

LA PSICOTERAPIA ADLERIANA BREVE: UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA LOS CONTEXTOS DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA

Juan José Ruiz (Centro de Salud Mental de Úbeda, Jaén)

Ursula Oberst (Universitat Ramon Llull)

UrsulaO@blanquerna.url.edu

This article presents a proposal for a brief psychological intervention (Brief Adlerian Psychotherapy) designed especially for its application in contexts of limited resources and in public health services. After a short presentation of the basic tenets of the Individual Psychology of Alfred Adler, some existent proposals for brief intervention of Adlerian therapy are commented. The article continues with the description of the authors' own model, illustrated with a case example.

Keywords: Brief Adlerian Psychotherapy, Adlerian Psychology, Individual Psychology, managed care, brief psychotherapies

LOS RETOS DE LA PSICOTERAPIA EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA

Con frecuencia la agenda de un/a psicólogo/a de la salud mental pública diaria consiste en atender a unos 9-10 casos diarios con unos 30-45 minutos por caso, derivados desde otra instancia sanitaria (principalmente desde un dispositivo de atención primaria), la mayoría con un nivel cultural medio-bajo, muchos de ellos sin saber a qué le envían; además no vienen sólo con problemas de psicopatología típica, sino que cada vez más con dificultades y nuevas demandas sociales y sanitarias emergentes (problemas laborales diversos como el mobbing, problemas de relación de pareja y familia sin llegar a patología, etc.) que se suelen enmarcar entre los «trastornos adaptativos» y que requieren nuevas intervenciones y referencias de actuación. Este tipo de demanda también se extiende a la práctica privada de la psicoterapia.

Aparte de esto, el contexto de trabajo en la salud mental pública (y parte de la privada) presenta una serie de nuevos problemas y retos que requieren programas de intervención psicosocial diferentes; o al menos adicionales a los de la psicoterapia clásica, y también a los manuales protocolizados de terapia breve. Todo ello conlleva un alto nivel de complejidad (Ruiz, Cano, Imbernón, Luján y García, 2002), a la que una intervención psicológica debe responder adecuadamente, de forma eficiente y rápida. Siguiendo a estos autores podemos resumir estos retos de la salud mental comunitaria de la siguiente manera:

Descuido de los enfermos crónicos: Insuficiente apoyo comunitario (familia hostil o inexistente, escasos recursos comunitarios); pacientes difíciles de tratar o que se niegan a usar los recursos y fragmentación de la coordinación del tratamiento comunitario. El reto para la intervención psicosocial supone adaptar los métodos a estas circunstancias (intervenciones breves en distintos periodos; coordinación con otras intervenciones y profesionales; adaptación de las intervenciones en contextos diferentes, como los hospitales de día).

Grupos infra-atendidos y nuevas demandas: Además de las minorías y de los grupos marginales que reciben una insuficiente atención sanitaria, existen nuevas demandas de atención a problemas de la vida cotidiana (separación, duelos, adaptación laboral, etc.), es decir no exclusivamente clínicas, que absorben los servicios. El reto es priorizar la atención sanitaria de manera compatible con el derecho general a recibir atención; junto con la preparación para abordar las nuevas demandas de manera coordinada en los distintos niveles sanitarios y sociales.

Problemas de roles profesionales: En los servicios masificados es frecuente la presencia de roles hiperespecializados (medicalización por los psiquiatras, psicologización por los psicólogos, etc.), junto a la difuminación en otras áreas profesionales, con funciones que no parecen corresponder a un profesional determinado (p.e. la prevención y la formación de otros profesionales u orientación a familiares). El reto es definir nuevas funciones y como trabajar y llevar a cabo el trabajo interdisciplinario (p.e. es frecuente que los pacientes tengan citas en un servicio de salud mental con el psiquiatra, el psicólogo, trabajador social, etc.).

Escasez de estructuras sanitarias intermedias (hospitales de día, centros de día, etc.): En muchos casos esto supone un abordaje inadecuado de problemas crónicos o complejos que el terapeuta debe tener en cuenta para plantearlo en sus limitaciones y peticiones.

Confusión con servicios sociales y/o insuficiente integración de los diferentes servicios: Aparece con frecuencia en personas enfermas crónicas o multiproblemáticos (p.e. patología dual de drogadicción y otro trastorno mental). Aquí el reto nuevamente es la coordinación sanitaria y social y como articularla de manera eficiente. Dificultades legales y practicas en los casos necesitados de internamiento, quién y como se hace; y su relación con la intervención psicosocial. La coordinación entre profesionales, familiares y servicios legales-policiales a

veces resulta muy complicada.

Excesiva medicalización de la demanda: Al aumentar la demanda, tanto en atención primaria como en los centros de salud mental, se ha reducido el tiempo por paciente, provocando así un incremento de la prescripción de fármacos y una reducción de los aspectos relacionales. El reto es preparar a los clínicos para intervenciones psicosociales breves que a la larga redundan en beneficios para los clientes y el propio sistema (p.e menos recaídas a medio-largo plazo).

Apoyo sociosanitario a los familiares: En el caso de pacientes con trastorno mental grave, el planteamiento comunitario obliga a los familiares a hacerse cargo del paciente; y esto produce a veces conflictos. El reto es como facilitar a las familias mayor apoyo sociosanitario; y como orientarles en estos casos (psicoeducación, manejo de conflictos, entrenamiento en habilidades, etc.).

Cualquier psicoterapia o tratamiento psicoterapéutico en el contexto de «managed care», es decir en un contexto de recursos limitados como es el de la salud pública debe saber responder a estos retos. Una intervención que no optimiza estos recursos y no intenta trabajar por la eficiencia puede conseguir grandes beneficios para determinados pacientes, pero en detrimento de otros. Un intento de optimizar estos recursos es conseguir el máximo de efecto terapéutico en un número reducido de sesiones, lo cual nos hace apostar por terapias breves. «Breve», en este caso no debe significar abreviado, es decir, interrumpir una terapia habitualmente larga después de un determinado número de sesiones, porque se han agotado los recursos, sino diseñar formas breves de intervenciones completas.

Aunque la terapia clásica adleriana en su forma más psicoanalítica se sigue aplicando en diversos contextos y modalidades, por ejemplo en el marco del sistema sanitario alemán, su aplicación en el contexto de salud pública en nuestro país sería ineficiente. El presente artículo quiere presentar un modelo actualizado de la psicoterapia adleriana, la Psicoterapia Adleriana Breve (PAB). Los autores consideramos este modelo como especialmente apto para un trabajo terapéutico eficiente en un contexto de recursos (de tiempo) limitados, como es el contexto de la salud pública en España.

NOCIONES BÁSICAS DE LA PSICOLOGÍA INDIVIDUAL CLÁSICA

La Psicología Individual de Alfred Adler (la Psicología Adleriana), al margen de un breve florecimiento en los años 20-30 del siglo XX, ha tenido muy poca aceptación como movimiento teórico y como aplicación terapéutica en España y Latinoamérica, contrariamente a lo que pasa en Estados Unidos y en los países de habla germana o incluso (y eso sólo recientemente) en algunos países del este de Europa (Hungría, Lituania, etc.). Se ha especulado mucho sobre este hecho (Ellenberger, 1970; Serrano, 1991; Oberst & Stewart, 2003) pero parece evidente que algunos conceptos adlerianos, quizás revolucionarios en su momento, han sido incorporados o superados por otras corrientes, como por ejemplo la noción de

ficción por el constructivismo, la apercepción tendenciosa por el cognitvismo (en forma de «cognición distorsionada»), la visión de la interrelación por la sistémica, etc. La amplitud de sus conceptos y su gran potencial integrador puede haber contribuido, paradójicamente, a su existencia raquítica en los países de habla hispana.

De vez en cuando aparece alguna re-edición (traducida) de algún texto de Adler (por ejemplo «El carácter neurótico», Adler, 1912/1977) o la traducción una recopilación de su obra por otro autor (Brett, 1999), pero los desarrollos contemporáneos de los seguidores de esta línea apenas se publican en estos países, quizás por falta de un público ya entendido en la materia. Pero son precisamente estos desarrollos actualizados, renovados e integradores de la teoría y psicoterapia clásica que pueden despertar nuevamente el interés en esta línea.

El sentimiento de comunidad

Uno de los aspectos importantes de la Psicología Adleriana es la idea que el individuo sólo se puede entender en su contexto social. Según Adler, todos los seres humanos aspiran a un ideal utópico de última perfección, o autoactualización, para utilizar un concepto más moderno. Adler considera que la naturaleza humana aspira a superar los obstáculos, alcanzar los fines propuestos, sentirse completo, fuerte y válido; y cada niño pequeño tiene que pasar por este proceso nuevamente. La clave está en lo que Adler llamaba el Sentimiento de Comunidad: todos los individuos tienen la necesidad de pertenecer a una familia, un grupo, una sociedad, y a la humanidad en general; el niño pequeño primero tiene que experimentar esta sensación de pertenencia en el seno de la familia, y luego, a medida que crece, tiene que aprender a contribuir al funcionamiento de esta comunidad mediante su esfuerzo personal, es decir aprender la cooperación. Por cooperación, la Psicología Adleriana entiende la tendencia afectiva del individuo de tener en cuenta el bien común a la hora de resolver sus problemas individuales. Sólo si el individuo llega a sentirse una parte útil de la comunidad (que da y que recibe), es capaz de afrontarse a los problemas de la vida cotidiana de forma adaptada.

El sentimiento de inferioridad

Una de las grandes contribuciones de Adler era la idea de que en la base de muchos problemas psicológicos y trastornos mentales se encuentra un sentimiento de inferioridad, algo que hoy en días quizás llamaríamos «baja autoestima». Y la baja autoestima sólo se puede entender en el contexto social del individuo, es decir en su relación con los demás, a la hora de compararse con ellos. Se entiende que la mayoría de los problemas psicológicos nacen no dentro del individuo, sino entre individuos: conflictos en la familia, en la pareja, en el trabajo, etc. Estos conflictos hacen que el adulto vulnerable re-experimente su sentimiento de inferioridad que tiene sus raíces en la infancia. Determinadas vivencias y condiciones en la infancia,

un estilo educativo inapropiado de los padres, junto con la opinión que el niño, antes de tener siquiera lenguaje para expresarlo, se forma en su inconsciente acerca de estas experiencias, configuran un determinado Estilo de Vida (concepto que incluye los aspectos conscientes e inconscientes de la personalidad, la visión de uno mismo y de los demás, y las metas ficticias de la persona), cuyo lado problemático se activa cuando las circunstancias en la edad adulta son difíciles. Un niño, por ejemplo, que siempre se ve expuesto a una situación en la cual los adultos se aprovechan de su condición inferior (física o psicológica), o por el contrario, un niño excesivamente mimado o consentido, tiene más riesgo de no llegar a formar una autoimagen positiva y asertiva. El camino directo hacia «arriba» le queda cerrado. Esto tiene un efecto altamente desalentador para el niño. Como consecuencia, tiene que probar otros caminos más indirectos, más torcidos, más complicados, que por rodeo lleguen igualmente al destino anhelado de superación. Así, el niño se crea «metas ficticias erróneas». De esta manera, un niño puede aprender que mediante lloros y berrinches o con síntomas psicopatológicos puede conseguir una atención muy superior a la que pudo conseguir con su conducta más directa. Vía ensayo y error, dependiendo de las reacciones de los adultos, el niño aprende a utilizar su debilidad de manera que ahora le sirve para poner a los padres a su servicio y para ejercer poder indirecto. Como decía Adler, el niño desanimado, que descubre que puede tiranizar más eficazmente su entorno mediante lágrimas se convierte en un llorón; y del llorón al depresivo adulto, según Adler, hay un camino directo.

El afán de superioridad como base del trastorno

Este esfuerzo del niño (y también del adulto) de compensar sus sentimientos de inferioridad puede llegar hasta un afán de superioridad – otro concepto clave de la Psicología Adleriana: la persona que se siente inferior y para compensarlo, no sólo se conforma con ser igual a los demás (que sería lo ideal) sino incluso quiere ser más que otros; pero como no lo consigue, se vuelve «neurótico» (en la terminología que se usaba en tiempos de Adler y Freud), se pone ansioso, se deprime, o desarrolla otro tipo de problemática o trastorno. Por eso, en la visión adleriana, el «paciente» no es visto como un enfermo, sino más bien como una persona con metas y objetivos equivocados, porque cree – inconscientemente- que tiene que mostrarse fuerte cuando en realidad se siente débil. Cuanto más grande es su sentimiento de inferioridad, más imperiosa y fuerte se hace la necesidad de compensarlo con aires de superioridad, sentimientos de grandeza, y ardides psicológicos para mitigar esta sensación insoportable de ser insignificante o no valer nada.

Esta es la visión final (teleológica) del síntoma en la Psicología Adleriana. Aunque el problema o síntoma tiene «causas» (en la infancia), el paciente persigue un objetivo con su problemática. En el sentido adleriano estricto y presentado de forma algo provocadora, el «neurótico» (la persona con problemas psicológicos o

trastornos mentales) no es un enfermo, sino una persona equivocada, en el sentido que ha llegado a encontrar una excusa para no cumplir con las demandas del sentimiento de comunidad. Adler llamaba esta actitud «sí – pero». Sí, me gustaría aprobar el examen, hacerme cargo de mis asuntos, resolver mi conflicto de pareja, encontrar trabajo, etc., pero no puedo, porque tengo un trastorno de déficit de atención, de ansiedad, de agorafobia, depresión, migrañas, etc. La verdadera causa – inconsciente para el paciente – es el miedo a fracasar, no quedar bien, no saber resolver el problema sin recurrir a los síntomas. Y el objetivo del síntoma es proteger al paciente a enfrentarse a este miedo. En este sentido, para el paciente es preferible considerarse «un depresivo» (y por tanto, «un enfermo») que «un fracasado». Adler y sus sucesores describían varios de estos «mecanismos de salvaguardia», como formas de afrontamientos poco adaptativos desarrollados por el individuo para salvar su autoestima y su (supuesta) reputación ante otras personas. Un ejemplo típico sería una persona con depresión, agorafobia u otro trastorno que requiere que otras personas, habitualmente los allegados, queden puestas a disposición del «enfermo» para animarle, acompañarle y solucionarle los problemas cotidianos.

En el caso de la persona con miedo fóbico a la evaluación, por ejemplo, se puede decir que ésta, vez de luchar en el terreno de los logros académicos dónde no puede o cree que no puede superarse, lucha en un «campo de batalla de flanco» (expresión de Adler), donde al menos se asegura la superioridad mediante la consideración, la conmiseración y quizás hasta los cuidados que le brindan los demás a causa de su estado lamentable que le impide tener éxito en la vida. El síntoma es utilizado como coartada. El sufrimiento causado por los síntomas neuróticos (p.ej. la ansiedad o depresión) es el precio («costes de guerra», en palabras de Adler) que el individuo paga por salvar la cara. Según Adler, «(...) vemos lo que es la neurosis en el fondo: un intento de evitar el mal mayor, un intento de mantener la apariencia de valor a todo precio, pagar todos los gastos, pero desear a la vez conseguir el objetivo sin pagarlos.» (Adler, 1933/1980, p.108-109).

En cambio, y siempre siguiendo a Adler, si la persona tuviera más sentimiento de comunidad, dejaría de luchar por la autoexaltación mediante la búsqueda del reconocimiento fácil por parte de los demás y, en el caso del paciente arriba mencionado, dedicaría todos sus esfuerzos a los estudios, o, si le falta la capacidad intelectual suficiente, a otro trabajo satisfactorio. La terapia tiene que hacerle ver lo que hasta ahora no sabe - porque hasta ahora ha cerrado los ojos ante las consecuencias y no lo ha querido saber. Evidentemente, Adler no pretende «decirle» simplemente al paciente que está equivocado, que sus objetivos son egocéntricos y que, por favor, mire un poquito por los demás. Antes de todo está el «alentamiento» (Ermutigung, encouragement) por parte del terapeuta: el paciente o delincuente tiene que vencer sus sentimientos de inferioridad y desarrollar primero un grado adecuado de autoestima.

Autores adlerianos contemporáneos (por ejemplo, Dinkmeyer y Sperry, 2000)

han relativizado esta idea algo extrema –la creación (aunque inconsciente) de síntomas para «escaquearse» y de no afrontar los problemas con valor, madurez y sentimiento de comunidad como única explicación necesaria y suficiente de los trastornos psicológicos– en pos de una visión más biopsicosocial según la cual actúan una variedad de factores para que se desarrolle un trastorno (Slavik & Croake, 2006; Grisel, Rasmussen, & Sperry, 2006). Esto representa una línea más en acorde con otras visiones actuales de la psicopatología y que los autores de este artículo subscriben. Los síntomas, más que «excusas inconscientes» son vistos como el resultado de mecanismos de afrontamiento maladaptativos.

La terapia adleriana clásica

De lo dicho anteriormente se deduce que el objetivo de la terapia adleriana no es simplemente la eliminación de un síntoma o la solución de un problema concreto, sino el desarrollo de estas estrategias y del sentimiento de comunidad del paciente. Para efectuar una evaluación, se procura conocer el Estilo de Vida del paciente, sus mecanismos maladaptativos y sus objetivos inconscientes, para luego integrar estos objetivos, muchas veces poco realistas e inalcanzables, en una visión más realista de uno mismo y más adaptado al Sentimiento de Comunidad. Para eso, el paciente no sólo tiene que comprender el por qué de su sufrimiento, sino también el para qué: sus objetivos inconscientes. Más adelante en la terapia, el paciente aprenderá como integrarse mejor en la comunidad de los otros seres humanos mediante la cooperación (el sentimiento de comunidad). En la versión clásica de la terapia adleriana, se trabaja de forma analítica, efectuando un «Análisis del Estilo de Vida», para conocer estos aspectos inconscientes; luego se trata de elaborar el insight en estos objetivos y mecanismos poco adaptativos para luego enseñarle, en un afán claramente pedagógico y tomando al terapeuta (que debe haber pasado por un análisis didáctico) como modelo, nuevas formas de afrontarse a la vida. Esto es un proceso necesariamente largo, ya que requiere un cambio en la personalidad. La persona considerada psicológicamente sana no sólo está libre de síntomas psicopatológicos, sino también es una persona adaptada con Sentimiento de Comunidad; para Adler, el Sentimiento de Comunidad, tal y como lo expresa en su última gran obra, *El sentido de la vida* (Adler, 1933), el individuo sano es una persona que intenta resolver sus problemas no sólo para conseguir su propio bien y persiguiendo su propio interés, sino que también tiene en cuenta el bienestar de las persona de su entorno, y hasta el de la humanidad en general.

LA EVOLUCIÓN DE LA PSICOTERAPIA ADLERIANA: INTEGRACIÓN Y BREVEDAD

La evolución actual de la corriente adleriana de psicoterapia se mueve en dos direcciones, de manera paralela a lo que ha venido sucediendo en otros modelos de la psicoterapia: Por un lado, la adhesión a la tradición ortodoxa (en el caso de la

Psicología Adleriana un movimiento más psicodinámico vinculado a autores como Kunkel (1950, 1963, 1981) y el movimiento adleriano actual dominante en Alemania, en el cual se considera la Psicología Individual como una terapia analítica donde se trabaja con procesos inconscientes y con transferencia/contratransferencia; y por otro lado, la tendencia a nuevos desarrollos más flexibles y heterodoxos, que tienen como eje tres aspectos relevantes:

1. La integración en psicoterapia, fundamentalmente basada en el ámbito de los factores comunes en psicoterapia (Lambert, 1986; Prochaska y Norcross, 1994; Lambert, 2003). Desde esta óptica los estudios de resultados y evidencia apuntan a la importancia de las características del cliente a la relación terapéutica. Respecto a la psicoterapia adleriana, esta tendencia se ha ido desarrollando básicamente en una dirección cognitiva, constructivista y sistémica (Sherman y Dinkmeyer, 1987; Dinkmeyer y Sperry, 2000; Mosak y Maniaci, 1999; Watts, 2003; Oberst y Stewart, 2003; Carlson, Watts y Maniaci, 2005; Oberst y Ruiz, 2007; Master, 1991; Scott, Kelly, & Tolbert, 1995).
2. El enfoque biopsicosocial: el enfoque biopsicosocial hace referencia a la creciente conciencia de los profesionales de la salud mental de que los trastornos tienen orígenes multidimensionales. En la Psicología adleriana, que inicialmente minimizaba los aspectos biológicos a favor de una visión intrapsíquica, cada vez más autores aplican esta visión a una amplia gama de trastornos mentales en contextos públicos y privados de terapia, con especial énfasis en los trastornos de personalidad (Sperry, 1996a, 1996b, 2006).
3. Una tendencia a desarrollar intervenciones breves para responder a la demanda de la asistencia con recursos limitados (salud pública). Algunos estudios demuestran que las terapias breves suelen ser tan eficaces como las terapias largas, sin delimitación en el tiempo (Koss & Butcher, 1986; Steenbarger, 1992). Además, parece que los cambios suelen ocurrir en fases tempranas de la terapia y su efecto disminuye con el tiempo (Howard & Kopta, 1986). La Psicología Adleriana en Estados Unidos y Canadá ha respondido a esta tendencia con el desarrollo de varias terapias adlerianas breves:

La Terapia Adleriana Breve (Adlerian Brief Therapy, ABT de Nicoll, 1999)

La ABT está basada en la integración de la Psicología adleriana con elementos estratégicos y psicodinámicos, para su encuadre de terapia viable en contexto de la salud mental pública. Bitter & Nicoll (2000, 2004) describen cinco características básicas de un marco integrador de una terapia breve adleriana: la limitación en el tiempo, trabajo focalizado, directividad del terapeuta, la visión (genuinamente adleriana) de que los síntomas son un intento (inadaptativo) de solución, y la

asignación de tareas conductuales. La ABT se desarrolla sobre un esquema de cuatro fases: la evaluación conductual de la queja presente en un marco interpersonal, la evaluación de las reglas de interacción subyacentes, con colaboración del cliente en la exploración de las mismas, la reorientación de las reglas de interacción del cliente desde el conocimiento del cliente de las mismas (insight cognitivo) al como las aplica en el presente fuera y dentro de la terapia (insight emocional), y finalmente, la prescripción de nuevos rituales de conducta alternativos a los patrones de interacción repetitivos y sus reglas subyacentes. Todo ello respetando los valores del cliente y estimulando su capacidad y valor de cambio, al igual que el esfuerzo más que el resultado final.

La Terapia Adleriana Eficaz (EFT de Slavik)

La EFT considera que la psicoterapia adleriana tradicional es ya eficaz, pero según su autor, esta versión breve se adapta mejor a las necesidades y demandas de los clientes norteamericanos, haciendo hincapié en la concepción democrática de la vida, y en la igualdad de los derechos civiles y personales de los clientes. El terapeuta aparece en este contexto más como un consultor en la vida del cliente que como un experto, clarificando y simplificando los problemas del cliente y ayudándole a formular objetivos positivos y razonables (Slavik, Sperry, & Carlson, 2000).

La EFT contiene un acercamiento de seis elementos «tácticos» (1-Comprometer al cliente al compromiso, 2-Tratamiento focalizado, 3-Énfasis en los puntos fuertes y competencias del cliente, 4-Terapia a corto plazo, 5-Ánimo y estímulo constantes y 6-Énfasis en el respeto mutuo e igualdad) y un proceso de terapia de 10 pasos (1-El terapeuta invita al cliente a exponer sus dificultades, 2-El terapeuta ayuda al cliente a clarificar sus problema presentes en términos concretos y transaccionales-relacionales, 3-El terapeuta pide que el cliente describa cual sería la mejor solución que puede llevar a cabo, 4-Si el cliente no ofrece una solución que el ve que pueda llevar a cabo, el terapeuta sugiere alternativas que este podría desarrollar con su propio esfuerzo, 5-Si el cliente se ve capaz de llevar a cabo esa solución, el terapeuta apoya esa iniciativa y valor, 6-El terapeuta explora los puntos fuertes del cliente y le anima en su capacidad de cambio, 7-Si no se encuentran soluciones viables, el terapeuta pide al cliente información sobre sus primeros recuerdos, y los interpreta en relación a esa falta de alternativas viables, 8-El terapeuta discrimina entre el desaliento del cliente y el pesimismo del cliente, que requieren tácticas de abordaje distinto, 9-Como procedimiento y como recurso con clientes muy pesimistas, el terapeuta puede evaluar y describir, confrontando al cliente, con el propósito inconsciente de su pesimismo y 10-El terapeuta dispone de otras técnicas complementarias que puede exponer y desarrollar en colaboración en el cliente y el problema específico en cuestión.

El consejo de Resolución de Problemas (Problem Solving Counseling, PSC de Nystul, 1999; 2001)

De acuerdo con el autor, el PSC integra la psicoterapia adleriana y la terapia de realidad de William Glasser (terapia de control de Glasser, citado en Nystul, 2001). Se trata de un modelo de cuatro pasos de resolución de problemas; pretende ir más allá de los métodos habituales cognitivos de resolución de problemas al implicar un análisis en profundidad de los procesos inconscientes concomitantes:

- Paso 1: Identificar el acercamiento ineficaz: Enfoca la terapia sobre la conducta actual del cliente, lo que está haciendo para resolver su problema y si está funcionando para el/ella. También se le pregunta si se siente capaz de lograr en terapia esas soluciones. Un punto importante es ayudar al cliente a que comprenda su responsabilidad en sus problemas y soluciones.
- Paso 2: Explorar la psicología del uso: El terapeuta parte de la concepción de que el cliente repite métodos de afrontamiento ante sus dificultades actuales derivados de la búsqueda de necesidades básicas pasadas, y que en la actualidad se han vuelto ineficaces. Mediante el uso de los primeros recuerdos y otros métodos, se exploran y clarifican cómo el cliente en determinadas circunstancias pasadas buscó satisfacer una serie de necesidades mediante determinadas estrategias que ahora se han vuelto inadecuadas.
- Paso 3: Aumentar la motivación de cambio del cliente: Mediante la colaboración con el cliente se hace un balance de costos-ganancia de los acercamientos ineficaces (mediante la confrontación, diálogo socrático, etc.), especialmente en el llamado «punto paradójico», o punto de su vida donde los acercamientos anteriores eficaces se han vuelto ineficaces y donde el cliente se da cuenta que lo que está haciendo en este momento ahora tiene el efecto contrario de lo inicialmente pretendido.
- Paso 4: Desarrollo de acercamientos alternativos más eficaces: Se buscan nuevos acercamientos que satisfagan las necesidades básicas e idiosincráticas del cliente, sin los costos previos de los acercamientos ineficaces previos. El objetivo es minimizar la resistencia y maximizar la motivación para el cambio.

Junto a estos modelos y desarrollos de psicoterapia breve individual, hay que destacar también la psicoterapia adleriana breve de grupo (Sonstegard y Bitter, 2004); la psicoterapia adleriana breve de pareja o familia (Carlson y Dinkmeyer, 2003); la psicoterapia adleriana breve de juego con niños, y el enfoque psicoeducativo de consejo (Dinkmeyer y Carlson, 2001). De acuerdo con diversos planteamientos terapéuticos (Vinogradov y Yalom, 1996), la terapia de grupo es un planteamiento eficiente de los recursos (se puede tratar a un número elevado de clientes utilizando eficientemente el tiempo, el espacio, el personal y otros recursos), rentable (aún más

que la terapia individual, al ser más viable en servicios masificados) y eficaz (al menos tanto como la terapia individual; habiéndose comprobado su utilidad en un amplio abanico de trastornos).

Aunque estos desarrollos de terapia breve adleriana tienen un marcado acento cognitivo, directivo, y orientado a la solución de problemas y eliminación de síntomas, todos los autores coinciden en que hay que preservar algunos aspectos genuinos de la visión adleriana original, a saber:

1. El conocimiento de los aspectos inconscientes como vienen marcados por el Estilo de Vida del cliente: aún en las terapias breves, muchos terapeutas se toman el tiempo de trabajar con los recuerdos de la infancia del cliente para establecer su Estilo de Vida y llegar a un conocimiento de aspectos inconscientes de la problemática del cliente.
2. La visión de que el síntoma o problema es un intento de solución fallido o equivocado o una estrategia de afrontamiento maladaptativo. En este sentido, muchos terapeutas siguen haciéndole al cliente «La pregunta» (inicialmente desarrollada por el mismo Adler): «¿Qué haría Vd. de diferente si no tuviese estos síntomas o problemas?» La respuesta del cliente es un indicador de los aspectos de la vida que el cliente está evitando por miedo (por ejemplo a fracasar). En este caso, en algún momento de la terapia, se le revela al cliente sus objetivos maladaptativos.
3. La orientación del cliente hacia objetivos compatibles con el Sentimiento de Comunidad y las relaciones sociales.

Eficacia de la psicoterapia adleriana breve

La investigación en la evidencia de la psicoterapia adleriana en general, y la psicoterapia adleriana breve en particular es escasa, dado que los adlerianos tradicionalmente se han movido en un contexto más clínico que investigador. Se ha tratado de buscar la evidencia de manera indirecta, mediante las formulaciones de los factores comunes, como vimos en un punto anterior. Pero desde la óptica de la distribución de los recursos en los servicios públicos de salud mental, esos argumentos son insuficientes. Existe un amplio consenso acerca de la necesidad de que la práctica psicológica se base en la evidencia empírica, integrando la investigación en la práctica diaria (Frias, Llobell y Monterde, 2006). La evidencia aporta peso en las políticas de inversión del gasto público al priorizar unos recursos sobre otros; incluido la formación del personal sanitario y su distribución. Esto quiere decir que los psicólogos/as deben demostrar que lo que hacen es relevante, útil, efectivo y eficiente para las personas con problemas de salud mental. En esta línea existen escasos datos por el momento en psicoterapia adleriana breve; como datos preliminares podemos citar el estudio de Ferrero, Pierò, Fassina, Massola, Lantieri, Daga & Fassino (2007). Se comparó la terapia adleriana breve, la prescripción de psicofármacos y la combinación de ambos tratamientos en pacientes con trastornos

de ansiedad. Los resultados arrojaron, tras doce meses de seguimiento que los tres enfoques de tratamiento eran de efectividad semejante (psicoterapia sola, psicofármacos sin psicoterapia, y la combinación de ambos); la psicoterapia adleriana breve era superior, sola o en combinación a los psicofármacos cuando los sujetos con ansiedad presentaban desordenes de personalidad de base; y era especialmente favorable en la integración socio-laboral. Fassino, Daga, Delsedime, Busso, Pierò & Rovera (2005) encontraron evidencias de la utilidad de la psicoterapia adleriana breve en trastornos alimenticios en mujeres (anorexia y bulimia), con reducción sintomática, y otros indicadores de funcionamiento personal, a los 6 meses de seguimiento. Ruiz (estudio no publicado) trabajó entre 2004 y 2005 con 64 clientes (niños y adultos) distribuidos en 10 grupos de Terapia (5 de terapia grupal cognitiva-conductual y 5 de terapia grupal adleriana); obteniendo en los autoinformes de los clientes participantes en esos grupos (grupos de trastornos de ansiedad-depresión en adultos; trastorno mental grave y trastorno de conducta infantil) datos a favor de ambas intervenciones (la cognitiva-conductual grupal y la adleriana grupal). Cabe destacar que el porcentaje global de satisfacción de resultados evaluados por los participantes de los grupos es superior en la terapia adleriana (75% frente al 54% de la terapia cognitiva-conductual), así como el menor índice de abandono de la terapia (15% de la adleriana frente al 38% de la cognitiva-conductual).

Propuesta para la aplicación de la PAB en un contexto de salud pública español

La adaptación de la psicoterapia adleriana breve de los autores del artículo a su experiencia privada y pública se desarrolla habitualmente mediante el siguiente proceso, propuesto por el primer autor en el Centro de Salud Mental de Úbeda (Jaén), de 6 pasos desarrollados en 4 fases:

Fase I: Establecimiento de la relación terapéutica:

1-Recogida inicial de información:

Como suele ser habitual en un servicio público, comenzamos usando un procedimiento de entrevista o historial clínico que recoge aspectos como el motivo de la consulta, los antecedentes personales y familiares, el nivel de funcionamiento del cliente en distintos aspectos de su vida, los tratamientos previos y sus expectativas de tratamiento. Este modelo clásico de recogida de información lo hemos adaptado a diversos formatos específicos de métodos de entrevista (adultos, niños, parejas, grupos y familias); siguiendo las propuestas de Sperry (1996a, 1996b) del sistema multidimensional DSM «traducido» de manera adleriana: Eje I-Motivo de consulta: síntomas, síndrome y conductas disfuncionales actuales traducido como «el arreglo o apañío sintomático actual», Eje II-Rasgos o Trastornos de la personalidad traducido como Estilo de Vida con sus prioridades, Eje III-Condiciones médicas relevantes, deficiencias y trastornos biofísicos traducido como la inferio-

ridad orgánica y el lenguaje de los órganos, Eje IV-Estresores actuales traducido como el shock/choque que cuestiona el valor, la capacidad de afrontamiento y/o la capacidad de cooperación del cliente y que se relaciona con su malestar sintomático y Eje V-Nivel de adaptación y funcionamiento psicosocial actual del cliente traducido como nivel de funcionamiento, satisfacción y dificultades del cliente en las Tareas de Vida.

Para realizar esta evaluación nos valemos de diferentes métodos como la entrevista, la observación de la conducta en la consulta (también a nivel no verbal), así como adicionalmente de diversos cuestionarios adlerianos (prioridades, atmósfera familiar, estilo de vida, y no adlerianos (p.e. inventarios de personalidad). También se usan otros métodos como los autorregistros, los diarios, la técnica de la rejilla para obtener constructos, etc., según el caso y la disponibilidad del tiempo. Estos datos sirven para elaborar el perfil de funcionamiento del cliente y sus posibles metas (pasos 3 y 4 del proceso de terapia)

2-Psicoeducación en el modelo adleriano:

Si consideramos que el cliente (la pareja, familia...) es susceptible a ser ayudado con psicoterapia, comenzamos explicándoles nuestra forma de trabajar, diciendo que básicamente consiste en desarrollar nuevas formas de resolver los problemas a través de varios pasos (o preguntas): 1º-»¿Cómo suelo enfrentar mis dificultades?, 2º-»¿Por qué (para qué) repito esa forma de tratar mis dificultades y me atasco en ellas?», 3º-»¿Qué precio estoy pagando por enfrentar mis dificultades de esa manera?» y 4º-»¿Cómo puedo desarrollar otras formas mejores de resolución de problemas que mejoren la calidad de mi vida y de los que conviven conmigo?». El/la terapeuta recaba las opiniones del/los clientes a estos planteamientos, también mediante su lenguaje no verbal y otras maniobras de posible «resistencia a la cooperación»; así como los puntos fuertes superados para alentar y estimular al cliente a continuar adelante con la terapia.

Fase II: Evaluar el Estilo de Vida

3º-Toma de conciencia de cómo el cliente está enfrentando sus dificultades en la actualidad, y cuales son sus objetivos en la terapia:

Para ello nos servimos de varios procedimientos, siendo el más usado, La Entrevista Clínica Adleriana (llamada del Estilo de Vida), el trabajo con los Primeros Recuerdos de la Vida, el análisis de los sueños (de manera ocasional) y diversas tareas para casa encaminadas a recabar diarios de afrontamiento-metas-efectos relacionales. Paralelamente se pueden prescribir, según el caso actuaciones sintomáticas (medicación, ejercicios de relajación, etc.) para reducir el malestar y motivar al cliente a proseguir en la terapia. Cuando tratamos con casos graves tenemos en cuenta también los factores biológicos y sociales para no caer en un «psicologismo extremo», y considerar la necesidad de actuaciones paralelas (p.e.

programa de reinserción sociolaboral, psicofármacos, etc.).

Fase III: Fomentar la comprensión del Estilo de Vida

4º-Conocer porqué (para qué) el paciente está funcionando de esa manera, cual es el motivo o finalidad (a menudo inconsciente e inadecuado) que tiene para actuar como lo hace y/ o experimentar lo que siente:

Con los datos recabados en colaboración con los clientes elaboramos una hipótesis provisional y revisable que le planteamos, así como las posibles vías de acción y sin olvidarnos de sus potencialidades y recursos. También aquí recabamos su opinión y respuesta no verbal, posibles resistencias, maniobras defensivas, etc. que pueden servirnos como elementos adicionales a esas hipótesis.

5º-Ayudarles a los clientes a tomar conciencia no solo del motivo de porqué funcionan así que les lleva a tener problemas, sino también a que ellos mismos se den cuenta, se atrapen así mismos aquí y ahora funcionando de esa manera, y balancear sus coste y beneficios:

La propia forma de relacionarse con el terapeuta suele servir a esto, además de los problemas en la vida relacional del cliente entre consultas. El foco habitual de las sesiones se inicia con la pregunta habitual de típica que le trae hoy por aquí o que problema desea exponernos en la consulta de hoy. Esto centra el contenido de estas citas en las «narraciones», que trataremos de traducir en términos relacionales (estilos de afrontamiento en contextos interpersonales), junto con la «lógica privada» (aspectos cognitivos subjetivos) de los clientes. Se usan diversos métodos para trabajar el darse cuenta y modificar las metas-motivos ocultos o inconscientes inadecuados (p.e. confrontación, diálogo socrático, etc).

Fase IV: Reorientación del Estilo de Vida:

6º-Desarrollar cursos de acción y resolución de problemas alternativos a sus metas inadecuadas y más cercanas a la cooperación-convivencia con otros:

El paciente no es visto como un receptor pasivo de técnicas terapéuticas que tiene que ejecutar, sino que es visto como un elemento activo de su proceso. Como hemos dicho, también usamos técnicas provenientes de otras corrientes psicoterapéuticas como el entrenamiento asertivo, el debate cognitivo, la asignación de papeles, etc. Lo relevante es que la asignación de tareas, entrenamiento y aplicación de nuevas formas de resolución de problemas apunten a nuevas alternativas que fomenten la cooperación y el cambio de los aspectos disfuncionales del Estilo de Vida del cliente, la pareja o la familia en cuestión.

En general, la terapia en un servicio público suele durar unas 10 sesiones de unos 30-45 minutos. Al cabo de las mismas se plantea si se han logrado los objetivos o se requieren otras intervenciones. En la práctica privada, tampoco suele ser muy larga la intervención adleriana, aunque allí, siempre siguiendo la demanda del cliente, podemos entrar en temas más analíticos y buscar un cambio más profundo,

más a nivel personalidad. Con pacientes con trastorno mental grave solemos adoptar un papel más directivo y basado en la psicoeducación.

En los servicios públicos de salud mental, a menudo masificados, una alternativa de tratamiento es la terapia de grupo adleriana aplicada a adultos y niños (con trastornos diversos como la depresión, el trastorno mental grave, etc.). Suelen desarrollarse con grupos de 5 a 10 personas en sesiones semanales de 1 hora y durante unas 10 sesiones en total, una vez a la semana, para los casos más leves; y durante más tiempo para los casos más graves. Esta terapia grupal adleriana suele ser de tipo psicoeducativo o más analítica, según los casos.

También hemos encontrado de utilidad protocolizar (pero no rígidamente) una guía de actuación para los terapeutas adlerianos, que les sirva para orientarse en el proceso de la terapia. Es importante destacar que los pasos no son siempre lineales.

GUÍA BREVE PARA LA PSICOTERAPIA ADLERIANA BREVE

En este caso de terapia individual, de pareja, familiar o grupal, darnos cuenta de en qué punto nos encontramos y a donde queremos ir, mediante el siguiente recorrido:

Fase 1: Establecimiento de la relación terapéutica: (Recogida de Información, Psicoeducación)

1. Acordar y aclarar con el/los clientes las metas del tratamiento
2. Recoger si conoce el/los clientes cuales son los roles de el/ellos y del terapeuta
3. Acordar los criterios de terminación de la terapia
4. Detectar y alentar al/los clientes sobre sus logros, cualidades y superaciones de dificultades como forma de implicarlos en la terapia

Fase 2: Evaluar el Estilo de Vida: (Recogida de Información de cómo afronta dificultades y sus motivos)

5. Explicar que vamos a evaluar los motivos (ocultos o inconscientes) que llevan al/los clientes a actuar como lo hacen para presentar sus dificultades o problemas
6. Trabajar con el cliente varios métodos para buscar esos motivos ocultos (principalmente diarios, cuestionarios, primeros recuerdos y ocasionalmente análisis de sueños)
7. Obtener una hipótesis (modificable) sobre el Estilo de Vida del/los clientes que relacionen sus motivos ocultos, con su funcionamiento personal y dificultades

Fase 3: Fomentar la comprensión del Estilo de Vida: (Atraparse en los motivos ocultos inconscientes)

8. Presentar nuestra hipótesis al/los clientes y recabar que ha entendido y opinado al respecto
9. Obtener lo que indica la reacción del/los clientes a la hipótesis a nivel semántico («saber por qué que me pasa»).
10. Fomentar la comprensión emocional del cliente («saber como me pasa») en la actualidad de sus dificultades tanto dentro como fuera de la consulta
11. Recabar la actitud del cliente a las tácticas de comprensión emocional y que indica al respecto

Fase 4: Reorientación del Estilo de Vida: (Desarrollar alternativas de acción mas funcionales del Estilo de Vida)

12. Proponer y acordar con el/los clientes un curso de acción alternativo al Estilo de Vida disfuncional
13. Trabajar tareas para llevar a cabo e implantar ese curso de acción alternativo de modo que se logren las metas terapéuticas hacia el sentimiento de comunidad
14. Recabar del cliente sus logros, aprendizajes, y cambios del Estilo de Vida.

EJEMPLO DE UN CASO

Mercedes es una mujer de 45 años, casada con dos hijos (un chico de 15 años y una chica de 12), cuyo marido es médico especialista de un hospital de la zona, y que viene trabajando de administrativo en una oficina del INEM desde hace mas de 15 años. La envía su médico de cabecera, con el que tiene amistad desde hace años, al centro de salud mental, por problemas depresivos recurrentes, frecuentes bajas laborales y abuso de alcohol. Donde es atendida por el primer autor de este artículo. Este medico y amigo de la cliente expone que ella suele poner pegas a las propuestas que le hace sobre medicación («¿y eso me va a ayudar?», «si tú lo dices», etc.). La cliente manifiesta en la primera entrevista que no le gusta su trabajo, que ella deseaba haber ejercido de abogada, pero que dejó la carrera de derecho en 3º, ya que le convencieron para dedicarse a una actividad más fácil y donde podía ganar dinero, como su trabajo en el INEM. Sin embargo, dice que se encuentra decaída con frecuencia, aburrida y que bebe en casa (licores y alcohol), así como cuando sale con sus amigos. Añade que desde hace al menos dos años no tiene relación con su marido, durmiendo los dos en camas separadas; y aunque el marido se muestra preocupado por su estado, se mantienen distantes. Prefiere venir a consulta sola, sin el marido.

Ha estado en tratamiento con un psiquiatra, también amigo de la familia, así como con su médico de cabecera, toma psicofármacos antidepresivos, desde hace al menos 4 años, con frecuentes mejorías y recaídas. Su médico de cabecera me

envía informe paralelo donde me relata sus esfuerzos y frustraciones con esta cliente, a la que indica con frecuencia la incorporación laboral, pero a la que termina dando de baja, a pesar de las presiones del servicio de «inspección médica». Dado los resultados previos, decide mandarla al psicólogo, para «probar» otra alternativa de tratamiento.

Inicialmente se le realiza un diagnóstico de trastorno distímico y abuso de alcohol. La cliente dice que desea iniciar el tratamiento psicológico «a ver como le va», con cierta actitud de reticencia y escasa implicación inicial. Le comento el modelo de trabajo (Psicoterapia Adleriana Breve), como una nueva forma de resolver los problemas a través de una serie de pasos progresivos que le explico. En las sesiones iniciales (1ª a 5ª) recabamos datos sobre el motivo de la consulta, sus antecedentes personales y familiares, tratamientos previos, etc.; mediante entrevista y cuestionarios realizados en consulta y entre sesiones como tarea para casa (Cuestionarios Adlerianos: Cuestionario de Estilo de Vida para Adultos-Ruiz, 2002; Cuestionario de Prioridades –Improntas de Fuchs-Brüninghof y Groner, versión española por Ruiz, Oberst y Quesada, 2006; Cuestionario de Atmósfera Familiar-Vivencia de la Atmósfera Familiar de Ruiz (citado en Ruiz, Oberst y Quesada, 2006); recogida de sus Primeros Recuerdos y Cuestionarios de Trastornos de la personalidad: CEP-2 y Cuestionario de Trastornos de Personalidad de Salamanca), así como el inicio de un diario de tareas de vida donde recaba las dificultades actuales (en la vida de pareja o familia, trabajo, y relaciones sociales), cómo las afronta, qué busca en ellas, y el efecto que tiene en sus relaciones actuales. Los datos proporcionados por este conjunto de materiales, en el contexto de las fases del proceso de la terapia (fase I-establecimiento de la relación y fase II-evaluación del estilo de vida) indican la presencia de rasgos de personalidad dependiente y pasivos-agresivos, y la búsqueda de apoyo y protección como tema dominante a lo largo de su vida.

Se le plantea como hipótesis de su funcionamiento en la vida la «búsqueda de apoyo y protección ante las dificultades por no confiar en sus posibilidades y una manera de proteger su autoestima mediante la crítica y las pegas a las propuestas de otros», respondiendo ella con un «sí usted lo dice, que es el profesional; pues así será» con un tono de incredulidad y cierto desafío. Tomo nota de esto como elemento adicional de su funcionamiento, aquí y ahora en la relación terapéutica.

Las siguientes fases del proceso terapéutico (fase III-Comprensión del Estilo de Vida y fase IV-Reorientación del Estilo de Vida) nos lleva desde la 6ª sesión hasta la sesión 14ª (la última tenida con ella). En estas sesiones hemos seguido el formato de comentar los problemas entre las sesiones (usando como referencia el diario de tareas de la vida y la hoja de ruta donde realizamos resúmenes de las sesiones entre ambos, lo que hemos «sacado» de las mismas). Inicialmente se le confronta directamente cuando hace comentarios despectivos de los terapeutas anteriores, o de su pareja; poniéndolos en relación con los datos de su estilo de vida («Parece que

buscas defenderte de sentirte menos valiosa rebajando a esta persona y poniendo pegadas, ¿pero a qué precio?»). En la misma línea uso esto en su relación conmigo, cuando aparecen estos elementos. Al mismo tiempo que se la anima por proseguir la terapia y por sus iniciativas. También se usó una estrategia similar cuando presentaba episodios de abuso de alcohol («Parece como si no te sintieras capaz de enfrentar esta situación y buscas apoyo presentando una imagen de ti desastrosa ¿y a qué precio?»). A medida que avanzamos en esto (no sin dificultades y retrocesos), comenzamos a buscar alternativas a la forma de afrontar sus dificultades, primero aclarando sus prioridades y después desarrollando alternativas, insistiendo mucho en alentar el darse oportunidades con dificultad creciente, para «hacerlo por ella misma»; así como estar más atenta a las necesidades de otros (p.e. pareja) de un modo más equilibrado con las propias (vida sexual, actividades de ocio, etc). En el momento actual se mantiene abstinente, su vida de pareja ha mejorado, se ha incorporado a su trabajo habitual y va reduciendo los psicofármacos. Se le han dado citas más espaciadas para revisar posibles recaídas y fomentar la evolución.

Notas del autor:

- 1 Las fases del proceso no suelen ser lineales y volvemos en la hoja de ruta a menudo a perfilar aspectos de las fases anteriores; ya que nos movemos con hipótesis construidas de modo tentativo, buscando el cambio, y muchos caminos son posibles.
- 2 En la mayoría de los casos derivados al Centro de Salud Mental, y cuando se trata de personas con «Trastornos Adaptativos» (demanda en aumento) que no desean medicación como tratamiento principal, la terapia psicológica no suele durar más allá de las 10 sesiones.

HOJA DE RUTA DE LA TERAPIA PSICOLOGICA con Mercedes:

¿En qué punto estamos y a donde nos dirigimos?

Cliente: Mercedes V.C

Terapeuta: Juan J. R.S

Objetivos acordados-Resolución de problemas-Fechas: Marzo

«Mejorar mi estado de ánimo, mejorar la relación con mi marido, dejar de abusar del alcohol y enfrentar mi trabajo con mas ganas»

1º-¿Cómo suelo afrontar mis dificultades? .Sesiones-Fechas-Notas: Marzo-a-Julio

-Según tú médico y amigo sueles «poner pegadas» a sus propuestas-Evitar un trabajo que no me agrada mediante la baja laboral por «depresión»-Refugiarme en la bebida de mis frustraciones-Decirme a mi misma que soy una basura, un asco y retirarme de las dificultades-Hacer que mi marido se preocupe por mi cayendo «enferma», pero «molestándolo» por no tener relaciones sexuales y caer con frecuencia en la bebida

2º-¿Por qué repito esa forma de tratar mis dificultades y me atasco en ellas?

Sesiones-Fechas-Notas: Abril-Mayo

-Parecieras como si buscaras protección y apoyo ante tus dificultades de manera inadecuada y excesiva-Por que no confías en tu valor para hacerles frente-Y para reducir la incomodidad que te produce tu falta de valor (baja autoestima) pones pegas a las propuestas terapéuticas como forma de no sentirte menos que otros con mas estudios y que «supuestamente» son personas cualificadas en su campo

3º-¿Qué precio estoy pagando por enfrentar mis dificultades de esa manera?

Sesiones-Fechas-Notas: Junio-Julio

-Te das pocas oportunidades de manejar las dificultades por tu propia iniciativa, por lo que tu valentía es escasa -Puedes terminar perdiendo el apoyo que buscas con desesperación al mostrar con frecuencia pegas a los otros, lo que produce en estos hartazgo hacia ti -Las otras personas (incluyendo a tus amigos terapeutas) se cansan de tus reclamos frecuentes de apoyo, y llegan a verte egoísta e interesada -Las relaciones que mantienes (pareja p.e) están desequilibradas pues los otros tienden a entregar más que lo que tú haces hacia ellos; por lo que se pueden terminar «cansando» de ti-Llegas varias veces tarde a consulta, se te olvidan con frecuencia las tareas, como si quisieras rebajarme, y por otro lado mostrarme que eres incapaz de valerte por ti misma y necesitas mi protección; lo mismo haces cuando abusas del alcohol. Todo esto está acercándote al deterioro físico grave

4º-¿Cómo puedo desarrollar otras formas mejores de resolución de problemas que mejoren la calidad de mi vida y de los que conviven conmigo?.

Sesiones-Fechas-Notas: Junio-Julio

-Decidir si deseas retomar tu trabajo habitual del INEM, o si deseas continuar con tus estudios o dedicarte a otra actividades -Preguntar por las necesidades de tu pareja y amigos, y dedicarle un tiempo a sus necesidades -Llevar un listado de dificultades diarias, como la enfrentaste y alternativas -Pillarte en los «no puedo y necesito que me ayuden», y plantearte alternativas -Continuar con grupo de alcohólicos anónimos

Este artículo presenta una propuesta para una intervención psicológica breve (Psicoterapia Adleriana Breve, P.A.B.) pensada para su aplicación especialmente en contextos con recursos limitados y de salud pública. Después de una breve presentación de las nociones básicas de la Psicología Individual de Alfred Adler, se reseñan algunas propuestas previas de su aplicación en un formato de intervención breve. El artículo sigue con la descripción de un modelo propio de los autores ilustrado por un ejemplo de caso.

Palabras clave: Psicoterapia Adleriana Breve, Psicología Adleriana, Psicología Individual, salud mental pública, psicoterapias breves

Referencias bibliográficas

- Adler, A. (1912/1977). *Über den nervösen Charakter*. Frankfurt: Fischer.
- Adler, A. (1933/1980). *Der Sinn des Lebens*. Frankfurt: Fischer.
- Brett, C. (1999). Alfred Adler. *Comprender la vida*. Barcelona: Paidós.
- Bitter, J.R. (2000). Adlerian brief therapy with individuals: process and practice. *Journal of Individual Psychology*, 56 (1), 31-44.
- Bitter, J.R. & Nicoll, W.G. (2004). Relational strategies: two approaches to Adlerian brief therapy. *Journal of Individual Psychology*, 60 (1), 42-66.
- Carlson, J. & Dinkmeyer, D. (2003). *Time for better marriage*. Atascadero, CA: Impact.
- Carlson, J., Watts, R.E., & Maniaci, M. (2005). *Adlerian Therapy, Theory and Practice*. Washington: APA.
- Dinkmeyer, D. & Dinkmeyer, D. Jr. (1988). Psicoterapia y consejo adleriano. En, J.Linn & J.P.Garske, *Psicoterapias contemporaneas* (pp.155-201). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Dinkmeyer, D., Jr. & Sperry, L. (2000). *Counseling and Psychotherapy: An Integrated, Individual Psychology Approach*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Dinkmeyer, D. Jr., & Carlson, J. (2001). *Consultation: Creating school based interventions*. New York: Brunner Routledge.
- Ellenberger, H. (1970). *The discovery of the unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York: Harper and Row.
- Ferrero, A., Pierò, A., Fassina, S., Massola, T., Lanteri, A., Daga, G.A., Fassino, S. (2007). 12-month comparison of brief psychodynamic psychotherapy and pharmacotherapy treatment in subjects with generalized anxiety disorders in a community setting. *European Psychiatry*, 22(8), 530-539.
- Fassino, S., Daga, G.A., Delsedime, N., Busso, F., Pierò, A. & Rovera, G.G. (2005). Baseline personality characteristics of responders to 6-month psychotherapy in eating disorders: preliminary data. *Eating and Weight Disorders*, 10(1), 40-50.
- Frias Navarro, M.D., Pascual Llobet, J. & Monerde Llobet, H. (2006). La mejor evidencia de la investigación psicológica. Valencia: Interpsiquis. Revista electrónica. Psiquiatria.com
- Grisel, J., Rasmussen, P.R. & Sperry, L. (2006). Anxiety and depression. Physiological and pharmacological considerations. *Journal of Individual Psychology*, 62(4), 397-416.
- Howard, K.I. & Kopta, S.M. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Koss, M. & Butcher, J. (1986). Research in brief therapy. In S.Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 664-670). New York: John Wiley & Sons.
- Kunkel, F. (1950). *El consejo psicológico en los momentos cruciales de la vida*. Barcelona: Ed. Miracle.
- Kunkel, F. (1963). *Psicoterapia del carácter*. Alcoy: Marfil.
- Kunkel, F. (1981). *Elementos de psicoterapia practica*. Barcelona: Herder.
- Lambert, M.J. (1986). Some implications on psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 5(1), 16-45.
- Lambert, M.J. (2003). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Master, S.B. (1991). Constructivism and the creative power of self. *Individual Psychology*, 47(4), 447-455.
- Mosak, H. & Maniaci, M. (1999). *A Primer of Adlerian Psychology. The Analytic-Behavioral-Cognitive Psychology of Alfred Adler*. New York: Taylor & Francis.
- Nicoll, W.G. (1999). Brief therapy strategies and techniques. In R.E.Watts & J.Carlson, *Interventions and strategies in counseling and psychotherapy* (pp. 31-42). Philadelphia: Accelerated Development.
- Nystul, M.S. (1999). Problem-solving counseling: Integrating Adler's and Glasser's theories. In R.E. Watts & J. Carlson, *Interventions and strategies in counseling and psychotherapy* (pp. 31-42). Philadelphia: Accelerated Development. Taylor Francis.
- Nystul, M.S. (2001). Overcoming resistance through individual psychology and problem solving. *Journal of Individual Psychology*, 57(2), 182-189.
- Oberst, U.E. & Stewart, A.E. (2003). *Adlerian Psychotherapy: An Advanced Approach to Individual Psychology*. London: Brunner-Routledge.
- Oberst U.E. & Ruiz, J.J. (2007). *La psicología individual de Alfred Adler*. Manuscritos.com.
- Prochaska, J.O. & Norcross, J.C. (1994). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Ruiz, J.J., Cano, J.J., Imbernon, J.J., Luján, J.E., García, C. (2002). *Las funciones del psiquiatra y del psicólogo clínico en los servicios de salud mental del S.A.S. Jaén: R&C Editores*.

- Ruiz, Oberst & Quesada (2006). *Estilos de Vida*. Barcelona: Paidós.
- Serrano, J. (1991). *La visión psicosocial de Alfred Adler: Alcance y límites de la perspectiva adleriana en psicología social*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Barcelona.
- Scott, C., Kelly, F.D., & Tolbert, B.L. (1995). Realism, constructivism, and the individual psychology of Alfred Adler. *Individual Psychology*, 51(1), 4-20.
- Sherman, R. & Dinkmeyer, D. (1987). *Systems of Family Therapy: An Adlerian Integration*. New York: Brunner/Mazel.
- Slavik, S. & Croake (2006). The individual psychology conception of depression as a stress-diathesis model. *Journal of Individual Psychology*, 62(4), 417-428.
- Slavik, S., Sperry, L. & Carlson, J. (2000). Efficient Adlerian therapy with individuals and couples. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *Brief therapy with individuals and couples* (pp.248-263). Phoenix, AZ :Zeig, Tucker &Theisen.
- Sonstegard, M.A. & Bitter, J. (2004). *Adlerian group counseling and psychotherapy: Step-by-step*. New York: Brunner Routledge.
- Sperry, L. (1996a). *Psychopathology and psychotherapy: From DSM-IV Diagnosis to Treatment*. Washington, DC: Accelerated Development.
- Sperry, L. (1996b). *Handbook of Diagnosis and Treatment of the DSM-IV: Personality Disorders*. New York: Brunner & Mazel.
- Sperry, L. (2006). Treating chronic illness: an overview. In L.Sperry, *Psychological treatment of chronic illness: The biopsychosocial therapy approach* (pp. 3-24). Washington DC: American Psychological Association.
- Steenbarger, B.N. (1992). Toward science-practice integration in brief counseling and therapy. *Counseling Psychologist*, 20(3), 403-450.
- Vinogradov, S. & Yalom, I.D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós
- Watts, R.E. (2003). *Adlerian, Cognitive, and Constructivist Therapies*. New York: Springer.