

Psicoterapia dinámica breve: una revisión conceptual

Antonio SANCHEZ-BARRANCO RUIZ
Pablo SANCHEZ-BARRANCO VALLEJO
Universidad de Sevilla

Resumen

El psicoanálisis ofertó desde sus inicios una técnica terapéutica para la cura o el alivio de diversos trastornos mentales. A causa de la actual demanda psicoterapéutica, han cuajado una serie de intervenciones de corte dinámico que, alejándose un tanto del marco psicoanalítico convencional, han permitido abreviar el proceso de la cura y facilitar la evaluación experimental de los resultados. Todo ello ha venido propiciado desde las aportaciones de Sifneos, Malan y sobre todo Davanloo, las cuales revisamos en este trabajo.

Palabras clave: Psicoterapia, dinámica, breve, foco, confrontación, desbloqueo, inconsciente.

Abstract

Psychoanalysis offered, right from its origins, a therapeutic technique for the cure or relief of different mental disorders. Due to the present demand for psychotherapy, a series of dynamic interventions have appeared. They are interventions that, somewhat distant from conventional psychoanalysis, have been able to shorten the duration of the healing process and facilitated the experimental evaluation of results. The contributions of Sifneos, Malan and specially Davanloo have greatly helped in this development. It is these contributions that are revised in the present article.

Key words: Psychotherapy, dynamic, short-term, focus, confrontation, unlocking, unconscious.

La atención a la salud mental exige en su nivel especializado, tanto en sus compromisos públicos como privados, del manejo de técnicas psicoterapéuticas que posean un amplio campo de acción y que puedan acoger al mayor número posible de demandantes, siempre que cuenten con una probada validez y fiabilidad y se atengan al marco deontológico profesional.

En tal sentido, y concretándonos a la perspectiva psicoanalítica, es evidente, como manifiesta Coderch (1987), que el abordaje psicoanalítico estricto sólo puede ser utilizado en algunos casos, debido a su larga duración, al esfuerzo tan considerable que exige en los participantes, al número relativamente reducido de profesionales preparados para efectuar tal práctica y al hecho de que requiera

unos criterios de selección muy estrictos. Sin embargo, las ideas acerca del desarrollo y del funcionamiento psíquicos, las hipótesis de trabajo y la metodología propias del psicoanálisis pueden emplearse, con las debidas modificaciones, para prestar ayuda a muchos sujetos con alteraciones de conducta, síntomas neuróticos o psicóticos y con las más variadas dificultades de adaptación. Este posicionamiento ha desembocado en la aparición de las llamadas psicoterapias psicoanalíticas intensivas y breves (que agruparemos bajo el epígrafe general de psicoterapia dinámica breve), que poseen las características adecuadas para satisfacer las necesidades clínicas de muchos de nuestros pacientes, aunque ello haya exigido un cierto alejamiento del marco psicoanalítico clásico.

La necesidad de tales abordajes ha venido influida, sin duda, por factores pragmáticos: pensemos, al respecto, que un psicoanálisis convencional exige de tres a cinco sesiones semanales, a lo largo de unos tres años como mínimo, lo que permite el tratamiento de una media de cuatro a seis pacientes/terapeuta/año, mientras que una psicoterapia dinámica breve lo hace con una sesión por semana, durante tres a seis meses, lo que conduce a la posibilidad de acoger de 60 a 120 pacientes/terapeuta/año, gracias a lo que puede competir con terapias como la conductual-cognitiva o la sistémica, cosa impensable con la técnica psicoanalítica convencional (Sánchez-Barranco, 1987b, 1989b, 1990, 1991a, 1995). Es bien cierto, sin embargo, que no estamos ante ninguna panacea, pues sólo un grupo concreto de demandantes de salud mental pueden beneficiarse de estas terapias: estimamos que un 20-30% de los pacientes de los

circuitos públicos satisfacen los criterios de selección de las terapias dinámicas breves, cifra que se eleva al 50-60% en los casos que acceden a los tratamientos de carácter privado.

No puede afirmarse, en todo caso, que la psicoterapia dinámica breve es una especie de psicoanálisis-blando o psicoanálisis de saldo, único producto psicoanalítico al que tienen acceso los usuarios de los servicios públicos de salud, dadas sus habituales características socioeconómicas, o a los que acceden a la consulta privada con pocos medios crematísticos, reservándose el psicoanálisis-duro a la clientela pudiente. Tal posicionamiento no tiene ninguna fundamentación racional ni de otra naturaleza, ya que la psicoterapia dinámica breve, en cualquiera de sus variantes, no supone una alternativa de rebaja para los económicamente débiles, sino una práctica eficaz que se viene imponiendo en todos los sectores asistenciales, reservándose el análisis clásico para casos muy contados y con indicaciones muy precisas (Sánchez-Barranco, 1991a, 1995).

Delimitación conceptual de la psicoterapia dinámica breve

Antes que nada es preciso diferenciar los ingredientes de la psicoterapia dinámica breve de los que caracterizan una psicoterapia de apoyo de orientación psicoanalítica, con el fin de evitar la confusión entre ambas intervenciones. En tal sentido, destacaremos éstas últimas tienen su máxima indicación en sujetos psíquicamente muy afectados, que se han descompensado en forma brusca y reciente, así como en familias que aquejan una crisis de cercana apari-

ción. Tanto en los casos individuales como en los grupos familiares, cuando las descompensaciones o las crisis se prolongan en el tiempo o se dejan evolucionar espontáneamente, los sujetos implicados ponen habitualmente en marcha regresiones y fijaciones más o menos hondas, con el subsiguiente desarrollo y asentamiento de severos trastornos mentales y la aparición de graves tensiones en el grupo familiar. De aquí la necesidad de una intervención intensiva y breve, con el fin de tratar de aliviar de inmediato la situación psicopatológica activada. Al respecto, y siguiendo en parte a Langsley (1978), son recomendables en estos casos las siguientes estrategias terapéuticas:

1. Ayuda inmediata al sujeto o a la familia en el instante en que la descompensación o la crisis han hecho su aparición, y se ha solicitado el tratamiento, cualquiera que sea la hora del día o de la noche de tal petición, con sesiones de corta duración (unos 30 minutos, aunque en ocasiones pueden prolongarse bastante más en función de lo que exijan las circunstancias). La primera sesión debe transcurrir en el hogar de los pacientes, buscándose la reducción de los sentimientos de soledad, desvalimiento y desesperanza que generalmente invaden a las personas que se hallan en tales situaciones.

2. Definición como una crisis del trastorno o del conflicto objeto de la consulta, debiéndose incluir en su delimitación, siempre que sea posible, a todos los miembros del grupo familiar, para evitar que la responsabilidad se sitúe en un único sujeto, defensa habitualmente puesta en marcha para desviar responsabilidades y culpas.

3. Centrarse en eventos del presente, atendiendo exclusivamente a los hechos cercanos y relacionados con la descompensación o la crisis: la toma de la historia clínica, por ejemplo, debe dirigirse a evidenciar los factores inmediatos que han precipitado el trastorno, buscando una formulación dinámica muy superficial, aunque se tengan datos que permitan ir mucho más hondo, pues si se cae en una precipitación ingenua poniendo ante las personas en crisis factores complejos y de un plano muy inconsciente, sólo se logrará el rápido levantamiento de resistencias de muy difícil resolución posterior.

4. Utilización de medios psicofarmacológicos (por parte del equipo médico), con el fin de controlar lo más inmediata y eficazmente posible la ira, la angustia, la tensión o el pánico que aquejan el o los pacientes. Paralelamente ha de facilitarse la catarsis en todos los miembros del grupo familiar, responsabilizando (sin acrecentar la angustia o la culpa) a cada uno de ellos en una tarea que contribuya al encuentro de alguna salida positiva a la crisis.

5. Concentración del trabajo clínico en hechos actuales, aportando alguna formulación y clarificación dinámicas del problema, aunque sea provisional y superficial, debiendo participar el terapeuta de forma activa, valiéndose de consejos o de cualquier otra medida adecuada, asumiendo temporalmente incluso ciertas funciones del yo de los sujetos más trastornados, en el sentido de representarlos (con opiniones, expresión de deseos, etc.) en las confrontaciones familiares. Sin embargo; en cuanto sea factible, debe salirse de ese rol, responsabilizando a los miembros presentes en tareas

que conduzcan a la pronta resolución de la crisis, orientándolos en un momento dado, si ello es imprescindible, hacia terapias individuales o familiares.

Una vez concretadas las anteriores ideas, podemos pasar al terreno de la psicoterapia dinámica breve. Hay que recordar al respecto, en primer lugar, que acoge intervenciones individuales y no grupales, señalando también que antes de su instauración se extendió el uso de la denominada psicoterapia psicoanalítica, corriente que inició la escuela de Chicago (Alexander y French, 1946), la cual aún se sigue practicando por parte de algunos analistas. En ésta, al margen del problema psicopatológico, el sujeto es visto una o dos veces por semana, generalmente *cara a cara*, alentando la libre asociación y ofreciendo interpretaciones dinámicas ocasionales, generalmente centradas en los fenómenos transferenceles cercanos al yo consciente, procurando ligar las dificultades presentes con los hechos del pasado, especialmente con los de naturaleza inconsciente que se hayan revelado de alguna forma en el curso del proceso terapéutico como significativas. El tratamiento se extiende durante un año o año y medio, promoviendo el aumento del autoconocimiento a través de los *insights* y de las oportunas experiencias emocionales correctoras (Sánchez-Barranco, 1991b, 1995).

Pues bien, la psicoterapia dinámica breve, en cualquiera de sus versiones, no debe entenderse como una mera variante de tal psicoterapia analítica, sino una práctica peculiar que nació de la intervención en crisis y del propio psicoanálisis. Respecto a éste, sus apoyos básicos proceden de las aportaciones de Freud,

Ferenczi, Rank, Reich, Alexander, French, Rosen y los psicólogos del ego (especialmente Pope, Sarvis, Dewees y Johnson). En cuanto a la influencia de la intervención en crisis, hay que mencionar a Lindemann, Tyhurst, Caplan, Quevedo, Bard y Shneidman.

La psicoterapia dinámica breve no es tampoco una sofisticada terapia de sostén, sino una forma de proceder específica, en la que se va más allá de los meros reaseguramientos, consejos, simpatía y confrontación con la realidad, como acontece en la mayoría de las terapias de apoyo, suponiendo un trabajo ordenado, sistemático y genuino, aunque ciertamente sean necesarios los requisitos generales de todo encuentro humano que persiga ayudar psicológicamente, como son la empatía, el respeto y la posibilidad de comunicarse sin emplear ningún juicio desvalorizante sobre lo que comunica quien solicita la ayuda. Pero lo que da un perfil particular y definido a la psicoterapia dinámica breve es la persecución de un cambio metapsicológico positivo y estable en el conflicto inconsciente, lo que no puede ser explicado a partir de los ingredientes inespecíficos propios de las terapias de apoyo, sino precisamente en función del marco teórico psicoanalítico y de la intervención dinámica (Sánchez-Barranco, 1983, 1988b, 1989a, 1995). La psicoterapia dinámica breve es, además, una técnica particularmente eficaz para desbloquear el inconsciente, por los nuevos instrumentos que propone para romper las duras resistencias al cambio que muestran los neuróticos.

Una psicoterapia auténticamente científica, como pretende ser la psicoterapia dinámica breve, debe partir, como dice Langsley (1978), 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 clara conceptualización de su campo de trabajo, de sus soportes técnicos y de sus objetivos, así como de sus limitaciones. Por ello, nos parece bastante válida la definición que da Barten (1971) sobre esta intervención psicoterapéutica: una técnica activa, focalizada, con una meta prevista, circunscrita, cálidamente mantenida, de acción orientadora y concerniente a las adaptaciones presentes.

Nemiah (1976), por su parte, en la introducción a un libro de Malan (1976a) sobre este tema, le da las siguientes notas: a) acomodación de los conceptos y procedimientos psicoanalíticos a una técnica terapéutica que nos aporta cambios psicológicos significativos en un tiempo menor que el requerido con los métodos clásicos; b) definición de los procedimientos de tratamiento de tal manera que permite enseñarlos rápidamente a otros, además de fijar una serie de firmes criterios de selección de pacientes; y, c) establecimiento de un estudio sobre los abordajes terapéuticos, para verificar científicamente la efectividad de esta psicoterapia.

Un elemento nuclear de esta psicoterapia es, en todo caso, su brevedad, en el sentido de la extensión total del proceso, que generalmente dura entre 20 y 25 sesiones, de manera que no se incluye en tal criterio el acortamiento del tiempo de la sesión (por ejemplo, la sesión de veinte minutos de Tedescó o la de diez a doce minutos de Straker), pues entonces sólo se consigue una mayor o menor relegación de síntomas durante un cierto tiem-

po y no cambios psicodinámicos profundos y estables.

La abreviación del proceso de la cura se logra gracias a la concentración del trabajo terapéutico en determinados focos conflictivos con el apoyo en elementos técnicos concretos. De aquí que algunos hayan propuesto la denominación de psicoterapia psicoanalítica focal para estas intervenciones. El foco dinámico quedó bien precisado por Balint, Ornstein y Balint (1972) como el área particular del problema del paciente que mejor expresa sus dificultades, sus síntomas y su debilidad caracterial (por ejemplo, el estilo de organización de sus defensas), en base a lo cual aparecen habitualmente sus desajustes.

Estamos ya en condiciones de caracterizar con precisión los rasgos comunes de las distintas variantes de psicoterapia dinámica breve: marcada actividad del terapeuta, presencia de elementos técnicos originales, actitud de esperanza y optimismo del terapeuta e interpretaciones tempranas de los fenómenos transferenceales (Mendelsohn, 1978).

a) La actividad del terapeuta dinámico es, en efecto, muy marcada y manifiesta, a diferencia de lo que acontece en el análisis clásico, resaltándose constantemente los focos conflictivos y tratándose de mantener en ellos la atención del paciente.

b) En cuanto a la originalidad de la técnica, ha de subrayarse que el encuadre viene definido por encuentros *cara a cara* (jamás se utiliza el diván), con eventual grabación de las sesiones en vídeo con fines de control e investigación. Tras la evaluación inicial, se fija el contrato terapéutico, señalándose habitualmente la fecha aproximada de la

terminación de las sesiones, cuya duración no suele ser tan estricta como la que se da en la técnica estándar, aunque suelen durar en torno a una hora.

Las reglas técnicas básicas del psicoanálisis (asociación libre, atención flojante, neutralidad y abstinencia) son respetadas, acelerándose el proceso terapéutico por medio del trabajo en los focos conflictivos más centrales, confrontándose de manera muy activa las resistencias (defensas), sobre todo los fenómenos transferenciales, lo que en ocasiones toma el aire de un proceso de naturaleza conductual, incluyendo unas contingencias de control que empujan al sujeto hacia la búsqueda de la salud mental.

c) Respecto a la actitud optimista y esperanzada del terapeuta, ello se verbaliza desde un principio, parámetro técnico que se ha mostrado como una estrategia útil y eficaz, pues el sujeto encuentra así un clima apropiado para poner en marcha la imprescindible alianza terapéutica y el desarrollo de experiencias emocionales correctivas, aspecto que también acerca la psicoterapia dinámica breve a determinadas técnicas cognitivo-conductuales.

d) Finalmente, en lo que toca al análisis de la transferencia, tradicionalmente se venía manteniendo que ésta no debía tocarse en la psicoterapia dinámica breve, a lo que se opusieron tanto Sifneos como Malan y Davanloo, mostrando la necesidad y posibilidad de ello si se persiguen cambios psicodinámicos profundos y persistentes y no meras modificaciones sintomáticas y pasajeras. Ahora bien, los fenómenos transferenciales se manejan de forma que no evolucionen hacia una neurosis de transferencia, pues

ésta se estima una fuente de resistencias de muy difícil disolución.

La psicoterapia dinámica breve acoge diversas formas de trabajo, procediendo los principales modelos de Sifneos, Malan y Davanloo.

En cuanto a Sifneos (1972, 1987, 1992), su *Short-Term Anxiety-Provoking Psychotherapy* o *STAPP*, de 6 a 15 sesiones de duración, es aplicable a trastornos con un foco conflictivo central (bien de carácter edípico, bien de fracaso, bien de duelo) que es origen de los más variados síntomas y desajustes. Ha de señalarse que Sifneos también ha aportado una intervención de apoyo, que en vez de provocadora de ansiedad es supresora de la misma, procedimiento aplicable a sujetos que han tenido importantes problemas en su desarrollo temprano, que son portadores de un yo débil y que refieren abundantes crisis de descompensación a lo largo de su vida.

Malan (1976a, 1979) describe su técnica (*Brief Dynamic Psychotherapy* o *BDP*), de unas veinte sesiones en total, como una tarea que persigue la comprensión y el *insight* de un foco central (edípico, de fracaso o de duelo), así como un cambio en las correspondientes defensas neuróticas, para lograr la mejor conducta adaptativa del sujeto afecto de ciertos trastornos psicopatológicos.

Davanloo (1978, 1980, 1992), por su parte, incluye el trabajo simultáneo de múltiples y amplios focos (*Broad-Focus Short-Term Dynamic Psychotherapy* o *BFSTDP*), durante cinco a treinta sesiones, aceptando a pacientes con muy variada y grave sintomatología (fobias y depresiones crónicas, neurosis obsesivas, diversas caracteropatías, variadas enfermedades psicósomáticas, etc.), ha-

biendo realizado interesantes aportaciones técnicas para tal objetivo (1986a, 1986b, 1987a, 1987b, 1987c, 1987d, 1987e, 1987f, 1988a, 1988b).

Las evaluaciones científicas de las referidas prácticas psicoterapéuticas, tanto de apoyo como profundas, han sido y son abundantes. En el caso de las terapias de sostén, por ejemplo, Bellak y Siegel (1983) subrayan que el 82% de los pacientes de su *clínica de paseo* habían mejorado y Langsley y Kaplan (1968) también han comprobado, por medio de estudios controlados, el indudable beneficio de las intervenciones en familias, mostrando que los sujetos hospitalizados tras una crisis tratada psicoterapéuticamente necesitaron cinco días de ingreso, frente a los 25 días que requirieron los no tratados. Resultados igualmente positivos ha verificado Straker (1968) con sus sesiones de veinte minutos.

En cuanto a la *STAPP*, Sifneos (1965, 1968, 1972, 1987) incluyó evaluaciones continuas, investigando el estado de los sujetos al comienzo y al final del tratamiento, constituyéndose los grupos de control por sujetos que entraban en lista de espera y que posteriormente eran tratados. Partiendo de una serie de criterios dinámicos previamente establecidos, dos evaluadores independientes estudiaban la evolución de los sujetos, que habían sido asignados al azar al grupo de tratamiento o al grupo de control. Al finalizar la psicoterapia, generalmente a los cuatro o cinco meses de iniciada, todos los pacientes fueron reevaluados, en cuyo instante los pertenecientes al grupo de control entraban en terapia. Pues bien, los cambios favorables fueron muy evidentes y significativos en el 80% de las personas tratadas,

aunque Sifneos verificó que el 20% de los sujetos en lista de espera también habían presentando mejoría de sus síntomas. Sin embargo, cuando éstos fueron entrevistados, resaltaron que en su entorno se habían dado cambios importantes que habían afectado a sus vidas. En cuanto a los sujetos tratados (inicialmente o tras estar en lista de espera), todos admitieron que la psicoterapia había sido la mejor y más útil experiencia en la resolución de sus conflictos. Un año después seguían mostrando capacidad para solucionar adecuadamente nuevos problemas, incluso aquellos pacientes que no habían tenido modificaciones características profundas. Las investigaciones de Malan (1976b) han aportado datos similares a los de Sifneos.

A pesar de todo ello, los psicoanalistas freudianos convencionales mantienen que la psicoterapia dinámica breve es un abordaje superficial, que imposibilita la resolución auténtica de las conflictivas más nucleares del sujeto por no alcanzar un correcto análisis de los fenómenos transferenciales, criticando también su alejamiento técnico respecto del genuino psicoanálisis, como ocurre con las duras confrontaciones que habitualmente requiere, y por su apertura a conceptos ajenos a la ortodoxia psicoanalítica. Frente a estos ataques, los terapeutas dinámicos presentan sus positivos resultados, con seguimientos de varios años, resaltando que la técnica clásica, aun con su prolongación en el tiempo y su exhaustivo trabajo de la transferencia, no lleva aparejado un aumento significativo en la eficacia.

Tal enfrentamiento nos parece inadecuado, habida cuenta de que ambas técnicas tienen sus indicaciones, no sien-

do correcto defender que los distintos tipos de psicoterapia dinámica breve sean alternativas que pretendan sustituir al psicoanálisis, sino que son intervenciones que pueden resolver, con menor tiempo y esfuerzo, muchos trastornos que antes eran, por unas u otras razones, o bien incluidos en el psicoanálisis tradicional o dejados fuera por no cumplir una serie de requisitos. Entendemos, pues, que el análisis-tipo tiene su campo de indicaciones, al igual que las psicoterapias dinámicas breves y las terapias de sostén de base psicoanalítica, aunque ciertamente se den a veces algunas superposiciones, sobre todo entre la psicoterapia dinámica y el psicoanálisis.

Criterios de selección para ser aceptado en una psicoterapia dinámica breve

Los criterios de selección de la psicoterapia dinámica breve han sido bien delimitados y concretados (Sánchez-Barranco, 1987, 1995). Así, para aceptar a un paciente en *STAPP*, Sifneos (1967, 1987, 1992) establece los cinco criterios siguientes: 1) existencia en el paciente de un conflicto específico y principal, habitualmente de índole edípica, siendo capaz de seleccionarlo y concentrarse en él; 2) evidencia de una interrelación del problema presente con tal conflicto nuclear; 3) habilidad en el sujeto para la comunicación, capacidad para hacer ciertos sacrificios (ser poco narcisista) y aptitud para expresar adecuadamente sus sentimientos (lexitimia); 4) presencia de un buen nivel intelectual y un cierto grado de sofisticación psicológica, lo que se capta por la forma de responder a las interpretaciones iniciales; 5) motivación

al cambio profundo y no sólo a la relegación de síntomas, lo que puede evaluarse por: a) capacidad para reconocer los síntomas de tipo psíquico; b) predisposición a dar la última razón interna de los problemas manejando la introspección; c) habilidad para participar activamente en la terapia; d) actitud favorable para revivir los conflictos del pasado, curiosidad acerca de sí mismo y expectativas realistas sobre la psicoterapia; y, e) disposición favorable para hacer sacrificios y poseer una mínima disposición para cumplir con las citas y los honorarios.

Malan (1976a, 1976b, 1979) ha hecho sus propias especificaciones en cuanto a los criterios de selección de pacientes: 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 al test de interpretación efectuado a lo largo de la sesión evaluatoria, de tal manera que tras realizar ciertas interpretaciones, el sujeto aumenta el *rappor*t y el *insight* de sus problemas; 5) motivación adecuada al conocimiento de sí mismo; 6) clara expresión de los conflictos en el campo de la transferencia; y, 7) posibilidad de prevenir una terminación de la terapia y que sus resultados puedan ser dinámicamente explicados en función de los cambios producidos por las intervenciones en el conflicto básico o nuclear.

Otra manera de describir las indicaciones y contraindicaciones de la psicoterapia dinámica breve (particularmente los modelos de Sifneos y Malan) es por medio de la relación que al respecto da Langsley (1978): 1) psicopatología que no sea severa, sino suave; 2)

reciente aparición del problema que motiva la consulta; 3) capacidad por parte del paciente de presentar su historia de forma adulta; 4) síntomas que no se remontan a tiempos muy lejanos ni que se relacionen con problemas psicológicos graves o con una privación afectiva; 5) presencia al menos de una actividad heterosexual a lo largo de la vida anterior; 6) suficiente motivación a conocerse a sí mismo; 7) espíritu de cooperación y capacidad para aceptar con gusto las condiciones de la terapia; 8) respuesta positiva a la prueba de la interpretación; y, 9) posibilidad de delimitación de un foco conflictivo concreto en la patología actual del sujeto.

Como hemos visto, tanto Sifneos como Malan resaltan la importancia de las respuestas del sujeto a las interpretaciones que se efectúan durante la evaluación inicial (test o prueba de la interpretación), cosa que también subrayó Barten (1971), el cual manifestó que ello era el indicador más significativo para el pronóstico de la psicoterapia breve. Este autor insistió igualmente en que deben ser excluidos de la psicoterapia dinámica breve: 1) los que manifiesten de forma obstinada las resistencias; 2) los que nieguen el origen psíquico de sus síntomas o problemas; 3) los que no puedan mantener un cierto grado de funcionamiento independiente; y, 4) los que no pongan con rapidez en marcha una adecuada alianza terapéutica.

Davanloo (1979, 1992), por su parte, ha ampliado las indicaciones de la psicoterapia dinámica breve, señalando que ello no depende del tipo de trastorno que el sujeto aqueje, sino de la forma de desenvolverse en la entrevista evaluatoria inicial, donde lleva a cabo fuertes con-

frontaciones de las resistencias en las conflictivas de la vida actual, con el fin de movilizar ira o agresividad en la transferencia, en cuyo momento, en vez de efectuar interpretaciones analíticas, solicita un relato detallado de los afectos que el sujeto está sintiendo entonces. Tras ello, conecta las conflictivas expresadas en la transferencia con las del pasado reciente o lejano: si todo esto se logra, el paciente se relaja y aumenta su alianza terapéutica, señales evidentes de que es un buen candidato para la terapia dinámica breve, pues tales hechos muestran que es posible desbloquear el inconsciente con facilidad. Dicho de otra manera, el trabajo lo centra Davanloo (1986a, 1986b) en el campo de la resistencia en base a tres criterios: a) desafiar la resistencia como una defensa; b) sacar a la luz los intensos sentimientos transferenciales consecuentes y proporcionar al paciente la posibilidad de experimentarlos en el aquí y ahora de la sesión; y, c) hacer ver al paciente el paralelismo existente con pautas similares del pasado cercano o lejano. En los casos en que el paciente muestre reacciones ansiosas intensas, Davanloo enlentece el proceso buscando una reorganización de las defensas para impedir regresiones inconvenientes, dando paso con posterioridad al desbloqueo del inconsciente.

En la entrevista evaluatoria, de hora a hora y media de duración, Davanloo persigue objetivar, en todo caso, una serie de factores, como los siguientes: 1) calidad de las interacciones humanas del sujeto y presencia de alguna relación significativa en el pasado; 2) capacidad para experimentar y tolerar la ansiedad, la culpa y la depresión; 3) actitud favorable hacia los asuntos psicológicos; 4)

motivación para la introspección y para el trabajo a través de sus descubrimientos, deseo de resolver los problemas y capacidad de *insight*; y, 5) aptitud para responder a las interpretaciones psicoanalíticas.

Aspectos técnicos fundamentales de la psicoterapia dinámica breve

Los matices técnicos más esenciales de los tres modelos de psicoterapia dinámica breve, son, siguiendo las directrices de sus creadores, los que siguen:

En cuanto a la *STAPP*, Sifneos (1987, 1992) resalta que: las sesiones son semanales y *cara a cara*, de unos 45 minutos de duración, con previa especificación del día y la hora (que se procura no modificar), aclarando que se trata de una terapia breve, pero sin concretar el número total de sesiones (por lo común la duración es de 6 a 15 sesiones, como antes se dijo). En la sesión evaluatoria (que no realiza el mismo profesional que se hace cargo de la terapia), se fija si el candidato supera los criterios de selección y se define el foco dinámico, lo que se repite en la primera sesión propiamente terapéutica, recordándole al paciente que debe tratar de concentrarse en él.

Con las diversas intervenciones técnicas que Sifneos (1972, 1992) propone se persiguen los objetivos siguientes:

1. Establecer precozmente una hipótesis psicodinámica explicativa de la problemática actual en base a los datos aportados en las entrevistas evaluatorias, así como esbozar criterios que permitan vislumbrar una culminación feliz del tratamiento en función de las normas de selección.

2. Concertar un contrato terapéutico en el que se fije cuál es la meta a alcanzar.

3. Favorecer el *rapport*, tratando que evolucione y se transforme en alianza terapéutica.

4. Atender prevalentemente al foco central implícito en la hipótesis psicodinámica y que fue objetivado en la evaluación.

5. Mantener una gran actividad terapéutica, con el uso de confrontaciones, esclarecimientos y preguntas que provoquen una ansiedad motivadora de introspección respecto a los hechos psicológicos que sostienen los síntomas.

6. Aprovechar prontamente los sentimientos de transferencia positivos que el paciente experimente, enlazándolos con los que se tuvieron respecto a personas claves de su biografía, con cuya base poder ir estableciendo los oportunos cambios de patrones de conducta, así como las imprescindibles experiencias emocionales correctoras.

7. Evitar las regresiones del paciente (como actitud pasiva o dependiente, tendencia a los *acting-outs*, etc.) y superarlas si se ocasionan con medidas activas. Con ello se busca que no se establezca una neurosis de transferencia.

8. Procurar poner de manifiesto los nuevos aprendizajes, los modos de resolver problemas y los *insights* parciales acerca de los conflictos focales.

9. Recurrir a la recapitulación en los momentos de resistencias masivas.

10. Apoyar al paciente cuando sea preciso para que pueda superar los sentimientos dolorosos que experimenta.

11. Detectar pruebas tangibles de los cambios de actitud del paciente.

12. Demostrar que se ha alcanzado un *insight* completo de los conflictos que subyacen tras el foco dinámico.

13. Tratar de dar fin a la terapia en el plazo establecido en el contrato terapéutico.

En relación con la intervención propuesta por Malan (1979), éste refiere, en primer lugar, la necesidad de que en los encuentros terapéuticos impere un clima de aceptación incondicional por parte del profesional, dentro de cuya atmósfera podrá establecerse una interrelación que permita la concienciación y expresión por parte del paciente de las ideas y sentimientos más ocultos y rechazados. Frente a ellos, el psicoterapeuta debe estar sumamente atento a sus reacciones contratransferenciales, que debidamente controladas, y con ayuda del oportuno saber teórico, serán el más importante baluarte en que apoyar las interpretaciones, que en todo caso suponen el instrumento psicoanalítico por excelencia.

Un elemento básico de la psicoterapia dinámica breve es, para Malan, el *rapport*, definido como el grado de contacto afectivo entre paciente y terapeuta, lo que a nuestro entender supone el ingrediente esencial de la clásica alianza terapéutica. El estado del *rapport* debe ser percibido por el terapeuta en cada instante del proceso, pues es la clave que va marcando cómo se desarrolla el mismo: el camino por el cual puede captarse cómo se halla el *rapport* es observando el grado en que el paciente entra en contacto con sus sentimientos más genuinos y la forma en que se desenvuelve tras una interpretación profunda.

Por otra parte, Malan (1979) concreta que la misión del terapeuta dinámico es trabajar en base a dos triángulos, el

triángulo del conflicto y el triángulo de las personas (cercano al que Menninger, 1958, llamó triángulo del *insight*).

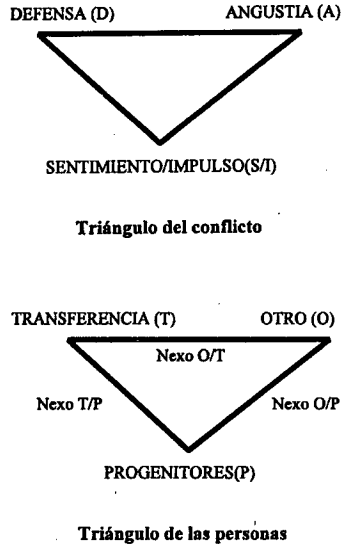


Figura 1. Los triángulos de Malan.

El triángulo del conflicto (ver figura 1), implica enfrentarse sucesivamente a:

1. Los métodos adoptados por los pacientes (defensas) para controlar el dolor psíquico o la angustia que taponan los sentimientos/impulsos ocultos o inaceptables.

2. Las temidas consecuencias (humillación, vergüenza, tristeza, etc.) que traen consigo el concienciar y expresar tales sentimientos/impulsos.

3. La índole de los contenidos rechazados (sentimientos/impulsos que subyacen en el conflicto intrapsíquico).

El triángulo del conflicto (D-A-S/I) se trabaja analíticamente teniendo constantemente en cuenta el triángulo de las personas (T-O-P). Éste está constituido por: a) las relaciones que el sujeto tiene

con las personas de su vida cotidiana (vértice que Malan llama relaciones con el otro u O y que Davanloo prefiere etiquetar como relaciones de la vida corriente o C o de la vida actual o A); b) las relaciones transferenciales que aparecen en el aquí-ahora-conmigo de las sesiones (T); y, c) las relaciones del pasado lejano con los progenitores (P).

Por otra parte, como puede observarse en la figura 1, hay tres posibles nexos en el triángulo de las personas: a) el nexo O/P, en donde impulsos y sentimientos rechazados dirigidos a otro (O) y que tienen su última procedencia en los que estuvieron referidos a los progenitores (P); b) el nexo O/T, que conecta lo que acontece en la vida con el otro (O) con las reacciones transferenciales (T); y, c) el nexo T/P, que liga los deseos expresados ante el terapeuta (T) con los sentimientos/impulsos conflictivos que tuvieron lugar en el pasado infantil respecto los progenitores (P).

En estas representaciones gráficas, Molnos (1984) ha realizado una interesante aportación creando un esquema en el que se considera, en cada uno de los vértices del triángulo de las personas, un triángulo del conflicto. Molnes caracteriza el vértice S/I como X, símbolo que encierra aquello que está oculto y es relevante en el problema del paciente, pudiendo tratarse de un impulso reprimido sexual o agresivo, un dolor insoportable, una pena o tristeza, etc. Por otro lado, da a los tres triángulos internos del conflicto distinto tamaño según su importancia para el problema global y un grosor mayor o menor a sus líneas demarcadoras según la viveza emocional con que el sujeto expresa tales conflictos: así, habitualmente, ha de representarse el tamaño del triángulo del conflicto más grande en el vértice P, luego en el C y finalmente en el T, ocurriendo lo contrario en cuanto al grosor (véase la figura 2).

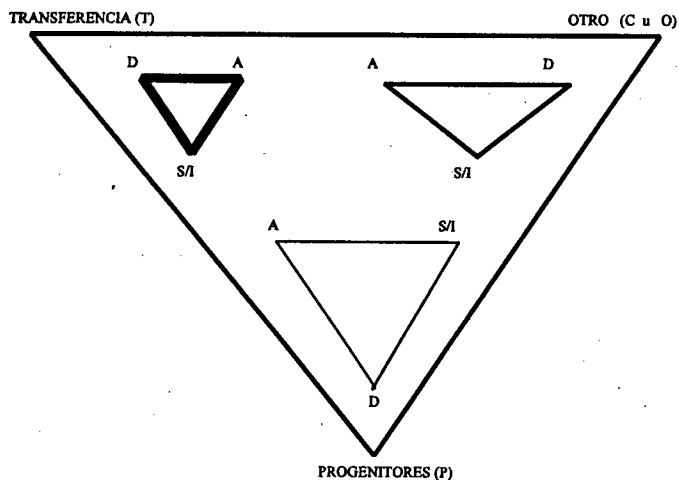


Figura 2. Los triángulos de Molnos.

La importancia del triángulo de las personas y de los triángulos de los conflictos de las innovaciones de Molnos es que puede permitir la concreción gráfica de la mayoría de las intervenciones terapéuticas, facilitando esto su transmisión y enseñanza. En tal sentido, ha de resaltarse que el saber y la habilidad del terapeuta está en conocer con precisión qué vértice del triángulo de las personas se halla activado en un momento dado del proceso de la cura y analizar en un orden correcto el correspondiente triángulo del conflicto (primero la resistencia/defensa, después el afecto que controla a los impulsos/sentimientos inconscientes y finalmente los contenidos que aquí se implican o X), confrontando y disolviendo las oportunas defensas y elaborando las adecuadas reconstrucciones históricas e interpretaciones y ligando entre sí los distintos vértices del triángulo de las personas, lo que muestra el mayor grado de correlación con la eficacia terapéutica.

Según el enfoque del modelo psicoterapéutico de Malan (1979), el sujeto acude habitualmente a la terapia expresando problemas y dificultades en su vida actual (O). En tal fase de la psicoterapia debe confrontarse, esclarecerse, reconstruirse e interpretarse el conflicto sin salirse de este vértice, siguiendo el orden antes indicado ($D \rightarrow A \rightarrow S/I$). Cuando el contenido S/I se va situando en la superficie psíquica o acercando al yo, gracias a la debilitación que se ha logrado de la defensa/resistencia y del afecto concomitante, es probable que esto provoque un incremento de la angustia y subsiguientemente se reactive dicha defensa/resistencia: entonces debe reincidirse en el ataque a tal resistencia hasta que pierda definitivamente su fuer-

za, lo que suele alcanzarse cuando el paciente puede describir con detalle el concomitante afecto displacentero (angustia, cólera, vergüenza, etc.), cosa que debe efectuarse solicitando primero la expresión de los ingredientes somatizados y posteriormente los aspectos de índole cognitiva. En tales circunstancias, si el proceso sigue un curso correcto (en lo que la existencia de una potente alianza terapéutica se torna una condición indispensable), los contenidos S/I se van aproximando al yo, pudiendo ser entonces objeto de los oportunos señalamientos y confrontaciones, esclarecimientos, reconstrucciones históricas, interpretaciones y translaboraciones.

Una vez suficientemente dominado el conflicto del vértice O, se intentan las debidas conexiones con algunos de los dos vértices restantes del triángulo de las personas. En una terapia en la que la transferencia se desarrolle con lentitud, se elegirá primero el vértice P, estableciendo las oportunas conexiones O/P, mostrando al sujeto (con apoyo en las confrontaciones, esclarecimientos, reconstrucciones e interpretaciones) la ligazón pasado-presente que se da en sus problemas.

En ocasiones, la transferencia es de aparición temprana, en cuyo caso puede iniciarse el trabajo terapéutico en el vértice T y no en el vértice O. También puede acontecer que las conflictivas que aparecen en primer plano se refieran a tiempos presentes, pero con los progenitores, sin que apenas se muestren otras temáticas: entonces la terapia sólo se desarrolla en dos vértices del triángulo de las personas (P y T).

Cuando el curso del proceso no se complica, a medida que la terapia avan-

za, y tras los oportunos análisis de los conflictos en los vértices O y P, los fenómenos transferenciales van dando la cara cada vez con más intensidad. Tales fenómenos empiezan a manifestarse entonces como resistencias, debiendo actuarse conforme hemos expresado al referirnos al análisis en el vértice O: esto es, tratando de disolver el aspecto resistencial-defensivo con el uso de los señalamientos, confrontaciones y esclarecimientos, atacando luego el afecto concomitante (en base, además de lo anterior, a descripciones de los elementos somáticos y cognitivos de tal afecto), para afrontar finalmente los sentimientos/impulsos más profundos y rehusados, donde ya se recurre a las interpretaciones profundas.

En muchos casos, el conflicto en T será idéntico o muy similar al que acontecía en O (y cuyo nexo con P ya fue establecido con anterioridad). Esto produce una conexión natural entre T y O, así como entre T y P. En ocasiones la conexión T/P puede llevarse a cabo directamente, sin la previa inclusión del nexo T/O.

Cuando se interpreta el nexo T/P, los sentimientos e impulsos rechazados suelen irrumpir en el yo del paciente con claridad, siendo generalmente evidente la relación de tal material psíquico con la vida infantil y con los progenitores. Si el sujeto toma plena consciencia de esto, la terapia alcanza sus mejores resultados (Malan, 1976b).

En el momento en que el proceso terapéutico llega a este punto, esto es, cuando se han ligado los problemas presentes del sujeto con eventos conflictivos del pasado, reales o fantaseados, relacionados con los progenitores o con figuras de especial importancia, y el paciente ha

tomado consciencia de todo esto, puede mencionársele la posibilidad de la próxima terminación del tratamiento, poniendo mucha atención a su reacción, pues es muy probable que este anuncio de la pérdida inmediata del terapeuta reavive antiguas angustias de separación y desengaño con los primitivos objetos de amor. En tal caso, hay que dedicar algunas sesiones a la reelaboración o translaboración de tales sentimientos transferenciales, ligándolos mediante reconstrucciones e interpretaciones a los oportunos hechos del pasado infantil. Sólo entonces puede considerarse que el proceso terapéutico está en condiciones de darse por finalizado, lo que suele imponerse de forma natural, conduciendo a la separación de terapeuta y paciente con cordialidad y con sentimientos de alegría por haber alcanzado la meta prevista. En casos concretos, puede ser necesario retomar al paciente pasado un cierto tiempo, para efectuar algunas sesiones más, puerta que siempre debe dejarse abierta, aunque con el aviso de no retornar ante el más mínimo desajuste o sufrimiento, sino sólo cuando se haya comprobado que no pueden resolverse los problemas por sí mismos.

Davanloo (1979, 1980, 1986a, 1986b), por su parte, aunque maneja en lo esencial el marco descrito, introduce una serie de variantes, según actúe con pacientes que presenten un foco edípico, un foco de duelo o múltiples focos. En sujetos con un foco edípico evidente, la característica más importante de su técnica es usar fuertes confrontaciones de las resistencias y de los fenómenos transferenciales. Cuando trabaja con pacientes portadores de focos de duelo o focos múltiples, los cuales suelen estar afectos de una psi-

copatología severa (fobias u obsesiones crónicas, caracterosis, etc.), Davanloo (1987a, 1987b, 1987c, 1987d, 1987e, 1987f, 1988a, 1988b) actúa más lentamente, procurando que se reorganicen ciertas defensas del yo y se establezca una buena alianza terapéutica, después de lo cual efectúa el referido trabajo de confrontación. Aquí sólo concretaremos las características generales de su técnica, destacando los matices que la diferencian de la de Sifneos y Malan.

Como en el resto de las formas de psicoterapia dinámica, el paciente es visto *cara a cara*, generalmente una vez por semana, con sesiones de una hora de duración aproximadamente. El sujeto es prontamente informado de que su tratamiento tendrá una duración concreta (5 a 15 sesiones en sujetos con foco edípico, 15 a 25 sesiones para los que evidencien un foco de duelo y 20 a 30 sesiones para los de focos múltiples y patología grave), aunque Davanloo admite que no es siempre fácil prever el número de sesiones que un determinado sujeto va a necesitar.

Es característico de la técnica de Davanloo la marcada actividad del terapeuta, que se vale de implacables confrontaciones sobre las resistencias en los vértices C (o A) y T del triángulo de las personas, persiguiendo la más rápida e intensa experimentación por parte del sujeto de los sentimientos ocultos que subyacen en cada conflicto, teniendo esto primacía respecto a las interpretaciones propiamente dichas. Con posterioridad se conectan los sentimientos ocultos en los vértices C y T, para incluir después el vértice P, todo ello con apoyo en los oportunos esclarecimientos, reconstrucciones e interpretaciones, bus-

cando *insights* sobre el por qué se trata de evitar la emergencia de tales afectos. Todo esto permite la puesta en primer plano de los contenidos I/S reprimidos. Ha de subrayarse que no se llevan a cabo reconstrucciones e interpretaciones de tal material en tanto el paciente se está debatiendo en una resistencia cardinal, volviéndose una y otra vez a ella, hasta su total disolución, lo que suele acontecer tras la detallada descripción del afecto oculto que se ha puesto en primer plano cuando la resistencia ha desaparecido. Ello que exige que el sujeto posea capacidad para captar y relatar sus sentimientos (lexitimia).

La neurosis de transferencia se estima como una construcción defensiva, por lo que es confrontada e interpretada en cuanto da la cara cualquier atisbo de ella. Ocasionalmente, Davanloo se concentra en el análisis de algún sueño muy significativo, pero esto nunca es un tema de especial relevancia.

Los resultados terapéuticos son tanto más eficaces cuanto más honda y frecuentemente capta el paciente las interpretaciones que ligan los conflictos expresados en T, C y P, dejándose notar los efectos positivos entre la sexta y octava sesión, lo que se traduce en una mejoría de la adaptación a las circunstancias del presente, en cambios favorables en el carácter y en la mejoría de la relación clínica. Cuando los síntomas empiezan a decaer y el comportamiento se torna progresivamente más ajustado, debe plantearse la cuestión de la terminación. Ello es bastante fácil en los sujetos con foco edípico, pudiendo necesitar de unas cuantas sesiones extras (de tres a cinco) los casos restantes. En las patologías complejas, que exigen de una mayor

prolongación de la psicoterapia para disolver la angustia de separación, el foco terapéutico debe ser tal sentimiento, lo que suele exigir de un duro trabajo terapéutico que enfoque los más enraizados conflictos del pasado.

La técnica de Davanloo ha permitido extender la psicoterapia breve a un número de casos más amplio que los acogidos por la técnica de Sifneos y Malan, pudiendo considerarse que el 35-40% de los sujetos afectados de trastornos psíquicos pueden beneficiarse de este modelo. Hemos de indicar, por último, que en cualquiera de los tipos de terapia breve, no hay contraindicación respecto a la utilización paralela, al menos durante un cierto tiempo, de ansiolíticos, antidepresivos u otros psicotropos, tratamiento que suele abandonarse a mediados del proceso, bien de forma espontánea por parte del paciente, bien por indicación del terapeuta.

Referencias

- ALEXANDER, F. y FRENCH, T. M. (dirs.) (1946). *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- BALINT, M., ORNSTEIN, P. H. y BALINT, E. (1972). *Focal Psychotherapy: An Example of Applied Psychoanalysis*. Londres: Tavistock.
- BARTEN, H. H. (1971). *Brief Psychotherapy*. Nueva York: Behavioral Publications.
- BELLAK, L. y SIEGEL, H. (1983). *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno, 1986.
- CODERCH, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Herder.
- DAVANLOO, H. (1978). *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Nueva York: Spectrum.
- DAVANLOO, H. (1979). Techniques of Short-Term Dynamic Psychotherapy. *Psychiatrics Clinics of North America*, vol. 2, 1, 11-22.
- DAVANLOO, H. (1980). *Short-Term Dynamic Psychotherapy*. Nueva York: Aronson Inc.
- DAVANLOO, H. (1986a). Intensive Short-Term Psychotherapy with Highly Resistant Patient. I. Handling Resistance. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1, 107-133.
- DAVANLOO, H. (1986b). Intensive Short-Term Psychotherapy with Highly Resistant Patient. II. The Course of an Interview after the Initial Breakthrough. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1, 239-255.
- DAVANLOO, H. (1987a). Intensive Short-Term Psychotherapy with Highly Resistant Depressed Patients. Part I: Restructuring Ego's Regressive Defenses. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 2, 99-132.
- DAVANLOO, H. (1987b). Intensive Short-Term Psychotherapy with Highly Resistant Depressed Patients. Part II: Royal Road to the Unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 2, 167-185.
- DAVANLOO, H. (1987c). Clinical Manifestations of Superego Pathology, part I. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 2, 225-254.
- DAVANLOO, H. (1987d). Clinical Manifestations of Superego Pathology, part II. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 3(1), 1-24.
- DAVANLOO, H. (1987e). The Technique of Unlocking of the Unconscious,

- part I. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 3 (2), 1-121.
- DAVANLOO, H. (1987f). The Technique of Unlocking of the Unconscious, part II. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 3 (2), 123-159.
- DAVANLOO, H. (1988a). Central Dynamic Sequence in the Unlocking of the Unconscious. Part I: Major Unlocking of the Unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 4 (1), 1-33.
- DAVANLOO, H. (1988b). Central Dynamic Sequence in the Unlocking of the Unconscious. Part II: Major De-repression of the Unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 4 (1), 35-66.
- DAVANLOO, H. (1992). *Psicoterapia breve. El desbloqueo del inconsciente*. Madrid: Dor.
- LANGSLEY, D. G. (1978). Brief Psychotherapy. *Journal Canadian Experimental of Psychiatry*, dec., 17-28.
- LANGSLEY, D. G. y KAPLAN, D. M. (1968). *The Treatment of Families in Crisis*. Nueva York: Grune and Stratton.
- MALAN, D. H. (1976a). *The Frontier of Brief Psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- MALAN, D. H. (1976b). *Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- MALAN, D. H. (1979). *Psicoterapia individual y ciencia de la psicodinámica*. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- MENDELSON, R. (1978). Critical Factors in Short-Term Psychotherapy. A Summary. *Bulletin of Menninger Clinic*, 42, 133-149.
- MENNINGER, K. C. (1958). *Teoría de la técnica psicoanalítica*. México: Pax-México, 1966.
- MOLNOS, A. (1984). The Two Triangles are Four: A Diagram to Teach the Process of Dynamic Brief Psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 2, 112-125.
- NEMIAH, J. C. (1976). Introduction. En D. H. Malan (ed.), *The Frontier of Brief Psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1983). Psicoterapia dinámica breve. *Apuntes de Psicología*, 5, 8-9.
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1987). Psicoterapia breve: criterios de selección y aspectos técnicos. *Apuntes de Psicología*, 20-21, 25-30.
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1988). *Terapias psicodinámicas*. Sevilla: IASAM.
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1989a). *Historia y fundamentos (conceptuales y epistemológicos) de la técnica psicoanalítica*. Universidad de Sevilla: Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Básica y Metodología.
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1989b). *Psicoterapia dinámica breve*. Sevilla: Universidad de Sevilla (Aula Abierta de Psicología Social).
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1990). Técnicas psicoterapéuticas en atención pública: La psicoterapia dinámica breve. En *Intervención en salud mental pública*. Sevilla: Consejería de Fomento y Trabajo de la Junta de Andalucía, Fondo Social Europeo y Colegio Oficial de Psicólogos (Delegación Andalucía Occidental).
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1991a). *Trastorno mental e intervención: enfoque psicoanalítico*. Barcelona: Hogar del Libro.

- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1991b). *Técnica psicoanalítica*. Sevilla: Arquetipo.
- SÁNCHEZ-BARRANCO, A. (1995). *Psicoterapia dinámica breve: introducción teórica y técnica*. Sevilla: Repiso Libros.
- SIFNEOS, P. E. (1965). Seven-year's Experience with Short-Term Dynamic Psychotherapy. *6th International Congress of Psychotherapy; Selected Lectures*. Nueva York: S. Karger.
- SIFNEOS, P. E. (1967). Two Different Kinds of Psychotherapy of Short Duration. *American Journal of Psychiatry*, 123, 10-69.
- SIFNEOS, P. E. (1968). Learning to Solve Emotional Problems: A Controlled Study of Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy. En R. Porter (comp.), *The Role of Learning in Psychotherapy*. Londres: J. and A. Churchill.
- SIFNEOS, P. E. (1972). *Short Term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Cambridge, USA: Harvard University Press.
- SIFNEOS, P. E. (1987). *Short-Term Dynamic Psychotherapy. Evaluation and Technique, 2th ed.* Nueva York: Plenum Press.
- SIFNEOS, P. E. (1992). *Short-Term Anxiety Provoking Psychotherapy. A Treatment Manual*. Nueva York: Basic Books.
- STRAKER, M. C. (1968). Brief Psychotherapy in an Outpatient Clinic: Evolution and Evaluation. *American Journal of Psychiatry*, 124, 35- 75.