



Capítulo 11/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

PSICOTERAPIA BREVE: PERSPECTIVA GENERAL

Trabajamos para su tranquilidad...

Psicoterapia breve: perspectiva general

James E. Groves, MD

Mark A. Blais, PsyD

John B. Taylor, MD, MBA

Puntos clave

- Las terapias a corto plazo suelen durar de 12 a 36 sesiones y se centran en un solo problema o síntoma (llamado foco o sector), excluyendo activamente otros problemas menos importantes.
- Las terapias breves difieren entre sí en cómo se elige y se aborda el foco, cómo se aprovecha la relación terapeuta-paciente y si el campo de acción es intrapsíquico o interpersonal.
- La psicoterapia interpersonal (PIP) evita las interpretaciones intrapsíquicas y se distingue por ser el método más versátil, de mayor apoyo y el menos invasivo.
- Los cuatro tipos principales de terapia a corto plazo son la psicodinámica, la cognitivo-conductual (incluida la terapia dialéctica conductual), la interpersonal y la ecléctica.
- La psicoterapia breve ecléctica combina características de las otras tres y comienza con el acontecimiento precipitante para definir un foco; trabaja en el fortalecimiento de las defensas, en el manejo de los afectos y las adicciones, y en el desarrollo de habilidades de relación.

Perspectiva general

A pesar de la noción de que la psicoterapia es un esfuerzo a largo plazo, la mayoría de los datos indican que, tal como se practica en el mundo real, tiene una duración limitada. Por tanto, suele ser una «terapia breve» incluso si su duración no se especifica como tal al inicio del tratamiento. Mucho antes de que se sintiera el impacto del control de la atención sanitaria a escala nacional, los estudios demostraron consistentemente que la psicoterapia ambulatoria duraba normalmente entre 6 y 10 sesiones. Los datos sobre la utilización de la psicoterapia ambulatoria a nivel nacional obtenidos en 1987 –al inicio de la instauración del control de la atención sanitaria– demostraron que el 70% de los usuarios de psicoterapia recibieron 10 sesiones o menos. Solo el 15% de esta amplia muestra recibieron 21 visitas o más.¹

El control de la atención sanitaria, que dictaminó cada vez más cómo los psiquiatras debían ser remunerados, se volvió contrario a los tratamientos psicodinámicos abiertos que, en ese momento, tenían poca evidencia científica sobre la cual basar su valía. Las aseguradoras empujaron a la psiquiatría a usar tratamientos más cortos que disminuyeron la duración del contacto médico-paciente. A partir de ese momento, creció la dependencia de la farmacoterapia y la visita con «cheque médico». Una confluencia de factores, incluida una creciente base de evidencia científica, una fácil manualización y las restricciones impuestas por el control de la atención sanitaria, también desembocó en el empleo de psicoterapias breves y limitadas en el tiempo. La investigación demostró la eficacia relativa de estas terapias. Un metaanálisis de 2011 con 38 estudios que evaluaron el uso de la psicoterapia interpersonal (PIP) para el tratamiento de la depresión unipolar confirmó su eficacia con y sin farmacoterapia asociada.²

Aunque la literatura científica demuestra que la eficacia de la terapia cognitivo-conductual (TCC), la PIP y otras formas de psicoterapia breve es muy amplia, el conjunto de datos que demuestran que su eficacia es rentable es menor, aunque está creciendo. Un estudio con 707 individuos evaluó tanto la eficacia como la rentabilidad de la sertralina, la PIP y la sertralina más la PIP en el tratamiento de la distimia³. Dos años después del tratamiento, los dos grupos que recibieron sertralina tuvieron una mejoría clínica similar –en ambos fue mayor que en el grupo que recibió solo PIP–, pero el grupo que recibió el tratamiento combinado supuso un coste, de media en 2 años, de unos 480 dólares menos por persona. Otro estudio⁴ evaluó el uso de la psicoterapia dinámica intensiva a corto plazo, adaptada a partir de las técnicas de Davanloo para el tratamiento de pacientes con trastornos de la personalidad. Además de demostrar que la terapia era eficaz, el estudio estimó que, debido a la mejoría de los síntomas, el coste durante 2 años habría quedado reducido a un tercio del coste del tratamiento habitual. Entre los pacientes identificados como altamente dependientes de la atención sanitaria, se encontró una reducción significativa de los costes de quienes fueron incluidos en un tratamiento de 8 semanas de PIP psicodinámica, en los 6 meses siguientes a la psicoterapia, en comparación con quienes reciben el tratamiento habitual.⁵ Por el contrario, varios estudios^{6,7} encontraron que las psicoterapias breves no eran rentables en comparación con el tratamiento habitual. Lave et al.⁸ encontraron que la PIP era solo discretamente menos eficaz y ligeramente más cara que la nortriptilina en el tratamiento de la depresión mayor.

Debido a que el tratamiento psiquiátrico no es único para todos los casos, las psicoterapias breves siempre tendrán su lugar al crear planes terapéuticos. Y, debido a que la psicoterapia breve planificada es de duración limitada, es probable que las aseguradoras continúen reembolsando sus costes. Sin embargo, requiere una participación activa y un compromiso temporal importante de los pacientes, así como más mano de obra y un mayor coste inicial que las simples visitas de psicofarmacología. A medida que las reducciones en los costes de la atención médica se han convertido en un objetivo declarado de numerosas entidades –aseguradoras, hospitales, gobiernos estatales y federales– la psicoterapia breve puede ser requerida con más frecuencia para ayudar a controlar los costes de los pacientes más dependientes de la atención sanitaria, muchos de los cuales tienen enfermedades psíquicas con inmensa morbilidad médica concomitante. Serán necesarios más estudios que demuestren que un coste inicial razonable dará lugar a reducciones significativas en el gasto de la atención sanitaria.

Este capítulo sobre psicoterapia breve se centrará inicialmente en las «escuelas» específicas de los tratamientos a corto plazo. Luego se resumirá la «esencia» de la mayoría de las terapias breves: la brevedad, la selección, el foco y la actividad específica del terapeuta.

Historia de la psicoterapia breve

Hacia finales del siglo XIX, cuando Breuer y Freud inventaron el psicoanálisis, los síntomas histéricos definieron el enfoque de su trabajo. Estos primeros tratamientos eran de corta duración, el terapeuta participaba activamente en ellos y, básicamente, los pacientes desesperados se ofrecían a participar en esta incipiente empresa. Con el tiempo, la asociación libre, la evaluación de la transferencia y el análisis de los sueños reemplazaron a la hipnosis y a la sugestión directa. Así, a medida que el psicoanálisis evolucionó, la duración del tratamiento aumentó y la actividad del terapeuta disminuyó.

La manipulación del intervalo y del espaciamiento entre las sesiones (el «marco» terapéutico) de Alexander (1971) evaluó el impacto de la disminución de la frecuencia de las sesiones, su espaciamiento irregular, los períodos festivos sin terapia y los programas de tratamiento prescritos por el terapeuta (y no por el paciente o los síntomas). Todas estas modificaciones en el marco terapéutico mejoraron la orientación de la realidad externa de la psicoterapia. Posteriormente, la Segunda Guerra Mundial proporcionó un gran número de pacientes que necesitaron tratamiento para la «neurosis de guerra» y la «fatiga de batalla». El tratamiento de los soldados de Grinker y Spiegel (1944) determinó la brevedad en el arsenal terapéutico. Durante este período también Lindemann (1944) desarrolló su trabajo con los supervivientes del incendio de Cocoanut Grove –centrando su enfoque en el proceso de duelo–.

La era moderna comenzó en los años sesenta, cuando Sifneos y Malan desarrollaron de forma independiente las primeras psicoterapias a corto plazo teóricamente lógicas. El aumento de la actividad del terapeuta de Ferenczi y Rank, la intervención tras una crisis de Lindemann, el impulso por la brevedad de Grinker y Spiegel, el marco terapéutico flexible de Alexander y French, y el hallazgo y el mantenimiento del foco de Balint fueron innovaciones técnicas, pero ninguna constituyó un método totalmente nuevo. Tanto Malan como Sifneos inventaron formas de trabajo que no eran un conjunto de técnicas, sino una terapia completamente nueva, con un cuerpo lógico de teorías, de las cuales surgió una manera organizada y específica de proceder.^{9,10}

Con el tiempo, a medida que se hicieron más breves, las terapias se volvieron más focalizadas y el terapeuta fue siendo más activo. Sin embargo, la brevedad, el foco y la actividad del terapeuta son formas en las que las terapias a corto plazo difieren, no solo de la terapia a largo plazo, sino típicamente también entre ellas. La selección del paciente constituye la cuarta «esencia» en la descripción de las psicoterapias a corto plazo. La [tabla 11-1](#) muestra la brevedad, la selección, el foco y la actividad del terapeuta como los principios organizadores de las terapias resumidas en las columnas de cada «esencia».

Tabla 11-1

«Esencias» de las terapias a corto plazo

Terapias a corto plazo	Breves (n.º de sesiones)	Selección	Foco	El terapeuta es	Actividad
Sifneos (provocador de ansiedad, analítica)	12-20	Normas muy estrictas: «hasta el 2-10% de la población clínica»,* conflicto edípico, duelo; motivación esencial; mentalidad	Muy estrecho: conflicto edípico, dolor, nivel inconsciente, transferencia	Profesor	Interpreta la transferencia, resistencia La transferencia idealizadora se convierte en una transferencia ambivalente

Terapias a corto plazo	Breves (n.º de sesiones)	Selección	Foco	El terapeutas	Actividad
		psicológica probada con interpretación experimental			
Malan (analítica)	20-30 Fecha fijada*	Similar a Sifneos: paciente sano pero con algún trastorno de la personalidad; capaz de trabajar analíticamente; responde a la interpretación experimental con afecto intensificado y asociaciones aumentadas si el foco es correcto	Estrecho, implícito (el terapeuta lo encuentra), inconsciente, similar a Sifneos (provocando ansiedad)	Médico	Similar a Sifneos; «introspección» considerada como curativa
Davanloo (analítica)	1-40 (aprox. 25)	Menos saludable que el grupo de Sifneos: «hasta el 30-35%»; algunas personalidades fóbicas, obsesivas o masoquistas de larga evolución, pero deben	Más amplio, pero similar a Malan y Sifneos, mayor resistencia e ira retroflexiva	Crítico*	Confrontación de la resistencia, especialmente en torno a la ira, triángulos defensa/afecto/impulso (D/A/I; conflictos) y objeto actual/terapeuta/padre (O/T/P; personas)

Terapias a corto plazo	Breves (n.º de sesiones)	Selección	Foco	El terapeutas	Actividad
		responder a la primera sesión de «terapia experimental»			
Mann (existencial)	Exactamente 12, ni más, ni menos*	Selección más amplia de pacientes, pero habitualmente no pacientes con trastornos límite; algunas fortalezas del ego, especialmente en pacientes pasivo-dependientes y adolescentes con retraso del desarrollo	Foco más amplio (la propia duración_) y «problema central»; finalización; estado afectivo	Ayudante empático	El terapeuta, al estar con el paciente durante la separación, ayuda a dominar la etapa de desarrollo en la que los padres fracasaron con el paciente
Cognitiva	1-14 si es agudo; 24 más si es crónico	Paciente no psicótico; en crisis; afrontamiento previo; no deterioro cognitivo o trastorno límite	«Pensamientos automáticos» conscientes	Orientador o director*	El terapeuta ayuda a definir las consignas directivas, las refuta, asigna tareas,* ordena la práctica de los nuevos conocimientos y conductas
Conductual	12-36, pero muy variable	Pacientes no maníacos, psicóticos, suicidas ni adictos activos	Conductas* en el presente (p. ej., TOC); síntomas traumáticos (p. ej., ansiedad),	Orientador o médico, a veces con visita in situ*	Exposición, desensibilización sintomática, visualización, relajación (respiración, reflexión)

Terapias a corto plazo	Breves (n.º de sesiones)	Selección	Foco	El terapeuta es	Actividad
			fobias (específicas y sociales)		
Interpersonal	12-16	Pacientes deprimidos en cualquier estado de salud, con duelo o déficit, o conflictos interpersonales que causan inadaptación o depresión	Campo interpersonal, no mecanismos intrapsíquicos	Orientador o médico (habitualmente manejo manual)	Define conflictos interpersonales, transiciones de papeles; ayuda a redefinir conductas interpersonales*
Ecléctica	Horowitz: 12		Interpersonal + cognitivo	Asesor	Combina todas las estrategias previas, especialmente intervenciones dirigidas a apuntalar las defensas, reparar los daños causados por la respuesta al estrés
	Budman: 20-40 distribución variable,* opción de más sesiones	Varios estados de salud (excepto enfermedades orgánicas y psicóticas), pero evoluciona en relación con dicho estado	Acontecimiento precipitante interpersonal + de desarrollo + existencial	Médico	
	Leibovich: 36-52		Un rasgo límite problemático: * por ejemplo, baja tolerancia a la frustración	Persona real	

* Característica distintiva.

Psicoterapias breves modernas

Hay cuatro escuelas generales de psicoterapia breve:

- (1) Psicodinámica.
- (2) Cognitivo-conductual.
- (3) Interpersonal.
- (4) Ecléctica.

Cada una tiene sus indicaciones y sus contraindicaciones,¹¹⁻¹³ pero debe reconocerse desde el principio que no hay pruebas concluyentes de que una psicoterapia a corto plazo sea más eficaz que otra.¹⁴⁻¹⁷ La PIP evita las interpretaciones intrapsíquicas y tiene fama de ser el método más versátil, de mayor apoyo y el menos invasivo.¹⁸ Sin embargo, en la práctica, la pureza de la técnica se pierde y la mayoría de las terapias en la vida real seguramente derivan hacia el método ecléctico.

Terapias psicodinámicas a corto plazo

Las terapias «interpretativas» a corto plazo se caracterizan por su brevedad, por un foco limitado y por una cuidadosa selección de pacientes, pero su característica común es la naturaleza de la actividad del terapeuta. La interpretación psicoanalítica de las defensas y la aparición de conflictos inconscientes en la transferencia aparecen en otras terapias a corto plazo (y a menudo se minimizan), pero solo aquí la interpretación y la introspección forman la vanguardia del método y, como en el psicoanálisis, son los principales agentes «curativos». La terapia provocadora de ansiedad de Sifneos (1972, 1992) es un ejemplo perfecto de una psicoterapia psicodinámica breve. Este tratamiento dura de 12 a 20 sesiones y se centra estrictamente en los problemas (como el fracaso en el duelo, el miedo al éxito, o las relaciones amorosas conflictivas o «triangulares»). El terapeuta actúa como una figura independiente y didáctica que se aferra al foco y que desafía al paciente a renunciar tanto a la dependencia como a la intelectualización, al tiempo que se enfrenta a conflictos que generan ansiedad. Se puede pensar en este método como en un análisis clásico de defensa de nivel edípico con todos los períodos de tranquilidad eliminados. Una característica limitante es que solo es útil en el 2-10% de la población, el subgrupo capaz de tolerar una incesante ansiedad sin actuar. Por contra, la terapia supresora de ansiedad de Sifneos sirve para pacientes menos sanos que son capaces de mantener un trabajo y reconocer la naturaleza psicológica de su enfermedad, pero que son incapaces de tolerar la ansiedad de niveles psicoterapéuticos más profundos. La psicoterapia provocadora de ansiedad es más larga, menos orientada a la crisis y dirigida a la producción de ansiedad –que luego se utiliza como palanca para obtener el material de la transferencia–. (En el psicoanálisis emerge la transferencia, pero en la terapia a corto plazo solo se obtiene algunas veces.)

El método de Malan^{19,20} es similar, pero el terapeuta discierne y mantiene el foco sin definirlo explícitamente para el paciente. (En la evaluación inicial, si el terapeuta tiene en mente el foco correcto, se logrará una mayor profundización en el afecto y un aumento en las asociaciones a medida que el terapeuta vaya evaluándolo.) Una característica única de este tratamiento es que Malan establece una fecha límite una vez el objetivo está a la vista y el paciente demuestra la capacidad de trabajar por su cuenta. Una fecha fija (en lugar de un habitual número establecido de sesiones) evita alargar la terapia, si la actuación causa pérdidas de sesiones o errores de programación.

El trabajo de Malan es una reminiscencia de la escuela británica de relaciones objetales. Al igual que Sifneos, ve la interpretación como curativa, pero apunta menos a las defensas que

a los objetos con los que están relacionadas. En otras palabras, el terapeuta llamará la atención sobre la conducta hacia el terapeuta, pero en lugar de preguntar qué afecto está siendo ocultado, Malan pretende descubrir más sobre el primer objeto del conflicto central que inicialmente estableció la transferencia. El trabajo posterior de Malan convergió hacia el de Davanloo,^{15,21,22} de tal forma que su enfoque y el de Malan son conceptualmente similares.

El método de Davanloo puede parecer drásticamente diferente de todos los demás en cuanto a la actividad del terapeuta. La claridad, la presión y el desafío inexorables, graduados y calculados del terapeuta provocan la ira, que es utilizada para desenterrar la transferencia que se oculta tras la «resistencia del superego». Davanloo comienza por criticar la pasividad del paciente, su retraimiento o vaguedad, al tiempo que señala el lenguaje corporal y las expresiones faciales que lo demuestran. En los pacientes que no se descompensan o se retiran, se ofrece una interpretación experimental: la necesidad del paciente de fracasar y su torpeza en la entrevista ocultan su hostilidad hacia el terapeuta; la necesidad del paciente de convertirse en un «lisiado», de ser «amputado» y «condenado» oculta su rabia.

El terapeuta trabaja con un «triángulo de conflictos» –que va desde la evaluación de las defensas hasta la identificación del afecto, el impulso o la conducta– en relación con un «triángulo de personas». Este triángulo de personas comienza con un objeto problemático actual, mencionado en la primera mitad de la entrevista inicial. Entonces la evaluación se traslada al terapeuta, que el paciente acaba de proteger de su ira, y luego al progenitor que enseñó dichos patrones en primer lugar. Uno o dos circuitos alrededor del «triángulo de conflictos» en relación con los tres puntos del «triángulo de personas» constituyen la «terapia experimental». Esta es una versión más elaborada de las interpretaciones experimentales utilizadas por Malan y Sifneos para evaluar la motivación y la mentalidad psicológica. Los pacientes de Davanloo carecen de la capacidad de distinguir los diversos puntos del «triángulo de conflictos [defensa/afecto/impulso]» o experimentar directamente sus efectos negativos. Al hacer merodear el triángulo D/A/I alrededor del «triángulo de personas [objeto actual/terapeuta/padre]», Davanloo obliga al paciente pasivo a sentir y crea una experiencia de control en el paciente.

Se trata de individuos sin problemas psicóticos, adictivos ni orgánicos, que tienen una combinación de hostilidad de retroflexión y de superegos punitivos pero, al mismo tiempo, suficiente ego observador como para descartar su aparente rigidez. Sus pacientes encuentran apoyo en el método aparentemente riguroso de Davanloo. Se dice que hasta el 35% de la población tratada lo tolera, un porcentaje mayor de lo que Sifneos o Malan proclamaban. Los fracasos de la «terapia experimental» de Davanloo suelen estar relacionados con la terapia cognitiva.

El método dinámico-existencial de James Mann^{23,24} se basó en un límite estricto de exactamente 12 sesiones. El tiempo no es solo una realidad, y una parte del marco de trabajo, sino también una herramienta terapéutica real. En 12 sesiones, que Mann escogió arbitrariamente, da tiempo suficiente para realizar un trabajo importante, pero también es lo suficientemente corto como para poner al paciente bajo presión. Este número de sesiones sin aplazamientos es a la vez tiempo escaso y suficiente, lo que empuja al paciente y al terapeuta contra la realidad existencial que ambos tienden a negar: el tiempo se agota.

Ninguna otra terapia a corto plazo parece requerir tanto del terapeuta. E, incluso si este método no atrae a todos los terapeutas a corto plazo, casi todos los teóricos posteriores en el campo parecen haber sido influenciados por Mann hasta cierto punto –incluso Budman y Gurman,²⁵ cuyo uso del tiempo parece tan distinto del de Mann–. A continuación se describe

este método más detalladamente, de forma que la interacción de la actividad del terapeuta con las fases del tratamiento quedará claramente definida.

Subyacente al foco que el paciente aporta, Mann plantea un «problema central» (análogo al conflicto central) en relación con el problema más importante, «el tiempo en sí mismo». El terapeuta es un cronometrador que permanece existencialmente con el paciente a través de separaciones, ayudándole a dominar las etapas de desarrollo en las que los padres fallaron al paciente. El punto de partida teórico de Mann (que probablemente siguió el hallazgo empírico de que 12 sesiones eran las correctas) es la noción de Winnicott²⁶ de que el sentido del tiempo está íntimamente conectado con la prueba de realidad, una «capacidad de preocupación» y unas relaciones de objeto intactas. Una mejor sensación del tiempo y sus límites es el terreno para cultivar un mejor sentido de los objetos.

Durante la evaluación, el terapeuta empieza a pensar en el «problema central» (como los problemas con la separación, el dolor no resuelto o el fracaso para pasar de una etapa de desarrollo a otra –especialmente la adolescencia tardía–). Este problema central no se expresa en términos de impulso o defensa, sino existencialmente, en términos de sufrimiento crónico del paciente. Si al paciente le convence esta explicación, el terapeuta solicita su acuerdo para trabajar con él durante un total de 12 sesiones. En ese momento el paciente expresará cierta incredulidad con respecto a que 12 sesiones sean suficientes. Sin embargo, si la evaluación ha sido adecuada y el método se ajusta a ese paciente, el terapeuta debe mirarlo a los ojos y decirle que 12 sesiones –y solo 12– serán suficientes.

Las primeras sesiones estarán marcadas por un flujo de datos y por la formación de una transferencia positiva o idealizadora. Durante esta fase, el trabajo del terapeuta es mantener el foco en el problema central y permitir el desarrollo de un sentido de la perfección. Alrededor de la cuarta sesión, a menudo aparecen la desilusión y el retorno al foco de los síntomas. En este punto, el terapeuta hace la primera interpretación de que el paciente está tratando de evitar ver que el tiempo es limitado y evitar sus sentimientos acerca de la separación. Esta secuencia se repite, y se profundiza en ella hacia la mitad de la terapia.

Después de la mitad de la terapia, en torno a la sexta sesión, a menudo se produce una resistencia manifiesta, quizá con un retraso o ausencia por parte del paciente, y la aparición de una transferencia negativa. El terapeuta examina estos hechos de una manera empática y acogedora mientras evalúa internamente los problemas de contratransferencia que pueden impedir el trabajo. Finalmente, en las últimas sesiones se lleva a cabo el trabajo a través del pesimismo del paciente y la rememoración de los recuerdos inconscientes y los malos acontecimientos de separación previos, junto con la expectativa de una repetición del pasado. A través de la honesta aceptación del terapeuta de la ira del paciente y la ambivalencia de la finalización, el paciente pasa de un estado de miedo neurótico por la separación y su depresión asociada, a un punto en que el paciente es ambivalente, está triste, es autónomo y, en términos reales, optimista.

Terapias cognitivo-conductuales breves

Las terapias conductuales tienen una historia de varias décadas y un buen historial de éxitos. Las terapias cognitivas son las herederas de esa historia previa. Lo que ambas tienen en común es que ninguna de las dos va dirigida a tratar las «causas profundas» de los trastornos de salud mental, sino que se centran casi exclusivamente en las manifestaciones externas del paciente. Estos tipos de terapia «no psicológica» o «no orientada hacia la introspección» se

emplean mucho, desde el punto de vista tanto de los pacientes como de los problemas. (Para más información sobre las TCC, véase el [capítulo 16](#).)

El método de Aaron Beck²⁷⁻²⁹ tiene como objetivo llevar los pensamientos «automáticos» (preconscientes) del paciente a la conciencia y demostrar cómo estos pensamientos afectan a la conducta y los sentimientos. El impulso básico es desafiarlos conscientemente y practicar nuevas conductas que cambien la imagen del mundo y de uno mismo en él. Beck dice que la interpretación de un individuo de los acontecimientos en el mundo está encapsulada en estos pensamientos fugaces, que a menudo son conocimientos existentes en los márgenes de la conciencia. Estos «pensamientos automáticos» median entre un acontecimiento y la respuesta afectiva y conductual. El paciente trabaja bajo un conjunto de consignas que, por su función de etiquetado, hacen que su visión del mundo sea rígida e inhiben la experimentación con nuevas conductas.

El terapeuta programa activamente la actividad cotidiana del paciente y le pide que enumere con detalle sus actividades diarias reales y que califique el grado de «maestría» y «placer» en cada una de ellas. Esto permite al terapeuta revisar la semana con el paciente y esculpir conductas. Los ensayos cognitivos también se utilizan para ayudar al paciente a prever obstáculos en la siguiente semana. El terapeuta explica repetidamente la premisa principal del modelo cognitivo, que una consigna intermedia se encuentra entre un evento y la reacción emocional. Esta consigna puede tomar una forma verbal o pictórica. Entonces, el terapeuta, usando el cuestionamiento socrático, obtiene del paciente declaraciones de hechos que conducen a una conceptualización más precisa del problema, mientras interfiere activamente en la reiteración obsesiva del paciente del conjunto cognitivo negativo. La participación del paciente en el proceso de razonamiento proporciona la oportunidad de experimentar la terapia antes de ponerla en práctica. La mayor parte del trabajo, sin embargo, no se realiza en las sesiones, sino en tareas fuera de la consulta en las que el paciente lleva a cabo las prescripciones del terapeuta.

Terapia interpersonal

La PIP, desarrollada por Klerman et al.,³⁰ es un tratamiento muy formalizado («manualizado»). Se desarrolló principalmente para tratar a pacientes con una depresión relacionada con un duelo o una pérdida, conflictos interpersonales, transiciones de papeles o déficits de habilidades interpersonales, pero su utilidad se ha extendido más allá de la depresión para incluir, entre otros, los conflictos de parejas, los trastornos de la personalidad y el trastorno bipolar.

El ajuste temperamental entre el paciente y el terapeuta juega un papel importante. Crits-Christoph¹⁴ señala que «los pacientes que tienen más interés en evaluar los sutiles y complejos significados de los acontecimientos y transacciones interpersonales son mejores candidatos» a recibir el tratamiento de apoyo expresivo, mientras que aquellos con un estilo más concreto pueden preferir la terapia cognitiva o la PIP (Crits-Christoph,¹⁴ pág. 157). Esta psicoterapia resta importancia a la transferencia y se centra no en el contenido mental, sino en el proceso de interacción del paciente con los demás. En la PIP, la conducta y las comunicaciones se toman al pie de la letra. En consecuencia, a los terapeutas que necesitan encontrar creatividad en su trabajo puede no agradarles la PIP. La fortaleza del método es que presenta poco riesgo de daño yatrógeno, incluso para el paciente frágil y hasta en manos de un terapeuta inexperto.

Los teóricos de la PIP reconocen su deuda con otras terapias en su posicionamiento y sus técnicas, pero reclaman su distinción en cuanto a sus «estrategias», una serie ordenada de pasos en la evaluación y el tratamiento. En los pacientes con depresión relacionada con un duelo, primero revisan los síntomas depresivos, los relacionan con la muerte del ser querido, reconstruyen la relación perdida, construyen una narrativa de la relación, exploran sentimientos negativos y positivos, y consideran las opciones del paciente para comenzar a relacionarse de nuevo con otras personas.

En pacientes con conflictos interpersonales que causan depresión, realizan una revisión de síntomas, relacionan el inicio de los síntomas con el conflicto, recogen los antecedentes de la relación, analizan minuciosamente las expectativas de rol y se centran en la corrección de las expectativas no recíprocas.

En pacientes con transiciones de roles, revisan los síntomas, los relacionan con el cambio de vida, revisan los aspectos positivos y negativos de los roles nuevos y antiguos, revisan las pérdidas, ventilan los sentimientos y encuentran nuevas opciones de desempeñar un papel. Finalmente, en pacientes con déficits interpersonales que conducen a la depresión, revisan los síntomas y los relacionan con su aislamiento social o su insatisfacción, repasan sus relaciones previas, exploran patrones repetitivos y (a diferencia de las terapias conductuales) analizan los sentimientos conscientes positivos y negativos del paciente en relación con el terapeuta, utilizándolos para evaluar los patrones de inadaptación obtenidos previamente.

Como un ejemplo del método, a continuación se presenta un algoritmo para el análisis de la comunicación. Los terapeutas deberían identificar:

- (1) Comunicación ambigua o no verbal.
- (2) Suposiciones incorrectas que de hecho se han transmitido.
- (3) Suposiciones incorrectas que se han entendido.
- (4) Comunicación verbal innecesariamente indirecta.
- (5) Silencios inapropiados: cierre de la comunicación.

Si el terapeuta identifica uno o más de estos puntos, pasa a otra lista para la evaluación de la propia relación terapéutica con el fin de proporcionar ejemplos concretos al paciente. Posteriormente se realiza un análisis de decisiones, la principal técnica orientada a la acción de la PIP, que se utiliza para ayudar al paciente a diagnosticar y tratar los problemas interpersonales que han originado la depresión encontrando otras opciones.

Strupp et al.³¹ también reivindican el modelo interpersonal.³² Con él, el foco que aporta el paciente ayuda al terapeuta a generar, reconocer y organizar los datos terapéuticos. El foco se materializa normalmente en forma de un síntoma cardinal, un conflicto o punto muerto intrapsíquico específico, un cuadro inadaptado de sí mismo o un dilema interpersonal persistente. Se supone que ejemplifica un patrón central de conducta de papeles interpersonales en el que el paciente se proyecta a sí mismo inconscientemente. El método de estas evaluaciones es narrativo, «la narración de una historia para uno mismo y para otros. Por tanto, el foco se organiza como una descripción esquemática de la historia» que proporciona una estructura para «narrar las principales historias interpersonales» de la vida de un paciente (Strupp y Binder,³¹ pág. 68).

Esta narración contiene cuatro elementos estructurales o tramas secundarias que son las claves de la terapia:

- (1) Actos de uno mismo.
- (2) Expectativas de las reacciones de los demás.
- (3) Actos de los demás hacia uno mismo.
- (4) Actos de uno mismo hacia sí mismo.

Mientras aprende esta narrativa, se espera que, al mismo tiempo, el terapeuta señale continuamente cómo estos patrones cíclicos causan inadaptación y dolor recurrentes. La narración y la edición concomitantes de estas cuatro tramas secundarias forman la base del método Strupp.

El método del tema central del conflicto en la relación (TCCR) es otra terapia formalizada que evalúa las narrativas. Basándose en el TCCR de Luborsky,³³⁻³⁵ se asume que cada paciente tiene un patrón de transferencia predominante y específico, y que dicho patrón se basa en una experiencia temprana, se activa en las relaciones importantes, distorsiona esas relaciones, se repite constantemente a lo largo de su vida y aparece en la relación terapéutica. Sin embargo, la principal diferencia entre el método del TCCR y las evaluaciones de las transferencias de numerosas terapias breves dinámicas es el método sistemático y activo de extracción del TCCR.

El foco en la terapia TCCR, la «relación conflictiva fundamental», se descubre al obtener varios episodios relacionales (ER), descripciones de los problemas que aparecen en las relaciones presentes y pasadas. A partir de estas descripciones de los ER, se analizan atentamente tres componentes: el deseo del paciente (D) en las relaciones; la respuesta de los demás (RD), real o anticipada, y la respuesta de sí mismo (RS) del paciente. En la primera fase del tratamiento, se toma nota de la repetición del TCCR. En la segunda fase, se trabajan las raíces de las RD en la infancia. En la última fase, el aumento de la RD y la RS del paciente, la respuesta de los demás y de sí mismo, estimulado por la terminación, se analiza en el contexto de una mayor percepción consciente de D.

Terapias eclécticas

Las terapias «eclécticas» breves^{9,36} se caracterizan por la combinación e integración de múltiples teorías y técnicas.

Horowitz et al.³⁷⁻³⁹ están en deuda con la abundante literatura científica existente sobre el estrés, el afrontamiento y la adaptación, y que abarca los dominios cognitivo, conductual, fenomenológico y psicológico del ego. El punto de partida es la respuesta al estrés normal: el individuo percibe el acontecimiento, como, por ejemplo, una pérdida o una muerte. Entonces la mente reacciona con protestas («¡no, no!») y luego con la negación («¡no es cierto!»). Estos dos estados, la negación y la protesta, se alternan para que la experiencia subjetiva sea una intrusión no deseada de la imagen de lo perdido. Con el tiempo, el «trabajo de duelo» prosigue de modo que su «elaboración» conduce a la conclusión.

El lado patológico de esta respuesta normal al estrés se produce en la etapa de percepción del acontecimiento cuando el individuo está abrumado. En la fase de protesta hay pánico, confusión o agotamiento. En la fase de negación hay evitación o renuncia inadaptada mediante suicidio, consumo de drogas y alcohol, disociación o histeria contrafóbica. En la etapa más compleja de intrusión, el individuo experimenta la alternancia de estados en los que está inmerso en la tristeza y el miedo, la rabia y la culpa, que alternan con el entumecimiento. Si se está bloqueando la actividad física, se producen estados de hibernación o congelación, de constricción o respuestas psicósomáticas. Si no se alcanza una conclusión, en última instancia, se produce una incapacidad para trabajar o para amar.

La terapia de Horowitz continúa, como los modelos más antiguos de Lindemann o Grinker y Spiegel, entrelazada con la psicología del ego y la teoría del procesamiento de la información. El terapeuta identifica el foco –en esta terapia, por lo general un acontecimiento traumático

o una pérdida— e intenta determinar si el paciente está en una fase inadaptada de negación o de intrusión. En la fase de negación, la percepción y la atención se ven afectadas por un estado de aturdimiento y por una falta de atención selectiva. Hay amnesia parcial o aislamiento emocional. El procesamiento de la información se ve afectado por la negación de significados. Se pierde una sensación realista de conexión con el mundo. Hay un entumecimiento emocional.

Cuando el paciente está atascado en la fase de intrusión de la respuesta al trauma, la percepción y la atención están marcadas por hipervigilancia, conciencia hiperactiva e incapacidad para concentrarse. Se entrometen intensas crisis emocionales o de ansiedad, depresión, rabia o culpabilidad. Los síntomas psicósomáticos son frecuentes en este contexto, como secuelas de la respuesta crónica de lucha o huida.

Se requieren 12 sesiones para centrarse en el acontecimiento estresante reciente y trabajar a través de él. En las primeras sesiones se desarrollarán sentimientos positivos iniciales hacia el terapeuta a medida que el paciente cuenta la historia del acontecimiento. Se produce una sensación de disminución de la tensión a medida que se establece la confianza. El acontecimiento traumático se relacionará con la vida del paciente a medida que se recoge la historia psiquiátrica. En la fase media de la terapia, el paciente prueba al terapeuta y el terapeuta provoca asociaciones en esta etapa de la relación. Se produce un realineamiento del foco, con interpretaciones superficiales no amenazantes de las resistencias de la transferencia. Se le pide al paciente que entienda por qué estas resistencias son razonables en ese momento basadas en relaciones pasadas. La alianza terapéutica se vuelve más profunda a medida que esta fase continúa y el paciente trabaja sobre lo que se ha evitado. Se produce además una interpretación de las defensas y de los contenidos protegidos, asociando estos contenidos al acontecimiento estresante. En las últimas sesiones de la fase media, las reacciones de transferencia hacia el terapeuta se interpretan más profundamente a medida que ocurren. Se continúa trabajando a través de conflictos principales que surgen cuando al final se relacionan con la vida del paciente. Como conclusión, hay un reconocimiento de los problemas, así como de las ganancias reales, y el esbozo del futuro trabajo, por ejemplo, el aniversario de la muerte o la pérdida.

Una característica importante del trabajo de Horowitz son los estilos defensivos. El estilo histérico de la personalidad conlleva una incapacidad para centrarse en los detalles y una tendencia a sentirse abrumado por todo; el estilo compulsivo es el contrario, con el paciente incapaz de experimentar el afecto debido a los detalles. El terapeuta actúa en cualquier caso para complementar el componente ausente y para amortiguar el componente que desborda al paciente. Con el histérico difuso global, el terapeuta preguntará por los detalles; con el obsesivo, el terapeuta trabajará con los afectos.

En el paciente límite la tendencia a dividirse se amortigua anticipando que, con vergüenza y rabia, va a existir una distorsión del mundo del paciente en sus buenas y malas polaridades. Para el paciente con un estilo de personalidad narcisista, la tendencia a exagerar o a minimizar las acciones personales será leve pero firmemente confrontada. Al paciente esquizoide se le permite el espacio interpersonal. Una de las grandes ventajas del método de Horowitz es que no compite con otras escuelas de psicoterapia a corto plazo y puede integrarse o añadirse paralelamente.

La teoría ecléctica breve de Budman y Gurman²⁵ se basa en el enfoque interpersonal, de desarrollo y existencial (IDE). Una característica importante en este caso es la creencia de que el máximo beneficio de la terapia ocurre de forma precoz y el momento adecuado para el cambio con el tratamiento será temprano. Comienzan con un enfoque sistemático que

empieza con la razón por la cual el individuo busca la terapia en ese momento. Se recogen la edad del paciente, su fecha de nacimiento y cualquier acontecimiento o aniversario relacionado con su fase de desarrollo. Se revisan los cambios importantes en el apoyo social del paciente. Especialmente importante en el sistema de Budman-Gurman es el consumo de drogas y otras sustancias, y el modo en que contribuye a que el paciente se presente a la terapia en ese momento.

Ninguna de estas ideas es novedosa, pero la forma en que se combinan sistemáticamente se realiza de forma correcta para la obtención del acontecimiento precipitante, y de su relación con el foco y con la fase del desarrollo, y para el funcionamiento a través del equilibrio de diversas técnicas. Los principales focos en la perspectiva IDE son los siguientes:

- (1) Pérdidas.
- (2) Disincronías del desarrollo.
- (3) Conflictos interpersonales.
- (4) Presentaciones sintomáticas.
- (5) Trastornos de la personalidad.

Budman y Gurman²⁵ no son pretenciosos al pensar que un solo ciclo terapéutico es capaz de curar al paciente por completo, y acogen al paciente de nuevo en las sucesivas fases evolutivas y crisis de desarrollo. Un valor concreto de este tratamiento es que no es perfeccionista, tanto en la conclusión de una fase terapéutica concreta como en la ausencia de un sentimiento de fracaso al reanudar el tratamiento. La imagen que se desarrolla de este enfoque es de grupos terapéuticos ordenados a lo largo de los importantes puntos nodales en el desarrollo del individuo.

Características principales de la terapia breve

Evaluación inicial

La selección del paciente comienza y termina con la evaluación inicial. Los pacientes que deben excluirse de la terapia a corto plazo son aquellos con trastornos graves y crónicos del eje I que no han respondido completamente al tratamiento biológico, los que presentan trastornos de la personalidad caóticos, los que rechazan específicamente la terapia breve y los pacientes en quienes resulta imposible encontrar un foco o que tienen múltiples focos imprecisos.

Algunos pacientes se beneficiarán de cualquier forma de tratamiento a corto plazo, como, por ejemplo, un estudiante de posgrado hiperactivo que no puede completar una disertación. Sin embargo, entre la hiperactividad y la incapacidad para completar una disertación se encontrarán la mayoría de los casos. Si el paciente está relativamente sano, hay más opciones: Sifneos puede estar fuera del alcance del paciente medio, pero para ellos están Malan, Mann y Davanloo. Si el paciente no está totalmente sano, los métodos de Budman y Gurman pueden funcionar bien, o el de Horowitz, especialmente si existe un acontecimiento traumático que sirva como foco. Si el paciente está bastante incapacitado, el tratamiento supresor de ansiedad de Sifneos resulta útil a menudo, o bien la terapia cognitiva o la PIP, dependiendo de en qué medida los problemas concretos son cognitivos o interpersonales. Incluso algunos pacientes con trastorno de la personalidad límite pueden encontrar ayuda en los métodos de Leibovich. El resumen de este capítulo presenta un diseño muy práctico de la terapia ecléctica.

Selección del paciente

Se recomienda un formato de evaluación en dos sesiones para determinar si un paciente es apropiado. El conjunto de criterios de inclusión y exclusión del [cuadro 11-1](#) es bastante general y engloba la mayoría de las formas de terapia breve. Además, son restrictivas –se descartarán muchos pacientes–. Sin embargo, el uso estricto de estos criterios proporcionará al terapeuta breve inexperto pacientes casi perfectos para la terapia breve.

Cuadro 11-1 Criterios de selección de pacientes para la terapia breve

Criterios de exclusión

- Psicosis activa
- Consumo agudo o grave de drogas y otras sustancias
- Riesgo agudo de autolesionarse

Criterios de inclusión

- Angustia emocional moderada
- Deseo real de alivio
- Problema específico o concreto
- Antecedente de una relación positiva
- Funcional en un área vital
- Capacidad para llevar a cabo el tratamiento

Criterios de exclusión

El paciente no debe presentar un cuadro psicótico activo, consumir drogas continuamente ni presentar un riesgo significativo de autoagresión. El paciente psicótico no será capaz de hacer un uso adecuado de los aspectos lógicos/orientados en la realidad de la terapia breve. Los pacientes que consumen drogas deben remitirse para ser tratados de su adicción a sustancias antes de emprender cualquier forma de psicoterapia. Los pacientes que presentan un riesgo significativo de autoagresión no son adecuados debido a la dificultad de terminar el tratamiento en el tiempo previsto. Estos factores deben considerarse categóricos; la presencia de cualquiera de ellos debería prácticamente excluir a un paciente para una psicoterapia breve.

Criterios de inclusión

El candidato a una terapia breve debe presentar un sufrimiento moderado que le proporcione la motivación suficiente para recibir el tratamiento. El paciente debe desear el alivio personalmente y no haber sido enviado por un empleador, un cónyuge, o debido a alguna situación legal. El paciente debe poder manifestar una causa bastante específica de su dolor o un problema vital concreto –o ser capaz de aceptar las condiciones del terapeuta–. El paciente necesita tener al menos un antecedente de una relación positiva recíproca. El paciente todavía debe mantener su capacidad funcional en al menos un área vital y tener la

capacidad de comprometerse con el acuerdo terapéutico. Se valorarán en el candidato todas estas dimensiones –cuantas más de estas cualidades (en intensidad y número) tenga un paciente, más adecuado será como candidato–.

Desarrollo de un foco

El foco es probablemente el aspecto más incomprendido de la terapia breve.⁴⁰ Muchos autores hablan del «foco» de una manera circular y misteriosa, como si todo el éxito del tratamiento dependiera de encontrar el único foco correcto. Sin embargo, lo que se requiere es un foco en el que el terapeuta y el paciente puedan estar de acuerdo y que se ajuste al enfoque del terapeuta. Por ejemplo, el terapeuta puede comenzar con la «función metafórica» de un síntoma (Friedman y Fanger,⁴¹ pág. 58). El tratamiento se centra entonces en torno a ese síntoma, su significado para el paciente y sus consecuencias. Los objetivos se expresan con un lenguaje positivo, evaluado como una conducta observable –objetivos que son importantes para el paciente y congruentes con su cultura–.

Otra técnica para encontrar un foco es la técnica del «¿por qué ahora?» utilizada por Budman y Gurman.²⁵ El acontecimiento desencadenante de la terapia suele ser ideal, y la técnica se aplica preguntando repetidamente al paciente: «¿Por qué ha venido a recibir tratamiento ahora? ¿Por qué hoy en lugar de la semana pasada o mañana?». O en su defecto: «Piense en el momento exacto en que decidió pedir ayuda. ¿Qué estaba haciendo en ese momento? ¿Qué había sucedido? ¿Qué iba a pasar?».

Todas estas estrategias revelan cuatro focos frecuentes de tratamiento:

1. Pérdidas (pasadas, presentes o pendientes). Estas pueden ser interpersonales (como la pérdida de un ser querido), intrapersonales (como la pérdida de una capacidad psicológica o de una red de apoyo) o funcionales (como la pérdida de capacidad o de una habilidad específica).
2. Disincronías de desarrollo (quedar al margen de las fases de desarrollo esperadas). (Esto se ve a menudo en profesionales que necesitaron mucho tiempo para completar su educación antes de iniciar un estilo de vida adulto.)
3. Conflictos interpersonales, por lo general decepciones interpersonales repetidas, ya sea con sus seres queridos o con sus empleadores.
4. Manifestaciones sintomáticas: muchos pacientes acuden a la psicoterapia simplemente porque desean una mejoría sintomática.

Estos focos sirven como una lista de verificación durante la evaluación inicial. Si dos de estos son factibles, es importante recordar que el terapeuta no está encontrando el foco sino solo un posible foco con el que trabajar. Elija uno y, si el paciente está de acuerdo, céntrese en él.

Finalización de la evaluación inicial y definición de los objetivos

Al terminar la segunda sesión de evaluación, el terapeuta debe decidir si el paciente es adecuado para recibir una terapia breve, seleccionar un foco acordado y tener un acuerdo terapéutico claramente establecido (que incluya el número de sesiones, cómo se gestionarán las citas perdidas y los planes de pago).

El formato de evaluación en dos sesiones también permite al terapeuta observar cómo responde el paciente al terapeuta y a la terapia. Puede resultar esclarecedor dar al paciente algún tipo de tarea para completar entre las dos sesiones. Una respuesta positiva inicial y una

mejor sensación en la segunda sesión son una buena señal, mientras que una fuerte reacción negativa transmite un peor pronóstico. Una respuesta más ambivalente, como olvidarse de la tarea, puede indicar problemas con la motivación, que deben ser evaluados.

Mentalidad de la terapia breve

El terapeuta necesita mantener una cierta actitud para el aprendizaje. Debe tener una mentalidad abierta, ser curioso y anular voluntariamente su desconfianza hacia la terapia breve. Un ejemplo sería su predisposición a considerar una respuesta positiva rápida como algo que no sea una temporal «huida de profundizar en sus problemas de salud». La iniciativa de duración limitada debe ser real para el terapeuta. Esto resulta aparentemente obvio, pero, en la práctica, es realmente un cambio cognitivo difícil de lograr y que tiene consecuencias en las decisiones terapéuticas, especialmente en la actividad del terapeuta.

El terapeuta debe aceptar que algunos pacientes volverán a terapia periódicamente a lo largo de su vida (a veces llamada «terapia breve intermitente a través del ciclo vital») y olvidarse de la idea de «cura». Establecer expectativas realistas ha de ser una habilidad que el terapeuta ya debe dominar.

Ser un terapeuta activo

La realización de una psicoterapia breve de 12 a 16 sesiones requiere que el terapeuta participe activamente pero de una forma concreta. Cualquier maniobra individual es útil solo cuando se utiliza junto con el mayor número posible de principios basados en la teoría, especialmente aquellos que buscan encontrar y reparar la unidad de desarrollo ausente en el paciente y controlar la resistencia⁴² (cuadro 11-2). El terapeuta debe mantener centrado el tratamiento y seguir adelante con el proceso terapéutico, sin olvidar nunca que centrarse en sí mismo impulsa la terapia hacia adelante. Varias técnicas estructuran y dirigen la terapia. Entre ellas se encuentran el inicio de cada sesión con un resumen de los puntos importantes planteados durante la anterior, reafirmar el foco, y asignar y revisar las tareas. Las intervenciones que se centran en la alianza terapéutica son importantes, al igual que las intervenciones oportunas que limitan los silencios y desalientan las desviaciones del foco.

Cuadro 11-2 Tipos de actividad terapéutica

- Sesiones estructuradas
- Utilización de tareas fuera de la consulta
- Desarrollo de una alianza terapéutica
- Limitación de los silencios
- Aclaración de respuestas confusas
- Abordaje rápido de la transferencia negativa
- Limitación de la regresión psicológica

El objetivo de la terapia ecléctica breve es restablecer o mejorar la adaptación y la funcionalidad previas al acontecimiento desencadenante. El terapeuta realiza esfuerzos para limitar y controlar las regresiones psicológicas. Preguntar «¿qué pensaba de eso?», en vez de interrogar directamente sobre sentimientos y afectos (p. ej., «¿cómo le hizo sentir eso?»), puede ayudar en la evaluación de material potencialmente regresivo (p. ej., secretos

sexuales). La regresión es aceptable si se limita en la sesión, y las regresiones prolongadas acompañadas de una disminución de la funcionalidad (y especialmente de la acción) a menudo pueden evitarse apoyando las defensas de alto nivel, como la intelectualización. El terapeuta puede pedir al paciente que revise la terapia hasta ese momento, elija la mejor sesión y la peor, y explique el porqué de su elección. Tales maniobras relacionan la ansiedad y otros efectos negativos. Se puede instar al paciente a elaborar listas de problemas, causas y estrategias o a llevar un diario. Cada vez que el paciente obtiene un resultado global negativo, se le puede pedir que desmenuce sus percepciones negativas. Deberían solicitarse aclaraciones si un paciente proporciona material vago o incompleto. Esto incluiría pedir ejemplos o detalles, y destacar empáticamente las contradicciones y las inconsistencias.

La transferencia ocurre en todos los tratamientos, incluida la psicoterapia breve. Por otra parte, las distorsiones de la transferencia suficientemente fuertes para arruinar un tratamiento se producen en las primeras horas,⁴³ si no en los primeros minutos, de la terapia. A pesar de que muchos aspectos de la terapia breve están diseñados para desalentar el desarrollo de la transferencia, el terapeuta debe estar listo para manejarla cuando esta se desarrolla. Deben reconocerse rápidamente dos formas particularmente importantes: las transferencias negativas y las erotizadas. La resistencia a la transferencia a menudo tiene como primer signo alguna alteración en el marco terapéutico (como un retraso, una ausencia o la reprogramación frecuente de las sesiones) y a veces un ofrecimiento del paciente para cambiar el foco. Se puede sospechar la transferencia negativa cuando el paciente responde repetidamente manifestando enojo o infravaloración, o si experimenta la terapia como algo humillante. La transferencia erotizada precoz viene marcada por comentarios repetidos y excesivamente positivos, por ejemplo, «oh, me conoce mejor que nadie». Ambas formas de transferencia deben tratarse rápidamente desde una perspectiva real. El terapeuta debe revisar los sentimientos y razonamientos del paciente, y relacionarlos con la interacción real. Por ejemplo, si el terapeuta fue involuntariamente ofensivo, debería admitirlo y a la vez señalar, sin ánimo de justificarse, que su intención era resultar útil.

Fases de la terapia breve planificada

Las tres fases tradicionales de la psicoterapia en general se aplican también a las terapias breves. La fase inicial (desde la evaluación hasta la segunda o la tercera sesión) incluye principalmente la evaluación y selección del paciente, la selección del foco y el establecimiento de la alianza terapéutica. Esta fase se asocia idealmente con una reducción de los síntomas y con una transferencia positiva de bajo grado, en particular a medida que se desarrolla la relación terapéutica. El objetivo es establecer el marco y la estructura de la terapia, al tiempo que se da esperanza al paciente.

La fase media (de la cuarta sesión a la octava o la novena) se caracteriza por un trabajo cada vez más difícil. Generalmente, el paciente se preocupa por la duración de la terapia, pues siente que su duración no será suficiente. Los problemas de separación y soledad pasan a un primer plano y compiten con el foco en centrar la atención. Es importante que el terapeuta tranquilice al paciente (con palabras y con una actitud calmada y comprensiva) respecto a que el tratamiento funciona y que dirijan su atención de forma conjunta al foco acordado. El paciente a menudo se siente peor durante esta fase, y con frecuencia se prueba la fe del terapeuta en el proceso terapéutico.

La fase final (de la octava sesión a la duodécima o la decimosexta) se caracteriza típicamente por el asentamiento de la terapia, por la disminución del afecto y por el trabajo continuo en el material antiguo, sin la introducción de material nuevo. Cuando el paciente acepta el hecho de que el tratamiento terminará según lo previsto, los síntomas típicamente disminuyen. Además del foco terapéutico, se evalúan los planes para después de la terapia y la pérdida de la relación terapéutica. Hacia el final no es raro que el paciente presente algún material nuevo, a menudo interesante para la discusión. Mientras tanto, el terapeuta puede verse tentado a evaluar este nuevo material, lo que generalmente sería un error. Una mejor opción es aclarar la aparición del nuevo material como un intento sano, comprensible –pero finalmente autodestructivo– de prolongar el tratamiento. Debe mostrarse un leve interés por el nuevo material pero, si no es una verdadera urgencia, el tratamiento debe terminar según lo previsto.

Contacto posterior a la terapia

Idealmente, cuando la terapia termina, el paciente debería esperar 6 meses antes de considerar iniciar otra terapia. Puede explicarse al paciente renuente que debe dejar que este período le permita practicar en el mundo real las nuevas introspecciones y habilidades psicológicas aprendidas. («Una parte muy importante de su terapia es la siguiente fase, trabajar por su cuenta. Sería una lástima que se rindiera antes de intentar esto, que a menudo es la parte más interesante y útil de la terapia.»)

Debemos estar listos para ayudar a los pacientes cada vez que presenten problemas psicológicos a lo largo de la vida, por lo general en los hitos del desarrollo y en los cambios de roles. Dentro del marco terapéutico ecléctico breve no solo se admite que los pacientes vuelvan a la terapia en diferentes momentos a lo largo de su vida, sino que se les alienta a ello –la puerta del tratamiento está cerrada, pero nunca cerrada con llave–.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Olfson M, Pincus HA. Outpatient psychotherapy in the United States, II: patterns of utilization. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1289–1294.
2. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, et al. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011;168:581–592.
3. Browne G, Steiner M, Roberts J, et al. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disord*. 2002;68:317–330.
4. Abbass A, Sheldon A, Gyra J, et al. Intensive short-term dynamic psychotherapy for DSM-IV personality disorders: a randomized controlled trial. *J Nerv Ment Dis*. 2008;196:211–216.

5. Guthrie E, Moorey J, Margison F, et al. Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:519–526.
6. Hakkaart-van Roijen L, van Straten A, Al M, et al. Cost-utility of brief psychological treatment for depression and anxiety. *Br J Psychiatry*. 2006;188:323–329.
7. Bosmans JE, van Schaik DJF, Heymans MW, et al. Cost-effectiveness of interpersonal psychotherapy for elderly primary care patients with major depression. *Int J Technol Assess Health Care*. 2007;23:480–487.
8. Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, et al. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:645–651.
9. Blais MA. Planned brief therapy. In: Jacobson J, Jacobson A, eds. *Psychiatric secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus; 1996.
10. Malone JC, Blais MA, Groves JE. Planned brief psychotherapy. In: Stern TA, Herman JB, Gorrindo T, eds. *Psychiatry update and board preparation*. ed 3 Boston: MGH Psychiatry Academy; 2012.
11. Burk J, White H, Havens L. Which short-term therapy? *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36:177–186.
12. Marmor J. Short-term dynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 1979;136:149–155.
13. Frances A, Clarkin JF. No treatment as the prescription of choice. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38:542–545.
14. Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 1992;149:151–158.
15. Winston A, Winston B. *Handbook of integrated short-term therapy*. New York: American Psychiatric Press; 2002.
16. Leichsenring F, Rabung S, Leibling E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1208–1216.
17. Svartberg M, Stiles TC, Seltzer MH. Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161:810–817.
18. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *A clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press; 2007.

19. Malan DM. *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum; 1976.
20. Malan DM, Osimo F. *Psychodynamics. training and outcome in brief psychotherapy*. London: Butterworth-Heinemann; 1992.
21. Davanloo H. *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson; 1989.
22. Della Selva P. *Intensive short-term dynamic psychotherapy: theory and technique*. New York: John Wiley & Sons; 1996.
23. Mann J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1973.
24. Mann J. Time-limited psychotherapy. In: Crits-Christoph P, Barber JP, eds. *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books; 1991.
25. Budman SH, Gurman AS. *Theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford Press; 1988.
26. Winnicott DW. *Therapeutic consultations in child psychiatry*. New York: Basic Books; 1971.
27. Beck AT, Greenberg RL. Brief cognitive therapies. *Psychiatr Clin North Am*. 1979;2:23–37.
28. Groves J. *Essential papers on short-term dynamic therapy*. New York: New York University Press; 1996.
29. Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP. *The art and science of brief psychotherapies: a practitioner's guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2004.
30. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, et al. *Interpersonal therapy of depression*. New York: Basic Books; 1984.
31. Strupp HH, Binder JL. *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books; 1984.
32. Levenson H, Butler SF, Powers TA, et al. *Concise guide to brief dynamic and interpersonal therapy*. ed 2 Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002.
33. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for Supportive-Expressive Treatment*. New York: Basic Books; 1984.
34. Luborsky L, Mellon J, van Ravenswaay P, et al. A verification of Freud's grandest clinical hypothesis: the transference. *Clin Psychol Rev*. 1985;5:231–246.
35. Book H. *How to practice brief psychodynamic psychotherapy: the core conflictual relationship theme method*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998.

36. Leibovich MA. Why short-term psychotherapy for borderlines? *Psychother Psychosom.* 1983;39:1–9.
37. Horowitz M, Marmor C, Krupnick J, et al. *Personality styles and brief psychotherapy.* New York: Basic Books; 1984.
38. Stadter M, Horowitz MJ. *Object relations brief therapy: the therapeutic relationship in short-term work.* Northvale, NJ: Jason Aronson; 1996.
39. Zimmerman DJ, Groves JE. Difficult patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, eds. *The MGH handbook of general hospital psychiatry.* ed 6 Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2010.
40. Hall M, Arnold W, Crosby R. Back to basics: the importance of focus selection. *Psychotherapy.* 1990;27:578–584.
41. Friedman S, Fanger MT. *Expanding therapeutic possibilities: getting results in brief psychotherapy.* Lexington, MA: Lexington Books; 1991.
42. Gustafson JP. *The complex secret of brief psychotherapy.* New York: WW Norton; 1986.
43. Gill MM, Muslin HL. Early interpretation of transference. *J Am Psychoanal Assoc.* 1976;24:779–794.

Lecturas recomendadas

- Alexander F. The principle of flexibility. In: Barton HH, ed. *Brief therapies.* New York: Behavioral Publications; 1971.
- Grinker RR, Spiegel JP. Brief psychotherapy in war neuroses. *Psychosom Med.* 1944;6:123–131.
- Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry.* 1944;101:141–148.
- Sifneos P. *Short-term psychotherapy and emotional crisis.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1972.
- Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *A clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy.* New York: Oxford University Press; 2007.
- Winston A, Laikin M, Pollack J, et al. Short term psychotherapy of personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1994;151:190–194.

(Stern, 20171024, pp. 110.e2-119)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.

SNC PHARMA