

# *Psicoterapia breve: criterios de selección y aspectos técnicos*

**Antonio SANCHEZ-BARRANCO RUIZ**  
Ciudad Sanitaria «Virgen del Rocío». Sevilla  
Uned.

En los últimos veinte años la psicoterapia ha sido aceptada como un tratamiento eficaz e imprescindible para un alto número de sujetos afectos de trastornos de la personalidad y de la conducta, especialmente desde que se ha logrado acortar el proceso y regular los ingredientes de la técnica.

Dentro del paradigma psicoanalítico, los primeros intentos por abreviar la terapia se deben a Ferenczi, Rank, Alexander y French, entre otros. Más recientemente Balint, Bellak, Sifneos, Malan y Davanloo han dado un avance definitivo a las prácticas psicoterapéuticas breves de índole dinámica.

Antes de iniciarse la psicoterapia dinámica breve propiamente dicha, empezó a imponerse lo que se dio en llamar psicoterapia psicoanalítica, en la que el paciente, con indiferencia del problema clínico que presente, es visto una o dos veces por semana, alentándolo a la asociación libre, mientras que el terapeuta permanece relativamente pasivo o inactivo, ofreciendo ocasionales interpretaciones generalmente focalizadas en la transferencia. Esta práctica, que continúa, viene siendo cada vez más sustituida por abordajes más organizados con vista a objetivos terapéuticos concretos y técnicas específicas. Son las psicoterapias breves, a veces sólo empeñadas en apoyos sintomáticos (*terapias breves de apoyo*) o en cambios psicodinámicos profundos, además de la mera relegación de síntomas (*psicoterapias dinámicas breves*).

## **1. Delimitación conceptual de la psicoterapia breve**

La psicoterapia breve, ya en su enfoque de sostén, ya cuando es más dinámica y profunda, no es un acercamiento inespecífico a los trastornos mentales. No se trata de la utilización de reaseguramientos, consejos, simpatía y confrontaciones con la realidad; no consiste sencillamente en hablar y escuchar, sino en llevar a cabo un trabajo ordenado y peculiar, aunque ciertamente sean necesarios los requerimientos generales de toda psicoterapia, como la simpatía y la cálida comprensión. Pero los cambios conductuales y en algunos casos de la estructura personal que se producen, no son explicables en función de variables inespecíficas.

Una psicoterapia auténticamente científica debe partir del conocimiento de los factores que originan la conducta inadaptada y poseer un cierto grado de certeza sobre los medios terapéuticos que han de emplearse para su modificación (D. G. Langsley, 1978). Una genuina psicoterapia debe poseer, en efecto, una clara conceptualización de su campo de trabajo, de sus técnicas y de sus objetivos. En tal sentido, H.H. Barten (1971) define la psicoterapia breve como una

técnica activa, focalizada, con una meta prevista, circunscrita a la adaptación presente.

La psicoterapia breve posee, por otro lado, una selección de criterios para su indicación, definiciones operacionales de la técnica y una evidencia de sus resultados. Todo ello está bien concretado en las palabras que J.C. Nemiah (1976) expone en un libro de D.H. Malan (1976) sobre la psicoterapia breve: 1) acomodación de los conceptos y procedimientos psicoanalíticos a una técnica terapéutica que aporta cambios psicológicos significativos en un tiempo menor que el requerido con los métodos clásicos; 2) definición de los procedimientos de tratamiento, de tal manera que permite enseñarlos rápidamente a otros, además de establecer una serie de criterios de selección de pacientes; y, 3) establecimiento de un estudio sobre los abordajes de tratamiento que faciliten una verificación científica de la efectividad de la psicoterapia en virtud de las técnicas empleadas.

En el área de la psicoterapia dinámica breve propiamente dicha hay que destacar a Sifneos y Malan. Estos dos psiquiatras, trabajando independientemente en Londres y Boston, han escrito abundantemente sobre este campo terapéutico. Malan describe su trabajo psi-

coterapéutico, de alrededor de veinte sesiones, como una tarea que persigue la comprensión e *insight* de un problema central, así como un cambio en las defensas neuróticas, para lograr la mejor conducta adaptativa.

Sifneos concretó su tratamiento como aplicable a problemas psicodinámicos circunscritos, como son cualesquiera síntomas francos o diversos patrones de dificultades interpersonales, denominando a su técnica STAPP (Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy), la cual suele prolongarse también alrededor de unas veinte sesiones.

Respecto a las terapias de sostén, que tienen su apoyo, además de en el psicoanálisis, en la intervención en crisis, evitan los *insights*, buscando sólo la relegación de los síntomas y poner al sujeto en las condiciones anteriores a la crisis descompensadora, sin tratar de lograr cambios dinámicos en la estructura personal. El propio Sifneos dividió la psicoterapia breve que él preconizaba en dos tipos: la provocadora de ansiedad y la supresora de ansiedad. La primera, la STAPP, es la que debe considerarse como una genuina psicoterapia dinámica breve, mientras que la segunda es una de las variantes de las psicoterapias breves de apoyo o sostén, existiendo distintos criterios de selección para uno y otro caso, así como diferentes soportes técnicos.

## 2. Criterios de selección en la psicoterapia breve

El establecimiento de los criterios de selección más firmes y sólidos para la psicoterapia breve se deben a los citados Sifneos y Malan, debiendo considerarse también las ideas de Barten y Davanloo.

Sifneos divide a los pacientes que pueden beneficiarse de la psicoterapia breve, ya de apoyo, ya profunda, en dos grupos: el primero de ellos estaría compuesto por aquellos sujetos que han tenido importantes problemas en su desarrollo temprano, poseyendo además un yo débil y abundantes crisis de descompensación a lo largo de su vida. Son pacientes clasificables dentro de la categoría de *borderline* (en los límites entre lo neurótico y lo psicótico). Estos sujetos deben ser dirigidos hacia terapias breves de apoyo y rara vez a psicoterapias que persigan *insights*. Un segundo grupo estaría constituido por individuos con síntomas neuróticos o con problemas interpersonales, pero con un yo relativamente fuerte y con un foco edípico evidente. Son las personas que pueden someterse a una STAPP.

Malan, por su parte, ha señalado que el mejor camino para evaluar a los sujetos que pudieran beneficiarse de una psicoterapia breve, de sostén o dinámica, es por medio del tipo de interacción que establecen en la entrevista diagnóstica inicial, criterio que Sifneos aceptó. En efecto, la forma en que el sujeto se desenvuelva en tal entrevista es un dato muy eficaz para captar su funcionamiento psíquico, el grado de su trastorno y la posibilidad de adaptarse a uno u otro tipo de psicoterapia.

En cuanto a los criterios de Sifneos para aceptar a

un paciente en su STAPP, son los siguientes (D.G. Langsley, 1978):

1°. El sujeto debe tener un conflicto específico y principal, siendo capaz de seleccionarlo y concentrarse en él. Este foco ha de ser de naturaleza edípica.

2°. Puede colegirse una interrelación del problema presente con el del pasado, debiendo mostrar el sujeto habilidad para la comunicación y ser capaz de hacer ciertos sacrificios, es decir, ser poco narcisista.

3°. El paciente debe tener capacidad para expresar adecuadamente sus sentimientos (lexitimia).

4°. Debe poseer un buen nivel intelectual y un cierto grado de sofisticación psicológica, lo que se capta por la forma de responder a las interpretaciones analíticas.

5°. El paciente debe estar motivado al cambio profundo y no sólo a la relegación de síntomas. Esta motivación puede inferirse de: a) la capacidad para reconocer los síntomas que son de tipo psicológico; b) la predisposición a dar la verdadera razón de sus problemas, manejando adecuadamente la introspección; c) la habilidad para participar activamente en la terapia; d) la predisposición favorable para revivir los problemas del pasado; e) la curiosidad acerca de sí mismo; f) las expectativas realistas sobre la psicoterapia; y, g) la disposición favorable para hacer sacrificios y una mínima disposición para cumplir con las citas y los honorarios.

Malan, cuya psicoterapia dinámica breve no acoge sólo a sujetos con focos edípicos, sino también a los que presentan focos de fracaso o de duelo, ha hecho sus propias especificaciones en cuanto a los criterios de selección de pacientes, algunos de los cuales son comunes a los de Sifneos (D.G. Langsley, 1978):

1°. Un conflicto actual relativamente circunscrito.

2°. Un conflicto nuclear del pasado más o menos temprano.

3°. Una relación congruente entre ambos conflictos.

4°. Una adecuada respuesta a la prueba de la interpretación en la evaluación inicial, de tal manera que tras aquélla aumente en el paciente la comprensión de sus problemas.

5°. Motivación adecuada al conocimiento de sí mismo, el cual debe incrementarse con las oportunas interpretaciones.

6°. Una clara expresión de los problemas en la relación transferencial.

7°. La posibilidad de prever una terminación de la terapia y que sus resultados puedan ser explicados en función de los eventuales cambios del conflicto básico o nuclear.

Otra manera de describir los criterios de Malan es la siguiente lista (D.G. Langsley, 1978):

1°. Una psicopatología que no sea severa, sino suave.

2°. La aparición del problema que motiva la consulta ha de ser reciente.

3°. El paciente es capaz de presentar su historia clínica dentro de una relación de carácter adulto.

4º. La historia en cuestión no se remonta a tiempos muy lejanos ni a problemas psicológicos graves o a una privación física.

5º. El sujeto ha sido capaz de desarrollar una actividad heterosexual, al menos, a lo largo de su vida.

6º. El paciente muestra una motivación suficiente a conocerse a sí mismo.

7º. El paciente tiene espíritu de cooperación y es capaz de aceptar gustosamente las condiciones de la terapia.

8º. Hay una respuesta positiva a la prueba de la interpretación.

9º. El terapeuta puede delimitar un determinado foco conflictivo.

Como hemos visto, tanto en Sifneos como en Malan se resalta la importancia de las respuestas a las primeras interpretaciones. Esto también fue subrayado por Barten (1971), que manifestó que era lo más significativo para el pronóstico de la terapia. Este autor también sugirió que deben excluirse de la psicoterapia dinámica breve los pacientes obstinadamente resistentes, que niegan la existencia de problemas psicológicos, que rechazan la alianza terapéutica o que no pueden mantener un cierto grado de funcionamiento independiente.

Davanloo (1979) amplió las indicaciones de la psicoterapia dinámica breve más allá de lo que hicieron Sifneos y Malan, incluyendo entre sus indicaciones a sujetos con focos múltiples (*Broad-Focus*), aceptando pacientes con fobias crónicas, neurosis obsesivas e incluso diversas caracterosis, pues a su entender la severidad o cronicidad del trastorno no es un criterio de exclusión. Davanloo sitúa la clave selectiva en la forma de responder el sujeto a la evaluación inicial, enfocando los siguientes puntos:

1º. La calidad de las interacciones humanas del paciente y la presencia de alguna relación significativa en su vida.

2º. La capacidad del paciente para experimentar y tolerar la ansiedad, la culpa y la depresión.

3º. La actitud del sujeto ante lo psicológico.

4º. La motivación para la introspección y para trabajar a través de sus descubrimientos, así como el deseo de resolver sus problemas y su capacidad para el *insight*.

5º. La aptitud del paciente para responder a las interpretaciones dinámicas.

Tenemos, por otro lado, los criterios de selección para las terapias breves de apoyo, algunos de los cuales pueden deducirse de la consideración de los anteriores. En todo caso, puede destacarse lo siguiente: los pacientes que pueden ser aceptados en una terapia de sostén suelen estar mucho más afectados psíquicamente que los que se dirigen a las psicoterapias dinámicas, con un yo más débil y antiguas y graves conflictivas. Pero, en cualquier caso, el asunto que origina la consulta debe ser reciente y agudo y la petición de ayuda debe partir del propio sujeto o de su familia. El criterio de tensión, estrés o conflicto recientes, como agentes precipitadores del desajuste, y un mínimo de posibilidades de comunicación y de aptitud para captar

el origen psicológico de los mismos, es básico.

### 3. Aspectos generales de la técnica de la psicoterapia breve

En la psicoterapia breve, hay varios ingredientes que la identifican y diferencian de la tradicional psicoterapia analítica o a largo plazo: actividad, modificación de la técnica usual, actitud de esperanza y optimismo, y, en lo que a la variante profunda se refiere, interpretación temprana de la transferencia (R. Mendelsohn, 1978).

El terapeuta que se vale de las técnicas breves no adopta, en efecto, el habitual papel pasivo de la técnica analítica estándar, sino que se muestra marcadamente activo respecto a uno o varios focos concretos, tratando de mantener la atención del paciente dentro de los mismos, seleccionando aquellas comunicaciones o asociaciones que se refieran al foco en cuestión.

El segundo factor que identifica la psicoterapia breve se concreta en la técnica, que posee matices peculiares que van más allá de lo que deriva de la actividad y la focalización. Así, en el caso de la psicoterapia dinámica, se utilizan duras y abundantes confrontaciones, se hacen peticiones para que los pacientes examinen y describan cuidadosamente sus afectos, pensamientos y actos, etc. Común con las técnicas de apoyo son las grabaciones en vídeo de las sesiones, encuentros cara a cara entre terapeutas y pacientes, número reducido de éstos, finalización previamente establecida, etc.

Un tercer factor propio de todas las terapias breves es la actitud optimista y esperanzada que adopta el terapeuta respecto al cambio positivo del paciente.

Un último factor, ya específico de la psicoterapia dinámica breve, apunta al análisis de la transferencia, que es precoz y profundamente interpretada, lo cual nunca se lleva a cabo en las terapias de apoyo.

#### 3.1. Aspectos técnicos de la psicoterapia breve de apoyo.

Como se ha dicho con anterioridad, la terapia breve de apoyo está fundamentalmente indicada en pacientes muy afectados psíquicamente que se han descompensado en forma brusca, o en familias que entran en crisis. Tanto en el caso de individuos como de familias, cuando las crisis se prolongan o se resuelven mal, traen consigo la regresión, el desarrollo de trastornos mentales más o menos severos o la creación de graves tensiones intrafamiliares.

Los tratamientos para estos casos implica un acercamiento al individuo o la familia con el fin de resolver de inmediato la crisis, mostrando las posibles vías de solución. Los pasos concretos que D.G. Langsley (1978) recomienda, son:

1º. *Ayuda inmediata* al sujeto o la familia cuando la crisis ha hecho su aparición y se ha solicitado el apoyo, cualquiera que sea la hora del día o la noche, persiguiendo la reducción de los sentimientos de soledad,

desvalimiento y desesperanza. En esta primera etapa es imprescindible el aliento y la búsqueda de una relación personal con los afectados, para permitir el trabajo terapéutico.

2°. *Definición del problema como una crisis*, incluyendo, siempre que sea posible, a todos los miembros de la familia, para evitar que se sitúe la responsabilidad de la crisis en un solo miembro.

Cuando es necesario trabajar con un solo individuo, también debe definirse la situación como una crisis, poniendo en marcha en el paciente una actitud de aceptación del presente tal cual es, dando los apoyos necesarios e incluso anticipando posibles imprevistos.

3°. *Foco en el presente*, centrándose el terapeuta en los eventos inmediatamente anteriores a la crisis. La toma de la historia clínica debe focalizarse, pues, sobre los hechos que han precipitado el problema y sus consecuencias, buscándose una formulación dinámica de todo ello.

4°. *Reducción de la tensión*, tanto por medios psicológicos como farmacológicos (por parte del médico), con el fin de controlar lo más rápidamente posible los síntomas del sujeto trastornado. Ha de procurarse la catarsis de todos los miembros del grupo familiar, responsabilizándolos a todos de las tareas precisas para hallar soluciones.

5°. *Resolución de la crisis actual*, dándose una pronta formulación del problema y una activa participación del terapeuta. Este puede asumir temporalmente ciertas funciones del Yo del sujeto trastornado, en el sentido de llevar a cabo clarificaciones de los conflictos y participar en las confrontaciones intrafamiliares.

La sugestión, los consejos y otras medidas directivas son temporalmente necesarios. Sin embargo, tan pronto como sea posible, se debe responsabilizar a los propios sujetos de la resolución de la crisis, señalándose con precisión los focos problemáticos y las tareas a realizar.

6°. *Manejo de las crisis futuras*, abriéndole a individuos concretos o a las familias la posibilidad de nuevos contactos terapéuticos, incluso telefónicos. En ocasiones puede considerarse la necesidad de que un determinado sujeto o familia se someta a una terapia más o menos profunda y prolongada.

Como medidas generales puede decirse que las sesiones suelen durar unos treinta minutos, pero si hay necesidad pueden extenderse más allá de una hora. En ocasiones es imprescindible una sesión en el hogar del sujeto o del grupo familiar. También suelen formarse subgrupos terapéuticos tras la primera o las dos primeras sesiones, en las que participan todos los componentes familiares, incluso niños.

### 3.2. Aspectos técnicos de la psicoterapia dinámica breve

#### 3.2.1. Aportaciones de David H. Malan

Cuando Malan (1979) se refiere a la psicoterapia dinámica breve habla, en primer lugar, de la necesidad de que en ella impere un clima de aceptación incondi-

cional por parte del terapeuta, dentro de cuyo clima se establezca una tal relación que permita la conscienciación y expresión al paciente de sus sentimientos más hondos y genuinos, aún los más ocultos y rechazados. Para este fin el terapeuta debe aplicar su saber teórico, guiándose siempre que sea posible por el conocimiento que posea de sí mismo y por las oportunas identificaciones con el paciente. Lo que se llegue a comprender y sentir por esta vía lo ofrecerá en interpretaciones, las cuales constituyen el principal instrumento terapéutico.

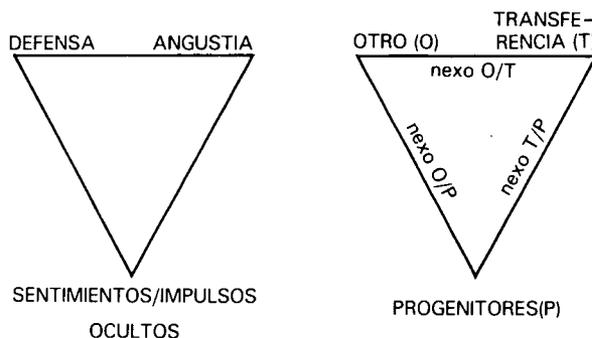
Según Malan, la misión del terapeuta es trabajar con dos triángulos: el *triángulo del conflicto* y el *triángulo de las personas*. El triángulo del conflicto (Malan, 1979) implica enfrentarse sucesivamente a:

1°. Los métodos adoptados por el paciente (la defensa) para controlar el dolor psíquico o la angustia que conllevan el conflicto o los impulsos/sentimientos inaceptables. (D)

2°. Las temidas consecuencias (angustia, etc.) que traerían consigo el conscienciar o expresar los sentimientos e impulsos ocultos en el inconsciente. (A)

3°. La índole de los contenidos rechazados (impulsos/sentimientos). (S/I)

El triángulo del conflicto se trabaja teniendo constantemente en cuenta un segundo triángulo, el que Meninger (1958) llamó *triángulo del insight*, pero que Malan (1979) prefiere denominar el *triángulo de personas*, constituido por las relaciones del presente o del pasado actual del sujeto (el *Otro* u *O*, que Davanloo llama relaciones corrientes o *C*), las relaciones del aquí-ahora- conmigo o transferenciales (*T*) y las relaciones del pasado lejano con los progenitores (*P*) (Ver figuras tomadas de Malan, 1979).



La importancia de estos triángulos es que combinándolos se pueden representar casi todas las intervenciones terapéuticas y la habilidad del terapeuta es saber con precisión qué vértices de estos triángulos debe incluir en su interpretación, además de ligarlos entre sí con agudeza.

Como puede observarse hay tres nexos posibles: el *nexo O/P* en donde sentimientos dirigidos a *Otro* proceden de los que estuvieron referidos a los progenito-

res; el *nexo O/T*, en que se conectan sentimientos transferenciales con los que están teniendo lugar fuera del contexto terapéutico; y el *nexo T/P*, en donde se ligan los sentimientos expresados al terapeuta con los que se tuvieron con los progenitores.

La tarea del psicoterapeuta debe seguir un orden lógico y preciso, que el propio Malan (1979) describe así: Habitualmente el paciente acude expresando dificultades en su vida actual con otros (*O*), siendo lo adecuado comenzar investigando la índole del conflicto (*D-A-S//*) en ese vértice, utilizando en el momento adecuado las oportunas interpretaciones, según el ya expresado orden (primero la defensa, luego el afecto que trata de evitarse y por último el sentimiento o impulso que es el objeto final de la defensa).

Es importante señalar que cuando el *S//* se va situando en la superficie, por la debilitación de la defensa, es probable que ello provoque un incremento de la angustia y subsiguientemente de la defensa que parecía diluirse, debiendo volverse a trabajar ésta reiteradamente, hasta que finalmente pierda toda su fuerza, lo que se facilita mucho haciendo describir al sujeto con detalle el sentimiento displacentero (angustia, etc.). Por entonces, el *I/S* se sitúa próximo al *Yo*, pudiendo ser objeto de las debidas interpretaciones.

Una vez esclarecido la índole del conflicto en *O*, y nunca antes, se trata de establecer las conexiones con algunos de los otros dos vértices del triángulo de personas. En una terapia en donde la transferencia se desarrolle con lentitud, el vértice elegido será el *P*, estableciendo las oportunas *conexiones O/P*, debiéndose mostrar repetidamente al sujeto la ligazón pasado-presente.

A medida que el trabajo terapéutico avance, la transferencia (*T*) se intensificará gradualmente, lo que empieza a ser percibido como una resistencia (defensa). Esta defensa, con su angustia y sentimientos/impulsos, ha de interpretarse entonces en el vértice *T*. En muchos casos el conflicto será esencialmente idéntico al que el sujeto expresó en *O* (y cuyo *nexo* con *P* ya fue establecido con anterioridad). A todas luces esto provoca una conexión natural entre *T* y *O*, así como entre *T* y *P*. En ocasiones la *conexión T/P* se puede llevar a cabo de forma directa, sin incluir previamente el *nexo T/O*.

Cuando se interpreta el *nexo T/P*, el sentimiento o impulso resistidos suele irrumpir en el *Yo* del sujeto con bastante claridad y con evidente relación con los progenitores. Precisamente las terapias que traen consigo mejores resultados son aquellas en las que se elabora el *nexo T/P* (D.H. Malan, 1976).

En el instante en que se ha llegado a este punto, puede mencionarse la posibilidad de *terminación de la terapia*, aunque poniendo mucho cuidado en observar la reacción del paciente, pues es probable que la pérdida del terapeuta reavive antiguas vivencias de separación y desengaño. En tal caso, hay que dedicar algunas sesiones a reelaborar estos sentimientos, conectándolos con el pasado. Sólo entonces puede considerarse segura una terminación adecuada de la psicoterapia.

El orden establecido con el triángulo de personas no siempre tiene que ser el señalado. En ocasiones, por ejemplo, la transferencia es de aparición temprana,

pudiéndose iniciar aquí las interpretaciones (y no en *O*). También puede acontecer que las conflictivas que están en primer plano se refieran a tiempos presentes, pero con los progenitores, sin que fuera de esto nada se manifieste en *O*, de tal manera que el trabajo analítico sólo podrá desarrollarse en dos vértices del *triángulo de personas* (D. H. Malan, 1979).

Un elemento clave en la psicoterapia dinámica breve es el *rapport*, que Malan (1979) define como el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta, y que podemos considerar como un integrante esencial de la alianza terapéutica.

El estado del *rapport* debe ser percibido en cada instante por el terapeuta, pues es la clave que marca cómo se desarrolla el proceso terapéutico. La tarea psicoterapéutica fundamental es, como sabemos, ir poniendo al paciente en contacto con sus afectos más íntimos y genuinos (angustia, dolor psíquico, sentimientos rechazados o impulsos ocultos), hasta el máximo que pueda tolerar. Consiguientemente el terapeuta necesita formarse juicios sobre lo siguiente (Malan, 1979):

1°. Grado en que el paciente ya está en contacto con sus sentimientos genuinos. Sinónimo de esto es la profundidad del *rapport*.

2°. Índole de los sentimientos ocultos de los que aún no tiene noticias.

3°. Proximidad de estos sentimientos con la superficie, o sea, su grado de asequibilidad.

4°. Grado de angustia o de pena de que están revestidos.

5°. Por último, capacidad del paciente para soportar esa angustia o pena.

Evidentemente el terapeuta casi nunca puede conocer todo lo anterior enseguida. Por ello se ve obligado a iniciar un proceso de investigación paulatino, manteniéndose todo el tiempo en espera de realimentación. En lo esencial, esta realimentación consiste en cambios en el nivel del *rapport*, de suerte que la capacidad de apreciarlos es una de las principales cualidades del terapeuta. El *rapport*, insiste Malan, es el indicador universal que ofrece una guía constante. Si aumenta tras una intervención, ella fue acertada y oportuna; si disminuye, la intervención fue inoportuna (no necesariamente errónea) y el terapeuta deberá esperar hasta que pueda ensayar otra cosa.

### 3.2.2. Aportaciones de Habib Davanloo

Davanloo maneja distintos soportes técnicos, dentro de un marco general, según actúe con pacientes que presentan un foco edípico, un foco de duelo o múltiples focos.

En sujetos con un claro conflicto edípico, la característica más importante de la técnica es la de concentrarse constantemente en el foco delimitado, empleando confrontaciones e interpretaciones relevantes para dicho conflicto. Cuando trabaja con pacientes con foco de duelo o múltiples focos, afectos de patología severa (fobias y de larga historia o caracterosis), Davanloo lleva a cabo ciertas modificaciones, de las que se ha ocupado en recientes publicaciones. Aquí sólo nos centraremos en los aspectos técnicos básicos y comunes para todos los casos (H. Davanloo, 1979).

El paciente es visto cara a cara, como en el resto de las psicoterapias dinámicas breves, alrededor de una vez por semana, con sesiones de aproximadamente una hora de duración. Se informa al sujeto que su terapia durará un número concreto de sesiones (5 a 15 en sujetos con foco edípico; 15 a 25 para los de focos múltiples; 20 a 30 para los pacientes con patología severa). Admite Davanloo que prever de antemano el número de sesiones requeridas no es fácil.

Común a todas las psicoterapias dinámicas breves es la acusada actividad del terapeuta y la pronta utilización de la transferencia, centrándose siempre en el foco terapéutico en cuestión. Al igual que Malan, la interpretación T-P y la interpretación T-C (T-O de Malan) es algo básico. El terapeuta trabaja activamente en el vértice transferencial iniciando la tarea con la resistencia (defensa), evitando en todo caso el desarrollo de una neurosis transferencial. El análisis somero de los sueños también se utiliza.

Tal como recomendó Malan, el trabajo se lleva a cabo en el *triángulo del conflicto* y en el *triángulo de personas*, valiéndose de una técnica similar a la que se usa en la entrevista evaluadora inicial: confrontaciones gentiles, pero inexorables, de las defensas y de los sentimientos, tanto en C(O de Malan), como en T y P estableciendo conexiones entre los distintos vértices. Todo ello permite los oportunos *insights* y *experiencias emocionales correctivas*.

Los resultados son mejores cuanto más frecuentemente se captan las *cf19* interpretaciones T-C-P y se confronte e interprete la transferencia, lo que trae consigo un escaso desarrollo de la neurosis transferencial, especialmente la de tipo simbiótico.

Habitualmente los efectos positivos se dejan notar entre la sexta y octava sesión, lo que se expresa por medio de una mejoría de la adaptación en la vida ordinaria (C), en el carácter y en la relación terapéutica. Los síntomas empiezan a desaparecer y la conducta se torna adaptada, en cuyo momento hay que pensar en dar por finalizada la terapia. Esta es bastante fácil en los sujetos con foco edípico, mientras que en los de focos de fracaso o duelo o focos múltiples la terminación puede tomar alrededor de 3 a 5 sesiones. Entonces el foco terapéutico debe ser la ansiedad de separación, soliendo necesitar de un duro trabajo, siendo muy útiles al respecto las ideas de Mann (1973).

Indica Davanloo (1979) que su técnica beneficia a un 30-35% de la población psiquiátrica. Los otros sujetos pueden beneficiarse de otros enfoques, siendo responsabilidad del clínico dirigir hacia uno u otro tipo de terapéutica a los pacientes.

#### 4. Resultados de la psicoterapia breve

La evaluación de la psicoterapia breve individual ha sido llevada a cabo muy sistemáticamente por Sifneos, Malan y otros, y la de las terapias breves en crisis familiares por Langsley y Kaplan (D. G. Langsley, 1978).

El trabajo de Sifneos incluyó estudios continuos, así como datos al comienzo y finalización del tratamiento, utilizando en todo caso grupos de control (sujetos que entraban en lista de espera y que posterior-

mente fueron tratados con STAPP). Partiendo de una serie de criterios dinámicos previamente establecidos, dos evaluadores independientes estudiaron la evolución de los sujetos asignados al azar al grupo experimental y al de control. Al terminar la terapia, generalmente a los cuatro o cinco meses, se reevaluaban unos y otros, momento tras el cual los pertenecientes al grupo de control entraban en terapia.

Los cambios favorables fueron muy evidentes y significativos en el grupo experimental, verificando Sifneos que el 20% de los sujetos en lista de espera presentaron también una mejoría, pero cuando fueron entrevistados resaltaron que su medio ambiente había cambiado durante ese tiempo. En cuanto a los sujetos tratados (inicialmente o tras el tiempo de espera), todos admitieron que la psicoterapia había sido la mejor y más útil experiencia en la resolución de sus problemas. Un año después, seguían mostrando capacidad para solucionar nuevos problemas, aunque no se hubieran dado cambios caracteriales profundos.

Malan ha aportado datos similares a los de Sifneos y Bellak subrayó que el 82% de los pacientes de su «clínica de paseo» habían mejorado.

Langsley y Kaplan también han comprobado por medio de estudios controlados el indudable beneficio de las intervenciones en crisis familiares: así, por ejemplo, los sujetos hospitalizados tras crisis necesitaron 26 días para lograr su reajuste, mientras que los tratados por medio de terapias breves familiares sólo 5 días.

En síntesis, múltiples trabajos científicos han demostrado la indudable eficacia de las terapias breves, tanto de apoyo como dinámicas, en casos bien seleccionados, disminuyendo no sólo la sintomatología, sino incluso produciendo cambios psicodinámicos significativos (esto es, modificaciones en la estructura personal).

#### Referencias

- BARTENM H.H. (1971): *Brief Psychotherapy*. New York: Behavioral Publications.
- DAVANLOO, H. (1979): Techniques of Short-Term Dynamic Psychotherapy, *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 2, nº 1, pp. 11-22
- LANGSLEY, D. G. (1978): *Brief Psychotherapy*, J. C. E. *Psychiatry*, pp. 17-28.
- MALAN D. H. (1976): *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- MALAN, D. H. (1979): *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- MANN, J. (1973): *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- MENDELSON, R. (1978): Critical Factors in Short Term Psychotherapy. A Summary, *Bulletin of Menninger Clinic*, 42, pp. 138-149.
- MENNINGER, K. (1958): *Teoría de la técnica psicoanalítica*. México: Pax-México, 1966.
- NEMIAH, J. C. (1976): Introduction, en D. H. Malan, *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- SIFNEOS, P. E. (1967): Two Different Kinds of Psychotherapy of Short Duration, *American Journal of Psychiatry*, 123, p. 1.069.
- SIFNEOS, P. E. (1972): *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge: Harvard University Press.