

La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva

Brief therapy: an alternative for effective psychological intervention

NOHELIA HEWITT RAMÍREZ* y CARLOS ANDRÉS GANTIVA DÍAZ**

Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia

Abstract

The present work aims to describe and structure the origins, fundamentals and procedures of the brief therapy from the therapeutic cognitive behavioural perspective. It starts with the identification of the brief therapy theory fundamentals, where the main motivational theories related with the disposition towards the change and the self efficiency from the social cognitive theory is found. The parallel one is realized between the principal characteristics of the brief therapy in contraposition to the traditional therapies. Finally, one proposes a procedural general structure of clinical strategies to using in the brief therapy with empirical support, which can be used in different problematic by specific variations of agreement to the treated problem or to the specific characteristics of the consultant. A comparison is made between the main brief therapy characteristics and the traditional therapies. Finally, a general procedural clinical strategy structure is proposed for using in brief therapy with empirical support; which can be used in different clinical problems making specific variations, depending on the problem being treated or according to the specific characteristics of the consultant.

Key words: brief therapy, motivation, social learning, cognition.

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir y estructurar los orígenes, bases teóricas y los procedimientos de la terapia breve desde la perspectiva terapéutica cognitivo conductual. Se inicia con la identificación de las bases teóricas de la terapia breve, principalmente las teorías motivacionales relacionadas con la disponibilidad al cambio y la autoeficacia desde la teoría social cognitiva. Se realiza un paralelo entre las características principales de la terapia breve en contraposición con las terapias tradicionales. Por último, se propone una estructura procedimental general de estrategias clínicas a emplear en la terapia breve con soporte empírico, la cual puede ser utilizada en diferentes problemáticas con variaciones específicas de acuerdo con el problema tratado o las características específicas del consultante.

Palabras clave: terapia breve, motivación, aprendizaje social, cognición.

* Decana de la Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Bogotá. Líder del grupo de investigación de *Infancia, cultura y sociedad*, miembro del grupo de investigación de *Violencia intrafamiliar*, Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: nhewitt@usbog.edu.co.

** Coordinador de Laboratorio de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Bogotá. Líder del grupo de investigación *Avances en psicología clínica y de la salud*, Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: egantiva@usbog.edu.co

Introducción

En respuesta a las exigencias del sistema de salud acerca del uso de terapias psicológicas de corta duración y alta efectividad, la terapia breve surge como una alternativa de intervención de costos reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica. Se define como una estructura terapéutica, orientada a incrementar la conciencia de los consultantes acerca de sus comportamientos problema, así como de su capacidad y motivación para comenzar a hacer algo al respecto. Se considera como la intervención primaria para aquellas problemáticas psicológicas caracterizadas por ser específicas, tales como excesos o déficits conductuales concretos y dificultades emocionales causados por la incapacidad para la toma de decisiones (Dulmus & Wodarski, 2002). La meta es ofrecer a los consultantes herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes.

La terapia breve difiere de la terapia a largo plazo en que esta última se enfoca en el tratamiento de trastornos psicológicos (entidades psicopatológicas, como depresión, anorexia, esquizofrenia, ansiedad, etc.) y tiene una duración superior a cinco sesiones de acuerdo con la severidad del trastorno o de la existencia de varias patologías (Labrador, Vallejo, Matellanes, Echeburúa, Bados & Fernández, 2001). La terapia breve se sitúa exclusivamente en el presente, usa herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo (Kristen, 1999). Su énfasis está en incrementar la autoeficacia y la motivación para el cambio, así como en la empatía y la alianza terapéutica desarrollada con el consultante, empleando, entre otras, técnicas de escucha reflexiva que le permiten identificar cómo, cuándo y por qué podría cambiar (Miller & Rollnick, 1999; Longabaugh & Wirtz, 2001).

El terapeuta que quiera utilizar la terapia breve debe tener en cuenta los siguientes elementos que el permitirán identificar si su consultante es un buen candidato para este tipo de terapia: a) evaluar en primera instancia la severidad del problema del consultante (este tipo de terapias no son aconsejables para trastornos clínicamente significativos

ni para personas que tienen varias patologías); b) tomar decisiones acerca del objetivo de la terapia, el cual debe ser definido de manera específica; c) establecer los límites de tiempo de la terapia y; d) explorar la disposición del consultante para el cambio (Dulmus & Wodarski, 2002). El uso de esta estrategia terapéutica tiene una amplia aplicación en la práctica clínica diaria, pues gran cantidad de las problemáticas abordadas en la consulta psicológica hace referencia a excesos o déficit en el comportamiento, así como a experiencias emocionales negativas producto de eventos transitorios o incertidumbre ante situaciones que involucran decisiones importantes en la vida de las personas.

Fundamentos teóricos de la terapia breve

El origen de la terapia breve se encuentra en la orientación hacia el logro del *insight* como el objetivo principal en la psicoterapia psicodinámica (Bellack & Siegel, 1983; Golfried, Greemberg & Mamar, 1990), el interés en el aquí y el ahora de la terapia conductual y el establecimiento de una relación terapéutica empática de la terapia centrada en el cliente. Se ha identificado y utilizado un amplio número de modelos de terapias breves (Epstein & Brown, 2002), entre los que se pueden citar la terapia interaccional estratégica breve en pacientes alcohólicos (Berg & Miller, 1992; Berg, 1995), no como un enfoque global, sino como un conjunto de técnicas a aplicar en un paquete de tratamiento amplio; la terapia psicodinámica breve (Garske & Molteni, 1985), que incluye elementos como el contrato terapéutico, tareas entre sesiones y establecimiento de límites, procedimientos que algunos autores consideran como un acercamiento a la terapia de conducta (Rodríguez-Naranjo, 2000); la psicoterapia expresiva de apoyo (Luborsky, 1984), un enfoque de terapia psicodinámica adaptada al abuso de sustancias; la terapia breve de familia, utilizada desde enfoques diversos, al igual que la terapia breve de grupo (Kristen, 1999; Epstein & Brown, 2002) con resultados efectivos (Lowinson, Ruiz & Millman, 1997); terapias cuyo método se centra en la solución de problemas, la realización de tareas, aproximaciones cognitivo comportamentales y la intervención en crisis (Dulmus & Wodarski, 2002).

Este artículo se centra en la perspectiva clínica cognitivo conductual de la terapia breve, la cual representa la integración de los principios derivados de las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar diferentes problemáticas y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a incrementar el control personal que el cliente tiene sobre sí mismo.

La intervención se basa en considerar al cliente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias y a estudiar su comportamiento de forma sistemática (Meichenbaum & Cameron, 1982), identificando los antecedentes y consecuentes del comportamiento problema a fin de potenciar y desarrollar habilidades para enfrentarse con éxito a situaciones de riesgo y prevenir situaciones difíciles. La investigación ha demostrado que los individuos que aprenden habilidades mediante la terapia breve, mantienen lo aprendido en el tratamiento tras un año de seguimiento (Carroll, Rousanville, Nich, Gordon Wirtz & Gawin, 1994).

Sus bases teóricas están en la motivación de logro (McClelland, Atkinson, Clark & Lowell, 1953) y en la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977; 1982; 1986) que busca explicar la relación entre las percepciones de la competencia y adaptación personal, así como el ajuste y el bienestar psicológico. Adicionalmente, sostiene que el inicio y el mantenimiento de los comportamientos y de los cursos de acción están determinados por los juicios y expectativas con respecto a las habilidades y capacidades personales y la probabilidad de ser capaz de afrontar con éxito las demandas y los desafíos ambientales. Estos mismos factores desempeñan un papel importante en el ajuste, la disfunción psicológica y en los efectos de las intervenciones terapéuticas de los problemas emocionales y comportamentales.

Desde la perspectiva teórica de la autoeficacia, los individuos son capaces de auto-evaluar y auto-regular su comportamiento; por tanto, pueden ejercer control directo sobre este y moldear de forma activa su ambiente (Maddux, 1995). La autoeficacia se refiere a las creencias de las personas acerca de sus capacidades para controlar los eventos que

afectan sus vidas (Bandura, 1989) y para poner en marcha la motivación, los recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer control sobre las demandas del medio (Bandura, 1990). Así, los juicios de las personas acerca de su autoeficacia se orientan “no hacia las habilidades que tienen, sino hacia los juicios acerca de lo que pueden hacer con las habilidades que poseen” (Bandura, 1986). La terapia breve está encaminada a fomentar la autoeficacia de las personas para lograr la disponibilidad del cambio. En la medida en que una persona incrementa su sentido de competencia y eficacia en un contexto específico a través de la terapia, tendrá mayor disponibilidad de cambio y se obtendrán resultados positivos.

La motivación, el otro aspecto de interés en la terapia breve, se considera como un estado de disponibilidad al cambio y no como un rasgo de personalidad; como estado, puede cambiar con el tiempo o de una situación a otra. Desde la teoría del control de la acción (Kuhl, 1986; citado por Barberrá, 2002), al hablar de motivación se parte de una clara diferenciación entre tendencia motivacional, intencionalidad y acción, donde los impulsos, deseos, expectativas y valencias son determinantes del grado de compromiso con la acción y están dirigidas a la definición de la intención. Una vez se ha llegado a la intención, existe una serie de procesos que median la etapa volitiva hacia la conducta.

En síntesis, la terapia breve debe ayudar a los consultantes a comprender que ellos originan sus problemas emocionales y conductuales incitados por sus propias creencias; en consecuencia, son ellos quienes pueden cambiarlos (incremento de la tendencia motivacional y de la intención de cambio). Por esto, deben fijarse metas y encontrar razones para modificar o interrumpir sus comportamientos problema e identificar las situaciones con mayor probabilidad de presentar la conducta problema, para desarrollar estrategias que les permita enfrentarse a ellas (inicio de la acción).

Características de la terapia breve

1. *Terapia de tiempo limitado y corta duración: máximo cinco sesiones de cuarenta y cinco a sesenta minutos.* El seguimiento realizado al nú-

mero de sesiones a las que asisten los consultantes en los distintos servicios de psicología, evidencia que la mayoría de las personas abandonan los procesos terapéuticos relativamente en poco tiempo. Tomando esto en consideración, en el momento de planificar un tipo de terapia es más realista partir del número de sesiones a las que la mayoría de las personas asiste, con el fin de evitar una interrupción prematura. Por otra parte, fijar una meta en un marco temporal como parte del proceso terapéutico aumenta la motivación del consultante y evita su pasividad y dependencia. Adicionalmente, por su corta duración y menor costo, muchos usuarios de los servicios de salud y psicología pueden ser sus beneficiarios, pues está disponible para un mayor número de personas y puede adaptarse a las necesidades de los clientes. Igualmente, pueden utilizarse para proveer atención inmediata a clientes que se encuentran en listas de espera para ingresar a programas especializados, como un tratamiento inicial para usuarios de riesgo y como complemento a intervenciones psicológicas más extensas (Sánchez & Gradolí, 2002).

2. La terapia breve se *centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona*. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo. El pasado es importante, pero es algo que ya pasó; es en el presente y en el futuro donde se pueden aplicar los cambios logrados.
3. La terapia breve pretende *incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio*. Los consultantes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas, esto incrementa su sentido de autoeficacia. Las creencias acerca de la eficacia personal tienen un papel importante en el proceso de cambio comportamental. La finalidad

es que los consultantes no solo logren controlar su ambiente, sino sentir el control de sus vidas, es decir, desarrollar un sentido de dominio personal o eficacia. Dicho control se inicia con la formulación de sus propias metas, que no son impuestas por el terapeuta, sino definidas y propuestas por el consultante. Una vez empieza a experimentar éxito en uno o dos aspectos de su vida, el consultante puede plantear expectativas de autoeficacia en otras áreas (Maddux, 1995; Bannink, 2007).

4. La terapia breve *trabaja la cognición y la emoción* para lograr el cambio. Se reconoce que las valoraciones, las expectativas y otros constructos cognitivos desempeñan un papel clave en la emoción; por tanto, se promueve la comprensión de la relación entre los procesos cognitivos y los problemas emocionales, pues está demostrado que los estados anímicos influyen sobre las percepciones que las personas tienen de sí mismas y de los demás (Eich, Kihlstrom, Bower, Forgas & Niedenthal, 2003; Vogel, Wade & Hackler, 2008). De esta manera, a través de la modificación cognitiva, la terapia breve pretende producir cambios emocionales y superar las dificultades internas que interfieren en la disposición de las personas para hacer frente con éxito a sus problemas, exigencias y tensiones de la vida diaria.
5. La terapia breve tiene como *objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental*. Se lleva al consultante a analizar los pros y los contras de su comportamiento, también las posibles formas de actuar para lograr las metas propuestas y los resultados planeados.

En la tabla 1 se realiza una comparación de las diferencias existentes entre las terapias a largo plazo y las terapias breves, ambas desde un enfoque clínico cognitivo conductual.

Tabla 1. Análisis comparativo de las terapias a largo plazo y las terapias breves

Terapias a largo plazo	Terapias breves
Implican un proceso de evaluación exhaustiva	Se hace una evaluación rápida
Está indicada para el tratamiento de trastornos clínicos o psicopatologías	Está indicada para el tratamiento de déficit o excesos conductuales, así como para desajustes emocionales específicos y transitorios
Se pueden plantear varios objetivos clínicos para la intervención	Es esencial que se defina un solo objetivo específico de intervención
Hace énfasis en el entrenamiento en habilidades específicas	Hace énfasis en la motivación hacia el cambio
La duración de la terapia oscila entre quince y veinte sesiones	La duración de la terapia no sobrepasa las cinco sesiones

Fuente: elaboración propia.

Estructura general de la terapia breve

Por ser un tipo de intervención centrada en la persona, en la cual se busca inducir la toma de conciencia y favorecer la toma de decisiones en el consultante con el fin de realizar cambios actitudinales y comportamentales que favorezcan su calidad de vida (Pérez, Valderrama, Cervera & Rubio, 2006; Stiles, Leiman, Shapiro, Hardy, Barkham, Detert & Llewelyn, 2006), el terapeuta que elija esta terapia debe desarrollar, en conjunto con el consultante, una serie de procesos y pasos que permitan el logro de los objetivos de las intervenciones breves. En este sentido, Miller y Sánchez (1994) proponen una estructura básica de intervención breve denominada FRAMES (por sus siglas en inglés: *Feedback, Responsibility, Advise, Menu, Empathetic, Self-efficacy*), que consiste en:

1. Proporcionar *retroalimentación* sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
2. Enfatizar en la *responsabilidad* de la persona en su proceso de cambio.
3. *Asesorar* al consultante sobre su cambio de comportamiento.
4. Proveer al consultante una *amplia gama* de opciones de cambio.

5. Desarrollar una relación *empática*.
6. Fortalecer la *autoeficacia* en el consultante sobre su capacidad de cambio.

Otro enfoque ampliamente utilizado en las intervenciones breves, complementario con el anterior, es el propuesto por el Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias de los Estados Unidos (CSAT, 1997), el cual fue construido con base en la evidencia empírica y consiste en:

1. Retroalimentar al consultante sobre los resultados de las evaluaciones realizadas y los riesgos para su salud.
2. Asesorar persuasivamente al consultante para el cambio de comportamiento.
3. Evaluar la disponibilidad al cambio del consultante.
4. Negociar el establecimiento de metas y el tratamiento a utilizar.
5. Programar sesiones de seguimiento.

Estas fases no son estáticas, por el contrario, son susceptibles de cambio en cuanto al orden y frecuencia, de acuerdo con las necesidades del consultante, sus problemáticas y el contexto en el cual se encuentra.

Con base en estos dos enfoques de las intervenciones breves, se identifican como principales componentes: a) la comunicación de empatía; b) el fortalecimiento de la autoeficacia; y c) el énfasis en la responsabilidad. Estos tres elementos son utilizados para desarrollar y comunicar los otros pasos: realizar la retroalimentación, evaluar la disponibilidad al cambio, plantear consejos, negociar las metas y el tratamiento, y monitorear el progreso.

El uso de esta estructura general de intervención breve ha demostrado empíricamente su efectividad entre un 30% y 60% de los casos de personas con un consumo de alcohol excesivo sin dependencia fisiológica; la diferencia en los porcentajes está determinada por las técnicas utilizadas en cada una de las fases de la intervención breve (Gantiva, Gómez & Flórez, 2003; Gantiva & Flórez, 2006a). Adicionalmente, una de las principales fortalezas de estas intervenciones es la permanencia de los resultados por períodos de largo tiempo posteriores al

tratamiento (Marlatt, Baer, Kivlahan, Dimeff, Lamer, Quigley, Somers, Williams, 1998; Fleming, Mundt, French, Manwell, Stauffacher & Barry, 2002; Fleming, 2003). Las intervenciones breves son efectivas no solo cuando el profesional que las aplica tiene una formación profesional en psicología, sino cuando son aplicadas por profesionales con formación en enfermería o por médicos entrenados en el modelo y en las estrategias específicas de la intervención; adicionalmente, han demostrado tener un balance positivo a nivel de costo-beneficio (Anderson, 2003; Ballesteros, Ariño, Gonzalez-Pinto, Querejeta, 2003; Gantiva & Flórez, 2006a).

De igual forma, las intervenciones breves han demostrado su efectividad en el tratamiento no solo de comportamientos adictivos, sino también de problemáticas específicas de ansiedad y depresión (Arco, López, Heilborn & Fernández, 2005; Labrador, Fernández & Rincón, 2006; Vera-Villaroel, Valenzuela & Abarca, 2005; Amaya, Cardona, Ramírez, Sánchez & Gantiva, 2008), déficit en solución de problemas y conflictos maritales (Bannink, 2007; Gingerich & Eisengart, 2000).

Mediadores del cambio en la terapia breve

Para que una persona tome la decisión de cambiar y efectivamente lleve a cabo esa decisión se requieren como mínimo dos condiciones: a) expectativa de resultado, y b) expectativa de eficacia. Esto implica que el consultante considere que cambiar su comportamiento implica mayor refuerzo que man-

tenerlo y que será capaz de lograr dicho cambio. Para conseguir estos dos elementos, el terapeuta que utiliza un modelo de terapia breve debe lograr que el consultante sea consciente de que su comportamiento es un problema por las consecuencias negativas que le genera a él y a su contexto social próximo y distal, así como la identificación de las habilidades que tiene para lograr un cambio efectivo en su comportamiento.

El logro de estos objetivos puede conseguirse a través del uso de estrategias motivacionales; para esto el terapeuta debe poseer habilidades comunicativas clínicas especializadas, formación en el modelo de los estadios de cambio (Modelo Teórico) y la entrevista motivacional. De esta forma, al entender el proceso de cambio de una persona como un proceso cíclico por etapas mediado por barreras de tipo motivacional, el terapeuta debe ayudar al consultante a detectar aquellos elementos que impiden o dificultan su tránsito por las etapas del cambio. La estrategia clínica de entrevista motivacional ha identificado los objetivos principales que el terapeuta debe alcanzar en cada uno de los estadios de cambio por los cuales pasa el consultante en su proceso (tabla 2) (Pérez & cols., 2006).

Para lograr estos objetivos, el terapeuta debe evaluar inicialmente la etapa motivacional en la cual se encuentra el consultante, debido a que el uso de intervenciones incoherentes con la etapa motivacional generan en el consultante resistencia al cambio (Gantiva & Flórez, 2006b).

Tabla 2. Objetivos de la entrevista motivacional para lograr el cambio en el consultante

Etapa motivacional	Barrera principal	Objetivo de la entrevista motivacional
Precontemplación	No conciencia	Promover la toma de conciencia
Contemplación	Ambivalencia	Explorar las preocupaciones. Promover la discrepancia
Preparación	Ambivalencia	Ofrecer información y consejo neutro. Dar opciones
Acción	Falta de compromiso	Fortalecer el compromiso y la autoeficacia hacia el cambio
Mantenimiento	Inestabilidad	Apoyo. Prevención de recaídas
Recaída	Desesperanza	Evitar la crítica y la desmoralización, aumentar la autoeficacia y renovar el compromiso

Fuente: elaboración propia.

Lineamientos para el desarrollo de una terapia breve efectiva

De acuerdo con lo planteado, se propone como estructura básica para el desarrollo de una terapia breve efectiva dos fases principales. La primera aborda el proceso motivacional y de toma de decisiones; en esta fase se usa principalmente la estrategia terapéutica de entrevista motivacional. La segunda fase aborda los procesos conductuales de autocontrol y de solución de problemas, los cuales están relacionados con la acción y el comportamiento manifiesto. A continuación se explican cada uno de ellos.

Entrevista motivacional como estrategia inicial de la terapia breve

Miller y Rollnick (1999), autores de la entrevista motivacional, la definen como un estilo de entrevista clínica centrada en el cliente, que busca provocar un cambio en el comportamiento a través de la exploración y resolución de la ambivalencia. Su aplicación se realiza de forma progresiva en función del estadio de cambio; permite disminuir y darle un giro a la resistencia de los consultantes.

La entrevista motivacional se soporta en una serie de principios fundamentales relacionados con la motivación para el cambio; entre ellos se identifican: a) la motivación intrínseca, en la cual la capacidad para el cambio se encuentra en la persona y es poco susceptible de ser influida externamente; b) la elección y el control propio, donde el sujeto se presenta más motivado si los objetivos del cambio son propuestos por él mismo; c) el autoconvencimiento auditivo, se refiere a la mayor probabilidad de convencimiento y motivación que tienen las razones verbalizadas por el consultante; d) la percepción de autoeficacia, relacionada con el juicio que hace la persona sobre su capacidad de lograr el cambio; e) la ambivalencia, en la que la persona se muestra indecisa acerca del cambio; f) la intervención particular, tiene que ver con la necesidad de intervenir en la persona de acuerdo con la etapa motivacional en la que se encuentre; y g) la relación interpersonal, donde el consultante es abordado desde una aproximación empática (Lizarraga & Ayarra, 2001).

El terapeuta que aplica la entrevista motivacional debe poner en práctica una serie de técnicas relacionadas con la interacción entre él y su consultante. Estas técnicas han sido denominadas OARS (por sus siglas en inglés, *O*poned ended questions; *A*ffirmations; *R*eflective listening; and *S*ummaries) (Miller & Rollnick, 1999; Wagner & Conners, 2003), y son:

1. Preguntas abiertas: al realizar preguntas abiertas el terapeuta crea una atmósfera de aceptación y confianza; adicionalmente, fomenta el análisis del problema por parte del consultante. Las respuestas a las preguntas abiertas obligan a las elaboraciones de información y emoción asociadas con lo que se dice, lo cual favorece el procesamiento de información acorde con la búsqueda de aumento de la conciencia con respecto al problema. En estudios recientes (Gantiva & Flórez, 2006b) se propone como técnica principal de interacción un subtipo de este tipo de preguntas, aquellas que tienen por objetivo el mantenimiento de las frases automotivadoras, las preguntas evocadoras.
2. Afirmar: esta técnica hace referencia a la afirmación y apoyo proporcionado al consultante, lo cual puede realizarse por medio de comentarios positivos y frases de apoyo y comprensión. Estas afirmaciones se hacen de manera directa y explícita.
3. Escucha reflexiva: es la habilidad básica de la entrevista motivacional que permite identificar el aspecto en el que hay que trabajar y en el que no. Es un proceso de escucha atenta pero directiva, debido a que la reflexión no es un proceso pasivo; por el contrario, el terapeuta decide y dirige el tema sobre el cual reflexionar y aquel al cual ignorar; además de identificar en qué se debe hacer énfasis y en qué no, así como las palabras a utilizar para lograr el objetivo y la atención del consultante. Esta reflexión se caracteriza por no hacerse en tono de pregunta sino de afirmación, donde se identifica el significado del mensaje original y se expresa por medio de una frase.
4. Resumir: esta estrategia intenta destacar lo más importante que el consultante ha dicho,

fomentando un buen encuadre clínico y el interés del consultante por la terapia. El resumen permite prestar mayor atención a los elementos importantes en la discusión y cambiar la atención o dirección sobre aspectos relevantes. Es recomendable hacerlo con frecuencia para no almacenar mucha información que puede ser olvidada o descontextualizada al realizar el resumen.

Los antecedentes empíricos relacionados con la efectividad de la entrevista motivacional (EM) son variados y de amplia aceptación. Dunn, DeRoo y Rivara (2001) llevaron a cabo un meta-análisis en el que evaluaron de manera sistemática veintinueve programas de intervención basados en la entrevista motivacional, de los cuales diecisiete estaban orientados al abuso de sustancias, tres al abandono del consumo de cigarrillo, cuatro al riesgo de contagio de VIH y seis a dietas y ejercicio. En el 60% de los programas se obtuvo por lo menos un cambio comportamental significativo.

Entre los diferentes programas basados en la entrevista motivacional, aquellos dirigidos a la disminución del consumo de sustancias son los que presentado mejores resultados. Se encontró evidencia substancial sobre la efectividad de la entrevista motivacional como herramienta para el control de estos comportamientos (Burke, Arkowitz & Menchola, 2003; APA, 2000); adicionalmente, que la entrevista motivacional también es una herramienta útil cuando es utilizada por terapeutas clínicos que no tienen una formación especializada en el tratamiento del abuso de sustancias (Duran, 2003).

Autocontrol y solución de problemas como estrategias finales de la terapia breve

El uso de estrategias motivacionales como factor inicial de las terapias breves se complementa con la aplicación de procedimientos terapéuticos rápidos de autocontrol y de solución de problemas. La aplicación de estas estrategias como complemento de la entrevista motivacional en las intervenciones breves es coherente por las bases fundamentales del autocontrol y de la solución de problemas, en las cuales la persona tiene un papel fundamental en la terapia y se busca enseñarle a modificar y con-

trolar su propio comportamiento. De esta manera, se cumplen dos de los principales fundamentos de la terapia breve: a) la responsabilidad del consultante, fortalecida en la fase inicial a través de la entrevista motivacional y en la fase final por medio del autocontrol y la solución de problemas; y b) la autoeficacia, que se fortalece a través del reconocimiento de habilidades, el logro progresivo de metas y la retroalimentación positiva que puede darse a través de las estrategias de entrevista motivacional, autocontrol y solución de problemas.

Desde el punto de vista conceptual, el autocontrol se define como la distribución del comportamiento para obtener consecuencias significativas a largo plazo (Rachlin, 2002). Esto implica que la persona logre posponer consecuencias inmediatas con el objetivo de alcanzar aquellas que, aunque más lejanas en el tiempo, brindan más fortaleza y son más valoradas. De esta forma, se identifica un conflicto entre impulsividad (escoger la consecuencia inmediata) y autocontrol (escoger la consecuencia lejana); desafortunadamente, las personas suelen ser más impulsivas que autocontroladas, debido a que resulta más fácil organizar el comportamiento con base en lo que se encuentra disponible en determinado momento, pues el refuerzo pierde valor de acuerdo con que tan lejano esté.

Por esta razón, el entrenamiento en autocontrol adquiere un valor fundamental para permitir un proceso de adaptación satisfactorio en la persona; así, como estrategia, es el conjunto de procedimientos y técnicas que tiene por objetivo que la persona alcance metas a largo plazo. Los entrenamientos en autocontrol y en solución de problemas son complementarios en las intervenciones breves, pues permiten procesos similares de empoderamiento en el consultante a través de la identificación de comportamientos problema, la búsqueda de alternativas, la toma de decisiones y la evaluación de las mismas, entre otras.

Las principales fases del entrenamiento en autocontrol (Labrador, 1998) y en solución de problemas (Caballo, 1995) utilizadas en la terapia breve son:

1. Auto-observación y registro del comportamiento: un factor fundamental en la toma de concien-

cia sobre el comportamiento es el proceso de auto-observación del mismo; en este proceso se le pide a la persona que realice registros sencillos del comportamiento en términos de frecuencia y/o intensidad. No es aconsejable pedir registros amplios o complejos, especialmente al inicio del proceso. La autoobservación y el registro permiten construir una línea de base del comportamiento, dar retroalimentación directa al consultante y evaluar la efectividad del tratamiento.

2. Establecimiento de metas: esta fase del autocontrol está directamente relacionada con los principios fundamentales de las intervenciones breves. Se trata de fijar en conjunto con el consultante metas realistas que puedan ser alcanzadas por él. Las metas son evaluadas y construidas en todas las sesiones y se busca fortalecer la autoeficacia a través de su logro. De igual forma, deben ser formuladas en términos que permitan su medición y evaluación, por lo que metas como “ser mejor persona” o “no tomar tanto” son poco adecuadas, pues no permiten una evaluación objetiva; estas metas pueden ser formuladas como: “disminuir a cinco el número de groserías que le digo a mi pareja” o “disminuir a dos el número de días que consumo alcohol y tomar máximo cuatro cervezas por ocasión”.
3. Identificación de antecedentes y consecuentes: parte fundamental del control del comportamiento está mediado por los factores que lo anteceden (emociones, pensamientos, situaciones) y por lo que se recibe después (factores consecuentes). Identificar dichos factores es fundamental para que la persona entienda su propio comportamiento y pueda construir en conjunto con el terapeuta alternativas de solución que afecten los antecedentes o los consecuentes.
4. Planeación del cambio: en esta fase se construyen o se buscan alternativas relacionadas con los factores identificados previamente, tales como cambios cognitivos, emocionales, control de estímulos o cambios de contingencias. Adicionalmente, se desarrollan planes de acción para llevar a cabo dichas alternativas, que deben contemplar todas las posibles dificultades para llevarlos a cabo, con el fin de acercar al máximo a la persona a la conducta manifiesta que se quiere desarrollar.
5. Toma de decisiones: este proceso puede observarse en varias etapas de la intervención breve: al inicio, cuando la persona toma la decisión de cambiar su comportamiento, un proceso propio de la resolución de la ambivalencia y, por tanto, un objetivo fundamental de la entrevista motivacional; y en la fase de solución de problemas, cuando el consultante decide cuál de las alternativas propuestas es la más acertada para llevarla a cabo como forma de controlar o solucionar un problema. Para esto el consultante debe evaluar los pros y los contras de cada alternativa en función de las repercusiones que pueda tener para sí mismo y para los demás.
6. Autoevaluación y autorrefuerzo: una vez que estas alternativas son llevadas a la práctica, la persona debe evaluar su efectividad en términos de las consecuencias positivas y negativas tanto para él como para el contexto en el cual se desarrolla. Si la valoración es positiva, la persona puede proponer alternativas de refuerzo (actividades o elementos); si es negativa, debe retroceder hasta la planeación del cambio para tomar otra alternativa posible y ponerla en práctica.

Referencias

- Amaya, M., Cardona, S., Ramírez, S., Sánchez, L. & Gantiva, C. (2008). Evaluación de la efectividad de un programa de intervención breve para la disminución de la ansiedad en personas que ingresan por primera vez a un centro penitenciario. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 2 (1), 79-96.
- American Psychological Association (2000). Society of clinical psychology. A guide to beneficial psychotherapies. *Empirically Supported Treatments*. Washington: American Psychological Association.
- Anderson, P. (2003). The risk of alcohol. What general practice can do. Nijmegen.
- Arco, J., López, S., Heilborn, V. & Fernández, F. (2005). Terapia breve en estudiantes universitarios con problemas rendimiento académico y ansiedad: Eficacia del modelo "La Cartuja". *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (3), 589-608.
- Ballesteros, J., Ariño, J., Gonzalez-Pinto, A., Querejeta, L. (2003). Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Meta-análisis de estudios españoles en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 17 (2), 116-122.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New York: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1990). Some reflections on reflections. *Psychological Inquire*, 1, 121-126.
- Bannink, F. (2007). Solution-focused brief therapy. *Contemporary Psychotherapy*, 37, 87-94.
- Barberá, E. (2002). Marco conceptual e investigación de la motivación humana. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 2(1). Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/abarbe7630705102/texto.html> Visitada 15 de abril de 2005.
- Bellack, L. & Siegel, H. (1983). *Manual de psicoterapia breve e intensiva y de urgencia*. México: Manual Moderno.
- Berg, I. & Miller, S. (1992). *Working with the problem drinker*. New York: W. W. Norton.
- Berg, I. (1995). Solution-focused brief therapy with substance abusers. En Washington, A.M (Ed.), *Psychotherapy and substance Abuse*. New York: Guilford Press.
- Burke, B., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 843-861.
- Caballo, V. (1995). El entrenamiento en habilidades sociales. En: Caballo, V. *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Carroll, K. Rousanville, B, Nich, C. Gordon, L. Wirtz, P. Gawin, F. (1994). One-year follow-up psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.
- Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) (1997). *A Guide to Substance Abuse Services for Primary Care Clinicians*. Rockville, Md. TIP Series 24, DHHS Publication (SMA) 97-139.
- Dulmus, C. & Wodarski, J. (2002). Six Critical Questions for Brief Therapeutic Interventions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 2 (4), 279-285.
- Dunn, C., DeRoo, L. & Rivara F. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, 96, 1725-1742.
- Duran, L. (2003). Motivating health: Strategies for the nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 15 (5), 200-205.
- Eich, E., Kihlstrom, J., Forgas, J., & Niedenthal, P. (2003). *Cognición y emoción*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Epstein, L. & Brown, L. (2002). *Brief treatment and a new look at the task-centered approach*. Boston: Allyn and Bacon.

- Fleming M.F., Mundt MP, French M.T., Manwell L.B., Stauffacher E.A., Barry K.L. (2002). Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26 (1), 35-43.
- Fleming M.F. (2003). Brief interventions and the treatment of alcohol use disorders: current evidence. *Recent Developments in Alcoholism*, 16, 375-390.
- Gantiva, C. & Flórez-Alarcón, L. (2006a). Evaluación del impacto de un programa de entrevista motivacional en formato grupal e individual para consumidores abusivos de alcohol. *TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2(2). Recuperado de: http://www.tipica.org/pdf/gantiva_florez_evaluacion_programa_de_entrevista_motivacional.pdf
- Gantiva, C. & Flórez, L. (2006b). Intervenciones de la Entrevista Motivacional Asociadas a un Aumento en la Disponibilidad al Cambio en Personas que Consumen Alcohol Abusivamente. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Católica de Colombia.
- Gantiva, C., Gómez, C. & Flórez, L. (2003). Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 38-48.
- Garske, J. & Molteni, A. (1985). Psicoterapia psicodinámica. Un enfoque integrador. En J. Linn y J. Garske (Comp.), *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: DDD.
- Gingerich, W. & Eisengart, S. (2000). Solution-focused brief therapy: A review of the outcome research. *Family Process*, 39 (4), 477-498.
- Goldfried, M.R., Greenberg, L.S. & Mamar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. In M.R. Rosenzweig & L. W. Porter (Eds.), *Annual Review of Psychology*. Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Kristen, B. (1999). *Brief Interventions and Brief Therapies for Substance Abuse*. Centre for Substance Abuse Treatment. Rockville: US Department of Health and Human Services.
- Labrador, F. (1998). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de la Conducta*. Madrid: Pirámide.
- Labrador, F., Vallejo, M., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. & Fernández, J. (2001). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Asamblea Anual de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI. Toledo, 26 de octubre de 2001.
- Labrador, F., Fernández, M. & Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 527-547.
- Lizarraga, S. & Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *ANALES Sis San Navarra*, 24 (Supl. 2), 43-53.
- Longabaugh, R. & Wirtz, P. W. (Edits.) (2001). Project MATCH hypothesis: Results and causal chain analyses. *NIA-AA Project MATCH monograph series*, 8.
- Lowinson, J. Ruiz, P. Millman, R. (1997). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore: W. Wilkins.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Maddux, J. (1995). *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, Research and Application*. New York: Plenum press.
- Marlatt, G., Baer, J., Kivlahan, D., Dimeff, L., Larimer, M., Quigley, L., Somers, J. & Williams, E. (1998). Screening and Brief Intervention for High-Risk College Student Drinkers: Results from a 2-Year Follow-Up Assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (4), 604-615.
- McClelland, D.C., Atkinson, J. W., Clark, R.W., & Lowell, E. L. (1953). *The achievement motive*. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1982). Cognitive-behaviour therapy. En G. Wilso y C. Franks (Eds.) *Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Barcelona: Paidós.

- Miller, W.R., & Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- Pérez, J., Valderrama, J., Cervera, G. & Rubio, G. (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rachlin, H. (2002). *The Science of Self-Control*. New York: Harvard University Press.
- Rodríguez-Naranjo, C. (2000). *De los principios de la psicología a la práctica clínica*. Madrid: Pirámide.
- Sánchez, E. & Gradolí, V. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 83, 49-54.
- Stiles, W., Leiman, M., Shapiro, D., Hardy, G., Barkham, M., Detert, N. & Llewelyn, S. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequences analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16 (4), 408-421.
- Vera-Villaroel, P., Valenzuela, P. & Abarca, O. (2005). Evaluación de una intervención conductual intensa y breve para el manejo de estados emocionales: Un estudio piloto. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 121-131.
- Vogel, D., Wade, N., Hackler, A. (2008). Emotional expression and the decision to seek therapy: The Mediating Roles of the anticipated Benefits and Risk. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27 (3), 254 -263.
- Wagner, C. & Connors, W. (2003). Interaction Techniques. *Motivational Interviewing*. Recuperado de: <http://www.motivationalinterview.org/clinical/interaction.html> Visitada 13 de octubre de 2007.

Fecha de recepción: 30 de septiembre de 2008
Fecha de aceptación: 26 de febrero de 2009