

# Introducción a la psicoterapia breve



C. Bonet de Luna  
CS Segre. Madrid. España.

## RESUMEN

El arte del manejo de la retórica es tan antiguo como la historia del hombre<sup>1</sup>. Pero la aparición de la psicoterapia profesional tal y como la conocemos hoy en día surgió en el siglo XIX. La psicoterapia es el arte de curar (o cuestionar nuestra visión del mundo), mediante la palabra.

La psicoterapia breve (PB) es uno de los modelos más eficientes para el abordaje de determinados problemas psíquicos y adaptativos. Creada y desarrollada en el Mental Research Institute de Palo Alto (California), usando métodos de la Programación Neurolingüística (PNL)<sup>2</sup> y utilizando la transferencia del paciente, se centra en el aquí y ahora trabajando sobre un solo foco terapéutico. Se preocupa más del ¿para qué? del síntoma, que del ¿por qué?, y utiliza el tiempo (número limitado de sesiones) como palanca movilizadora.

## JUSTIFICACIÓN

Las habilidades que se adquieren conociendo los métodos de la PB nos aportan herramientas muy valiosas para mejorar nuestro perfil profesional. Con ello, ayudaremos mejor y con más asertividad a los pacientes y nos cuidaremos mejor, evitando el *burn out* al ser capaces de detectar errores cognitivos, mensajes confusos y conductas desadaptativas en nosotros, en los pacientes y en la institución en la que trabajamos.

## PUNTOS CLAVE

- La realidad se construye, nunca es objetiva para el ser humano.

- Hay que diferenciar siempre entre la realidad y los modelos que creamos de ella (teorías físicas, laboratorio y lenguaje, entre otros).
- La psicoterapia se basa en una relación de confianza entre dos personas en la que una (al menos) debería saber lo que está pasando.
- La PB trabaja un solo foco terapéutico con un número limitado de sesiones y el duelo de despedida al final.
- La base de cualquier psicoterapia es la experiencia emocional correctora y no solo el *insight* (“darse cuenta”).
- Se usa la palabra y la comunicación como herramienta terapéutica.
- El fin de la PB es mejorar y ampliar la visión del mundo del paciente y no solo eliminar el síntoma.

## ALGUNAS PREMISAS BÁSICAS

### La realidad

El hombre no puede percibir la realidad de forma objetiva. La opinión común mantiene que los hechos del mundo exterior nos son dados directamente a través de la vista (tacto, oído, gusto y olfato). Esto presupone que lo que se ve está determinado por la naturaleza de lo que se mira y todos los observadores tendrían la misma experiencia al mirar la misma escena. Pero no es así. Como dice NR Hanson, “hay más en lo que se ve que lo que describe el globo ocular”. Lo que percibimos está afectado por el conocimiento, la experiencia y las expectativas del observador. Mientras que las imágenes de la retina forman parte de la causa de lo que vemos, otra parte importante está constituida por el estado interno de nuestras mentes, que dependerá de la edad, género, experiencia, educación, cultura, estado emocional y expectativas, y no solo por las propiedades físicas del ojo.

Saber y comprender que todos tenemos una representación del mundo que puede ser similar pero nunca idéntica es importante para entender al otro y fundamental para explicar la psicoterapia. Además, todos en algún momento de nuestra vida tendremos distorsiones cognitivas que dificultarán una adecuada adaptación a la situación vivida (tabla 1). Estas distorsiones son errores en el proceso de la información y desempeñan un papel importante en psicopatología.

Cada ser humano crea modelos “verdaderos” pero diferentes de una misma realidad. A su vez, nuestra representación del mundo, determinará lo que será nuestra experiencia en él; es decir, la forma de percibirlo, los sentimientos que eso nos produce y las opciones de conducta que expresaremos al vivirlo. Por ejemplo, sentir la consulta de Pediatría como posibilidad de relación, ayuda, crecimiento, conocimiento y aprendizaje, o como lugar incontrolable, peligroso, abusivo, frustrante, desbordado u hostil. Ambas formas, siendo distintas, son verdaderas para el sujeto que lo vive. Es evidente que las diferentes formas de percibir favorecen determinados estados cognitivos y emocionales, lo que posibilita patrones de conducta más o menos inteligentes. Esto se traduce finalmente en una forma de ser y estar en el mundo con un rango amplio entre la salud, el trastorno o la patología (física y mental).

### Modelos y terapias

La forma que tenemos de explicarnos y compartir la realidad es el lenguaje. El lenguaje nos sirve para interpretar lo

que vivimos y a su vez sirve para “crear” la realidad. El lenguaje, por lo tanto, es y crea un modelo de realidad. Pero habitualmente lo que describe (siempre sesgado, siempre parcial) se convierte en lo descrito. El humano gesta y gestiona la realidad “irreal” (conceptualizada, idealizada), creando nuevas posibilidades. Como señalan Korzybski y los semánticos, con nuestras palabras, símbolos, signos, pensamientos e ideas, construimos mapas mentales de la realidad. Pero son meros mapas, no la realidad misma. El mapa no es el territorio (aunque lo confundamos constantemente y nos sea útil como esquema). El hombre es un animal que construye realidades ideales tan potentes o más que las reales, pero la palabra “agua” no quita la sed.

Cuando las personas buscan ayuda psicoterapéutica, suelen llegar con algún tipo de sufrimiento, frustración, sensación de parálisis, insatisfacción, incapacidad para generar alternativas o falta de libertad de acción para su vida. Lo que suele ocurrir no es que el mundo sea limitado o con pocas alternativas, sino que estas personas bloquean o tienen bloqueada su capacidad de ver las alternativas, debido que no están presentes en su modelo del mundo.

Todos los seres humanos tenemos que encarar cambios y transiciones en nuestras vidas. Pero mientras algunos atraviesan estas etapas con facilidad, venciendo los obstáculos con energía, crecimiento y creatividad, otros ante los mismos desafíos viven estos periodos con terror y sufrimiento. Los soportan mientras que su prioridad es sobrevivir. En psi-

Tabla 1. Errores cognitivos más frecuentes

1. **Pensamiento dicotómico (blanco-negro; todo-o-nada).** Interpretar los eventos y personas en términos absolutos, evidenciado en el uso de términos como "siempre", "nunca", "todos", cuando no está justificado por los acontecimientos
2. **Generalización.** Tomar casos aislados y generalizar su validez para todo
3. **Filtro mental (también llamado abstracción selectiva).** Enfocar exclusivamente ciertos aspectos (usualmente negativos) de un evento o persona con exclusión de otras características
4. **Descalificar lo positivo.** Echar abajo continuamente experiencias positivas, por razones arbitrarias
5. **Sacar conclusiones sin base.** Asumir algo (generalmente negativo) cuando no hay apoyo empírico para ello. La PNL identifica dos subtipos:
  - **Lectura de pensamiento.** Presuponer las intenciones de otros
  - **Adivinación.** Predecir o "profetizar" el resultado de eventos antes de que sucedan
6. **Magnificación y minimización.** Sobreestimar y/o subestimar la manera de ser de eventos o personas. Un subtipo identificado es la “catastrofización”:
  - **Catastrofismo.** Imaginarse y rumiar acerca del peor resultado posible, sin importar lo improbable de su ocurrencia, o pensar que la situación es insoportable o imposible, cuando en realidad es incómoda (o muy incómoda). Esta se relaciona con la poca tolerancia a la frustración, cuya importancia psicopatológica ha sido ampliamente investigada por Ellis.
7. **Razonamiento emocional.** Formular argumentos basados en cómo se "siente" en lugar de en la realidad objetiva
8. **Debeísmo.** Concentrarse en lo que uno piensa que "debería" ser, en lugar de ver las cosas como son, teniendo reglas rígidas que se piensa deberían aplicarse sin importar el contexto situacional
9. **Etiquetado (nominalización).** Consiste en asignar un nombre a algo en vez de describir la conducta observada objetivamente (“eres un cerdo” frente a “tu cuarto está muy desordenado”). La etiqueta asignada por lo común es en términos absolutos, inalterables o bien con fuertes connotaciones prejuiciosas
10. **Personalización.** También conocida como falsa atribución, consiste en asumir que uno mismo u otros han causado cosas directamente, usando pensamiento mágico. Cuando se aplica a uno mismo puede producir ansiedad y culpa, y aplicado a otros produce rabia, enfado y ansiedad de persecución

coterapia se piensa que la diferencia se debe esencialmente a que las personas que responden de manera creativa tienen una representación o modelo rico de la situación, en la que perciben una amplia gama de alternativas entre las cuales escoger acciones posibles. Los otros, en cambio, tienen modelos empobrecidos que les producen dolor y sufrimiento. De hecho, la mayor parte de las personas no son malas, locas o enfermas, sino que están optando por las mejores alternativas de su limitado (y a veces, inadecuado) repertorio. La conducta de los seres humanos, por insólita que pueda parecer *a priori*, cobra sentido cuando se contempla en el contexto de las alternativas generadas por su modelo<sup>3</sup>.

La psicoterapia trata de entender el mapa del mundo que se ha creado el paciente, para hacerlo más amplio, adaptativo, flexible y creativo.

## DEFINICIONES DE PSICOTERAPIA

Hay distintas definiciones de psicoterapia. No es fácil encontrar una que sea lo bastante general como para poder aplicarse a todos los métodos existentes.

- Psicoterapia es un proceso en el cual una persona que desea cambiar síntomas o problemas en su vida, o que busca el crecimiento personal, entra en un contrato implícito o explícito para interactuar verbal y no verbalmente, en una forma prescrita, con una persona o personas que se presentan a sí mismos como agentes de salud.
- La psicoterapia es un método de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debidos a conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver, que exige por parte del paciente un compromiso voluntario, colaboración y el deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal muy particular a la que se llama relación psicoterapéutica, en la cual el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación. El final ideal de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y, en ningún modo, la del psicoterapeuta.

Todas las escuelas están de acuerdo, en que la psicoterapia se basa en una relación interpersonal, que su objetivo último es la mejora del paciente y que para lograrlo han de aplicarse ciertas técnicas o principios. Partiendo de este acuerdo, José L. Marín (1980) definía la relación terapéutica

como “una relación entre dos (o más) personas en la que una de ellas debería saber lo que está pasando”.

Se supone que el que sabe lo que hace es el psicoterapeuta, lo cual significa:

- Que es consciente de estar llevando a cabo una intervención clínica que exige, como tal, profesionalidad, corrección y responsabilidad.
- Que tiene un conocimiento operativo sobre las estructuras y las funciones mentales, los procesos de desarrollo, de adaptación y de defensa, así como de las causas y los mecanismos psicopatológicos y de los instrumentos de intervención terapéutica.
- Que posee las habilidades necesarias para establecer y mantener la relación terapéutica, para obtener e interpretar la información pertinente sobre el paciente y su patología, y para seleccionar y monitorizar estrategias terapéuticas apropiadas.
- Que posee la capacidad personal para situarse en el lado generoso de la relación, dispuesto a dar de sí mismo, sin exigir la gratificación de sus propias necesidades afectivas por parte del paciente.

El paciente es [la persona que quiere ayuda para mejorar su vida](#), lo cual significa que ha de aportar al menos dos ingredientes a la situación psicoterapéutica:

- Una mínima motivación para mejorar, lo cual no es tan obvio ni tan simple como parece. De hecho, la primera tarea del terapeuta es asegurarse de que el paciente percibe las insuficiencias de su organización actual y que está decidido a introducir los cambios que sean necesarios.
- Una mínima capacidad para aceptar la ayuda terapéutica, es decir, una disposición a trabajar de manera cooperadora en su progreso y desarrollo personal.

Características definitorias de la PB:

1. La PB es un modelo que propone intervenciones en resolución de problemas y la tendencia a extinguir la sintomatología maladaptativa de la persona. Es importante destacar (ya que es una de las mayores críticas desde el psicoanálisis) que no se trata de una terapia que promueva una simple anulación de la sintomatología sino que posiciona al sujeto en otra perspectiva, cambiando la percepción del mundo del paciente.
2. Los principios teóricos y técnicos de la PB, si bien pertenecieron al marco teórico psicoanalítico, reciben aportaciones permanentes de otros paradigmas científicos.

Tabla 2. **Focos en psicoterapia breve**

• Autoestima	• Duelos
• Actividad-pasividad	• Foco edípico
• Dependencia-autonomía	

- Los pacientes tratados con PB requieren una cuidadosa selección (ver apartado correspondiente).
- Los objetivos terapéuticos no se circunscriben a la desaparición de los síntomas, sino que buscan provocar cambios en áreas específicas de la personalidad.
- Gran parte del proceso psicoterapéutico se estructura en torno a un foco de trabajo “foco clínico”, al que se añadirá un nuevo foco en la fase final del tratamiento, el del duelo por la terminación de la relación terapéutica. En la [tabla 2](#) se detallan los focos habituales de trabajo.
- El tiempo de duración del proceso de la PB se establece al inicio del tratamiento. Aunque la limitación temporal es variable, ha de ser suficiente para que la relación terapéutica se desarrolle.
- El terapeuta adopta un papel activo durante el proceso terapéutico, sin llegar a ser directivo.

## OBJETIVOS DE LA PSICOTERAPIA BREVE

- La delimitación de un área focal o foco en la demanda del paciente sobre la que se organizará el tratamiento.
- La posibilidad de ayudar al paciente a alcanzar una readaptación en esa área focal.
- La obtención de mejorías en la situación vital del paciente como consecuencia de su readaptación.

Los dos principios técnicos que van a hacer posible lo anterior consisten en que el terapeuta escuche y se refiera selectivamente al área focal que se haya definido. Pero para que se produzca el cambio y la mejora, necesitamos, además de técnica, una experiencia emocional correctora. Este término fue introducido por Alexander y French (1946) para explicar un objetivo central de la terapia: “Exponer de nuevo al paciente, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado”. Alexander y French pensaban que el *insight* (la introspección) por sí solo no era suficiente para ayudar a los pacientes a realizar cambios sustanciales en sus vidas. “Es, por el contrario, la oportunidad de experimentar la interacción con otra persona, sin las consecuencias temidas, lo que produce el cambio”.

El proceso de la experiencia correctora implica los siguientes ingredientes:

- Una relación terapéutica segura.** Para que el paciente se arriesgue y sea receptivo al *feedback* del terapeuta, debe tener una sensación de seguridad y confianza.
- Empatía del terapeuta.** Heinz Kohut señala que el principal componente de la experiencia emocional correctora es la empatía. De hecho, Carl Rogers afirmó en muchos de sus escritos que recibir empatía de otra persona es una experiencia correctora debido a que valida el sentido de uno mismo. Rogers también señaló que, dado que recibir empatía y aceptación (aceptación positiva incondicional) de otros es un hecho tan poco frecuente, resulta una experiencia única que solo puede ser ofrecida en la terapia.
- Reexperimentar en el aquí-y-ahora.** Debido a que las dificultades del paciente fueron adquiridas de una manera experiencial, deben ser también modificadas experiencialmente. Esta modificación tiene lugar en el aquí y ahora de la relación terapéutica. A los pacientes se les enseña a examinar sus reacciones ante el terapeuta, a identificar componentes autodestructivos de estas pautas, y a desarrollar una interacción gradualmente más flexible y madura con el terapeuta. El terapeuta consigue esto “parando la acción” en los lugares apropiados, observando y señalando “lo que acaba de ocurrir”.
- Responder de una manera diferente de lo que espera el paciente.** Los pacientes llegan a esperar respuestas determinadas a sus estilos de interacción con los demás. Estas expectativas se convierten en profecías autocumplidas que refuerzan los estilos autodestructivos del paciente. La tarea del terapeuta es proporcionar una respuesta nueva y diferente, es decir, correctora.

## CRITERIOS DE SELECCIÓN EN PSICOTERAPIA BREVE

- Incomodidad emocional.** El paciente se siente suficientemente incómodo con sus sentimientos y/o conducta para buscar ayuda por medio de la psicoterapia. Suele ocurrir en momentos de crisis vitales o relacionales (parentalidad, separaciones, fracaso escolar, enfermedad, etc.).

2. **Confianza básica.** Hay esperanza y confianza suficientes en mejorar gracias a una relación con el terapeuta; el paciente puede y está dispuesto a acudir regularmente a las citas y a hablar sobre su vida.
3. **Disposición para considerar los conflictos en términos interpersonales.** El paciente es suficientemente flexible para considerar la posibilidad de que sus problemas reflejen las dificultades de relacionarse con otras personas, problemas a los que, sin darse cuenta, él o ella contribuyen.
4. **Disposición para examinar los sentimientos.** No importa con cuánta dificultad se viva el hablar de sentimientos, el paciente está abierto a considerar la posible importancia del papel que juega su vida emocional en sus dificultades interpersonales. Del mismo modo, no importa cuán problemáticos e intensos sean los afectos presentes (incluidos aquellos que podrían llegar a dirigirse hacia el terapeuta): el paciente posee suficiente capacidad para distanciarse emocionalmente de estos sentimientos, de modo que puedan examinarlos conjuntamente.
5. **Capacidad para relaciones maduras.** El paciente demuestra capacidad suficiente para relacionarse, de modo que se pueda identificar su tendencia en las relaciones y pueda representarse en la relación terapéutica (transferencia) y después examinarse conjuntamente.
6. **Motivación para el tratamiento ofrecido.** La motivación para la terapia o la motivación para el cambio se considera normalmente una característica crucial que indica la adecuación o no del paciente para la PB. Según nuestro punto de vista, la motivación hace referencia a las regularidades en la organización y expresión conductual de las esperanzas, ansiedades, sentimientos, fantasías, actitudes y expectativas del paciente que contribuyen y caracterizan su relación interpersonal. En la medida en que los pacientes sean capaces de experimentar y relacionarse con el terapeuta como un adulto que puede ayudarle, demuestran su habilidad para lograr relaciones más estables y realistas.
7. **Capacidad para tolerar la frustración y una cierta cantidad de angustia.** Parte importante de la sintomatología de nuestro paciente se expresa como mecanismos de defensa o como forma de expresión vicaria de emociones bloqueadas por un proceso alexitímico (dificultad para nombrar los sentimientos que algu-

nas situaciones producen). La movilización de tales defensas genera angustias que se estructuran en forma de resistencia al proceso terapéutico (o de cambio). Sin embargo, el terapeuta puede emplear esa angustia como palanca movilizadora siempre que sea capaz de no asustarse.

## ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO

Esta reestructuración de la mirada del paciente le posibilita no solo construir una nueva realidad, sino todo lo que de esta se deriva: desbloquear un proceso de crecimiento, reducir la angustia, modificar conductas rígidas, mejorar relaciones interpersonales y, fundamentalmente, establecer un bienestar consigo mismo. Por lo tanto, cambiar la realidad del paciente implica, entre otras cosas, bloquear el circuito reverberante que mantiene el problema o las respuestas disfuncionales cuando el paciente se da cuenta (*insight*).

El pasado o, mejor dicho, la historia del paciente, puede proveer los datos necesarios para una mayor comprensión del circuito recursivo generado por el problema en la actualidad, pero la PB no se centra en el pasado de la persona, sino que lo utiliza para trabajar la situación presente. Para ello, desde el primer encuentro centra su interés y valoración en:

- Qué sucede en las interacciones del paciente consigo mismo, con los demás y con el mundo.
- Cómo funciona el problema que se presenta en su sistema relacional.
- Cómo ha tratado de combatir o resolver el problema (soluciones intentadas).
- Cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Después de haber construido una o más hipótesis sobre los puntos citados, y después de haberse puesto de acuerdo con el paciente respecto al objetivo, o los objetivos de la terapia, se determinan y se aplican las estrategias para la resolución del problema presentado.

En este modelo, el terapeuta explorará las atribuciones de sentido con que el paciente construye su mundo. En dicha exploración, deberán indagarse con mayor precisión aquellos términos que se presentan ambiguos o fácilmente interpretables. Por ejemplo, cuando una persona dice: “Me siento mal”, se indagará hasta tener una formulación clara de lo que entiende por “estar mal”. De esta

manera, podrá especificarse una meta mínima que lleve hacia el objetivo de la modificación del problema y, por otra parte, considerará también quiénes son las personas del sistema que participan en él. También se consideran los intentos por solucionar el problema tanto de parte del protagonista como por las personas afectivamente cercanas (familiares, amigos), profesionales y se trabaja en “no más, de lo mismo”.

El terapeuta (o el pediatra), utilizando la confianza que se da en la relación clínica (tele positiva o transferencia), crea un espacio de reflexión para ayudar al paciente a entender qué le pasa, por qué y sobre todo el “para qué” del síntoma. Ello facilita la toma de conciencia (*insight*) y la búsqueda de otras soluciones, habilidades o diferentes formas de mirar, que sean más adaptativas, creativas y enriquecedoras, siempre respetando los valores del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Gonzalez C. La curación por el espíritu. Disponible en [http://www.jano.es/jano/humanidades/medicas/carmen/martinez/gonzalez/curacion/espiritu/poder/palabra/\\_f-303+iditem-4195+idtabla-4+tipo-10](http://www.jano.es/jano/humanidades/medicas/carmen/martinez/gonzalez/curacion/espiritu/poder/palabra/_f-303+iditem-4195+idtabla-4+tipo-10)
2. Bandler R, Grinder J. La estructura de la magia 1. Lenguaje y terapia. Santiago de Chile: Editorial Cuatro Vientos; 2007.
3. Bandler R, Grinder J. La estructura de la magia 2. Cambio y congruencia. Santiago de Chile: Editorial Cuatro vientos; 2007.

## LECTURAS RECOMENDADAS

- Curso de Experto en Psicoterapia Breve. Organizado por la Sociedad de Medicina Psicosomática y Psicología Médica, avalado por el COM de Madrid y acreditado por la Agencia Laín Entralgo. Su página Web: [http://www.psicociencias.com/inscripciones\\_01\\_01.shtml](http://www.psicociencias.com/inscripciones_01_01.shtml)  
Nos abre un mundo fascinante, donde de forma amena nos hace entender muchas cosas importantes de nuestra vida y de la consulta.
- Neighbour R. La consulta interior. Cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Barcelona: J&C; 1998.  
Libro básico, difícil de encontrar ya que aparece descatálogo en castellano, que aporta una visión apasionante de cada viaje con el paciente.
- Tizón García JL. Componentes psicológicos de la práctica médica. Barcelona: Bibliaria; 1996.  
Nos ayuda a entender a los pacientes y poder ampliar nuestra mirada. Es un libro escrito para profesionales de Atención Primaria en el que se intenta una aproximación a las emociones y cogniciones del médico y del paciente, ampliando la visión biologicista de nuestra profesión.
- Watchel PL, De Brouwer D. La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz. Bilbao, 1996.  
Libro básico fácil y ameno, para hacerle comprender al paciente lo que le pasa y que pueda hacer *insight* y cambios.