

2.^a edición

Psicoterapias

Escuelas y conceptos básicos



PIRÁMIDE

José Luis Martorell

Psicólogo clínico. Profesor titular de la UNED

Psicoterapias

Escuelas y conceptos básicos

EDICIONES PIRÁMIDE

enfatar más la relación paciente-terapeuta y cómo éste transfería hacia aquél los sentimientos relacionados con figuras relevantes de su vida, en lugar de centrarse en el pasado del paciente. Defendieron que este cambio acortaría significativamente el análisis.

Aunque sus propuestas no tuvieron eco en su época, posteriormente fueron recogidas por Alexander, quien, estudiando los tratamientos que habían tenido que ser acortados por alguna circunstancia, encontró que no se confirmaban los supuestos clásicos de que la duración de la terapia era proporcional a la magnitud del cambio, que los éxitos alcanzados después de pocas sesiones fueran superficiales y temporales y que el éxito estaba basado en que el paciente dependiera regresivamente del terapeuta. A raíz de estos datos, muy criticados en su momento, Alexander alentó la postura activa del terapeuta y el adecuarse a las necesidades del paciente para conseguir una relación más realista y emocional con él. A la consecución de lo anterior Alexander la llamó la **experiencia emocional correctiva**, y de su logro hizo depender el éxito de la terapia. **Proporcionar al paciente una experiencia emocional correctiva se considera actualmente uno de los elementos con más poder explicativo para dar cuenta de la potencia curativa o de cambio de la psicoterapia de cualquier orientación, es decir, sería un importante factor común del éxito terapéutico.**

Michael Balint desarrolló sistemáticamente el concepto de foco en su *Taller de Psicoterapia Focal*. El terapeuta adopta una postura activa para *encontrar el foco apropiado* de entre los que trae el paciente y, una vez establecido, se aproxima de modo constante a ese foco utilizando la interpretación y descartando (no interviniendo sobre ello) el material que no se relaciona directamente con él. El foco debe ser específico y no general, estar claramente definido y no utilizar un lenguaje ambiguo o hueco.

Entre los autores más influyentes de esta orientación está David Malan, antiguo participante en los Talleres de Balint, con su *psicoterapia focal*. Un primer factor diferenciador de sus propuestas consiste en la adecuada *selección del paciente* para establecer las motivaciones de la demanda de terapia y la estructura de su personalidad. A partir de esto se trata de establecer el *foco terapéutico*, bien porque emerge en las primeras sesiones, o bien porque lo establece el terapeuta a partir de lo no dicho. En general, se entiende por foco terapéutico una formulación amplia e integradora de los problemas del paciente que contiene tanto los síntomas como los componentes psicodinámicos, como, por ejemplo, los conflictos no resueltos. El cambio terapéutico, según Malan, vendría producido fundamentalmente a través de la interpretación activa de los sueños, la fantasía y la transferencia, especialmente el nexo transferencial con los padres.

Otro modelo de terapia breve ha sido desarrollado por Peter Sifneos. Su modelo es conocido como *psicoterapia evocadora de ansiedad de corta duración* y está basado en la introducción del conflicto central desde la primera sesión (Malan lo introducía gradualmente por medio de interpretaciones). El paciente es presionado a admitir que sus síntomas son manifestaciones de un proceso central. Esta maniobra es muy provocativa y desencadena la ansiedad. La intervención básica es la continua interpretación de las reacciones negativas del paciente hacia el terapeuta y de la resistencia a abordar el conflicto central. Se intenta que el paciente no pierda la atención sobre las estrategias que usa para evitar la ansiedad en la sesión. La aplicación de este modelo requiere una cuidadosa evaluación previa de los pacientes para

las relaciones objetales de Fairbairn, si bien utiliza esta base psicoanalítica reelaborando en términos cognitivos, aumentando por medio de la implementación de herramientas descriptivas la capacidad del paciente para la autoobservación consciente y el control, más que induciendo la regresión o utilizando básicamente interpretaciones.

La PCA es una psicoterapia *breve* (entre 12 y 16 sesiones), *focalizada* en puntos concretos sobre los que trabajar en terapia, y en la que se enfatiza la interrelación entre procesos mentales (cogniciones y afectos), acción y consecuencias de la acción. La PCA no se presenta con talante de exclusividad —lo cual es una señal de que sus creadores han comprendido el sentido profundo de la integración— sino como un primer modelo de intervención breve que puede ser efectivo en un buen número de casos, pero que si no es así puede servir como un trabajo previo para tratamientos más especializados.

La PCA es un modelo de psicoterapia *altamente estructurado*: las fases del tratamiento y su contenido están estandarizados. Dentro de esta estructuración, se considera que la *reformulación* es el elemento esencial de PCA. Ryle sostiene que el poder de este enfoque y su capacidad para promover cambios en un tiempo limitado proceden de la reformulación. Ésta sería la creación conjunta (terapeuta y paciente) de una descripción breve y comprensible de la dinámica subyacente de los síntomas y problemas, descripción presentada en la forma que resulte más útil a la tarea terapéutica. El terapeuta puede presentar una primera *propuesta de reformulación en forma de carta* que se trabaja conjuntamente con el paciente; la versión definitiva se guardará por escrito. Los practicantes de la PCA señalan que el impacto emocional de esta carta es con frecuencia intenso: los pacientes quedan conmovidos y al entender que la forma de llegar a la reformulación es un signo de preocupación real por parte del terapeuta, la alianza terapéutica se ve cimentada.

Por medio de la reformulación se facilita que el paciente reconozca y comience a modificar (en sesiones posteriores) los procedimientos a través de los cuales mantenía activamente sus dificultades.

3. FACTORES COMUNES

Los factores comunes serían los elementos de la práctica compartidos por todas las terapias y que se relacionan directamente con el éxito terapéutico. Es decir, factores que explican mejor, según los defensores de este acercamiento, que las técnicas específicas del modelo que sigue el terapeuta el éxito de una terapia. Debemos a Jerome Frank la propuesta seminal en este terreno. Frank parte explícitamente del concepto de equivalencia de resultados para proponer, entonces, que los factores activos de la eficacia hay que buscarlos en lo común.

Para Frank, toda terapia supone una *experiencia motivacional y afectiva*, y ahí radica su potencial de cambio. Recuérdese aquí el entendimiento de la terapia como *experiencia emocional correctiva* que hizo Alexander y que vimos en el capítulo de desarrollos del psicoanálisis, por su paralelismo con la observación de Frank. Define unos *componentes estructurales* de la práctica que existen en toda terapia y que son los siguientes: