



El enfoque multimodal

Una psicoterapia breve pero completa

Arnold A. Lazarus



Desclée De Brouwer
Biblioteca de Psicología

ARNOLD A. LAZARUS

**EL ENFOQUE MULTIMODAL
UNA PSICOTERAPIA BREVE PERO COMPLETA**

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESKLÉE DE BROUWER**

Índice

Prefacio	9
Introducción	13
1. ¡Vayamos al grano!	15
2. Elucidar la razón fundamental	29
3. ¿En qué consiste el modelo multimodal?	37
4. Teorías y técnicas	47
5. Procedimientos de evaluación multimodal: Puenteo y rastreo	57
6. Procedimientos de evaluación multimodal: Basic I.D. de Segundo Orden y Perfiles Estructurales.	67
7. Algunos elementos de la brevedad efectiva	73
8. Actividad y Serendipity	81
9. Dos aplicaciones específicas: trastornos del deseo sexual y distimia ...	87
10. Terapia de pareja	109
11. Algunos elementos que habitualmente nos hacen perder tiempo	123

Epílogo:	131
Apéndice 1: Cuestionario multimodal de historia de vida	135
Apéndice 2: Inventario de perfil estructural	151
Apéndice 3: Perfil estructural ampliado	153
Apéndice 4: Cuestionario de satisfacción marital. (revisado)	157
Índice de Materias	159
Referencias	161

Prefacio

“Para sanar las dolencias psíquicas que hemos contraído por efecto de la desgracia o de nuestros propios errores, la comprensión no aporta nada, el razonamiento poco, el tiempo mucho, y la acción firme todo.”

-Goethe

Arnold Lazarus y yo somos amigos desde hace treinta años. Hemos compartido la nevera del despacho, hemos paseado y conversado juntos, hemos visto crecer a nuestros hijos, casarse y volverse a casar, y hemos mantenido acalorados debates intelectuales. Quienes nos conocen, sobre todo a través de nuestras publicaciones, están seguros de que nuestras frecuentes diferencias en los intercambios escritos deben creer que somos auténticos enemigos. Todo lo contrario, en Lazarus tengo a un colega profesional cuya compañía aprecio mucho. Pero ninguna de estas circunstancias explica por qué me agrada tanto escribir este prefacio. La verdadera razón que me motiva a hacerlo es mi respeto hacia sus logros.

Según Mario Puzo, cuyas sagas de la Mafia siciliana están de moda otra vez, un “hombre con barriga” es alguien de quien uno se puede fiar, alguien que impone, con peso, que es importante; un hombre que ha dejado su huella en el mundo para que todos puedan verlo y reconocerlo. Y esto mismo sucede con la terapia conductual. A la terapia conductual le ha crecido la barriga y se ha convertido en influyente e importante por derecho propio. La pregunta que se nos formula ahora es: ¿Han logrado un estatus similar Arnold Lazarus y la terapia multimodal y es un prefacio el lugar apropiado para plantear esta duda? Se supone que todos los profesionales de la salud mental responderían con un rotundo “Sí” a la primera parte de la pregunta, pero muchos insistirían en que el prefacio

no es el lugar idóneo para proceder a evaluar objetiva o críticamente la terapia multimodal ni la contribución profesional de Lazarus. Algunos defenderían que el prefacio debe reflejar la aceptación incondicional.

Mi postura es clara y no deja espacio a la ambigüedad. El respeto hacia Lazarus y sus logros exige una consideración meditada tanto del hombre como profesional, como de su trabajo.

Como creo firmemente que a la terapia multimodal –y no a Lazarus– le ha crecido la barriga, el prefacio debería de ser el lugar para contemplar esta cuestión y, supuestamente, concluir con una nota positiva.

Como mínimo de cara a un futuro previsible, para lo bueno y para lo malo, el sistema atencional va a seguir funcionando, y la terapia multimodal deberá medirse en base a esta norma, entre otros criterios. Como es lógico, el sistema asistencial exige intervenciones demostrablemente efectivas que sean válidas, de tiempo limitado, al mínimo coste y al alcance del consumidor. La mayoría de los procedimientos contemplados bajo la amplia denominación de terapia conductual parecen satisfacer estos criterios. ¿Puede decirse lo mismo sobre la terapia multimodal? ¿De qué forma, si es que lo hace, coincide la terapia multimodal en la configuración global de la terapia conductual?

La introducción a este libro comienza cuestionándose la necesidad, o el lugar, de otro libro más sobre psicoterapia breve. La respuesta de Lazarus es una afirmación contundente, siempre que los procedimientos descritos sean breves, comprensivos y válidos, y no hayan sido publicados en formato de libro en ningún otro lugar. El resto de la obra ofrece una elaboración detallada de la terapia multimodal y el modo en que satisface los criterios de la demanda. La terapia multimodal, manifiesta Lazarus, subraya la eficiencia, la eficacia y las respuestas de manejo efectivas frente a las “curas” poco claras de problemas emocionales supuestamente muy profundos cuya autenticidad es cuestionable. Ante la aparente contradicción entre las nociones de “breve” y “comprensiva”, se manifiesta que es posible ser breve y comprensivo al mismo tiempo, siempre que el espectro BASIC I.D. que constituye el núcleo de la terapia multimodal, sea completado plena y conscientemente por un terapeuta experimentado que se oriente en su aplicación.

Para entender mejor tales aspectos, el lector podría pensar en cuatro factores claves durante la lectura del texto. Formulados a modo de preguntas, dichos aspectos son:

1. ¿En términos teóricos, es la terapia multimodal un nuevo modelo teórico que presenta conceptos radicalmente diferentes?
2. ¿Aporta la terapia multimodal una innovación metodológica significativa? ¿En caso afirmativo, cuáles son sus puntos fuertes?
3. ¿Es la terapia multimodal realmente una terapia conductual multimodal, y como tal, parte de la principal corriente de terapia conductual? ¿Es algo que va “más allá” de la terapia conductual, como declara Lazarus aquí y en sus publicaciones anteriores?
4. ¿En qué medida satisface la terapia multimodal breve las necesidades de la demanda? ¿Es probable que sea considerada por los terapeutas y por los administradores de los servicios asistenciales?

Para concluir, en relación a la primera pregunta, opino, en base a mi conocimiento durante los últimos años de la terapia conductual y la multimodal, que ésta última no ofrece nuevas teorías ni postulados. Se basa firme y sistemáticamente en la teoría del aprendizaje social y en otros conceptos de la terapia conductual. Como tal, es sensible a los nuevos avances y horizontes en evolución propios de la terapia conductual, que de este modo se incorpora al núcleo de la terapia multimodal, el BASIC I.D. Lo curioso es que el propio Arnold Lazarus ha manifestado esto mismo en múltiples ocasiones y no defiende ninguna otra nueva teoría.

La segunda pregunta es más significativa y ciertamente preocupa a la mayoría de los terapeutas. El BASIC I.D. y sus derivados ofrecen un sistema de evaluación e intervención que no tienen igual, que yo sepa. Es un compendio único de procedimientos y estrategias terapéuticas. Si se aplica consciente y sistemáticamente, el BASIC I.D. cubre las siete modalidades claves que, individual e interactivamente, determinan cómo nos movemos, sentimos, imaginamos, pensamos y nos relacionamos con los demás. Aunque permita la creatividad y la iniciativa por parte del terapeuta, la metodología es más efectiva si se aplica sistemáticamente, con la secuencia y formato precisos dependiendo de las necesidades de la situación. Reconociendo que, fundamentalmente, todos los seres humanos somos entidades bioquímicas-neurológicas, la modalidad "D" de Lazarus incluye más factores que las drogas y fármacos. Cubre en sí misma la matriz completa de determinantes médicos y biológicos, entre ellos la nutrición, el ejercicio, la medicación prescrita, las drogas ilegales, el tabaco, los estimulantes y depresores legales como la cafeína o el alcohol. Más importante aún, Lazarus ofrece un sistema efectivo de bajo coste que puede ser enseñado y que carece de jerga mística o innecesaria.

La tercera cuestión puede conducir a más equívocos, y es aquí donde Lazarus y yo parecemos presentar más desacuerdos. Conceptualizada como "terapia conductual y más aún" el sistema de Lazarus evolucionó hasta la terapia conductual multimodal, para convertirse finalmente en terapia multimodal. Pero, en lo que a mí me concierne, y sospecho que puede ocurrirles también a otros terapeutas conductuales, por las razones previamente comentadas, la terapia multimodal podría considerarse como una terapia conductual en una de las expresiones metodológicamente más sofisticadas, hasta la fecha.

Arnold Lazarus practica una terapia conductual sobresaliente pero no la denomina así. Debería considerar la idea de devolver la terapia multimodal al campo de la terapia conductual al que pertenece, reconociendo así su herencia y su contribución a dicha terapia. Incluyo esto, sobre todo para reafirmar mi convicción de que Lazarus debería volver a incluir la término "conductual" en la terapia multimodal.

Todo esto son pequeñeces. Lo realmente importante es la contribución de Lazarus a la práctica de la psicoterapia y la compatibilidad de la terapia multimodal breve con los objetivos y aspiraciones de los sistemas asistenciales. La terapia multimodal breve es terapia conductual en uno de sus formatos más avanza-

dos. Es eficiente, efectiva, enseñable, demostrablemente válida y comprensiva sin ser rígida. Independientemente del nombre que atribuye a su sistema, Lazarus ha contribuido probablemente más que ningún otro a las necesidades clínicas de los terapeutas individuales y administradores del sistema asistencial. Arnold Lazarus se ha ganado la posición reconocida de liderazgo en la saga de la psicoterapia. Para mí ha sido un gran un placer escribir el prólogo de este libro.

Cyril M. Franks
Universidad de Rutgers

Introducción

¿Se necesita o queda aún espacio para otro libro más sobre psicoterapia breve? Sí, pero sólo si ofrece estrategias e ideas que no aparezcan en otras obras, monografías, informes, textos, manuales, tesis y discursos sobre el tema. El actual sistema asistencial hace uso de un amplio número de libros sobre psicoterapia breve, a corto plazo, de tiempo limitado y efectiva. Los términos anteriores no son sinónimos, pero parecen tener dos características en común. Subrayan la eficiencia y la eficacia y normalmente acentúan las virtudes de las *respuestas de manejo* efectivas frente a las “curas” profundamente emocionales. Su mensaje central es “no se ha de perder tiempo”.

¿Cómo se puede ser *breve* y también *exhaustivo*? ¿No estamos ante dos términos contradictorios? No, si se cubre lo que se viene denominando el “espectro BASIC I.D.” –un concepto que se describe en los Capítulos 1 y 3 y se amplía en otros apartados del libro.

Los principales factores que han posibilitado la brevedad en la psicoterapia son los enfoques basados en el aprendizaje, centrados en los problemas y orientados a las soluciones, y la evolución de técnicas sofisticadas y efectivas de evaluación e intervención biológica. Aunque muchos terapeutas desarrollan la terapia conductual con su énfasis en la actividad, en la atribución de tareas para casa y en el mantenimiento de focos específicos, los procedimientos de este tipo se han convertido en frecuentes entre una amplia gama de terapias breves. El presente libro emplea y amplía los métodos habituales de diagnóstico e incluye múltiples recomendaciones. En mi opinión, a lo largo de las siguientes páginas se expresan bastantes ideas poco comunes que potencialmente podrían aumentar y fomentar las destrezas y el repertorio clínico de los lectores.

Evité imponer a mis familiares, amigos o colegas las revisiones del primer manuscrito, pero el Dr. Jeffrey A. Rudolph, un antiguo estudiante y en la actualidad gran amigo y colega mío, insistió en leer el manuscrito completo. Sus incisivos comentarios me permitieron clarificar y ampliar muchos de los aspectos que de otro modo hubieran sido pasados por alto, en consecuencia le estoy muy agradecido. Debería mencionar también que ha sido un privilegio y motivo de placer trabajar con la Dra. Ursula Springer y su eficiente y atento equipo.

Arnold A. Lazarus

Nota del Traductor: A lo largo de todo el texto se emplea el acrónimo **BASIC I.D.** que se corresponde con las iniciales de los conceptos ingleses *Behaviour, Affect, Sensation, Imaginery, Cognition, Interpersonal* y *Drugs-Biology*, que en castellano se traducirán como Conducta, Afecto, Sensación, Imaginación, Cognición, Interpersonal y Drogas (Fármacos)- Biología.

1

¡Vayamos al Grano!

Cualquiera puede ofertar psicoterapia breve, pero ¿es posible impartir un curso sobre psicoterapia exhaustiva breve? Mi respuesta es “A menudo, sí”. En las siguientes páginas describiré cómo puede lograrse este objetivo.

BASIC I.D.

En esencia, los humanos somos organismos biológicos (entidades neurofisiológicas-bioquímicas) que (1) se comportan (actúan y reaccionan), (2) tienen emociones (experimentan respuestas afectivas), (3) sienten (responden a estímulos táctiles, olfativos, gustativos, visuales y auditivos), (4) imaginan (evocan imágenes, sonidos y otros sucesos en nuestro ojo mental), (5) piensan (mantienen creencias, opiniones, valores y actitudes) y (6) interactúan entre sí (disfrutan, toleran o sufren varias relaciones interpersonales). Mediante la referencia de estas siete dimensiones o modalidades discretas pero interactivas Conducta, Afecto, Sensación, Imaginación, Cognición, Interpersonal y Drogas-Biología se obtiene el acrónimo inglés BASIC I.D.

Muchos enfoques psicoterapéuticos son trimodales, incluyendo el afecto, la conducta y la cognición. El enfoque multimodal aporta a los terapeutas unos cimientos comprensivos que les permiten extraer los problemas sobresalientes a ser corregidos. Diferenciando las sensaciones de las emociones, las imágenes de las cogniciones, subrayando las conductas intraindividuales y las interpersonales y prestando atención al substrato biológico, la orientación multimodal es mucho

más avanzada. La evaluación del BASIC I.D. de un cliente permite “no dejar títere sin cabeza.”

Los elementos de una evaluación rápida pero exhaustiva conllevan la siguiente serie de preguntas:

B: (*Behaviour*) Conducta. ¿Qué hace el individuo que esté interfiriendo en su camino hacia la felicidad o hacia la satisfacción personal (acciones contraproducentes, conductas maladaptativas)? ¿Qué conducta debe aumentar o reducir el cliente? ¿Qué debería dejar de hacer o empezar a hacer?

A: Afecto. ¿Qué emociones (reacciones afectivas) son predominantes? ¿Estamos tratando con ira, ansiedad, depresión o combinaciones de los anteriores y en qué grado (e.g., irritación versus ira; tristeza versus melancolía profunda)? ¿Qué parece generar estos afectos negativos —ciertas cogniciones, imágenes, conflictos interpersonales? ¿Cómo responde la persona (se comporta) cuando siente de ese modo? Es importante buscar los procesos interactivos—¿qué impacto tienen diversas conductas sobre el afecto de la persona y vice versa? ¿Cómo influye esto sobre las restantes modalidades?

S: Sensación. ¿Existen molestias específicas (e.g., tensión, dolor crónico, temblores)? ¿Qué sentimientos, pensamientos y conductas están vinculadas a estas sensaciones negativas? ¿Qué sensaciones positivas (e.g., visuales, táctiles, olfatorias y gustativas) manifiesta la persona? En este apartado se incluye al individuo como ser sensual y sexual. Cuando se solicita, el fomento o cultivo del placer erótico es un objetivo terapéutico viable (Rosen & Leiblum, 1995).

I: Imaginación. ¿Qué fantasías e imágenes son predominantes? ¿Cuál es la “auto-imagen de la persona”? ¿Hay imágenes específicas de éxito o de fracaso? ¿Existen imágenes negativas e intrusivas (e.g., recuerdos de experiencias tristes o traumáticas)? ¿Cómo se relacionan estas imágenes con cogniciones, conductas, reacciones afectivas, etc.?

C: Cognición. ¿Podemos determinar las principales actitudes, valores, creencias y opiniones del individuo? ¿Cuáles son los debes/deberías predominantes del individuo? ¿Existe alguna creencia disfuncional o idea irracional? ¿Se puede detectar algún pensamiento automático que debilite su funcionamiento?

I: Interpersonal. ¿Cuáles son los otros significativos en la vida del individuo desde la perspectiva interpersonal? ¿Qué quiere, desea, espera y recibe de ellos, y qué les da o hace por ellos a cambio? ¿Qué relaciones le producen un placer o un dolor específico?

D: Drogas/biología. ¿Está la persona sana desde el punto de vista biológico y es consciente de su salud? ¿Presenta molestias o dolencias físicas? ¿Qué detalles relevantes presenta con relación a la dieta, peso, sueño, ejercicio y consumo de alcohol y drogas?

Podría obtenerse una identificación más exhaustiva del problema si se pide a los clientes que cumplimenten el Cuestionario Multimodal de su Historia de Vida (Lazarus & Lazarus, 1991). Este cuestionario de 15 páginas (véase Apéndice 1) facilita el tratamiento:

- Motivando a los clientes a centrarse en problemas específicos, sus fuentes y las soluciones probadas.
- Ofreciendo antecedentes, problemas presentes y datos históricos relevantes.
- Generando una perspectiva muy valiosa sobre el estilo y expectativas de tratamiento del cliente.

Los clientes reciben este cuestionario a modo de tarea para casa, normalmente tras la sesión inicial. Como puede suponerse, los clientes con trastornos graves (e.g., con depresión severa, mucha agitación, etc.) no siempre cumplen con la tarea, pero la mayoría de los pacientes psiquiátricos externos con una capacidad verbal razonable suelen valorar el ejercicio como útil para poder hacer referencia oral a dichos datos, para ofrecer al terapeuta un análisis BASIC I.D. inmediato y para generar un plan viable de tratamiento.

EL BASIC I.D.

En la evaluación multimodal, el BASIC I.D. sirve para recordarnos que hemos de examinar cada una de las siete modalidades y sus efectos interactivos. Implica que somos seres sociales que se mueven, sienten, imaginan y piensan y que, en esencia, somos entidades biomecánicas-neuropsicológicas. Los estudiantes y colegas me preguntan con frecuencia si algún área particular es más significativa, se le concede más peso, que a las restantes. Para elaborar una evaluación completa, las siete requieren mucha atención, pero quizá las modalidades biológica e interpersonal son especialmente significativas.

La modalidad biológica ejerce una profunda influencia sobre todas las restantes modalidades. Las reacciones sensoriales desagradables pueden ser señal de alguna dolencia física; el exceso de reacciones emocionales (ansiedad, depresión e ira) puede estar biológicamente determinado; de los desequilibrios químicos pueden derivarse el pensamiento erróneo y las imágenes borrosas, oscuras y el terror puede ser el resultado de desequilibrios químicos y las conductas personales e interpersonales no directas pueden estar determinadas por muchas reacciones somáticas que podrían ir desde las toxinas (e.g., drogas o alcohol) hasta lesiones intracraneales. En consecuencia, ante cualquier indicio de probable implicación de los factores biológicos, es imprescindible investigarlos plenamente. Una persona que no presente problemas médicos o físicos directos y que disfrute de las relaciones cercanas, significativas y afectivas, puede contemplar la vida como personal e interpersonalmente satisfactoria. Por lo tanto, la modalidad biológica nos sirve como base y la modalidad interpersonal es probablemente el ápice. Las siete modalidades no son estáticas o lineales sino que existen en un estado de transacción recíproca.

Un paciente que solicite terapia puede inclinarse hacia las siete modalidades en el momento de la recepción. Afecto: “Padezco ansiedad y depresión.” Conducta: “Mis hábitos compulsivos pueden conmigo.” Interpersonal: “Mi esposa y yo no nos arreglamos.” Sensorial: “Sufro dolores de cabeza tensionales y molestias

en la mandíbula.” Imaginación: “No puedo librarme de la imagen del funeral de mi abuela y a menudo tengo pesadillas.” Cognitivo: “Sé que me establezco metas irreales para mí mismo y que espero demasiado de los demás, pero parece que no puedo evitarlo.” Biológicas: “Estoy bien siempre que siga tomando litio, pero necesito que alguien controle mis niveles sanguíneos.”

Sin embargo, es más frecuente que las personas acudan a terapia con problemas explícitos en dos o más modalidades –“Sufro todo tipo de dolores y molestias que mi médico atribuye a la tensión. También me preocupo demasiado y me siento frustrado todo el tiempo. Y estoy muy furioso con mi padre.” Inicialmente, suele ser recomendable ayudar al paciente a centrarse en los temas, modalidades o áreas de preocupación que presente. Si se derivara la atención con excesiva premura, hacia otros aspectos que nos puedan parecer más importantes, el paciente podría sentirse incómodo. Una vez establecido el rapport, por el contrario, suele ser fácil dirigir la atención a los problemas significativos.

LA FÓRMULA

Con ánimo de ser breve y conciso, a continuación presento mi fórmula de la psicoterapia breve pero exhaustiva. Mi enfoque se ha ido formando, fundamentalmente, sobre la base de los resultados y los seguimientos que he realizado durante los últimos 40 años:

- Primero: Determinar si existen problemas significativos en cada una de las siguientes modalidades:
 - 1) Conducta
 - 2) Afecto
 - 3) Sensación
 - 4) Imaginación
 - 5) Cognición
 - 6) Relaciones interpersonales
 - 7) Drogas-Biología
- Segundo: De acuerdo con el cliente, seleccionar tres o cuatro problemas claves que requieran atención específica.
- Tercero: Si así se indica, asegurar que el paciente se somete a un examen médico y, si fuera necesario, administrar medicación o fármacos psicotrópicos.
- Cuarto: Siempre que sea posible, aplicar empíricamente métodos validados de tratamiento específicos para los problemas presentados.

A menudo, en la práctica, es innecesario analizar el BASIC I.D. completo. Cuando un problema significativo de una modalidad se modifica satisfactoriamente, el efecto rebote podría mitigar ciertas dificultades de otras modalidades.

Si se alcanza un cambio constructivo en cada dimensión del BASIC I.D., el impacto dinámico y sinérgico tiende a producir efectos más expandidos. De

este modo, en muchos individuos, cuando se modifica satisfactoriamente un problema de una modalidad, por efecto de rebote pueden mitigarse ciertas dificultades de otras modalidades, haciendo así innecesario el análisis del BASIC I.D. completo.

Una vez más, debo subrayar que aunque sea clínicamente conveniente dividir el flujo interactivo recíproco que caracteriza a los sucesos vitales reales en dimensiones aparentemente diferentes del BASIC I.D., en realidad siempre estamos confrontados por un proceso vital continuo, recurrente y de múltiples niveles. El BASIC I.D. no es una representación lineal, estática y uniforme de la experiencia humana. La primera denominación fue terapia conductual multimodal de evaluación y tratamiento sistemático (Lazarus, 1973, 1976), posteriormente fue modificada por terapia multimodal (Lazarus, 1981, 1989).

En esencia la postura multimodal comprende los siguientes cuatro principios:

- 1) Los seres humanos actúan e interactúan a lo largo de siete modalidades del BASIC I.D.
- 2) Estas modalidades están vinculadas entre sí por complejas cadenas de conducta y otros sucesos psicofisiológicos, y existen en un estado de transacción recíproca.
- 3) La evaluación (diagnóstico) preciso se desarrolla mediante el análisis de cada modalidad y su interacción con las demás.
- 4) La terapia exhaustiva exige la corrección específica de los problemas significativos hallados en el BASIC I.D.

En el enfoque multimodal se cuestiona: (1) ¿Cuáles son los problemas específicos e interrelacionados a lo largo del BASIC I.D.? (2) ¿Qué o quién parece estar provocando y manteniendo estos problemas? (3) ¿Cuál parece ser el mejor modo que emplea cada individuo para resolver estos problemas? (4) ¿Se han identificado métodos validados de cambio o posibles tratamientos específicos para tratar algunos de estos aspectos? Las respuestas a las preguntas anteriores procuran una estructura sistemática que garantiza la total exhaustividad y que también aporta métodos específicos para identificar las reacciones idiosincrásicas.

El lector interesado podrá hallar estrategias y modos de aplicación para la implementación del proceso multimodal.

SIGNIFICADO DE PSICOTERAPIA BREVE

¿Hace referencia el término “breve” al factor temporal? ¿Existe alguna metodología específica que se califique como “terapia breve”? ¿Son las técnicas particularmente intensivas? ¿Se define la brevedad por el alcance y foco de los problemas contemplados? ¿Son los objetivos modestos? ¿Es la terapia breve mejor que la terapia a largo plazo, o simplemente es más práctica aunque no más óptima?

Formulo estas cuestiones con el único fin de manifestar que la psicoterapia breve está mal definida y recibe diferentes significados de diferentes terapeutas. Es probable que la mayoría estaría de acuerdo en que *la terapia efectiva depende bastante menos de las horas que uno invierta en ella que de lo que uno incluya en dichas horas*. Cooper (1995) señala que los terapeutas que practican terapia breve no tratan de alcanzar menos; se esfuerzan por “conseguir más con menos” —lo que exige al terapeuta “adoptar con rapidez muchas decisiones importantes y difíciles sin acelerar la terapia” (pp. 85-86).

Existen muchas consideraciones temporales. Además del número de sesiones que debiera recibir un cliente, podríamos preguntarnos cuál debería ser la duración de cada sesión. Durante los años sesenta (Dreiblatt & Weatherly, 1965; Koegler & Cannon, 1966) se contempló “la terapia breve de contacto” con sesiones que duran entre 10 y 20 minutos. Hoyt (1989) se pregunta si la sesión única maratónica de 10 horas de Berenbaum (1969) es una forma de terapia breve prolongada o una terapia prolongada breve. Desafortunadamente, incluso aunque el terapeuta determine que un cliente dado se beneficiará con sesiones de entre 15 y 20 minutos, establecer este tipo de distribución horaria podría ser posteriormente motivo de conflicto económico con el cliente o con el organismo que haya contratado dichos servicios.

El intervalo entre las sesiones es otro importante factor temporal. Budman (1994) se preguntaba si 10 sesiones durante un período de 2 años constituyen una terapia breve. ¿Para quién pueden ser más útiles seis sesiones diferentes de 10 minutos cada una en un mismo día que una sesión continua de 60 minutos? ¿Quién ha de ser atendido dos veces al día, tres veces por semana o en intervalos superiores a 6 meses?

Budman (1994) subraya que “la terapia efectiva en relación al tiempo” no debería basarse en un número predeterminado de sesiones. Señala también que no se ha comprobado que la psicoterapia semanal obtenga resultados mágicos y que las sesiones pueden distribuirse en base a las necesidades del individuo. Sin embargo, son muchos los terapeutas que se manifiestan favorables a las psicoterapias que duran entre 6 y 12 sesiones. Dryden (1995) establecía la cifra de 11 sesiones. Hace muchos años, en uno de los primeros libros que leí sobre terapia breve (Small, 1971) se decía que “la cifra de sesiones de contacto definida como psicoterapia breve oscilaba entre 1 y 217 sesiones” (p. 21). Small seguía citando a numerosas autoridades que consideraban que la terapia breve oscilaba entre 1 y 6 sesiones, otros que defendían el intervalo entre 10 y 24 sesiones y un tercer grupo que se decantaba por un número de sesiones entre 3 y 36. Otra variable que añade confusión es que algunos terapeutas tratan a sus clientes semanalmente en sesiones cuya duración oscila entre 50 y 60 minutos, mientras que otros atienden a sus clientes durante intervalos de entre 15 y 30 minutos varias veces por semana o incluso en diferentes momentos del día. Basta decir que yo considero la terapia breve como aquélla cuyo número de sesiones oscila entre 1 y 15 y cuya duración es de 60 minutos por sesión, que pueden producirse con cierta proximidad temporal o que pueden extenderse durante algunos meses.