuenta en esta fase. Para los autores en mención, mientras la terminación se asemeje más en los pacientes a pérdidas anteriores, más será lo que estos necesiten saber acerca de la terminación con el fin de obtener algún control sobre sus intensos sentimientos y sus fantasías de transferencia. Por su parte, en los pacientes con un adecuado principio de realidad, mayor es la distinción que se llevará a cabo entre la relación real y la relación de transferencia, por lo que el terapeuta deberá contribuir a hacer frente a la pérdida irremediable de esta relación concreta y racional, y ayudarlo a diferenciarlas de otras pérdidas que haya

vivido en su proceso de desarrollo.

La terminación en psicoterapia con niños

Algunos autores consideran que los criterios para la terminación de la terapia con niños deben ser los mismos que para los adultos; sin embargo, otros consideran que el proceso de terminación con niños tiene características particulares por su relación con el proceso de desarrollo que está viviendo el niño y por las características mismas del dispositivo terapéutico.

Con relación al momento apropiado para terminar un tratamiento con niños, Anna Freud, citada por Midgley y Navridi (2006), sugirió que éste debería ocurrir tan pronto como las fuerzas del desarrollo hayan sido liberadas nuevamente. Para Kohraman citado por Midgley y Navridi (2006), el niño debe por lo menos progresar hasta la próxima etapa de desarrollo antes de terminar su terapia, de manera que la nueva organización psíquica pueda ser explorada y así poder asegurarse de que esta funcione hacia la salud.

Las investigaciones revisadas sobre el proceso de terminación con los niños se han centrado en buscar aquellos factores que se encuentran relacionados con la terminación prematura de los procesos. Por ejemplo, Midgley y Navridi en el 2006 encontraron que para favorecer el compromiso de los padres frente al proceso, evitar una terminación prematura y asegurar un adecuado cumplimiento del niño a las sesiones, el terapeuta debería trabajar paralelamente con los padres, ya que esto les permite estar enterados del proceso y aumentar su confianza en la capacidad del terapeuta para ayudar a su hijo. Esto concuerda con los resultados encontrados por Chung, Pardeck y Murphy (1995), quienes concluyen que los niños presentan una mayor disposición a permanecer en tratamiento si el terapeuta es percibido como profesional y afectuoso, y si el plan de tratamiento es explicado adecuadamente a los padres y se ajusta a las necesidades del niño.

Por su parte, McCabe (2002) propone que ciertas actitudes y expectativas de los padres frente a la terapia de sus hijos pueden influir en la duración de la misma. En un estudio que realizó con población infantil latinoamericana en Estados Unidos, encontró que los padres con un nivel educativo menor, que consideraban que los problemas emocionales o comportamentales de sus hijos debían ser manejados al interior de la familia y que los mismos podían ser resueltos con mayor disciplina, eran más tendientes a terminar la terapia luego de la primera sesión. Adicionalmente, los padres con expectativas de que su hijo pudiera recuperarse rápidamente tenían más probabilidad de abandonar la terapia.

De otro lado, el terapeuta que trabaja con niños debe valerse de un amplio repertorio de recursos técnicos como el dibujo y el juego para introducir el asunto de la terminación, así como explorar las emociones e ideas relacionadas con el proceso de cierre y las posibles experiencias de abandono y pérdida que sean actualizadas por este evento. Una estrategia que puede resultar útil es la de construir conjuntamente con el paciente una historia, un dibujo, un diario o un objeto a partir del cual el paciente pueda representar el proceso vivido y los

significados que le atribuye a la “terminación” en tanto esta constituye una suerte de “Graduación” (Craigie, 2006).

Finalmente, el terapeuta deberá tener en consideración las condiciones ambientales del niño una vez terminado el tratamiento, en procura de un contexto facilitador para el desarrollo del niño. En este sentido el proceso de cierre debe involucrar activamente a los padres y/o cuidadores del niño, pues son ellos quienes pueden posibilitar unas condiciones “suficientemente buenas”. Para lograr lo anterior es menester atender las expectativas y preocupaciones de los padres, ofrecerles algunas recomendaciones que puedan contribuir a fortalecer en el paciente su capacidad de resiliencia, su autonomía y sus recursos yoicos.

CONCLUSIONES

La terminación en psicoterapia de tiempo limitado es un proceso complejo, con múltiples implicaciones teóricas, técnicas y clínicas que debe ser atendido como un problema nodal en la formación y en la investigación.

Es importante, al momento de la terminación del tratamiento, promover la transferencia institucional, esto es, el vínculo que el paciente y sus padres (en el caso de psicoterapia con niños) tienen con la institución en la cual o a través de la cual se realizó el proceso, con el fin de que esa “promesa de puertas abiertas” que se mencionó en líneas precedentes, no se inscriba únicamente en el plano personal, sino que encuentre posibilidades de realización en un plano institucional. Dicha transferencia institucional permite a los pacientes y sus acudientes generar una sensación de seguridad al saber que cuentan con un referente en el que pueden encontrar apoyo cuando así lo requieran. Dado que los terapeutas no permanecen indefinidamente en las instituciones (y de manera particular cuando dichos terapeutas se encuentra en calidad de practicantes), es fundamental que los pacientes reconozcan en la institución ese Otro que puede proveer contención, no solo en el plano de lo real, sino también a nivel simbólico (la institución como referente materno).

Otro tema importante es el de la remisión. La decisión de remitir a un paciente, así como las condiciones para hacerlo deben ser pensadas en el caso por caso, partiendo de una comprensión de la organización psíquica del paciente, los niveles de autonomía alcanzados, su capacidad para defenderse y la favorabilidad de sus condiciones ambientales. Facilitar la continuidad del tratamiento muestra preocupación por los pacientes, lo que les permite separar los sentimientos por el terapeuta de los sentimientos de decepción de figuras pasadas; sin embargo, a veces, unas semanas o meses entre un proceso terapéutico y otro (aunque clínicamente pueda ser pensado como un mismo proceso) pueden ser beneficiosas para los pacientes en sus esfuerzos por consolidar su trabajo con el antiguo terapeuta. En otras ocasiones es recomendable un periodo de transición en el cual las primeras citas con el nuevo terapeuta se den mientras se sigue viendo al terapeuta actual en sesiones separadas (Bostic, Shadid & Blotcky, 1996).

Con relación a los problemas relacionados con la formación, se considera

fundamental que los terapeutas nóveles pueden contar con un espacio de supervisión en el que terapeuta y supervisor se puedan ocupar de todas aquellas reacciones contratransferenciales y cuestionamientos técnicos que se movilizan en el proceso de cierre. Del mismo modo que el terapeuta debe contener las emociones y reacciones del paciente al terminar el proceso y hacer de éstas parte del material clínico, el supervisor debe contener las emociones y reacciones del terapeuta para que evitar que sean proyectadas o actuadas en el espacio terapéutico y puedan dificultar el proceso de cierre.

Finalmente, se hace necesaria una precisión epistemológica y conceptual entre “cierre” y “terminación”, pues si bien ambos conceptos son utilizados en la literatura de manera indistinta, sus connotaciones clínicas pueden indicar procesos diferentes que requieran consideraciones técnicas particulares. En el presente trabajo se ha hecho caso omiso de dicha distinción, pero se considera oportuno señalarlo en este apartado como posible ámbito para la investigación clínica.

“La terapia no termina con la terminación, ya que las mismas técnicas y los métodos practicados en la terapia pueden ser invocados por el paciente en la continua búsqueda de la auto-comprensión. Hay que replantear la terminación como una conclusión en el logro de una nueva perspectiva y nuevas habilidades” (Bostic, Shadid & Blotcky, 1996).

REFERENCIAS

- Álvarez, H. (2003). Reseña del libro: *Negociando la alianza terapéutica. Guía para el tratamiento relacional* de Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran. *Aperturas psicoanalíticas*, 14.
- Bellak, L. & Siegel, H. (1986). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Bostic, J., Shadid, L. & Blotchy, M. (1996). Our time is up: forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psychotherapy*, 50 (3), 347-359.
- Chung, W., Pardeck, J., Murphy, J. (1995). Factors associated with premature termination of psychotherapy by children. *Adolescence*, 30, 717-719.
- Craige, H. (2006). Termination, terminable and interminable: Commentary on paper by Jody Messler Davies. *Psychoanalytic Dialogues*, 16 (5), 585 - 590.
- Farré, L., Hernández, V., Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona: Paidós.
- Freud, S. (1937). *Análisis terminable e interminable*. *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Fromm-Reichmann, F. (1958). *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires: Hormé.
- McCabe, K. M. (2002). Factors that predict premature termination among mexican-american children in outpatient psychotherapy. *Journal of Child and Family Studies*, 1, (3), 347-359.
- Midgley, N. & Navridi, E. (2006). An exploratory study of premature termination in child analysis. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 5 (4), 437-458.
- Roe, D. (2006). The timing of psychodynamically oriented psychotherapy termination and its relation to reasons for termination, feelings about termination and satisfaction with therapy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35, (3), 443-453.

Artículo recibido: Junio de 2008
Artículo aceptado: Julio de 2008