
APUNTE SOBRE PROCEDIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO
MATERIAL PARA USO DOCENTE DE CIRCULACIÓN RESTRINGIDA

Juan Yáñez Montecinos

2004'

PROPUESTA DE MODELO PSICOTERAPÉUTICO CONSTRUCTIVISTA-COGNITIVO
BASADO EN LA EVIDENCIA

Características y Condiciones

Una psicoterapia factible de ser basada en la evidencia requiere, además de un área importante de aplicación clínica, ser posible de investigar, tanto el proceso como sus resultados. Ello implica, según Juan Pablo Jiménez, (en Gril; Ibáñez; Mosca & Sousa, (1998, Pág. 28), varios campos posibles como focos de investigación: primero, “el estudio de la atención psicoterapéutica dentro del sistema general de atención en salud ... y su relación con la interfase entre economía y salud pública”; segundo, la investigación de los procesos clínicos psicoterapéuticos; tercero, los procesos de formación de psicoterapeutas; y finalmente, la investigación básica que alimenta la clínica, por cuanto hace confluir otras especialidades, tales como las ciencias cognitivas, la lingüística, la neuroconducta, las teorías vinculares, etc.

Desde el punto de vista constructivista-cognitivo, un procedimiento psicoterapéutico breve se entiende como un proceso interpersonal profesional, de tiempo limitado, cuya función es producir cambios en la organización psíquica del paciente en un período de tiempo especificado. Este proceso debe cumplir con las siguientes condiciones:

1) *El paciente debe ser considerado en la totalidad de su funcionamiento como un sistema*, lo que implica que: a) cualquier expresión, egodistónica (síntomas perturbadores) o egosintónica (su manera reconocida y aceptada de ser que se constituyen en recursos), debe ser entendida como una expresión posible del sujeto

como respuesta a la complejidad de las demandas del entorno y que el reconocimiento del carácter egodistónico o egosintónico de sus experiencias sólo revelan el dinamismo de los procesos de mismidad, en términos de lo señalado en apartados anteriores, relativos a los procesos de mantenimiento (mismidad) y cambio (ipseidad); b) los niveles de funcionamiento del paciente siempre ocurren en la interacción entre su estructura profunda (nivel de organización esquemática) y su estructura superficial (nivel de funcionamiento operativo), y que ambos aspectos interactúan complejamente entre sí, realimentándose bajo el principio de autorreferencialidad.

2) Debe tener un procedimiento estructurado y sistemático a nivel del proceso general y de la sesión en particular, basado en una metateoría y una teoría clínica. La base de ordenamiento de un procedimiento psicoterapéutico breve debe provenir de una conceptualización general acerca del sujeto, conocimiento y realidad que establece un marco de principios sobre los cuales se desarrollan temáticas relevantes para la psicoterapia. Además, se debe orientar respecto de una teoría clínica que defina los conceptos más cotidianos utilizados en la práctica de la psicoterapia. La idea es que estos conceptos estén al servicio de la estructuración y organización del proceso completo desde el primer encuentro con el paciente hasta el alta que cierra el proceso. De este modo, los procedimientos y su secuencialidad obedecen a principios generales asociados a las condiciones para lograr el cambio. Por otra parte, la sesión debe ser la unidad funcional básica donde ocurre la dinámica necesaria para la creación de las condiciones de cambio, a partir de la interacción entre terapeuta y paciente en un contexto especialmente diseñado para facilitar la relación terapéutica y la alianza consecuente.

La estructuración y delimitación del proceso terapéutico, mediante el uso de manuales de procedimientos, como los utilizados por la psicoterapia dinámica de Luborsky (1984), y el de Strupp (1984), y los desarrollados en Chile por De la Parra y cols., en 1988, en la “Guía para psicoterapia dinámica de tiempo limitado”, según Jiménez, (citado en Gril; Ibáñez; Mosca & Sousa, 1998, Pág. 41) “han demostrado que la adherencia de los procedimientos de los manuales, no asegura el éxito terapéutico”.

3) Debe abarcar un espectro importante de la demanda más frecuente por psicoterapia.

En este sentido, una psicoterapia breve debe, mínimamente, estar formulada para responder a la demanda más frecuente por psicoterapia, más específicamente aquellos trastornos que tienen un curso agudo; o crónico factible de ser abordado con un número reducido de sesiones; o bien que ese número de sesiones asegure algún grado de alivio en la sintomatología de un paciente con un cuadro más complejo. Se excluyen del alcance de un modelo como éste, aquellas patologías crónicas y muy resistentes a la intervención psicoterapéutica, tales como algunos trastornos de personalidad, psicopatías y psicosis.

4) Debe ser eficiente en cuanto al logro de metas terapéuticas para el paciente y respecto de su costo económico. Se debe procurar que la estructura y los procedimientos de un modelo como este, aseguren al máximo resultados concretos y verificables para la investigación, ya sean estos productos de los factores específicos o inespecíficos. En este sentido, existe suficiente evidencia válida de que la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos en la práctica está relacionada más bien con la operación de los factores no específicos, tales como la alianza terapéutica, las expectativas del paciente o la apertura de éste a nuevas conceptualizaciones, más que debido a factores específicos como las técnicas, intervenciones o procedimientos psicoterapéuticos regulados. Juan Pablo Jiménez, señala que en un estudio de Lambert, Shapiro y Bergin (en 1986), concluyeron que “no más del 15% de la varianza de los resultados es debida a factores específicos... y más del 45% se explica por los factores no específicos”, (Jiménez, 1998, Pág. 39). De tal modo que, un porcentaje importante de los factores de cambio, recaen en el terapeuta y la calidad de su formación.

Al mismo tiempo, se debe considerar la referencia dictada por los sistemas de salud vigentes, en cuanto al número de sesiones y su cobertura, para que se enmarquen dentro de estas regulaciones, de modo que el costo pueda ser en parte o en su totalidad factible de ser absorbido por el sistema al que está adscrito el paciente. Esta

consideración se hace progresivamente de vital importancia para la organización y estructuración de procedimientos psicoterapéuticos, concordantes con los sistemas de salud, pero al mismo tiempo sin dejar de ser consecuentes con los principios y objetivos de lo que es un procedimiento psicoterapéutico.

5) *Debe considerar un sistema de formación permanente de profesionales expertos en el procedimiento.* La formación profesional de psicólogos y psiquiatras debe asegurar el desarrollo de competencias personales y técnicas orientadas al manejo y conducción de un proceso psicoterapéutico breve, dado que un factor central en los resultados de la psicoterapia, tiene que ver con el nivel de experticia con que los terapeutas se conduzcan. Al definir o delinear un proceso de formación que asegure el desarrollo de estas competencias, se está al mismo tiempo obteniendo la acreditación necesaria para desempeñarse como psicoterapeuta. Como ejemplo de un programa de formación en esta área, se presentan los objetivos generales y específicos del programa de psicoterapeutas cognitivos-constructivistas de la Universidad de Chile:

Objetivo general: Aplicar un programa de entrenamiento de competencias terapéuticas específicas, desde el marco de la terapia Constructivista Cognitiva, para psicoterapeutas en formación clínica.

Objetivos específicos:

1. Revisión y discusión de los referentes teóricos del Constructivismo Cognitivo acerca de la psicología clínica, la psicoterapia y los procesos de cambio.
2. Desarrollo de competencias psicoterapéuticas específicas necesarias para crear las condiciones de cambio desde la perspectiva metodológica Constructivista Cognitiva.
3. Reconocimiento de los factores personales que convergen a la formación de repertorios de competencias psicoterapéuticas.
4. Práctica de la discusión e intercambio de experiencias clínicas en el contexto de la presentación de casos y la supervisión clínica en un grupo de trabajo académico.

5. Practicar la psicoterapia a través de la experiencia que provee la atención directa de pacientes.

Es importante considerar que ésta es una formación continua, basada principalmente en la práctica clínica directa y en los resultados obtenidos por la investigación de procesos y resultados, tanto experimental como clínica. En este punto son particularmente relevantes los procesos de acreditación rigurosa para el reconocimiento y validación de la especialidad en psicología clínica, sean estos universitarios, gremiales o estatales.

6) *Debe ser un sistema factible de ser basado en la evidencia.* Es central que el procedimiento cuente con requisitos metodológicos que hagan que sea posible de ser analizado, estudiado y verificado mediante la investigación tanto clínica como experimental, tanto desde la perspectiva del proceso como de sus resultados, cuestión que permite el progreso y la acumulación de conocimiento.

Por lo tanto, es imprescindible para una propuesta terapéutica, el considerar los procedimientos necesarios que permitan cubrir estos dos aspectos para que los resultados de la psicoterapia tengan un efecto real de cambio en el paciente, tanto a nivel sintomático, lo que le permitiría el alivio de los padecimientos señalados por el paciente, como a nivel de la organización, cuestión que permitiría garantizar el cambio a nivel estructural y la permanencia de los efectos de la psicoterapia.

Proceso Terapéutico

□ Duración y Frecuencia de la Terapia

La duración de un proceso terapéutico es un factor relativo, dado el tipo de paciente y los problemas que presenta. Sin embargo, se estima que, para un encuadre de psicoterapia breve, el número de sesiones que permite alcanzar los objetivos y las metas, debiera ser entre 16 y 20 sesiones, con una frecuencia ideal de dos sesiones por semana, la que va a depender del tipo de problema, la disponibilidad del paciente y

las condiciones económicas. Dicha frecuencia permite mantener permanentemente la dinámica psicoterapéutica inserta en la experiencia vital cotidiana del paciente, al mismo tiempo que favorece el monitoreo por parte del terapeuta de los progresos o retrocesos del curso de la terapia, sin dejar de considerar espacios adecuados para que el paciente procese internamente sus efectos y pueda ponerlos en juego en su medio ambiente natural. Este contraste entre las reformulaciones simbólicas o experienciales dentro de la sesión y el encuentro con su realidad cotidiana, es un motor importante que dinamiza el proceso psicoterapéutico.

□ **Procedimiento Terapéutico**

La planificación de un proceso de psicoterapia para mantener una marcha y dirección correctas, debe considerar metas y objetivos terapéuticos, plan general y plan de las sesiones y la consideración de variables específicas e inespecíficas para el cambio terapéutico. Al respecto, Judith Beck (2000) propone una planificación del tratamiento, que al lector especializado le puede resultar interesante a modo de contrastación con la que se reseña.

Fase 1: Evaluación (3 a 4 sesiones)

Esta fase tiene una importancia crucial para la psicoterapia porque, aún cuando se está evaluando si es posible una psicoterapia y si las características del paciente permiten un resultado auspicioso de la psicoterapia, también son los primeros encuentros entre paciente y terapeuta, que van a crear las condiciones interpersonales asociadas al proceso terapéutico y sus resultados. De modo tal que, aún cuando tiene un carácter evaluativo, establece las bases de lo que va a ser la futura alianza si se indica psicoterapia. Otra condición que la hace compleja es que hay muchos objetivos importantes que cumplir en un período breve, por lo tanto, la demanda sobre la conducción y la productividad de esta fase, es alta. En otras palabras, es una fase esforzada para el terapeuta y el paciente, pero lo que se está decidiendo al final de ella, es crucial. Lazarus (2000, Pág. 48), en su enfoque multimodal para una psicoterapia breve es aún más exigente con respecto a las tareas que deben abordarse en la

entrevista inicial y que son importantes de considerar. “Con el fin de mantener el centro de atención, la entrevista inicial debería tratar de contemplar cada uno de los siguientes aspectos”:

1. ¿Cuáles fueron las quejas presentadas y los principales sucesos precipitadores de las mismas?
2. ¿Cuáles parecen ser los factores antecedentes significativos?
3. ¿Quién y qué parece estar manteniendo las conductas maladaptativas del cliente?
4. ¿Qué es relativamente evidente que el cliente quiera extraer de la terapia?
5. ¿Cuáles son los puntos fuertes y atributos positivos del cliente?
6. ¿Por qué solicita ayuda terapéutica en este preciso momento?
7. ¿Qué aspecto presentaba el cliente en lo que respecta a su aspecto físico, forma de hablar, actitud?
8. ¿Había alguna señal de psicosis (e.g., trastornos del pensamiento, alucinaciones, incongruencia en el afecto, conductas extrañas o inapropiadas)?
9. ¿Había pruebas de autorecriminación, depresión o tendencias homicidas o suicidas?
10. ¿Parecía posible establecer una relación mutuamente satisfactoria o debería ser derivado el paciente a algún otro terapeuta?
11. ¿Había algún indicador o contradicción para la adopción de un ritmo y estilo terapéutico particular (e.g., frío, cercano, formal, informal, de apoyo, confrontador, duro, blando)?
12. ¿Mostraba el cliente alguna base legítima para tener esperanza?

Aún cuando las tareas a cumplir en este período de tres sesiones son varias, se van descartando algunas con cierta facilidad porque se muestran muy evidentes en el curso de las sesiones, de modo tal que hay que dedicar un tiempo más apreciable a aquellas tareas en que no está claro el nivel de logro de las mismas.

Se detallan a continuación los objetivos a cumplir durante este período de evaluación.

Objetivos:

1) *Evaluar la pertinencia de la psicoterapia breve para el paciente.* Esto se evalúa tanto desde la perspectiva del problema que presenta el paciente (adecuación de la psicoterapia) como desde sus características personales (adecuación del paciente). En este objetivo, se recomienda adscribirse a lo señalado por Safran (1994, Pág. 289), respecto de la selección de pacientes para la terapia cognitiva de corto plazo. Eso implica que, previo a la sesión, los pacientes debieran responder el “Formulario de Evaluación de Adecuación a la Terapia Cognitiva Breve” (véase Anexo 4), y además, el terapeuta debe guiar la primera sesión de acuerdo con las especificaciones señaladas por Safran (1994, Pág. 294), para detectar las 10 condiciones que sirven de referente para evaluar la pertinencia del paciente a la terapia cognitiva breve.

2) *Evaluar las derivaciones a otras especialidades de salud mental y médicas.* En general los pacientes que llegan a psicoterapia suelen previamente haber descartado alguna condición médica o psiquiátrica asociada a su sintomatología, sin embargo es recomendable evaluar al área de salud y cuando se tienen sospechas de que alguna enfermedad orgánica o mental se encuentre en interacción con los síntomas psíquicos. El principio es que es preferible descartar cualquier sospecha y realizar las derivaciones pertinentes como sugerencia o como indicación perentoria, dependiendo del caso.

3) *Evaluar la potencialidad de la alianza.* Las fuentes de dicha evaluación son dos: por un lado la condición mental del paciente, que puede permitir o interferir con la alianza, en cuyo caso sería un factor conocido y que puede incorporarse a un proceso terapéutico, y por otra parte, la experiencia sentida del terapeuta de estar ante una persona que provee de facilidades o dificultades a nivel emocional e interaccional durante la sesión. Este ítem es importante porque es un factor que está asociado al pronóstico de las dificultades. En cualquiera de los casos el terapeuta debe estar disponible, al máximo nivel, para crear las condiciones necesarias para el surgimiento de una alianza productiva. En este punto es importante la empatía, la aceptación incondicional, la congruencia y la autenticidad.

4) *Evaluar la motivación por la psicoterapia.* La evaluación de este objetivo es crucial, puesto que independientemente de la gravedad, o de lo favorable que puede resultar una psicoterapia, u otras condiciones, un proceso psicoterapéutico funciona basado en la disposición motivacional que exhiba el paciente con el proceso de psicoterapia. Es esencial hacer la distinción entre obligatoriedad y disposición autónoma. Este es un ítem relativamente fácil de resolver, dado que lo más frecuente es que los pacientes, en la terapia de adultos, muestren una buena disposición, y aún cuando puedan existir contradicciones e incluso contraindicaciones parciales para la psicoterapia, el factor motivación permite atenuarlos o resolverlos definitivamente. Si la disposición por el proceso terapéutico no existiera, la psicoterapia pudiera no ser indicada, en cuyo caso hay que evaluar otras alternativas que pasan por la derivación a otros especialistas.

5) *Evaluar las dimensiones operativas.* La evaluación de este ítem entrega información genérica de la movilidad del paciente en los distintos ejes de las dimensiones operativas que están asociadas a la gravedad y cronicidad del modo de funcionamiento del paciente, especialmente a nivel superficial y de su sintomatología. Por lo tanto, habla del equilibrio entre recursos y las dificultades que presenta el paciente, de modo tal que también es un ítem asociado al pronóstico de un cuadro. (Véase Dimensiones Operativas, apartado de Psicopatología en esta misma obra).

6) *Evaluar el motivo de consulta.* El motivo de consulta debe ser, en primer término, registrado de la manera más textual posible dentro de la sesión, de preferencia expresado en las propias palabras del paciente, para luego intervenir con preguntas de nivel exploratorio y aclaratorio que favorezcan una información más completa de lo que está ocurriendo. En esta segunda instancia es cuando se puede construir el motivo de consulta implícito o aquel que define el terapeuta. En la interacción entre uno y otro motivo se encuentra el material con que se va a trabajar en la psicoterapia.

7) *Evaluar la historia de vida (áreas vitales) y el relato del paciente.* Es importante reunir los antecedentes necesarios y significativos de la historia de vida del paciente para

detectar y definir las relaciones dinámicas funcionales y de causalidad posibles entre los acontecimientos de su ontogenia y la sintomatología y dificultades que presenta el paciente. También es revelador la forma en que el paciente construye un relato acerca de los hechos de su historia, puesto que en ello se revela la significación, los valores, las atribuciones y las amenazas y proyecciones con que el paciente construye su existencia. Además informa sobre los distintos niveles de conciencia tanto a nivel de percatación como de la operación de los mecanismos defensivos ante aquellos contenidos no incluidos, no reseñados, pero que quien escucha la historia, puede detectar y asociar con las perturbaciones que aquejan al paciente. El referente que permite hacerse una idea general son las áreas vitales, sin pretender una acuciosidad o detallismo de cada una de ellas, sino más bien remitirse a aquellas áreas en que haya contenidos críticos, por ejemplo, la familia o las relaciones laborales, etc.

8) *Evaluar la dinámica del sí mismo*. Este ítem es el de mayor complejidad para ser evaluado, pero sin embargo, puede mostrar el interjuego entre la experiencia inmediata y las explicaciones que el paciente construye acerca de ellas. Esta dinámica de la mismidad está asociada tanto a aquellos contenidos a los cuales el paciente se puede referir y que forman parte de lo que se llaman procesos de mantenimiento (véase apartado Dinámica del sí Mismo, en Metateoría), y aquellos que están interferidos por mecanismos de defensa y que pueden estar negados, reprimidos, desplazados, racionalizados, o bien, sencillamente forman parte de información no consciente del paciente pero que se revelan en la forma y la perturbación emocional con que el paciente se refiere a algunos contenidos específicos y que están asociados a los procesos de cambio. El punto de apoyo para la revelación de esto es también el efecto que el relato produce en el terapeuta, tanto en cuanto a los contenidos como en cuanto a la forma. Finalmente cabe mencionar que el análisis de este ítem no es un análisis definitivo ni detallado, sino más bien corresponde a algunas observaciones acerca de las tendencias que se pudieran detectar en la dinámica de la mismidad del paciente y que resultan interesantes para tomar la decisión de sugerir o contraindicar psicoterapia.

9) *Evaluar los recursos para la psicoterapia.* Esta evaluación se basa en el material que se desprende de todos los objetivos anteriores y que implica registrar aquellas características personales del paciente, de su historia y de la forma como estructura su relato para generar una conclusión acerca de si los recursos que el paciente posee van a ser suficientes para sostener un proceso terapéutico que moviliza un alto nivel de angustia, cambio e incertidumbre frente a las reorganizaciones tanto cognitivas como emocionales. Las otras fuentes de recursos son la base de apego segura y profesional que le proporciona o le transfiere el terapeuta, y los procedimientos técnicos necesarios para el desarrollo de la psicoterapia.

10) *Instalar el encuadre de trabajo.* Este objetivo crea las condiciones que van a estar relacionadas con el tipo de relación y los procedimientos a los cuales el paciente va a estar sometido. El encuadre supone las normas que regulan la psicoterapia, por lo tanto está orientado a establecer la cotidianidad de esta y la regularidad, y a bajar los niveles de fantasías o expectativas desbordantes con que el paciente pudiera enfrentar un proceso de este tipo. De modo que es importante aclarar tanto el encuadre de valuación, que es un encuadre transitorio de esta primera fase, para si al final se indica psicoterapia, instalar el encuadre que va a regular todo el proceso (véase apartado 2.3).

Esta fase concluye con esta devolución clínica que se le hace al paciente, y que refleja una visión general que de éste y sus procesos tiene el terapeuta. Instalado en este mapa inicial, precario aún, al terapeuta le corresponde, en la segunda fase de este procedimiento, definir y delimitar los contenidos, las acciones y los procedimientos psicoterapéuticos necesarios para el abordaje de las dificultades de su paciente, tanto a nivel operativo como a nivel estructural.

Actividades:

Durante el curso de la fase de evaluación de la psicoterapia, deben cumplirse las siguientes actividades:

- Desplegar el encuadre de evaluación y general
- Recepcionar el motivo de consulta

- Recabar información de áreas vitales
- Organizar un genograma y una línea de vida
- Operar con intervenciones del nivel de escucha, exploración, aclaración, paráfrasis y reflejo
- Construir e informar una devolución clínica para el paciente, que incluya la pertinencia de la psicoterapia, las derivaciones, los recursos y una proposición de tareas y metas de la psicoterapia. Se evalúa directamente con el paciente su interés y motivación por la psicoterapia y las características concretas del estilo del terapeuta y del modelo psicoterapéutico.

Fase 2: Operación de la psicoterapia (4 a 13 sesiones).

Esta fase concurre una vez que se ha obtenido la certeza de que una psicoterapia de este tipo es pertinente para el paciente, y el profesional es la persona indicada para llevarla a cabo. En caso que esto no concorra, la indicación es una derivación informada hacia otro modelo de psicoterapia, otro estilo psicoterapéutico u otra especialidad psiquiátrica o médica general.

Es aquí donde se despliega el procedimiento psicoterapéutico propiamente tal. En ella deben operar tanto los factores específicos, -encuadre, técnicas, intervenciones- como los factores inespecíficos, principalmente asociados al tipo de relación o alianza terapéutica, las características personales del terapeuta y las condiciones generales del paciente.

Objetivos:

1) *Definir en las primeras sesiones de esta fase, las metas que se pretende alcanzar en cooperación con el paciente.* Se ha definido meta psicoterapéutica como un objetivo general que se propone cumplir a través de un proceso terapéutico en el contexto de un estilo de funcionamiento del paciente, (por ejemplo: reducir su nivel de egocentrismo en las relaciones interpersonales a través de su reorganización o mediante mecanismos compensatorios adaptativos). Las metas estipuladas permiten tener un referente general contra el cual contrastar permanentemente el avance del proceso terapéutico.

Estas pueden reformularse y adaptarse de acuerdo con los resultados que se vayan produciendo en el curso del proceso.

2) *Evaluar la pertinencia de un diagnóstico psicopatológico que organice la sintomatología del paciente con el fin de tomar decisiones acerca de medicación, aplicación de técnicas operativas u otra herramienta psicoterapéutica.* El diagnóstico corresponde a una categoría psicopatológica que satisface las características sintomatológicas de un paciente. Los referentes principales para establecerlo son los manuales de clasificación de los desórdenes psiquiátricos DSM-IV y CIE-10.

3) *Definir, de acuerdo con la marcha del proceso, las siguientes categorías secundarias:*

- *Objetivo terapéutico.* Se refiere a un objetivo específico o parcial asociado a una meta terapéutica, que se pretende lograr con la aplicación de los procedimientos psicoterapéuticos, (Ejemplo: aumentar los niveles de empatía durante la comunicación interpersonal, asociado a la baja de egocentrismo general).
- *Tarea terapéutica.* Actividades concretas que debe realizar el paciente dentro o fuera de la sesión, para facilitar los cambios y su generalización al medio natural.
- *Foco psicoterapéutico.* Área de funcionamiento vital del paciente al que están destinados los procedimientos psicoterapéuticos.
- *Hipótesis clínica.* Interpretación que realiza el terapeuta acerca del funcionamiento psíquico del paciente, sea a nivel específico o general.

4) *Instalar la alianza terapéutica:* Sobre la base del acercamiento producido durante la fase de evaluación, y tomando en consideración las características del estilo de funcionamiento del paciente, se instala y fortalece la alianza terapéutica dentro de los márgenes establecidos por el encuadre. Lograr este objetivo es prioritario para obtener resultados ventajosos para el paciente, de modo tal que el estado de la relación debe ser una preocupación constante. Un apoyo teórico importante en este objetivo es el concepto de generatividad aplicado a la alianza terapéutica (véase Tesis de pregrado, Dobry, 2005).

5) *Crear las condiciones interpersonales y técnicas para el cambio terapéutico.* Los componentes de estas condiciones son tanto aquellos factores específicos, entendidos como el encuadre, las técnicas, las intervenciones y herramientas; como los factores inespecíficos, asociados a las variables del terapeuta, del paciente y de la relación.

6) *Abordar la sintomatología del paciente.* Este objetivo debe abordarse lo más pronto posible que las condiciones del proceso terapéutico lo permitan. El paciente debe tener señales alentadoras de la remisión total, parcial o paulatina de sus padecimientos. Por tanto, las técnicas deben estar orientadas hacia una mayor comprensión de las hipótesis clínicas y a la resolución progresiva de los objetivos terapéuticos. Para ello debe mantenerse constantemente el foco psicoterapéutico en el área de funcionamiento vital con mayor compromiso sintomático, y de ser necesario, proveer de tareas concretas dentro o fuera de la sesión. En el cumplimiento de este objetivo es recomendable considerar la utilización de técnicas operativas específicas orientadas a resolver los síntomas.

7) *Comprender el sistema de funcionamiento del paciente.* El esfuerzo por entender el modo particular de funcionamiento del paciente permite al terapeuta manejarse en una red de conocimientos superficiales y profundos acerca de la dinámica consciente e inconsciente del paciente, para así poder establecer las condiciones y relaciones que puedan darse entre el funcionamiento operativo y sintomático del paciente, y la dinámica u organización interna profunda de los esquemas y contenidos subyacentes a los cuales el paciente suele no tener acceso. Es de vital importancia que las hipótesis clínicas que construye el terapeuta acerca de la estructura profunda, sean flexibles y constantemente puestas en cuestionamiento a partir de las conductas, los relatos y los contenidos concretos del paciente. La cercanía entre las hipótesis que el terapeuta se formula, y la situación real del paciente, facilita el efecto de sentido personal que produce la operación de las técnicas e intervenciones. El principio que opera en esta dinámica, es que los cambios en el nivel profundo y superficial siempre tienen efectos recíprocos; lo importante es que estos efectos sean relevantes para favorecer una reorganización significativa del sistema de funcionamiento del paciente.

8) *Reorganizar o reconstruir los sistemas de significación y funcionamiento del paciente.*

Este es el resultado de tener en consideración todos los objetivos anteriores y del involucramiento conjunto del paciente, que pone a disposición su intimidad, y del terapeuta, que dispone sus competencias para generar las condiciones de cambio terapéutico.

Actividades:

Durante el curso de esta fase de la psicoterapia, el terapeuta debe:

- Mantener la marcha del proceso psicoterapéutico en forma regular y persistente de acuerdo a las reglas establecidas por el encuadre y los principios de cambio. Esto implica la consideración de los aspectos formales establecidos en el contrato, tales como: número de sesiones semanales, número de sesiones estimadas en el proceso terapéutico, cumplimiento del horario y el tiempo de sesión y aspectos clínicos como las metas, los objetivos terapéuticos y el alivio sintomático.
- Especificar, en términos de contenidos concretos del paciente, el foco, las hipótesis, las tareas y objetivos terapéuticos.
- Mantener y fortalecer la alianza terapéutica como resultado del trabajo constante, sistemático y del involucramiento técnico y personal en la perspectiva de la generatividad interpersonal.
- Aplicar técnicas e intervenciones.
- Monitorear la marcha del proceso terapéutico.

Fase 3: Cierre de la psicoterapia (2 a 3 sesiones).

La fase de cierre de una psicoterapia breve es menos compleja que en una psicoterapia de tiempo ilimitado, dado que hay un acuerdo previo a su encuadre, expresado en la fase de devolución, que dispone, tanto al paciente como al terapeuta, para ir concluyendo en un plazo flexible pero estipulado. El cierre se asocia naturalmente a la devolución, y durante éste se debe tener en consideración las cuestiones que tienen que ver con los compromisos y las metas del proceso terapéutico. Habría dos criterios que deben concurrir para ser destacados durante estas últimas sesiones: el primero

tiene que ver con el logro parcial o total de las metas terapéuticas previamente señaladas, y su revisión permite hacerse una idea de cuán eficiente y productivo ha sido para el paciente este proceso; el segundo, frecuentemente ignorado y que, sin embargo, está asociado al anterior, tiene que ver con la evaluación que el paciente realiza de su experiencia en un proceso de relación interpersonal, en términos de éxito – no éxito, y el acopiar esta experiencia dentro de su ámbito vital. El disponerse a una experiencia como la psicoterapia, llena de amenazas, ideas y resistencias, y lograrlo efectivamente, puede ser un acicate para que en su vida natural opere con el principio general de que vale la pena intentar experiencias potencialmente productivas para el sí mismo. La valorización de este segundo aspecto, y su incorporación como una experiencia válida, depende de la habilidad del terapeuta para transferirle al paciente la responsabilidad de las metas alcanzadas durante el proceso de terapia.

Respecto de esta fase de cierre, al que Kleinke denomina “terminación”, es importante dejar abierta la relación entre paciente y terapeuta, de modo que se brinde la oportunidad de retomar otro proceso cuando sea pertinente hacerlo. Esta decisión corre principalmente por cuenta del paciente, y al terapeuta le compete sólo hacer indicaciones o sugerencias, basadas en fundamentos técnicos y apreciaciones personales. Al respecto, Kleinke (1995, Págs. 265 y 266) señala: “Una veta importante de la terminación es enseñar a los clientes cómo concluir las relaciones con una sensación de seguridad y dominio. Por esta razón, la terminación es un proceso esencial en terapia y no debe ser evitado.... La tarea del terapeuta es permanecer emocionalmente accesible y reconocer, aceptar y experimentar con el cliente cualquier sensación de ansiedad, negación y dolor que pueda acompañar al proceso de la terminación”.

Objetivos:

1) *Revisar los logros de las metas terapéuticas.* En esta última fase de la terapia, la revisión de metas concurre incorporada al diálogo permanente del paciente y del terapeuta en la sesión; en otras palabras, se debe referir a ellas con categorías conceptuales específicas de una manera más frecuente. Las experiencias diarias o

relatadas por el paciente deben procurar asociarse con el logro de estas metas. La revisión de estas metas no es una revisión del tipo objetivo y concreto, sino más bien la generación de un entendimiento mutuo en torno al nivel de logro alcanzado en ellas. Para ello se deben considerar dos aspectos: (a) las metas relativas a la remisión sintomática y (b) las metas referidas a la reorganización del funcionamiento profundo del paciente.

2) Evaluar la participación y los beneficios para el paciente de haber estado sometido a una experiencia psicoterapéutica. Es importante que el terapeuta cree las condiciones para que la experiencia interpersonal durante la psicoterapia, sea un “modelo de rol” que le demuestre al paciente, con evidencias, que puede vivir experiencias interpersonales significativas, intensas y correctivas en la línea de lo señalado por la teoría de la generatividad (Véase Anexo 1).

3) Evaluar la disposición del paciente al cierre. Como se señalara en el comienzo de este apartado, la disposición al cierre del paciente se inicia con la información de que la terapia tiene un tiempo limitado, sin embargo, producto de la experiencia intensa de psicoterapia, puede ocurrir que se movilicen emociones de angustia o de pérdida frente a la inminencia del cierre. Estas situaciones deben ser abordadas en profundidad durante esta última fase, de modo que queden resueltas antes de finalizado el proceso.

4) Decidir el cierre o la continuidad de la terapia. En muchos casos es necesario indicar o sugerir la continuación del proceso terapéutico con nuevas metas, producto del material surgido durante la terapia breve, ya sea como continuidad del mismo proceso, o bien como derivación a otras especialidades, por ejemplo, terapia familiar, terapia de pareja, terapia sexual, terapia de desarrollo, etc.

Actividades:

- Aumento de la frecuencia de utilización de categorías conceptuales referidas a las metas terapéuticas y a los aspectos reorganizados del funcionamiento profundo del paciente.