



Viernes 5 de febrero de 2010
Seminario:
**“Cómo escuchar para curar.
Introducción a la Psicoterapia Breve”**

Moderadora:
Concepción Bonet de Luna
Pediatra, CS Segre, Madrid.

Ponentes/monitores:

- Concepción Bonet de Luna
Pediatra, CS Segre, Madrid.
- José Luis Marín López
Psiquiatra, Director de Psicociencias.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Bonet de Luna C, Marín López JL. Cómo escuchar para curar: Introducción a la Psicoterapia Breve En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.147-53.



Cómo escuchar para curar. Introducción a la Psicoterapia Breve

Concepción Bonet de Luna
Pediatra, CS Segre, Madrid.
conchabonet@hotmail.com

José Luis Marín López
Psiquiatra, Director de Psicociencias.

RESUMEN

El seminario pretende encuadrar la situación actual del pediatra de Atención Primaria como instrumento de cambio terapéutico y reflexionar sobre las condiciones y competencias internas necesarias, para establecer relaciones clínicas significativas a través de la escucha y la contención.

Se discute, la importancia del *insight*, los objetivos de la psicoterapia breve, los focos y los cambios que se producen cuando el paciente tiene con el profesional una experiencia emocional correctora.

INTRODUCCIÓN

En este seminario, se pretende encuadrar problemas de relación clínica, ayudándonos de la metodología y herramientas que aporta la Psicoterapia Breve (PB).

Habitualmente se considera que es el paciente el que necesita ayuda y que el profesional, ser vivo de otro planeta, carece de problemas relacionales, físicos y/o psíquicos, está en disposición de ayuda, tiene capacidades-habilidades suficientes y el entorno adecuado para poder hacerlo.

Nos gustaría empezar señalando algunas evidencias: las cifras de *burn out* son preocupantes entre los médicos. Las unidades de

apoyo de salud mental a los profesionales sanitarios que se han puesto en marcha en Madrid y Barcelona, indican que el número de médicos que acuden es creciente y harían falta más recursos para ello. Se conoce además, que la mayoría de profesionales con criterio de ayuda, no usan estos servicios por diversos motivos (desconocimiento, miedo, negación o banalización de los síntomas).

Parece evidente que no podemos ayudar a otros, si no enfocamos y reconocemos tanto nuestros propios problemas, como las dificultades que conlleva el ser médico hoy en una institución pública. El *leitmotiv* de este seminario sería: "Médico cúrate a ti mismo" ("o conócete a ti mismo"). Conocernos, nombrarnos en los contextos en los que estamos trabajando y en nuestra realidad interior no es fácil. De hecho no hay frecuentes seminarios de este tipo.

Suponiendo que estemos en suficientes condiciones de ayudar a otros, manejar la comunicación es importante como han demostrado M.^a Luisa Arroba y Charo Dago repetidamente en este curso de actualización. Pero es quizá más importante, tener habilidades de escucha para que el otro, se sienta cómodo hablando y lo haga. La escucha también posibilita que a su vez, el paciente escuche cuando hablemos. Para poder escuchar tenemos que estar "vacíos" y tener tiempo. La escucha, está menos desarrollada en nuestra formación, porque se nos ha enseñado a ser "resuelve-todo" activos. La mayor parte de los buenos psicoterapeutas, sin embargo, son grandes "escuchadores" y crean las condiciones para que sea el propio paciente el que "resuelva" o asuma su situación.

También, señalar como nos indicó el Dr. Pedreira en otro curso, que para tener el título de psicoterapeuta hay que tener ciertos requisitos legales de formación. Pero la realidad es (querámoslo o no), que somos terapeutas con la palabra y con la acción, porque cada acto médico por banal que sea, tiene el potencial de ayuda, de indiferencia o de daño. Es por ello que conviene analizar de entrada qué significa ser médico (pediatra) hoy para que entendamos dónde estamos y podamos reflexionar hacia dónde queremos ir y qué podemos y estamos dispuestos a hacer en nuestras consultas por y para nosotros mismos en primer lugar y para los pacientes después.

También habrá que ver en qué institución estamos trabajando y en qué condiciones, para determinar si se puede o no realizar PB. Una vez analizado todo esto, pasaremos a ver qué es la psicoterapia breve, qué pacientes pueden beneficiarse de ella y qué herramientas necesitamos desarrollar como profesionales para ejercerla.

Finalmente resaltar que cuando hablamos de PB en este seminario nos referimos a la que podemos realizar con los padres (adultos) y con nosotros mismos.

ENCUADRANDO LA REALIDAD

Sociología de la medicina actual

Desde tiempos griegos y a través de todo el medioevo, el médico ha sido un moralista, en el sentido de prescribir al paciente lo que podía o no hacer; qué conducta debía adoptar y qué tratamientos farmacológicos y dietéticos tenía que seguir. Este modelo era de tipo vertical en cuanto a manejo de poder; haciendo activo al médico y pasivo al enfermo. Es este uno de los aspectos que explica la dificultad de escucha que tenemos los médicos (modelo paternalista), además de la hipertrofia de los signos frente a los síntomas con la mejora de la técnica. Se nos da mejor decir (moralizar), que escuchar lo que opina el paciente, según sus valores.

Para Max Webber y Talcott Parsons, la medicina ha sido una profesión positivamente privilegiada, lo que significa tener unas características distintivas como las que se recogen en la tabla I. Esto ha hecho que durante siglos el ser médico fuese muy reconocido socialmente y por tanto su autoridad no se cuestionaba. Como es evidente, todas estas atribuciones han venido cayendo a lo largo del tiempo y de pasar a tener autoridad (y moralidad absoluta), se ha pasado a profesión "negativamente" privilegiada en determinados contextos. Nos sentimos en el punto de mira de usuarios y medios de comunicación y nos vivimos entre nosotros y con el usuario, casi como enemigos. No es de extrañar entonces, la nota que nos manda el colegio de médicos para evitar agresiones. Esto conlleva a situaciones de clara indefensión aprendida que

Tabla I. Características de las profesiones positivamente privilegiadas

1. **Ser elegidos.** Cualquiera no puede ser médico, el médico es un ser especial.
2. Tener una cierta **"segregación"**. Impuesta por los propios médicos, que les diferenciaba: ir vestidos de cierta manera, tener una escuela restringida, defenderse de forma corporativista, etc.
3. Gozar de ciertos **privilegios** que más que económicos eran fundamentalmente de jerarquía en el grupo social. Esto se compartía con el sacerdote y el juez.
4. Tener **impunidad jurídica**. Al tener tanto poder, las leyes no les eran aplicables como al resto.
5. **Autoridad moral:** la impunidad jurídica solo puede darse si en este colectivo existe una tendencia a la excelencia que les imbuye de una notable autoridad moral.

nos lleva a quejarnos "desesperadamente" y/o nos impide "ocuparnos" en mejorar las cosas.

En pediatría (además), la situación se complica porque el mejor interés del niño, puede ser definido de formas diferentes por los padres y por el pediatra. Todo esto hace que surjan muchas veces tensiones en la relación clínica que son motivo de disgusto y frustración. Quedamos solo en lo externo del problema, es una defensa. Los problemas no son sólo del "afuera", sino también del "adentro". De esto, trata la PB. Y es que muchas actitudes, pensamientos, formas de ser (favorecidas o no por el "afuera") degradan el acto clínico y al profesional que lo actúa. Sin una comunicación amable, cálida, digna, empática, respetuosa, serena con el paciente y sin capacidad de escucha, perdemos el principal placebo: el médico como medicina.

Para Parsons además, la medicina habría dejado de ser una profesión para convertirse en un negocio, pareciéndose en la práctica más a un contrato con una empresa de servicios. En la situación que estamos viviendo en la CAM, muchos profesionales temen, que esto se esté implementando de forma indiscriminada y ven con preocupación la falta de deliberación en este tema. Nos faltan consultas "dignas" que diría Gervás y una actitud ante "lo sagrado" del encuentro médico-paciente. Porque somos los médicos y no las consultas los que portamos la dignidad. Introducir dosis de consulta de calidad incluso en las peores condiciones de masificación, es posible y recomendable para todos.

Como se evidencia, la situación que vivimos es desafiante como una "crisis". Pero en chino, crisis se escribe como peligro y también como oportunidad. Conocer la metodología de la PB es una buena opción.

Cambios en la percepción de salud

La sociedad ha cambiado su percepción de lo que es la salud. Este concepto, se ha ampliado hasta incluir el completo bienestar físico, psíquico y social. Por lo tanto, cualquier aspecto de la vida puede ser medicalizado.

La medicalización tiene tres aspectos básicos:

1. Referir como enfermedad cualquier situación de la vida que comporte limitación, dolor; pena, insatisfacción o frustración, sin entender como dice el poeta que la vida es amarga, dura y pesa (o como dice Skrabanek, "la vida es una enfermedad universal, de transmisión sexual y mortal de necesidad").
2. Equiparación de riesgo con enfermedad ("prevenir es mejor que curar").
3. La ampliación de los márgenes de enfermedades (pre-hipertenso, pre-diabético, principio de neumonía, etc.), aumentando así su prevalencia.

Se trata de un fenómeno complejo con una sociedad de consumo como telón de fondo, en el que están implicados los modelos de salud-enfermedad así como factores económicos, políticos, sociales, creenciales (la medicina puede solucionar cualquier problema) y culturales. Sorprendentemente esto se da más, cuanto mayor oferta de servicios tiene una sociedad y mejor nivel de vida, teniendo por el contrario, una salud percibida, claramente menor: La salud ha pasado de ser un "bien recibido" a un "derecho" exigible en justicia. Los profesionales de la salud, ven dramáticamente incrementadas sus consultas y no saben cómo hacer; ni distinguir, si "esto es de lo mío". Además, los pro-

fesionales, que somos humanos, tenemos como cualquiera, errores cognitivos, aprendizajes erróneos y personalidades de todo tipo. Analizar tanto el entorno como "lo nuestro" va a facilitarnos herramientas para reflexionar; mejorar y poder ayudar. De esto vamos a tratar en este seminario.

Aspectos emocionales de competencia médica

El término competencia siempre se refiere a "saber hacer" algo. Cuando hablamos de competencia emocional del médico, nos referimos a saber reconocer y gestionar las emociones que surgen en el trabajo cotidiano con pacientes, compañeros y con uno mismo. Las exigencias de competencia médica son cada vez mayores y la peculiaridad de la consulta de primaria nos enfrenta con el problema de que nuestra formación no se adecua a las necesidades reales. De entre todas estas competencias resaltaremos algunas; poder "nombrar" pensamientos, sentimientos, emociones y defensas (*insight*). Estar arraigados en la realidad, ser flexibles, saber distinguir dentro-fuera, público-privado, mío-tuyo. Saber manejar la incertidumbre y tener bien resueltos los duelos de omnipotencia e infalibilidad son condiciones necesarias para ser buen terapeuta.

HABLANDO DE PSICOTERAPIA

Definiciones de psicoterapia

Es relativamente poco frecuente que quienes piensan o escriben sobre psicoterapia se preocupen por proponer una definición general de la misma. No es tan extraño. Pocos libros de medicina, de psicología o de biología proponen ni siquiera una definición de enfermedad o de ser vivo. Así, es difícil encontrar en la literatura una buena definición, especialmente una que sea lo bastante general como para poder aplicarse a todos los métodos existentes.

Algunas pudieran ser:

- 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 fin ideal de la psicoterapia es permitir al paciente resolver por sí mismo los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su ideología y, en modo ningún, 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 de saber lo que está pasando".

Durante el seminario se hará hincapié en esto, que no es tan simple como parece. Se supone que el que sabe lo que hace es el psicoterapeuta lo cual, significa:

1. Que es consciente de estar llevando a cabo una intervención clínica que exige, como tal, profesionalidad, corrección y responsabilidad.
2. 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.
3. 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.

4. 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:

1. 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.
2. 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. Los principios teóricos y técnicos de la PB, si bien pertenecieron al marco teórico psicoanalítico, reciben aportaciones permanentes de otros paradigmas científicos.
2. Los pacientes tratados con PB requieren una cuidadosa selección (ver apartado).
3. Los objetivos terapéuticos no se circunscriben a la desaparición de los síntomas, sino que buscan provocar cambios en áreas específicas de la personalidad.
4. 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.

5. 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.
6. El terapeuta adopta un papel activo durante el proceso terapéutico, sin llegar a ser directivo.

Los objetivos de la PB

La delimitación de un área focal o foco en la demanda del paciente sobre la que se organizará el tratamiento:

1. La posibilidad de ayudar al paciente a alcanzar una readaptación en ese área focal.
2. 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 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:

1. 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.

2. 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, que resulta una experiencia única que solo puede ser ofrecida en la terapia.
 3. Re-experimentar 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".
 4. 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.
- ta; 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 es considerada normalmente como 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 ayudarlo, demuestran su habilidad para lograr relaciones más estables y realistas.

Criterios de selección en PB

1. 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 curarse gracias a una relación con el terapeuta.
7. Capacidad para tolerar la frustración y una cierta cantidad de angustia. Parte importante de la sintomatología

matología de nuestro paciente se expresa como mecanismos de defensa o como forma de expresión vicaria de emociones bloqueadas por un proceso alexitímico. 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.

8. Beneficios por la enfermedad. El análisis de los beneficios (tanto primarios como secundarios) obtenidos por el paciente nos ofrece información sobre posibilidades evolutivas: cuanto mejor sea la propuesta de cambio ofrecida, más probable será este cambio (principio de economía).

Durante el seminario, se presentarán casos para que se puedan desarrollar habilidades en la toma de conciencia, características de un buen terapeuta, selección de

pacientes y desarrollo de habilidades para el ejercicio de la PB.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tizón JL. ¿Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicopatológicos? *Aten Primaria*. 2004; 33: 326-30.
2. Neighbour R. *La consulta interior: Como desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo*. Barcelona: J&C; 1998.
3. Bandler R, Grider J. *La estructura de la magia I. Lenguaje y terapia*. Santiago de Chile: Cuatro vientos; 2007.
4. Watchel. PL. *La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz*. Bilbao: Desclee de Brower; 1996.