

# El papel de la psicoterapia dinámica breve en los Equipos de Salud Mental de Distrito

J. Manuel GARCÍA ARROYO  
J. Luis VELEZ NOGUERA  
Equipo de Salud Mental  
Distrito "Macarena". Sevilla

En el presente trabajo hemos intentado abordar el tema de la aplicación de la psicoterapia dinámica breve en los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD), en tanto dispositivos que atienden la demanda de salud mental de una comunidad. Una vez determinadas las características de éstos y de esta forma de psicoterapia, hemos concluido que estas técnicas son muy adecuadas, por diversas razones, para ser utilizadas en el sector público. Al mismo tiempo, se ha tratado de estudiar la base epistemológica de la planificación, tal como nosotros la entendemos y aplicamos.

La reforma psiquiátrica en nuestra comunidad produjo como consecuencia la transformación del sistema asistencial en Salud Mental, desde estructuras nosocomiales a las alternativas comunitarias y desde los especialistas de zona hasta los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD). Esta importante reconversión trajo consigo una serie de consecuencias, a nuestro entender, positivas, de cara al estudio, diagnóstico, seguimiento y, sobre todo, al tratamiento e integración de aquellos pacientes subsidiarios de este tipo de asistencia. No queriéndose decir con ésto, que el nuevo sistema se encuentre absolutamente exento de problemas.

Todo este cambio tiene como base una modificación en determinados planteamientos teóricos que aparecen así como alternativos al antiguo sistema. Entre tales modificaciones se encuentran las dos siguientes:

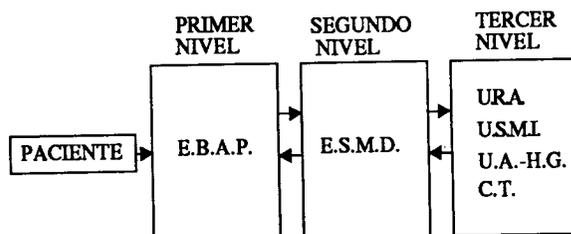
- 1º) Por una parte, la comprensión del paciente se realiza desde un prisma multiparadigmático y no exclusivamente desde una perspectiva única, la del modelo médico.
- 2º) Por otra, se trasciende la actuación del psiquiatra de manera solitaria en la atención del paciente, lo que conlleva la participación de otros profesionales integrantes de la red asistencial (médicos de familia, trabajadores sociales, psicólogos, Diplomados, Universitarios de Enfermería,...).

Esta importante transformación, ha abierto el camino a otros modelos o paradigmas en la actuación diaria con nuestros pacientes, lo que ha posibilitado la puesta en escena de elementos terapéuticos hasta entonces menos tenidos en cuenta o incluso inexistentes en la práctica. En este trabajo pretendemos centrarnos en la aplicación del *modelo dinámico* llevado a la práctica, bajo la forma de Psicoterapia Dinámica Breve, en los ESMD y, dentro de este tema, intentaremos justificar su uso y fundamentar su práctica. Pero previamente a ésto, vamos a tratar de un modo somero sobre los dos elementos

clave, los ESMD y la Psicoterapia Dinámica Breve, para luego centrarnos en la práctica de esta última en aquellos.

## Enclave y funcionalidad de los Equipos de Salud Mental de Distrito (ESMD)

Con los enunciados teóricos precedentes, han sido creados una serie de dispositivos comunitarios que, articulados en tres niveles se organizan tal como indica el siguiente esquema:

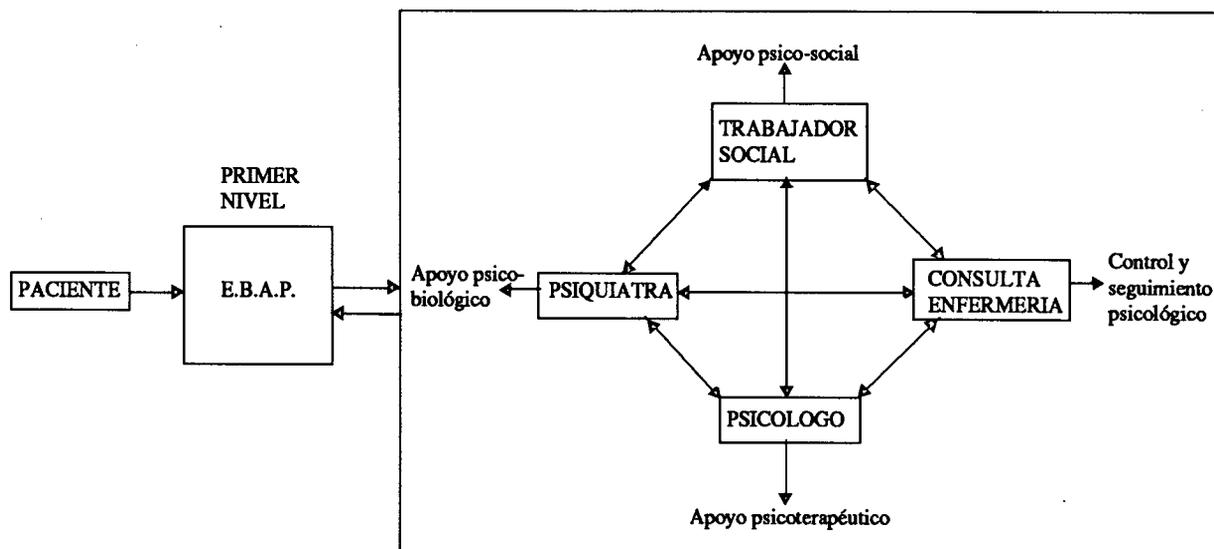


E.B.A.P. = Equipo Básico de Atención Primaria.  
E.S.M.D. = Equipo de Salud Mental de Distrito.  
U.R.A. = Unidad de Rehabilitación de Área.  
U.S.M.I. = Unidad de Salud Mental Infantil.  
U.A.-H.G. = Unidad de Agudos del Hospital General.  
C.T. = Comunidad Terapéutica.

### Esquema nº 1

Como puede verse, los ESMD ocupan un enclave estratégico en el segundo nivel, quedando así constituidos en el primer escalón especializado de atención al paciente y presentan una funcionalidad que queda expresada en el esquema nº 2. Sobre ello no vamos a extendernos, tan sólo decir que se van a constituir en el marco en donde va a darse el proceso de la Psicoterapia Breve, tal como luego veremos con mayor extensión.

Dirección de los autores: Equipo de Salud Mental de Distrito "Macarena". Plaza del Duque de la Victoria, nº 1, 3º, puerta 6. 41002 Sevilla.



Esquema nº 2

## Desarrollo histórico de la psicoterapia dinámica breve

La psicoterapia dinámica breve consiste en un conjunto teórico-técnico cuyo origen se encuentra en la teoría psicoanalítica y en la intervención en crisis que, por diversas razones ha reducido su tiempo y objetivos de tratamiento y de este modo H. Kesselmann (1972) la incluye entre los que denomina *procesos correctores de duración y objetivos limitados* junto a la Psicohigiene y a la Psicoprofilaxis, para diferenciarlos de los *procesos correctores de duración no limitada*, como es el caso del mismo psicoanálisis.

Sabemos actualmente que los primeros tratamientos psicoanalíticos fueron muy cortos en el tiempo, pero el desarrollo de la teoría y la técnica llevó a una prolongación del tratamiento, de manera que el abreviar éste ha sido un redescubrimiento de los últimos tiempos, predominando hasta este momento la *cura tipo* de larga duración.

Fueron Sandor Ferenczi y Otto Rank, ensayando algunas modificaciones importantes en el arsenal técnico psicoanalítico, los precursores del desarrollo de los modelos actuales de técnicas breves (Marmor, 1979). El primero de ellos se dedicó a investigar los efectos de un terapeuta más activo que centrara su atención sobre determinadas áreas conflictivas del paciente. Colabora con Rank en un tratado en donde defienden la reducción de la extensión del psicoanálisis con argumentos parecidos a los utilizados hoy en día con técnicas breves (focalización, acortamiento, no enfatizar demasiado la vida pasada, centrarse en la relación terapeuta-paciente, sentimientos relacionados con las figuras importantes de su vida,...) (Garske Molteni, 1988).

Con posterioridad dos psicoanalistas, Alexander y French, publican un trabajo en el que se detalla la primera modalidad sistemática y empíricamente basada de técnicas abreviadas, utilizando como guía los trabajos de Ferenczi y Rank, coronándose de éxitos sustentados en una técnica denominada por el propio Alexander como *la experiencia emocional correctiva*, que se encontraba basada en el desarrollo de una relación más realista y emocional con el terapeuta reemplazadora de las primeras relaciones patológicas del paciente con otras figuras significativas a través de la interacción sana con éste.

En las últimas décadas han sido varios los autores que han desarrollado y redefinido las bases conceptuales y metodológicas con las que actualmente operamos. Estos quedan detallados de la siguiente forma:;

1. Sífneos (1967), cuyo modelo denomina: *Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy o Psicoterapia Evocadora de Ansiedad de Corta Duración* o STPP, y trabaja con el foco edípico forzando al paciente a admitir que los síntomas son manifestaciones de un proceso más central.

2. Balint y Ornstein (1972), trabajan con la que ellos llaman *Psicoterapia Focal*, en la que delimitan claramente el foco conflictivo al que definen como: aquella área particular del problema del paciente que mejor expresa sus dificultades, sus síntomas y su debilidad caracterial, en base a lo cuál aparecen habitualmente sus desajustes.

3. Mann (1973) que, con su *Psicoterapia de Tiempo Limitado*, enfatiza la cuestión del límite temporal del proceso terapéutico desde el comienzo, activando la separación-individualización del paciente.

4. Malan (1976, 1979), utiliza el modelo de la *Brief Dynamic Psychotherapy o Psicoterapia Dinámica Breve*, que trabaja con el foco edípico, igual a como lo hacía P. Sífneos, pero además lo hace con otros tales como el foco de fracaso o de duelo.

5. Davanloo (1979), que denomina a su modelo: *Broad-Focus Short-Term Dynamic Psychotherapy o Psicoterapia Dinámica a Corto Plazo*, en el que amplía la situación de trabajo a focos múltiples y utiliza confrontaciones de las defensas con el fin de movilizar la agresividad del paciente.

## La aplicación del modelo de la psicoterapia dinámica breve a los ESMD

Una vez que nos hemos introducido, por un lado, en el marco en el que se va a dar el acontecer psicoterapéutico: el ESMD<sup>1</sup>, como dispositivo enclavado en la comunidad y primer escalón especializado de la asistencia y, por otro, la psicoterapia dinámica breve surgida de la evolución histórica de determinadas líneas de pensamiento psicoanalítico, en tanto *proceso* que va a tener lugar en aquel marco, han sido planteados con ello, los dos pilares

sobre los que nos vamos a basar en la presente elaboración teórica.

Ahora pretendemos conjuntar estos dos puntos con idea de justificar el uso de estas técnicas, que pueden ser una alternativa eficaz a las terapias conductuales, cognitivas y sistémicas, que son las intervenciones psicoterapéuticas más usuales en el campo público (Sánchez Barranco, 1989).

### Justificación del uso de la psicoterapia dinámica breve en los ESMD

Para desarrollar este punto vamos a tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1) Las características de la comunidad y de los ESMD que atienden la demanda de aquella.
- 2) Las características de esta forma de psicoterapia.
- 3) Consecuencias de los dos puntos anteriores.
- 4) Características de los pacientes que pueden resultar beneficiados de este proceder técnico.

Dentro del *primero* de ellos es preciso que nos centremos en las siguientes características:

a) Existe una gran masa de población atendida por los ESMD. Estos se encuentran pensados para abarcar a una población que va entre los 40.000 y 100.000 habitantes; es decir, un distrito sanitario o, lo que es lo mismo, varias zonas básicas de salud, cada una de las cuales atiende una población que va entre 5.000 y 25.000 habitantes (IASAM, 1988).

b) A pesar de esto que hemos indicado, existen ESMD que atienden a una población real muy superior a la estipulada teóricamente, como puede ser nuestro caso, situación reconocida por la propia Administración y estimada como el doble. Por nuestra parte, tanto EBAP como ESMD, pensamos que puede aproximarse al triple, siendo difícil su estimación real. Esto no significa que no exista una planificación teórica de la asistencia, sino que pueden darse movimientos poblacionales de crecimiento (creación de nuevas viviendas en las zonas básicas a las que atiende ESMD, rápido desarrollo de determinadas áreas por diversas razones,...) capaces de producir desajustes en este aspecto.

c) Consecuencia de los puntos anteriores es la masificación de la asistencia en salud mental, lo que lleva inexorablemente a un menor tiempo de asistencia por paciente.

d) Hay una distribución de profesionales dentro del equipo en relación a la población, que es del siguiente modo:

- 1 psiquiatra por cada 50.000 habitantes.
- 1 psicólogo por cada 100.000 habitantes.
- 1 D.U.E. por cada 75.000 habitantes.
- 1 auxiliar por cada 50.000 habitantes.
- 1 trabajador social por cada 100.000 habitantes.
- 1 auxiliar administrativo por equipo.

Para una población atendida por un ESMD como el nuestro, le corresponde la siguientes distribución de profesionales: 6 psiquiatras, 3 psicólogos, 4 D.U.Es., 6 auxiliares y 3 trabajadores sociales (tres veces más de lo que estaría estipulado teóricamente para un equipo que atendiese una población entre 40 y 100 mil habitantes); pero la realidad es que consta de: 4 psiquiatras, 3 psicólogos, 2 D.U.Es., 3 auxiliares, 1 trabajador social y 1 auxiliar con funciones administrativas.

Como puede verse, este punto remite de nuevo al c), con la consiguiente disminución del tiempo de asistencia por paciente.

e) Otro criterio a tener en cuenta es el económico, y sobre este particular se ha de pensar en el hecho de que

los costos en salud mental de una población son crecientes, de hecho se puede afirmar que es de las asistencias más caras dentro de los programas de salud en general.

f) Los equipos atienden no sólo a los sectores más favorecidos económicamente de la población, sino también a aquellos más deprimidos.

En cuanto al *segundo punto*, es decir las características de esta forma de psicoterapia, vamos a señalar las siguientes:

a) Utiliza planteamientos teóricos derivados del psicoanálisis pero, como afirma Bleger (1969), de manera que no haya superposición ni confusión de campos, de técnicas, ni de conceptos. En cualquier caso, cada día está más clara la separación entre teoría y técnica psicoanalítica.

b) Han demostrado claramente su eficacia clínica, produciendo cambios de manera permanente en sujetos que han sido sometidos a estas técnicas, tal como lo demuestran las investigaciones que sobre este particular se han llevado a cabo, como es el *proyecto Temple* (Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, 1979) y el *Vanderbilt* (Strupp y Hadley, 1979). Con estos dos puntos señalados se obtienen una nueva opción: la eficiencia en el terreno del psicoanálisis (Garske y Molteni, 1988).

c) Utiliza un plan de trabajo que acorta de modo ostensible el tiempo de intervención (a semanas meses) de lo contrario perdería su nombre (*breve*), esto conlleva la clara existencia de un principio, un desarrollo y un final, con la posibilidad de controles periódicos que con posterioridad se pueden llevar a cabo.

d) Se fundamenta técnicamente en la búsqueda de la más completa utilización de todo recurso que demuestre ser de alguna eficacia (Warren Dunham, 1965), es decir aquello que Fiorini (1980) denomina: *arsenal técnico multidimensional*. Según este autor la brevedad no es lo más importante de esta forma de terapia, sino su carácter multidimensional o de capacidad de acción múltiple con la que se pueden lograr los objetivos en un plazo de tiempo limitado.

e) Va a centrarse en problemas específicos y bien delimitados, ya con anterioridad hemos planteado la temática del *foco* (Balint y cols., 1972).

f) Se basa en criterios flexibles de actuación, organizando los recursos terapéuticos de modo elástico y de manera personalizada en el paciente, éste es el *principio de flexibilidad* (Fiorini, 1980) y se refiere a las características de la terapia: extensión temporal, duración de las sesiones, frecuencia, objetivos, elementos estratégicos,...

g) Consecuencia de este principio es la posibilidad de utilizar farmacoterapia cuando esta es necesaria, posibilidad rechazada por el planteamiento psicoanalítico tradicional.

h) Igualmente existe la posibilidad de introducir a terceros en la terapia cuando ello resulte necesario y si ello conduce a un acortamiento del proceso terapéutico.

i) Requiere una planificación, proceso en el que tras la obtención de los datos del paciente se ha de hacer un planteamiento racional de los objetivos, recursos técnicos, tiempo, así como otros datos basados en la realidad del paciente: su momento histórico, su cuadro clínico, sus habilidades personales, etc.

j) Finalmente, como últimas características, señalamos aquellas que son inherentes a la actitud del terapeuta durante el proceso terapéutico. Este se comporta de un modo activo y transmite a su paciente esperanza y optimismo (Mendelsohn, 1978).

Todo lo dicho en este apartado hasta el momento nos hace pensar que esta forma de terapia es la más indicada dentro de las corrientes dinámicas en los ESMD y ello en

base a los siguientes puntos, que resultan como *consecuencias* de 1) y 2):

a) La gran demanda asistencial que recae sobre ESMD deducida de los datos ya presentados, junto a un número de profesionales inferior al programado de un modo teórico. Todo ello se traduce en un buen número de personas atendidas en un periodo de tiempo limitado y por tanto no es posible pensar en la posibilidad de otras aplicaciones técnicas más prolongadas en el tiempo, con lo que las terapias breves tienen aquí su lugar, aspecto en el que coincidimos con Bleger (1969, p.9) cuando afirma: *Es legítimo suponer que a esta altura del desarrollo de los conocimientos psicológicos, psicoanalíticos y psicopatológicos y frente a las necesidades y exigencias que plantea la organización de la asistencia psiquiátrica, nadie pone en duda la necesidad y legitimidad de las terapias breves.*

b) Disminución de los costos de asistencia. Al ser intervenciones breves comprometen menos el tiempo escaso del que dispone el profesional de salud mental y ello redundará en una mayor economía. Pero no sólo en este sentido sino además por reducir costos en tratamientos farmacológicos, que debiesen ser suministrados al paciente para contención de los síntomas que presenta; incluso en el caso de usarlos conjuntamente con la terapia, las dosis son demostradamente menores.

c) Impiden una evolución a la cronicidad de aquellos cuadros clínicos que se pueden beneficiar de esta forma de tratamiento (por ejemplo un síndrome depresivo subsiguiente a un duelo no elaborado).

d) Se pueden beneficiar de ella también aquellos sectores menos favorecidos económicamente de la población que de otro modo no tendrían acceso a un programa psicoterapéutico. Estas personas tienen un derecho a este tipo de asistencia y los ESMD la posibilidad de dispensársela.

e) Ya dijimos antes que otras formas de terapia más prolongadas serán inviables, en base a que taponarían la acción terapéutica de un profesional con muy pocos pacientes y según hemos afirmado existe una gran presión asistencial que recae en el ESMD y un ejemplo claro de estas afirmaciones es nuestro equipo. En este sentido tiene razón Coderch (1987) cuando dice que el abordaje psicoanalítico estricto no puede ser utilizado en muchos casos, debido a su larga duración, al esfuerzo tan considerable que exige a los participantes, al número relativamente reducido de profesionales preparados para efectuar tal práctica y al hecho de que se requieran unos criterios de selección muy estrictos. Sobre este particular se pronuncia igualmente Kesselman (1972) cuando advierte sobre la inviabilidad de aplicación del psicoanálisis a "todo el mundo".

f) La compatibilidad con el uso de farmacoterapia es algo importante pues este proceder es necesario en muchas ocasiones, pudiéndose establecer una pauta que con posterioridad puede ser rebajada y más tarde retirada.

g) El *principio de flexibilidad* es un arma importante de adaptación del encuadre técnico al paciente y ello es importante habida cuenta la gran diversidad humana que se puede encontrar en un ESMD en demanda de asistencia, por ello es posible abarcar un mayor número de pacientes con estas técnicas.

h) Finalmente el centramiento terapéutico en problemas concretos y específicos (*foco*) hace que el tratamiento no se disperse y se eternice la tarea, con lo que es posible llegar a metas preestablecidas y señalar el final del proceso terapéutico.

Hasta ahora hemos hablado del ESMD (marco) y de

la terapia (proceso), nos queda que tratar al *sujeto* que es al que se le va a aplicar el proceso. Antes de hacerlo tenemos que decir que lo comentado acerca de la demanda asistencial se ha hecho desde un punto de vista cuantitativo, pero no se ha valorado cualitativamente. Sobre este particular tiene interés destacar el desplazamiento que ha tenido lugar en la patología atendida en el ESMD, desde cuadros más aparatosos clínicamente (esquizofrenias, psicosis maniaco-depresivas, psicopatías), hasta otros menos severos (neurosis, depresiones leves, cuadros psicósomáticos, disfunciones de pareja originarias de grandes montos de ansiedad,...).

Esto es muy importante ya que es esta patología más "ligera" la que más se va a beneficiar de este tipo de tratamiento psicoterapéutico que aquí estamos describiendo.

A todo lo dicho podemos añadir el mayor tiempo del que puede disponer el profesional del ESMD (aunque no ilimitado) en relación al que disponía el antiguo Especialista de Zona, ello nos plantea la posibilidad de un planteamiento psicoterapéutico breve.

Para concluir con este apartado es posible afirmar: a) El rechazo como método terapéutico en los ESMD de aquellas formas de psicoterapia que por su extensión temporal tan prolongada no son viables en este contexto, aunque sí en otros diferentes y con indicaciones muy precisas; b) hacerlo igualmente con formas de tratamiento psicoterapéutico que podríamos apellidar de "silvestre" en los que en la mayor parte de las ocasiones el que lo lleva a cabo ("terapeuta") no sabe lo que está haciendo y generalmente se trata de amalgamas técnicas sin ninguna planificación capaz de dirigir el proceso. Frente a estas posibilidades la psicoterapia dinámica breve aporta notables ventajas entre las que señalamos como más importantes a las siguientes: a) su flexibilidad, b) su brevedad y c) su planificación, mediante la cual es posible el seguimiento del proceso de un modo efectivo.

### Fundamentos epistemológicos de la planificación en psicoterapia breve

Como ya se ha dicho, la distinción entre teoría y técnica psicoanalítica ha permitido la modificación de esta última, tras una evolución histórica, hacia elementos de trabajo más flexibles y posibles de desarrollar a nivel clínico que el encuadre ortodoxo.

La aplicación técnica específica en el caso de la psicoterapia breve, no tendría razón de ser si no se hace en base a un esquema de trabajo en el que se trace el camino a recorrer entre el terapeuta y el paciente, compuesto de normas y consignas artificiales (nunca arbitrarias) y con una fundamentación racional. A todo este conjunto lo denominamos: *planificación*. Es imprescindible que nos apoyemos en ésta, en virtud de limitar el proceso temporoespacialmente y se ha de entender siempre como particularizada el caso del que se trate, de modo que la planificación que se realice para un paciente sólo sirva para éste, fenómeno que ocurre con todos los elementos del proceso: diagnóstico dinámico, objetivos, técnicas de movilización, etc.

Aquí vamos a estudiar la planificación, pero sobre todo vamos a centrarnos en su fundamentación epistemológica, tal como nosotros la entendemos y aplicamos en nuestro ESMD. La citada fundamentación se constituye en el eje central sobre el que se organiza y desarrolla el proceso terapéutico.

Si atendemos a la elaboración de un plan terapéutico para posteriormente ponerlo en escena, podemos comprobar que éste implica los siguientes pasos técnicos:

1) La obtención de *datos* del paciente suministrados por él mismo y que forman un conjunto que denominamos *D* o *conjunto de los datos* quedando constituido del siguiente modo:

$$D = \{D_1, D_2, D_3, \dots, D_n\}$$

Que como se ve se encuentra formado por *n* datos. A partir de ellos se van a establecer las oportunas hipótesis dinámicas que los interconectan y que forman la estructura dinámica del problema que trae al paciente a consultarnos, dónde es posible determinar a qué áreas de conflicto se ligan los síntomas, cuáles son las defensas empleadas por él, sus mecanismos de ajuste, etc.

De este trabajo inferencial es posible establecer las posibilidades de éxito del proceso terapéutico. A este primer paso se le denomina *Logística* (Kesselman, 1972).

2) Con estos datos y su planteamiento dinámico es posible trazar un conjunto de *objetivos*, al que denominamos *O* y se constituye del siguiente modo:

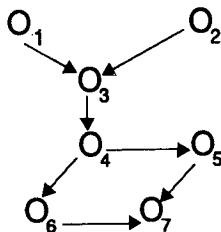
$$O = \{O_1, O_2, O_3, \dots, O_n\}$$

Para la formación de este conjunto es preciso tener en cuenta los siguientes aspectos: a) a qué quiere llegar el terapeuta y a qué el paciente, b) a qué se puede llegar con lo que se tiene "aquí y ahora", diferente a lo que sería ideal que se llegara. Con ello quedarían separados los objetivos accesibles de los inaccesibles, c) es preciso hacer un escalonamiento de objetivos, diferenciando los mediatos de los inmediatos, ésto forma una lista de metas a alcanzar y conflictos a tratar que por estar en orden de privilegios y posibilidades que se denomina el *ranking*, *clasificación de temas o escalonamiento* (Wolberg, 1965).

Los objetivos se encuentran muchas veces interconectados, de modo que tras la consecución de uno es posible la del otro mediante la aplicación de otro elemento técnico. Vamos a verlo más claramente si suponemos que de un paciente hemos planteado 7 objetivos que forman el siguiente conjunto:

$$O = \{O_1, O_2, O_3, O_4, O_5, O_6, O_7\}$$

Estos podrían estratificarse e interrelacionarse del siguiente modo:



Esquema nº 3

Como podemos ver el  $O_5$  se consigue si se han logrado  $O_2$  y  $O_4$  más la puesta en escena de un elemento técnico determinado. Asimismo el  $O_5$  contribuye a la obtención de  $O_7$ .

Tanto el planteamiento de objetivos como la estructuración del *ranking* ha de hacerse de una manera clara, ha de estar suficientemente claro cada objetivo y del mismo modo su interrelación con los otros, además han de ser posibles de conseguir teniendo en cuenta cuál es la realidad del paciente.

A toda esta acción de trazar objetivos y de estructurarlos la denominamos *estrategia* (Kesselman, 1972).

3) Una vez obtenidos los objetivos estratificados, se establecen las condiciones del encuadre, es decir se tienen en cuenta metas limitadas en plazos aproximadamente previsible y cobran especial relieve elementos como: tiempo, desarrollo, modo, ... Por nuestra parte nos parece muy importante introducir en este punto los que hemos denominado: *niveles de actuación o intervención* y que para una mayor claridad vamos a expresarlo del siguiente modo:

NIVELES	SESIONES	OBJETIVOS
$N_1$	$S_1-S_3$	$O_1$ $O_2$
$N_2$	$S_4-S_5$	$O_3$
$N_3$	$S_6-S_7$	$O_4$ $O_5$
$N_4$	$S_8-S_{10}$	$O_6$ $O_7$

Esquema nº 4

En este esquema hemos seguido el ejemplo que pusimos antes con siete objetivos. Los niveles de intervención han quedado definidos por las sesiones (tiempo) y por los objetivos, de forma que pueden ser también expresados del siguiente modo:

$$N_1 = \{O_1, O_2\}$$

$$N_2 = \{O_3\}$$

$$N_3 = \{O_4, O_5\}$$

$$N_4 = \{O_6, O_7\}$$

Todo este proceder que hemos visto se denomina *táctica* (Kesselman, 1972).

4) Finalmente, cada objetivo se puede poner en escena mediante un *recurso técnico* concreto. Esto puede escribirse del siguiente modo:

$$O \longrightarrow T$$

(un objetivo implica una técnica).

Del mismo modo se podría escribir:

$$O_1 \longrightarrow T_1$$

$$O_2 \longrightarrow T_2$$

$$O_3 \longrightarrow T_3$$

$$\vdots$$

$$\vdots$$

$$\vdots$$

$$O_7 \longrightarrow T_7$$

A su vez, cada técnica (T) puede ser la unión de varias (t, t', t'', ...) de manera que puedan desarrollar el objetivo concreto.

Cualquier planificación debe trazar la técnica como elemento imprescindible para la consecución de objetivos y debiera tener en cuenta cómo trabajar con los diferentes elementos considerados como clásicos tales como: transferencia, mecanismos defensivos, conflictos, mecanismos de ajuste, resistencias, ... Así por ejemplo Malan (1979) trabaja con lo que él denomina: *triángulo*

de conflicto (defensa-angustia-sentimiento/impulso) y con el triángulo de las personas (otro, transferencia, progenitores).

En cualquier caso, pensamos, que el terapeuta dinámico breve hoy en día cuenta con un buen arsenal de elementos técnicos que, puestos al servicio de la planificación, le dan una cierta garantía de consecución de objetivos previstos. Estos van desde las intervenciones propiamente dichas, (con las que se trabajan esos elementos dinámicos señalados antes), hasta las operaciones de encuadre (aquellas referidas a las condiciones temporales, económicas, las que implican una responsabilidad del sujeto en el proceso, etc.) y las metaintervenciones (las que se refieren a las intervenciones del terapeuta).

A todo lo incluido en el punto cuarto lo denominamos *técnica* (Kesselmann, 1972).

Con lo dicho hasta ahora podemos decir, siguiendo a Langsley (1978), que una psicoterapia auténticamente científica, debe partir del conocimiento de los factores que originan la conducta inadaptada y poseer algún grado de certeza sobre los medios terapéuticos que han de usarse para modificarla, es decir ha de caracterizarse por una buena conceptualización de su campo de trabajo, de sus soportes técnicos y de sus objetivos y limitaciones. Esto que apunta el citado autor no es sino lo que hemos desarrollado aquí y que a nuestro entender constituye la base epistemológica de las psicoterapias breves.

## Conclusiones

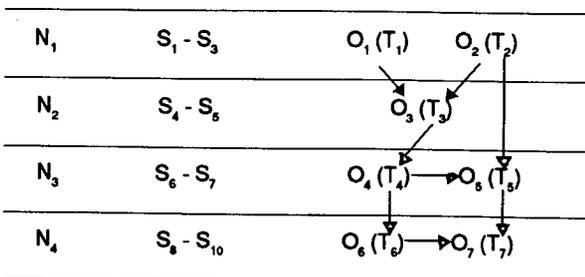
La psicoterapia dinámica breve se constituye en un proceder técnico bastante útil en el marco de los ESMD en base a una serie de circunstancias que han quedado esclarecidas a lo largo de este trabajo y que son: a) su efectividad, b) su acortamiento espacial, c) su flexibilidad, d) su centramiento en una problemática concreta, e) la posibilidad de trabajar con un buen número de pacientes, y f) la planificación como arma de seguimiento del proceso.

Todo esto hace que sea: 1) capaz de competir con otras formas de psicoterapia frecuentes de uso en el sector público: cognitivas, conductuales o sistémicas, y 2) capaz de desplazar a aquellas formas de trabajo carentes de toda planificación, denominadas a menudo como "silvestres" y aquellas otras más prolongadas en el tiempo imposibles de desarrollar habida cuenta del peso que supone la demanda asistencial.

Hemos creído oportuno estudiar el basamento epistemológico de la planificación y lo hemos desarrollado en un supuesto caso que tuviese 7 objetivos. Ahora podemos hacer ya un esquema más globalizante en el que podemos incluir los procederes técnicos, tal como desarrollamos a continuación.

$$O = \{O_1, O_2, O_3, O_4, O_5, O_6, O_7\}$$

NIVELES      SESIONES      OBJETIVOS(O) - TECNICAS (7)



Esquema nº 5

(Aquí se han supuesto 10 sesiones estructuradas en 4 niveles de intervención y con 7 objetivos).

Con lo visto en el trabajo es posible contemplar el rigor del que hoy goza esta forma de psicoterapia. Nosotros en este campo y con este proceder, hemos tratado de hacer una pequeña aportación, que según creemos puede representar un intento de hacerla más científica, a un enfoque que según afirma Strupp (1981) es el *movimiento del futuro*.

## Notas

<sup>1</sup>Esto no quiere decir que no se pueda dar esta forma de psicoterapia en otros niveles, ello depende de las características estructurales y fundacionales de éstos.

## Referencias

- ALEXANDER, F.; FRENCH, T. *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- BALINT, M.; ORNSTEIN, P.H. Y BALINT, E. *Focal Psychotherapy: An Example of Applied Psychoanalysis*. London: Tavistock, 1972.
- BLEGER, J. En *Introducción a Psicoterapia Breve* de H. Kesselmann (véase).
- CODERCH, J. *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder, 1987.
- DAVANLOO, H. *Basic Principles and techniques in Short Term Dynamic Psychotherapy*. New York: Spectrum, 1978.
- DAVANLOO, H. *Techniques of Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Psychiatric Clinics of North America, 1979.
- FIORINI, H.J. *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1980.
- GARSKE, J.P.; MOLTENI, A.L. *Psicoterapia Dinámica Breve: un enfoque integrador*. En S.J. Linn y J.P. Garske. *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1988.
- IASAM. *Bases generales para la atención comunitaria a la Salud Mental*. Documentos de trabajo nº 1, 1988.
- KESSELMAN, H. *Psicoterapia Breve*. Madrid: Fundamentos, 1972.
- LANGSLEY, D.G. *Brief Psychotherapy, J.C.E. Psychiatry* (dec). 1978.
- LANSLEY, D.G.; KAPLAN, D.M. *The Treatment of Families in Crisis*. New York: Grune and Stratton, 1968.
- LINDEMANN, E. *Symptomatology and Management of Acute Grief*. *American Journal of Psychiatry*, 101, 1944.
- LINN, S.J.; GARSKE, J.P. *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos*. Bilbao: Desclée de Braower, 1988.
- MALAN, D. *A Study of Brief Psychotherapy*. London: Tavistock, 1963.
- MALAN, D. *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1976.
- MALAN, D. *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1979.
- MALAN, D. *Psicoterapia individual y ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- MARMOR, J. *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1979.
- MARTI-TUSQUETS, J.L. *Psiquiatría social*. Barcelona: Herder, 1976.
- MANN, J. *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge, USA: Harvard University Press, 1973.
- MENDELSON, R. *Critical Factors in Short-term Psychotherapy. A Summary*. *Bulletin of Menninger Clinic*, 42, 1978.

- SANCHEZ-BARRANCO RUIZ, A. *Seminario de formación y supervisión en Psicoterapia Dinámica Breve*. Sevilla: I.A.S.A.M., 1989.
- SLOANE, R.B.; STAPLES, F.R.; CRISTOL, A.H.; YORKSTON, N.J. y WHIPPLE, K. *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Cambridge; USA: Harvard University Press, 1975.
- SIFNEOS, P.E. Seven-year's Experience with Short-Term Dynamic Psychotherapy. *6th. International Congress of Psychotherapy; Selected Lectures*. New York: S. Karger, 1965.
- SIFNEOS, P.E. Two Different Kinds of Psychotherapy of Short Duration. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1967.
- SIFNEOS, P.E. *Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge USA: Harvard University Press, 1972.
- SIFNEOS, P.E. *Short-Term Dynamic Psychotherapy: Evaluation and Technique*. New York: Plenum, 1979.
- STRUPP, H.H. Toward a Refinement of Time -Limited Dynamic Psychotherapy. In S. Budman (Ed.) *Forms of Brief-Therapy*. New York: Guilford Press, 1981.
- TALBOT, J.A.; HALES R.E.; YUDOFKY, S.C. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora, 1989.
- WARREN DUNHAM, H. Community Psychiatry: The Newest Therapeutic Bandwagon. *Internacional Journal of Psychiatry*, 1965.
- WOLBERG, L.R. *Short-Term Psychotherapy*. New York: Grune and Stratton, 1965.