

La psicoterapia breve y la intervención en crisis: dos estrategias de intervención en Salud Mental Comunitaria

A. ÁVILA ESPADA

Catedrático de Psicoterapia, Universidad de Salamanca.
Miembro fundador del Grupo Quipú de Psicoterapia,
Madrid

RESUMEN

La psicoterapia breve y la intervención en crisis: dos estrategias de intervención en Salud Mental Comunitaria. Se efectúa una revisión de los orígenes, autores y modelos de la psicoterapia breve, con una exposición esquemática de un proceso tipo. La intervención en crisis es considerada conceptualmente como una forma de psicoterapia breve, subrayándose su importancia como introducción a otras modalidades de intervención.

Palabras clave: psicoterapia breve, intervención en crisis.

RÉSUMÉ

La psychoterapie brève et l'intervention en crise: deux strategies d'intervention en Santé Mentale Communautaire. On effectue une révision des origines, auteurs et modèles de la psychothérapie brève, avec une exposition schématique d'un procédé type. L'intervention en crise est considérée comme concept comme une forme de psychothérapie, soulignant son importance comme introduction à d'autres modalités d'intervention.

Mots-clés: psychothérapie brève, intervention en crise.

SUMMARY

Short-term psychotherapy and crisis intervention: two intervention strategies on Community Mental Health. A revision of the origins, authors and models of brief psychotherapy is made, with a schematic presentation of a model. Intervention during crisis is conceptually considered as a type of brief psychotherapy, making especial emphasis in its importance as introduction to other modalities of intervention.

Key words: brief psychotherapy, intervention during crisis.

RIASSUNTO

La psicoterapia breve e l'intervento in crisi: due strategie d'intervento in Salute Mentale Comunitaria. Si effettua una revisione delle origini, autori e modelli della psicoterapia breve, con una esposizione schematica di un procedimento tipo. L'intervento in crisi è considerato concettualmente come una forma di psicoterapia breve, mettendo in risalto la sua importanza come introduzione ad altre modalità di intervento.

Parole chiave: psicoterapia breve, intervento in crisi.

Planteamientos generales

En este trabajo voy a presentar una revisión general de las características y direcciones principales actuales de dos estrategias fundamentales para la intervención en Salud Mental Comunitaria: La *psicoterapia breve* y la *intervención en crisis*.

Toda psicoterapia, idealmente, habría de ser tan breve como fuese posible. La larga duración no es un valor deseable en sí mismo, y puesto que el objeto de toda psicoterapia es la inducción de cambios, no hay en principio razones para demorar su logro. La consideración específica de las psicoterapias breves implica, pues, efectuar una distinción entre al menos dos modalidades de la psicoterapia:

1) Las psicoterapias de *media o larga duración*, o modalidad de tratamiento que no incluye entre sus especificaciones iniciales una delimitación temporal precisa. Ciertos trastornos o problemas, por su mayor complejidad o gravedad, pueden implicar la imposibilidad de una intervención breve. En otros casos, y en función de la demanda, puede ser aconsejable abordar la intervención sin precisar límites temporales.

2) Las psicoterapias *breves*, intervenciones habitualmente focales sobre problemas o trastornos, con una duración predefinida o restringida, en el curso de la cual se aspira a lograr los cambios o inducir el autoaprendizaje, o poner a prueba el valor de una determinada intervención.

La principal finalidad de la psicoterapia breve (PB) es cambiar la conceptualización del paciente sobre el trastorno o problema y, concomitantemente, cambiar sus sentimientos y acciones. Para lograrlo, la PB ha de incidir focal y selectivamente sobre variables cognitivas o afectivas que puedan inducir el cambio.

Se suele remitir el origen de la terapia breve a Sandor Ferenczi (1918)¹, quien intentó reducir la duración del análisis mediante la utilización de las ya entonces controvertidas "técnicas activas". Ferenczi proponía un comportamiento más directo en el terapeuta, el cual fijaba una duración a la cura, instaba al paciente a dirigir su fantasía hacia determinados temas, le frustraba mediante prohibiciones o controles (por ejemplo, impidiendo a los obsesivos realizar sus rituales) o bien le gratificaba, desarrollando en conjunto una actitud ante el proceso terapéutico bastante diferente de la técnica ortodoxa del psicoanálisis. El propio Freud llevó a cabo numerosos tratamientos breves, y no siempre se ajustó a sus propios principios, por otro lado en permanente cambio. Tanto en Ferenczi como en Freud se aprecia una primacía de las exigencias de la clínica y la manifestación de sus propias características personales sobre los cánones de la teoría y de la técnica. En el entorno de Freud, Wilhen Stekel² era conocido por su propensión a los análisis breves. Freud se decantó en sus escritos³ por un psicoanálisis prolongado, menos interesado en la curación entendida desde los planteamientos médicos clásicos.

Es en el entorno psicoanalítico norteamericano, en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago, donde se va a suscitar un profundo interés por la psicoterapia psicoanalítica breve, orientada al logro de cambios objetivables en un período reducido de tiempo. Franz Alexander será el principal mentor de esta posición; en 1941 se celebró una Asamblea Nacional sobre Psicoterapias Breves, y Alexander publicó, junto a Thomas French, la conocida obra *Psychoanalytic Therapy*⁴, que estaba guiada por el principio de aplicar la terapia más adecuada a cada individuo, y en la que la psicoterapia se concebía como una experiencia emocional correctora de vivencias previas. Las contribuciones de Alexander darán lugar a la primera escuela de psicoterapia breve, que ha permanecido vigente hasta la actualidad, en la denominada Escuela de Los Angeles. La posición de Alexander y French consistía en realizar una investigación anamnésica y una observación intensiva del paciente para identificar el conflicto central ac-

tual, focal (superficial) o nuclear (conflicto de base, radicado en el inconsciente). Alexander señala también los factores que contribuyen al cambio, entre los que cabe destacar los siguientes:

- 1) Los recursos del terapeuta para identificar el conflicto central.
- 2) La capacidad intuitiva del paciente y la fidelidad hacia el terapeuta.
- 3) La exactitud de las interpretaciones y la capacidad del paciente para comprenderlas (capacidad de *insight*).
- 4) La percepción por parte del terapeuta del clima emocional idóneo en el paciente para la revelación del significado de los conflictos subyacentes.

Alexander y French son los primeros en desarrollar explícitamente una técnica centrada en el análisis aquí y ahora, con técnicas de confrontación similares a las que propondrá Kernberg para la psicoterapia del trastorno de personalidad límite. El énfasis en la relación terapéutica como eje del cambio es una posición precursora de muchas de las propuestas que surgirán en psicoterapia a partir de los años sesenta.

La influencia de la contribución de Alexander lleva a otros autores a desarrollar aplicaciones breves de la psicoterapia, como es el caso de Lindemann⁵, que utilizó por primera vez la expresión "psicoterapia de emergencia" para su trabajo con las víctimas del incendio en una sala de fiestas en Boston en 1942. Es ésta una variedad de psicoterapia que se aplica a situaciones traumáticas —Kardiner⁶ la utilizó para las neurosis de guerra—. Serán Leopold Bellak y Leonard Small⁷ quienes teorizarán y describirán por vez primera los aspectos teóricos y técnicos del proceso de la psicoterapia breve y de emergencia, recogiendo las aportaciones de Alexander y French e incluyendo como principales elementos la actividad, el foco, la interpretación favorable del *insight* y la gestión de las resistencias. A partir de esta obra se subraya constantemente el interés de las aproximaciones breves, que dispone de nuevos desarrollos teóricos en Lewis Wolberg⁸, autor que opondrá la técnica breve al desarrollo de la neurosis de transferencia, y en las singulares contribuciones de Michael Balint y David Malan⁹ en la Clínica Tavistock.

Las obras de Balint^{10,11} suponen ya un acercamiento sistemático a la psicoterapia breve, con énfasis en la valoración y selección de pacientes y en la identificación y acción sobre el foco terapéutico como una estrategia participativa para el cliente, mediada por las intervenciones interpretativas del terapeuta. Sobre estas bases, David Malan conducirá una investigación sistemática sobre los efectos de la psicoterapia breve⁹.

Durante los años setenta aparecen numerosos desarrollos técnicos en torno a las contribuciones y nuevos modelos aportados por Peter Sifneos, James Mann, Habib Davanloo, David Malan, y las intervenciones breves de la terapia estratégica del MRI (*Mental Research Institute*), en torno a Jay Haley y Paul Watzlawick. En Europa destacan, mientras tanto, el grupo de Lausanne, en Suiza, constituido en torno a Edmond Gilliéron¹², con variaciones en el encuadre psicoanalítico, o Carmelo Conforti y Romolo Rossi en Italia¹³, junto a las de Schiappoli y Vetrone¹⁴, Pinkus¹⁵ y Malugani¹⁶. En el contexto iberoamericano, destacan las contribuciones de Kesselman¹⁷ y Braier¹⁸.

Los modelos de la psicoterapia breve

Clasificar los procedimientos de la PB según diferentes modelos implica, básicamente, distinguir las diferentes variedades de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica. Esto es asumido así por diversos autores (por ejemplo, Malugani¹⁶) en la medida en que los planteamientos notoriamente breves surgen en el contexto de aquellos enfoques en que la psicoterapia es inicial o prin-

principalmente concebida como de larga duración. Otros enfoques de la psicoterapia han tardado más tiempo en enunciar modelos breves; es el caso de las terapias cognitivo-conductual y sistémica-estructural. Más recientemente, la terapia interpersonal ha traído de la mano un submodelo breve de esta terapia. Consideraremos unos y otros de manera sucinta.

EL MODELO DE LA CLÍNICA TAVISTOCK (DAVID MALAN)

Basándose en las aportaciones teóricas de Balint y en los resultados de la investigación sobre la psicoterapia breve, Malan ha desarrollado un método^{19, 20} que oscila entre 20 y 30 sesiones —según la experiencia del terapeuta—, se centra en una interpretación precoz de las reacciones de transferencia, especialmente las de transferencia negativa, y se orienta al establecimiento del nexo entre las reacciones de transferencia (positivas y negativas) y las experiencias de la relación con los padres. Para Malan, la PB pretende elaborar analíticamente un aspecto determinado de la psicopatología en un corto espacio de tiempo.

EL MODELO STAPP (SHORT-TERM ANXIETY-PROVOKING PSYCHOTHERAPY) DE PETER SIFNEOS

Sifneos^{21, 22} ha descrito un modelo de psicoterapia breve inductora de ansiedad especialmente diseñado para pacientes con trastornos neuróticos que tienen elevada motivación para el tratamiento. La selección de pacientes es muy cuidada e implica la ausencia de patología grave en las relaciones interpersonales. Las sesiones se realizan cara a cara, con una frecuencia semanal y duración de 45 minutos. El terapeuta gestiona una rápida facilitación del *rapprochement* y el establecimiento de la alianza terapéutica, mediante esquemas de entrevista semicerrados, afrontando la clarificación inmediata de las reacciones transferenciales. El trabajo interpretativo del terapeuta se centra en el núcleo del conflicto edípico mediante las mencionadas técnicas de confrontación inductoras de ansiedad. Simultáneamente se evita la formación de la neurosis de transferencia y los contenidos pregenitales. La actitud técnica del terapeuta implica un centramiento en el patrón de conducta neurótica y los materiales cargados de ansiedad, instrumentando una experiencia emocional correctora en torno al aprendizaje de nuevas habilidades de solución de problemas, lo cual constituye —junto a los cambios en el patrón comportamental neurótico— el criterio de mejoría que lleva a la terminación del tratamiento.

EL MODELO DE PSICOTERAPIA DE DURACIÓN LIMITADA DE JAMES MANN

Mann, en 1973²³, y Mann y Goldman, en 1982²⁴, de la Universidad de Boston, han descrito un método de doce sesiones, aplicable a pacientes colaboradores, con capacidad de *insight* y cambio, y que tienen un problema claramente focalizado (por ejemplo, una pérdida o separación) o que atraviesan una crisis madurativa que se manifiesta a través de trastornos psicológicos o somáticos. Mann utiliza también la activación de signos precoces de la transferencia, la focalización en el conflicto y sus manifestaciones en la transferencia y la evitación de la dependencia. Propone utilizar técnicas de clarificación de las experiencias actuales y pretéritas e interpretaciones de la transferencia, sin excluir intervenciones activas de apoyo. El énfasis del autor en la temporalidad frente a la atemporalidad del psicoanálisis clásico, es su principal característica distintiva.

EL MODELO DEL INSTITUTO LANGLEY PORTER DE SAN FRANCISCO (HOROWITZ ET AL.²⁵)

La singularidad de esta aproximación respecto de las anteriores es su énfasis en los estresores actuales, indicando la PB sólo en casos de crisis actuales focales, con una duración en torno a doce sesiones. El terapeuta se centra en la clarificación de los aspectos transferenciales, adoptando un rol activo, en un proceso que denominan "análisis configuracional" centrado en diez dimensiones básicas (determinación de problemas, signos y síntomas actuales; análisis de los estilos de afrontamiento; consideración de los estados de autoconcepto y relaciones con los otros; examen de las estrategias de procesamiento de información y autocontrol, y cómo se manifiestan en la relación terapéutica; relaciones actuales y cambios observados en ellas y, finalmente, la constatación de cambios en las actitudes y estrategias habituales). Hay importantes conexiones entre este modelo y la terapia estratégica, sobre todo en la fase intermedia del tratamiento, en la que se evalúan e implementan estrategias acordes con cada una de las diez dimensiones descritas. Horowitz et al.²⁵ han puesto especial énfasis en la evaluación, diseñando para ello instrumentos *ad hoc*.

EL MODELO DE PSICOTERAPIA BREVE DE HANS STRUPP

Strupp y Binder²⁶ en el manual de tratamiento diseñado para el estudio Vanderbilt II, presentan un modelo de tratamiento breve de especial interés para la formación de terapeutas. Strupp describe un "patrón de acción cíclico desadaptativo" (CMAP) o patrón automático rígido de autoapoyo autodestructivo. La terapia viene precedida de una fase dedicada a evaluar la accesibilidad al tratamiento (principalmente la capacidad de introspección y la aptitud para integrar afectos y establecer una relación terapéutica colaboradora) y a estimar valoraciones previas sobre los conflictos. Strupp limita el tratamiento a 25 sesiones como máximo. La originalidad de Strupp y sus colaboradores radica en haber construido el primer manual de tratamiento para la psicoterapia psicoanalítica breve.

EL MODELO DE PSICOTERAPIA DINÁMICA BREVE INTENSIVA DE DAVANLOO (ISTDP)

Habib Davanloo²⁷⁻³¹ es autor de un sistema original de psicoterapia breve, con un espectro de aplicaciones superior al de los enfoques antes descritos, principalmente por exigir menos requisitos en la selección de pacientes y afrontar la gestión de las resistencias iniciales en los pacientes. La técnica de Davanloo comienza con una "terapia de ensayo" mediante la cual se evalúa la accesibilidad del paciente; se incluye una exploración psicodiagnóstica y un ensayo de intervención que permite evaluar la accesibilidad *de facto*, y en algunos casos la exploración diagnóstica se sustituye por actividades encaminadas a gestionar y reducir las resistencias. Davanloo²⁹⁻³¹ ha diseñado una técnica denominada "deactivación del inconsciente" para reducir altos niveles de resistencia, consistente en un despliegue de actividad del terapeuta en torno a la resistencia, utilizando extensivamente la transferencia. La conceptualización implica considerar dos triángulos básicos: el del conflicto y el de la persona (fig. 1). El triángulo del conflicto (ansiedad, defensa, impulso-sentimiento) es un modelo descriptivo útil para la conceptualización del conflicto, mientras que el triángulo de la persona (transferencia, personas significativas actuales, personas significativas pasadas) representa el contexto interpersonal en el que los conflictos se

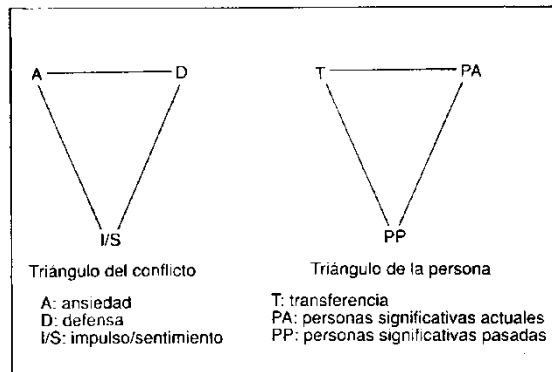


FIGURA 1. Los dos triángulos básicos de H. Davanloo.

originan y perpetúan. La técnica de Davanloo para la reducción de las resistencias implica la utilización de los siguientes pasos y mecanismos activos^{29,30}:

- 1) Identificación precoz y clarificación de las defensas del paciente a través de la transferencia.
- 2) Presión para inducir la experienciación de impulsos y sentimientos, que conducirá a la aparición de complejos sentimientos e impulsos de transferencia, y que repercuten en una intensificación posterior de la resistencia.
- 3) Presión sistemática y cuestionamiento del nexo transferencia-resistencia, que conduce también a la intensificación de la resistencia.
- 4) Colisión frontal con la transferencia-resistencia.
- 5) Inducción de una crisis intrapsíquica que coloque al Yo contra sus defensas.
- 6) Experienciación directa de complejos sentimientos transferenciales.
- 7) Movilización de la alianza terapéutica inconsciente y la previa desactivación del inconsciente.
- 8) Análisis sistemático de la transferencia para eliminar la resistencia residual y ampliar el acceso al inconsciente.

La principal aportación de Davanloo radica precisamente en su modo de afrontar y resolver las resistencias. Por lo demás, la técnica posterior es semejante a la de Malan. Davanloo se ha interesado por la evaluación de proceso y resultados, y ha diseñado un instrumento denominado *The Patient as the Evaluator of the Psychotherapeutic Process and Outcome*²⁷ con el que el paciente efectúa (en el período de seguimiento, entre seis meses y un año) evaluaciones de cinco sesiones de su tratamiento, escogidas aleatoriamente y grabadas en vídeo, valorando los cambios y ciertas variables específicas de interés para cada paciente, relacionadas con los resultados de tratamiento. En la evaluación que Malan ha hecho de los primeros resultados ha constatado que el 83% de los pacientes (Nº = 172) que fueron considerados idóneos para aplicar esta técnica, resolvieron la totalidad de sus conflictos neuróticos básicos.

LAS APROXIMACIONES BREVES EN LAS TERAPIAS COGNITIVAS

En general, los planteamientos conductuales y cognitivos están estructurados como intervenciones breves. No es objeto de este trabajo exponerlos en deta-

lle, si bien destacaré que entre las intervenciones cognitivas, las más estratégicamente breves son las de resolución de problemas (impersonales e interpersonales), la terapia cognitiva de Beck, la terapia racional-emotiva, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, las terapias de autoinstrucciones y la inoculación al estrés de Meichenbaum.

EL MODELO DE LA PSICOTERAPIA INTERPERSONAL BREVE

Klerman, Weissman et al.³² han diseñado un enfoque de tratamiento para la depresión basado en un punto de vista interpersonal (IPT), plasmado en un manual de tratamiento para una modalidad breve de intervención, y que es utilizable con pacientes depresivos moderados o leves. Se trata de un período entre 12 y 20 sesiones de 45 minutos, una vez por semana, en el que hacia las 16 semanas se consiguen los objetivos terapéuticos, seguido de una "terapia de mantenimiento" (MIPT) que incluye sesiones semanales durante doce semanas, quincenales durante dos meses y, posteriormente, mensuales hasta el final absoluto del tratamiento (entre dos y tres años). Si es necesario, la IPT se combina con tratamiento farmacológico. La evaluación ocupa un lugar destacado en la IPT para la adecuada selección de pacientes, así como para las evaluaciones a la terminación y durante el seguimiento. Las técnicas de tratamiento ponen el énfasis en aspectos de comunicación y roles en la interacción interpersonal, actuando sobre los niveles consciente y preconsciente de aspectos actuales, reduciendo síntomas y mejorando el ajuste social y las relaciones interpersonales. Los fenómenos transferenciales, el peso de las experiencias infantiles y los procesos inconscientes son tenidos en cuenta, pero no devienen en foco del tratamiento. Es usual —así lo recomiendan Klerman et al.³² que los terapeutas que utilizan la IPT tengan una previa formación dinámica, la cual actúa como marco en el que insertar las conceptualizaciones y técnicas interpersonales.

LAS PSICOTERAPIAS BREVES DERIVADAS DE LA TERAPIA FAMILIAR

El marco y procedimientos de las intervenciones de terapia familiar ha sido contexto idóneo para el desarrollo de intervenciones fundamentalmente breves. Probablemente, el prototipo de la terapia breve en el marco de la terapia familiar sea la "terapia estratégica de resolución de problemas" desarrollada por Jay Haley³³, ejemplo de terapia focal centrada en el aquí y ahora de los conflictos interpersonales que se dan en el nivel sistémico familiar. Las aproximaciones de Minuchin³⁴ y Selvini et al.³⁵ son también desarrollos relevantes, así como la terapia familiar de base psicoanalítica, opción naturalmente breve si se la compara con el tratamiento psicoanalítico individual.

Evaluación y proceso de la psicoterapia breve

Peake, Borduin y Archer³⁶ han señalado que la práctica de la PB requiere un cambio de marco referencial en el terapeuta, que ha de adecuar sus conceptos y acciones a las exigencias de los planteamientos breves. Algunos de éstos son los siguientes:

- 1) Sobre el cliente idóneo para la PB no hay apenas restricciones, aunque debe evaluarse siempre su adecuación. Hay personas que pueden verse dañadas por una intervención breve (por ejemplo, los que tienen deficientemente resueltas las carencias primarias respecto de la confianza en sí mismo).
- 2) El terapeuta ha de delimitar el foco de intervención y, en consecuencia, se ve obligado a desarrollar un papel mucho más activo (de agente de cambio) y :

escoger objetivos más modestos planificando las intervenciones —aunque sin eliminar la espontaneidad. Los diversos enfoques de la PB van a diferenciarse principalmente en su selección de objetivos (logro de *insight*, facilitación de la interacción, cambios en la conducta).

3) El terapeuta ha de considerar el estado evolutivo del cliente en cuanto a su desarrollo psicosocial, ya que la PB puede incidir selectivamente sobre las necesidades de una u otra etapa; e, incluso, diferentes formas de PB pueden ser más adecuadas que otras en función de los distintos niveles evolutivos (por ejemplo, desarrollo del Yo). Una de las aplicaciones de la PB es la incidencia selectiva sobre crisis evolutivas vitales.

4) En la PB se acentúa la importancia de que el terapeuta adecúe su elección de técnicas en función de sus recursos personales y de los patrones conflictivos de su historia personal. La PB puede ser, más fácilmente que la psicoterapia de larga duración, el escenario para repetir patrones conflictivos, por ejemplo la tendencia al *acting* (Horowitz et al²⁵).

5) El marco de la PB y el papel que en ella tiene el terapeuta facilita su conceptualización como un recurso utilizable en diferentes momentos o crisis a lo largo del ciclo vital, y no como una intervención única e irreplicable.

6) La finalización del tratamiento es, en sí misma, una crisis cuya gestión es una de las tareas primordiales de la PB.

La PB típica oscila en su duración entre 6 y 25 sesiones. Seis sesiones es el mínimo necesario para que pueda describirse una relación terapéutica, mientras que 25 es el número mayor de sesiones en PB que ha sido investigado de forma sistemática. (Strupp y Binder²⁶). Típicamente, la PB se estructura en tres fases: inicio, curso y terminación. Veámoslas:

FASE INICIAL

En la fase inicial se manifiestan expectativas, predicciones y supuestos sobre el proceso de la terapia. Los supuestos estructurados que el cliente trae sobre sí mismo y el entorno se concretan en esta ocasión en supuestos sobre el proceso de la terapia. Se da, así, una relación de correspondencia entre ambas (concepciones de sí mismo y el entorno y concepciones sobre la terapia), pudiendo haber extrapolaciones de la una a la otra. Además, en la PB se manifiestan de forma más clara las atribuciones, como si se tratara de un tratamiento más. Las características temporales de la PB han hecho recomendable utilizar una "inducción de rol", mediante una explicitación de las características del proceso de la terapia, poniendo especial acento en generar esperanzas que potencien el afrontamiento del sentimiento de desmoralización. La "inducción de rol" sirve, tanto al paciente como al terapeuta, para cumplir los objetivos afrontando la desmoralización, funcionando como una profecía autocumplidora sobre los beneficios de la terapia y su generalización a la vida diaria. Peake y Archer²⁷ han desarrollado el concepto de "inducción de credibilidad", que incluye diversos factores actitudinales que modulan la evolución del proceso terapéutico, cuya evaluación es sumamente importante.

Otro aspecto destacado en la fase inicial es la formulación del encuadre, o fijación de parámetros [duración y frecuencia de las sesiones, costo (en atención privada), garantías de confidencialidad, etc.] que permiten equilibrar la espontaneidad del cliente con la necesaria estructuración. La aparente contradicción entre recogida inicial de información y logro de una relación terapéuti-

ca adecuada ha sido decantada en favor de la importancia de establecer una buena relación de trabajo, identificando, de mutuo acuerdo, los focos de atención de la terapia. Los esquemas evaluativos iniciales son muy importantes, pero es necesario utilizarlos con la colaboración del paciente. Horowitz et al²⁵ utilizan un historial y un análisis configuracional para evaluar el problema actual, el estilo defensivo y la historia relacional, entre otras variables.

FASE INTERMEDIA

La fase intermedia o curso del tratamiento breve es el marco de las acciones terapéuticas propiamente dichas, cuya especificidad depende del modelo de la PB seguido y de la clase de problema a tratar.

FASE DE TERMINACIÓN

La fase de terminación tiene especial relevancia en la PB para el logro de los objetivos propuestos y su mantenimiento. La claridad en la formulación de metas y tareas facilita la resolución de la ansiedad de separación. El énfasis en la terminación facilita la adquisición del sentido existencial de la especial importancia de la vida, que secundariamente ayuda al cambio y su mantenimiento. Peake et al³⁶ señalan que una terminación adecuada es un factor positivo de prevención, especialmente en los siguientes aspectos: a) prevención y recurrencia de síntomas; b) reducción de la utilización de la medicación excesiva; c) inoculación contra futuras crisis sintomáticas.

Una visión esquemática de las fases y sus principales contenidos puede constatare en la tabla 1.

Por último, ha de resaltarse la rápida evolución de la PB en las dos últimas décadas, simultaneándose una gran variedad de propuestas y variantes, entre las que se pueden destacar las "terapias de sesión única" (SST, Rosenbaum et al³⁸), la sutil diferenciación entre psicoterapia breve e intervención en crisis (Ewing³⁹), y una enorme variedad de aplicaciones breves a la terapia de familia y de pareja, así como de terapia de grupo breve (Wells y Giannetti⁴⁰), y para una amplia variedad de problemas clínicos.

La intervención en crisis

La intervención en crisis como modelo de atención es un enfoque más reciente que el de las psicoterapias breves. Se considera intervención en crisis a toda clase de acciones de ayuda realizadas con una persona que afronta una situación o suceso vital especialmente estresante. Por lo general, las acciones que se llevan a cabo quedan conceptualmente comprendidas dentro de la psicoterapia breve, y frecuentemente coinciden con ella (Ewing³⁹).

TABLA 1
Fases de la psicoterapia breve

Comienzo	Intermedia	Terminación
Evaluación	Trabajo focal	Pérdida
Construcción de la relación	Aspectos sobre el poder	Consolidación
Inducción de rol	Factores curativos	Prevención
Fijación del encuadre	Logro/aprendizaje de objetivos	
Fijación de objetivos		

Ewing ha definido la intervención en crisis de la siguiente manera:

"La aplicación informada y planificada de técnicas derivadas de los principios establecidos en la teoría de las crisis, por personas cualificadas mediante el entrenamiento y la experienciación de dichos principios, con la intención de asistir a individuos o familias para modificar características personales tales como sentimientos, actitudes o conductas, que se juzga son desadaptativas o desajustadas (...) La intervención en crisis implica un encuentro relativamente estructurado y planificado entre cliente y terapeuta, en el cual ambos son conscientes y están de acuerdo con los propósitos y la naturaleza terapéutica de su relación" (Ewing⁴¹, págs. 6-7).

La teoría de las crisis a la que se refiere Ewing es la formulada por G. Caplan⁴², desarrollada sobre el modelo de la homeostasis. Para Caplan, la crisis es una reacción emocional de la persona y no la situación estresante o desestructurante, distinción que es importante al incluir los mediadores cognitivos en las diferencias individuales en la percepción de las situaciones traumáticas o gravemente estresantes y en su capacidad para activar estrategias de resolución de problemas y de habilidades de afrontamiento. Según Caplan, cuando el sujeto ensaya sus diferentes recursos sin éxito, llega a un punto de ruptura a partir del cual se manifiestan los trastornos de la personalidad. La crisis no es en sí misma patológica, sino evidencia de los esfuerzos que se dan en el individuo por afrontar y resolver la situación estresante, e incluso puede suponer un fenómeno adaptativo o de compensación frente a una posible desorganización más grave de la personalidad.

Caplan ha señalado cuatro aspectos de las crisis que son especialmente relevantes a la intervención terapéutica: a) las crisis suelen limitarse al *Self* y resolverse (en mejoría o empeoramiento) en un período de cinco semanas; b) en la resolución de la crisis intervienen más decisivamente los factores actuales (acciones de la persona o intervenciones de los otros) que los antecedentes personales o las variables de la personalidad; c) durante la crisis, la persona transmite a los otros señales de su deseo de ser ayudado por ellos, y d) las personas en crisis están mucho más abiertas y en disposición de aceptar intervención externa de lo que lo están en épocas de funcionamiento más estable. Estas características nos permiten apreciar la importancia de aprovechar las situaciones de crisis para maximizar la accesibilidad de los sujetos a la intervención psicoterapéutica. También se ha descrito el efecto negativo que tienen en la resolución de la crisis actual las experiencias previas de fracaso en la resolución de crisis previas.

La praxis de la intervención en crisis se ha venido estructurando en torno a varios principios fundamentales:

- 1) La intervención en crisis es, por naturaleza, breve y ha de ser fácilmente accesible y estar rápidamente disponible. Intervenir en las primeras 24 horas suele asociarse con un buen pronóstico de la intervención (Ewing⁴¹, McGee⁴³). Para optimizar los resultados, los límites temporales de la intervención breve deben explicitarse claramente al inicio de la misma, evitando así los efectos disruptivos de una terminación brusca no prevista. Los enfoques de sesión única juegan en este punto un papel fundamental (Duggan⁴⁴), y, en todo caso, como advierten Butcher y Maudal (1976⁴⁵), toda sesión de intervención en crisis debe conducirse como si fuese la última.
- 2) La intervención en crisis supone tanto actuaciones con individuos como con familias y redes sociales. Rara vez una crisis se da aislada, por lo que su explicación y contención depende de considerar los distintos niveles sistémicos implicados.
- 3) La intervención en crisis no se ciñe a ciertos problemas especificados previamente, sino que abarca una enorme variedad de problemas de las personas

en sus contextos. Existe cierta controversia sobre la amplitud de la intervención. Butcher y Maudal¹⁵ y McGee¹⁵ están entre los que defienden una restricción de estos procedimientos para personas que estén claramente "en crisis"; sin embargo, la tendencia actual es la de ensanchar las aplicaciones de esta modalidad a una gran variedad de circunstancias, e incluso a todo el que requiere la ayuda de los servicios de salud mental (Wolkon¹⁶, Ewing^{39,41}).

4) La intervención en crisis se focaliza exclusivamente en problemas actuales, sobre todo aquellos que han motivado la petición de ayuda. Esta es una importante diferencia con la psicoterapia breve que, aunque focal, atiende a muy diferentes niveles de circunstancias problema. Esta focalidad es, por otra parte, la principal garantía de éxito de la intervención (Ewing⁴¹).

5) La intervención en crisis no sólo intenta resolver los problemas actuales, sino también ayudar a los clientes a desarrollar sus capacidades para afrontar y resolver con éxito futuras crisis o problemas.

6) La intervención en crisis está orientada a la confrontación con la realidad y su aceptación. Aunque los terapeutas desarrollen su capacidad de apoyo, aceptación y empatía, no por ello aíslan a los clientes de la realidad que tienen que afrontar, capacitándoles para desenvolverse en la situación y desarrollar un comportamiento adaptativo autónomo. El terapeuta ha de cuidar —salvo en ciertas circunstancias— de no favorecer la negación, la evitación o la proyección (McGee¹⁵), confrontando al cliente con sus creencias, expectativas, objetivos o estilos de vida irreales, y eludiendo reasegurarles en ellos.

7) La intervención en crisis requiere de los terapeutas la asunción de roles no tradicionales, como son los roles activos y participativos, con una capacidad de valoración y actuación definida por el pragmatismo. En cierto sentido, podemos afirmar que la intervención en crisis es una excelente escuela para el terapeuta que luego conducirá psicoterapias breves.

8) La intervención en crisis ayuda y prepara a los clientes para aceptar y recibir otras formas de tratamiento. Ewing⁴¹ y Phillips⁴⁷ subrayan la importancia de la adecuada intervención en crisis para obtener, posteriormente, cambios notables y duraderos mediante otras modalidades de intervención.

No es éste el lugar para extendernos acerca de la técnica de la intervención en crisis. Sí que quiero subrayar, sin embargo, la importancia de la evaluación a través de estimaciones observacionales por parte del terapeuta sobre el sujeto y el contexto, seguida de evaluaciones más formales, cuando esto es posible y necesario. Las fases que se han citado para las psicoterapias breves son aplicables aquí, teniendo igual importancia el establecimiento del contrato (o explicitación de los límites de la intervención), la implementación de técnicas en el curso de la intervención y la adecuada elaboración de la terminación. Butcher y Koss¹⁶ han recogido las evidencias sobre eficacia de la intervención en crisis, señalando porcentajes de mejoría segura entre el 60% y el 70% de los casos, incluyendo sólo los estudios mejor diseñados y controlados, datos que Kolotkin y Johnson han confirmado, pese a las dificultades que se dan en muchos estudios para controlar adecuadamente las variables necesarias para constatar los efectos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferenczi S. Collected Papers, Vol. 2: Further Contributions. London: The Hogarth Press, 1926.
2. Stekel W. Technik der analytischen Psychotherapie. Berna: Verlag Hans Huber, 1938.
3. Freud S. Análisis Terminable e Intermittible. En: Obras Completas, Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva 1937; 3339-3364.
4. Alexander F, French IM. Psychoanalytic Therapy. New York: Ronald Press, 1946.

5. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 101: 141-148.
6. Kardiner A. *The Traumatic Neuroses of war*. New York: Hoeber, 1941.
7. Bellak L, Small L. *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1952, 1965. (Versión castellana: *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Editorial Pax, 1969.)
8. Volberg I. *Short-term psychotherapy*. New York: Grune & Stratton, 1965. (Versión castellana: *Psicoterapia breve*. Madrid: Gredos, 1969.)
9. Malan DH. *A Study of Brief Psychotherapy*. London: Tavistock. Philadelphia, Lippincott, 1963. Publicado posteriormente de nuevo por Plenum Press, New York, 1976.
10. Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. Pitman, Londres, International Universities Press, 1957, 1970.
11. Balint M, Ornstein PH, Balint E. *Focal psychotherapy*. Philadelphia: Lippincott, 1972.
12. Gillieron E. *Les psychothérapies breves*. Paris: PUF, 1983.
13. Conforti C, Rossi R. Orientamenti in tema di psicoterapia breve o d'urgenza. En Rossi R. *Psicoterapie ad indirizzo psicoanalitico*. Milan: Eta Kompass Libri, 1974.
14. Schappoli G, Vetrone G. *La psicoterapia breve psicoanalitica delle crisi emozionali*. Roma: Bulzoni, 1978.
15. Pankus L. *Teoria della psicoterapia analitica breve*. Roma: Borla, 1978. (Versión castellana: *Teoría de la psicoterapia analítica breve*. Barcelona: Gedisa, 1984.)
16. Malgoum M. *Le psicoterapie brevi*. Roma: Città Nuova Editrice, 1987. (Versión castellana: *Las psicoterapias breves, teoría y práctica*. Barcelona: Herder, 1990.)
17. Kesselmann H. *Psicoterapia breve*. Madrid: Fundamentos, 1976.
18. Butler EA. *Psicoterapia breve de orientación analítica*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1981.
19. Malan DH. *Individual Psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworths, 1979. (Versión francesa: *Psychodynamique et Psychothérapie Individuelle. Une perspective scientifique*. Bruxelles: Pierre Mardaga Editeur, 1981.)
20. Malan DH. Beyond interpretation, initial evaluation and technique (I & II). *Short-term Dynamic Psychotherapy* 1986; 1 (2): 59-106.
21. Silveos P. *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Mass. Harvard University Press, 1972.
22. Silveos P. *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. New York: Plenum, 1979.
23. Mann J. *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press, 1973.
24. Mann J, Goldman R. *A case book on time-limited psychotherapy*. New York: McGraw Hill, 1982.
25. Horowitz M, Marmor C, Krupick J, Wilner H, Kaltreider H, Vallerstein R. *Personality Styles and Brief Psychotherapy*. New York: Basic Books, 1984.
26. Strupp III, Binder JK. *Psychotherapy in a new Key. A Guide to Time-Limited Dynamic Psychotherapy*, Cap. 8: Case History Illustrating the TLDP Approach. New York: Basic Books, Inc., Publishers, 1984; 191-258.
27. Davanloo H ed. *Basic principles and techniques in short-term psychotherapy and behavior change: and empirical analysis*. New York: Wiley, 1978.
28. Davanloo H ed. *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson, 1980.
29. Davanloo H. Intensive Short-term Psychotherapy with highly resistant patients. I. Handling resistance. *International Journal of Short-Term Psychotherapy* 1986; 1 (2): 107-133.
30. Davanloo H. Intensive Short-term Psychotherapy with highly resistant patients. I. The course of an interview after the initial breakthrough. *International Journal of Short-Term Psychotherapy* 1986; 1 (4): 239-256.
31. Davanloo H. Unlocking the Unconscious. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1988; 3 (2): 100.
32. Klerman GL, Weissman MM et al. *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books, 1984.
33. Haley J. *Problem-Solving Therapy: New Strategies for Effective Family Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976. (Versión castellana: Buenos Aires: Amorortu.)
34. Minuchin S. *Families and Family Therapy*. Cambridge: Harvard University Press, 1974. (Versión castellana: Barcelona: Gedisa, 1977.)
35. Selvini Palazzoli M et al. Paradox and Counterparadox: A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction. New York: Aronson, 1978. (Versión castellana: Barcelona: Paidós.)
36. Peake T, Borduin CM, Archer RP. *Brief Psychotherapies. Changing frames of mind*. Newbury Park: Sage Publs., 1988.
37. Peake T, Archer R. *Clinical Training in Psychotherapy*. New York: Haworth, 1984.
38. Rosenbaum R, Hoyt MF, Talmon M. The Challenge of Single-Session Therapies: Creating Pivotal Moments. En: Wells RA, Giannetti VJ, eds. *Handbook of the Brief Psychotherapies*. New York: Plenum Press, 1990; 165-192.
39. Eving CP. Crisis intervention as brief psychotherapy. En: Wells RA, Giannetti VJ, eds. *Handbook of the Brief Psychotherapy*. New York: Plenum Press, 1990; 277-294.
40. Wells RA, Giannetti VJ, eds. *Handbook of the Brief Psychotherapies*. New York: Plenum Press,

1990. (Especialmente las partes I y II, los capítulos 3 y 7 constituyen un buen manual metodológico.)
41. Ewing GP. Crisis intervention as psychotherapy. New York: Oxford University Press, 1978.
 42. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
 43. McGee RK. Crisis Intervention and Brief Psychotherapy. En: Hersen M, Kazdin AE, Bellack AS, eds. *The Clinical Psychology Handbook*. New York: Pergamon Press, 1983; 759-782.
 44. Duggan HA. *Crisis Intervention: Helping individuals at risk*. Lexington: MA, D. C. Heath & Co., 1984.
 45. Butcher JN, Maudal GR. Crisis Intervention. En: Weiner IB, ed. *Clinical Methods in Psychology*. New York: Wiley, 1976; 591-648.
 46. Wolkon GH. Crisis Theory, the application for treatment, and dependency. *Comprehensive Psychiatry* 1972; 13: 459-464.
 47. Phillips EL. *A guide for therapists and patients to short-term psychotherapy*. Springfield: Ill. Charles C. Thomas, 1985.
 48. Butcher JN, Koss MP. Research in brief and crisis-oriented therapy. En: Garfield S, Bergin AE, eds. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 2.ª edición. New York: Wiley, 1978; 627-670.