

Terapia breve y trauma complejo a través de un caso clínico en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute

Laura SERRAT SASTRE

Institut d'Assistència Sanitària (IAS), Girona (España)

Andrea KISKERI AIGUABELLA

Hospital Arnau de Vilanova, Lleida (España)

Gloria DÍAZ ARNAL

Brief Therapy Center. Palo Alto Mental Research Institute (Estados Unidos)

Karin SCHLANGER

Brief Therapy Center. Palo Alto Mental Research Institute (Estados Unidos)

Resumen

Este artículo describe el abordaje de un caso de trauma complejo desde el enfoque de la Terapia Breve de Resolución de Problemas (TBRP) del Centro de Terapia Breve del *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto, California. Las autoras pretenden demostrar cómo se implementa el modelo a través de un caso clínico. En primer lugar se conceptualiza el enfoque, su historia, orígenes y sus premisas básicas. A continuación, se hace una revisión del concepto de trauma complejo según Judith Herman y los principales sistemas categoriales al uso, así como sus implicaciones para la terapia. Finalmente se expone un caso clínico sobre trauma complejo de siete sesiones. Estas sesiones fueron llevadas a cabo a través del espejo unidireccional, el cual permite una supervisión directa por parte del equipo terapéutico. Ocasionalmente, la supervisora entró en la consulta para intervenir directamente con el cliente. Todo el proceso terapéutico se registró en vídeo, con el consentimiento escrito de la familia.

Abstract

This article describes the approach in a case of complex trauma, using the Problem Solving Brief Therapy (PSBT) developed at the Mental Research Institute's (MRI) Brief Therapy Center in Palo Alto, California. The author aims to demonstrate the implementation of the model using a clinical case. Starting with the basic premises, moving into concepts of complex trauma according to Judith Herman and the implications for therapy and finally a complex trauma clinical case in which significant changes occurred in seven sessions. These sessions were conducted in a setting with a one-way mirror, with direct supervision by a team of therapists. Consistent with Brief Therapy, most interventions for the family were done during sessions with the expectation that change would occur as a result, outside of the therapy room. All therapy was recorded on video, with the written consent of the family.

Se presenta la intervención en un caso de trauma complejo aplicando la Terapia Breve de Resolución de Problemas (TBRP), el modelo elaborado en el *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto, California (Estados Unidos) como resultado de una amplia experiencia con familias y su entorno.

A principios de los años 50 se inició el *Proyecto Bateson*, un proyecto de investigación que reunió a personalidades provenientes de distintas disciplinas que tenían un interés común: el estudio del papel de la comunicación en el comportamiento humano. La investigación culminó con la publicación del famoso artículo "Hacia una teoría de la

Dirección de la primera autora: Institut d'Assistència Sanitària (IAS). c/ Juli Garreta, 26-28, 2º H. 17002 Girona. *Correo electrónico:* lauraserrat1988@hotmail.com

Recibido: mayo de 2018. *Aceptado:* septiembre de 2018.

esquizofrenia” (Bateson, Jackson, Weakland y Haley, 1956). Aunque Bateson nunca trabajó directamente para el MRI, la interacción asidua con los miembros del equipo influyó enormemente en las premisas del modelo. También fueron cruciales e influyentes en el modelo las prácticas de Milton Erickson.

A finales del 1959 Don D. Jackson, heredero de la psicoterapia de Harry Stack Sullivan y Frieda Fromm-Reichmann, fundó el MRI para desarrollar la parte terapéutica de este enfoque. Paul Watzlawick llegó en el año 1961 y en 1967 nació el Centro de Terapia Breve (CTB), bajo la dirección de Richard Fisch, junto con John Weakland, Arthur Bodin, Don Jackson, Jay Haley y Paul Watzlawick (Witzzaele y García, 1994). Lo que les unió fue el interés por las posibilidades de la terapia de corta duración, en contraposición al psicoanálisis imperante en esos tiempos, desde un enfoque interaccional y centrándose en los problemas. Para ello, instalaron cámaras para grabar todas las sesiones y analizarlas con posterioridad además de un espejo unidireccional que permitiría el trabajo en equipo de los terapeutas. Fruto de toda esta experiencia psicoterapéutica, Don Jackson en colaboración con el *Ackerman Institute* de Nueva York, fundaron la revista *Family Process* en 1962, la primera y todavía una de las revistas más prestigiosas de terapia familiar.

Premisas del modelo

El constructivismo es la teoría del conocimiento que guía el proceder de la terapia breve y surge en el siglo XX de la mano de investigadores de disciplinas muy variadas. Dos de los principales representantes que influyeron en el modelo son Heinz von Foerster y Ernst von Glasersfeld (Glasersfeld, 2015). Para los constructivistas el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción mental que ordenamos en función de nuestro propio marco mental, nuestras experiencias, nuestras relaciones, etc. Por lo tanto, es importante saber que, desde esta forma de entender el mundo, nadie tendrá la misma percepción de la realidad, cada uno construirá una propia, única e igualmente válida.

Desde el enfoque de la TBRP los problemas forman parte de la vida y nacen de la mala gestión de transiciones vitales u otros desafíos en los sistemas interaccionales en los que nos vemos envueltos. Los intentos para resolverlos (*soluciones intentadas*) mantienen y por lo tanto constituyen el problema en sí mismo (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974). No es necesariamente la existencia de defectos fundamentales en la organización familiar o un problema mental *per se*. Las personas que vienen a consulta es porque han estado empleando soluciones a su problema que no han funcionado, aunque parecían la única manera correcta y lógica de solucionarlo desde su sentido común (Fisch y Schlanger, 2012). Ante la frustración de no solucionar el problema se aplica la misma solución, pero con

más intensidad. A esto se llaman soluciones intentadas que mantienen y refuerzan el problema que se intenta resolver, creándose así un círculo vicioso a interrumpir y bloquear (Fisch, Weakland y Segal, 1984). El propósito de intervención será conseguir que las conductas del sistema con el que se trabaja sean incompatibles con las soluciones intentadas.

Los terapeutas especialistas en terapia breve tienen una posición no normativa, es decir, se entiende que no hay una única manera “correcta” de organizarse como pareja, como familia. En definitiva, no se asumen estándares de normalidad y por tanto no se imponen maneras preconcebidas de cómo vivir la vida.

De ello se deriva que es un enfoque no patológico con lo que se enfatiza la importancia de trabajar con conductas y no con diagnósticos; los rótulos de patologías son categorizaciones, y como tales, construcciones de segundo orden (Fisch y Schlanger, 2012); en definitiva, se produce una renuncia expresa a trabajar con etiquetas. Se trata de una aproximación pragmática, orientada a objetivos donde cada problema es tratado como único, cada situación es única en su contexto.

Tal y como se deriva de lo anteriormente expuesto, se basa en una conceptualización de la naturaleza de los problemas que revela una discontinuidad con los modelos tradicionales (Fisch *et al.*, 1984). No se trata pues, de ganar *insight* o tomar conciencia de nuestros procesos intrapsíquicos con la terapia, sino de lograr cambios en ciertos comportamientos que generan sufrimiento en la vida cotidiana, desde una mirada interaccional y no individual.

Las tareas entre sesiones que se proponen a los clientes refuerzan la idea de que la terapia está orientada al cambio y presuponen que el terapeuta espera que se den dichos cambios. El rol del terapeuta es activo, dirige abiertamente el proceso hacia una meta que promueve el cambio más estratégico y consecuentemente se favorecen los pasos que lo estimulen.

En relación a la terapia sistémica clásica, la TBRP del MRI presta una mayor atención al problema que presenta el cliente, aquello que lo mantiene y la manera de modificar la situación. Este cambio en la situación lleva a la reorganización del sistema relacional, aunque no es algo que se busca primariamente en el proceso de terapia. Además, se trabaja de manera sistémica sin tener la necesidad de trabajar con toda la unidad familiar presente en la sesión. Se asume que el cambio en un miembro del sistema ya sea a nivel de comunicación, de interacción o de relación entre otros, produce cambios en las respuestas del resto del sistema.

Trauma complejo

El concepto de desorden de estrés postraumático complejo o trauma complejo fue propuesto por Judith Lewis Herman (1992). Hace referencia al desarrollo de una forma de trastorno de estrés postraumático (TEPT) progresivo e

insidioso que invade y erosiona la personalidad, en personas que han estado sometidas a un trauma prolongado y repetido (Herman, 1992). Esta idea, presentada en su libro de Trauma y recuperación, es tomada en consideración en el presente trabajo porque define las situaciones de violencia, maltrato, abuso y negligencia continuada a la que fue sometida una de las protagonistas del caso clínico que se presenta, y que fue atendida en el Centro de Terapia Breve del MRI.

Este constructo se presenta como una forma más severa del TEPT en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2000) bajo el nombre de Trastorno de Estrés Extremo no Especificado (*Disorders of extreme stress not otherwise specified*, DESNOS), constructo que por su parte no ha sido recogido en el DSM-5 (APA, 2013). El grupo de trabajo de la CIE-11 aboga por la inclusión del TEPT Complejo (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant y Maercker, 2013) en la próxima edición.

Bajo el paraguas de los grandes sistemas categoriales, por tanto, se trabaja con la etiqueta de TEPT. Sin embargo, trabajar con la etiqueta de TEPT, contribuye de forma activa a buscar las causas de los síntomas desde una perspectiva lineal, obviando las coordenadas interaccionales y circulares que tan importantes son desde el enfoque de la TBRP.

Asimismo, basarnos en categorías diagnósticas nos hace perder la perspectiva del modelo, según el cual, cada caso es único e inevitablemente se reduce la curiosidad por parte del terapeuta por entender, desde la mirada interaccional, cada realidad de manera idiosincrática. Desde la TBRP lo interesante es observar como un problema tan complejo a nivel psicológico y lleno de matices se mantiene en el presente como resultado de la puesta en marcha de ciertas soluciones que justamente generan lo contrario, mantenerlo vivo. Consecuentemente, la intervención no incluye *per se* la revelación del hecho traumático, sino que se centra en el empoderamiento del superviviente como principio que debe guiar la terapia (Herman, 1992) y el trato que se da al cliente desde la TBRP como experto de su vida se ajusta a esta premisa.

Caso clínico

Nomi es una mujer divorciada de 57 años de origen mexicano que hace 10 años migró a Estados Unidos¹. No está escolarizada y procede de un entorno rural muy humilde. Actualmente no tiene el estatus migratorio en regla y se encuentra de baja laboral por problemas de salud. Vive en una habitación alquilada con su hija de 15 años, Claudia, en casa de otra familia, situación muy frecuente en la zona Este de Palo Alto (California) donde las familias con bajos ingresos no tienen demasiadas otras opciones y vivir hacinados es algo habitual en este contexto. Acude a

1. Algunos datos del caso clínico se han modificados para preservar la confidencialidad.

terapia por recomendación de la maestra de Claudia por el mal comportamiento y el empeoramiento del rendimiento académico de ésta en la escuela.

Desde la TBRP el cliente es la persona con la que trabajamos en terapia: es aquel que presenta la queja, el que más quiere que algo cambie y que realiza el mayor esfuerzo para cambiar la situación y aunque no lo sabe, es quien, a pesar de sus intentos, mantiene el problema que busca cambiar (Fisch y Schlanger, 2012). No necesariamente es el portador de los síntomas como se entendería desde otras orientaciones terapéuticas. En este caso, se empieza a trabajar con la madre, que es quien ha llamado para pedir ayuda y está motivada para implementar cambios en el sistema.

Primera sesión

El objetivo que tenemos en una primera sesión es definir el problema que ha hecho que el cliente solicite ayuda. Desde el modelo, la sesión se inaugura con:

- Terapeuta: *¿Cuál es el problema que le ha hecho venir aquí?*

Esta pregunta sirve para demostrar a la persona que su problema es lo primero y lo más importante, centrándose así la terapia en el presente (Fisch y Schlanger, 2012). Es tarea del terapeuta obtener todos los detalles posibles de los patrones interactivos alrededor de la queja. No es útil trabajar con conductas indefinidas o vagas como *“Estoy triste”*, *“Me habla mal”*,... que, al contrario, nos aleja de encontrar soluciones efectivas. En definitiva, se pretende obtener una definición clara y explícita que a través de descripciones abarque todos los elementos que intervienen en la dolencia actual (quién, qué, a quién y cómo) (Fisch *et al.*, 1984).

En la primera sesión Nomi cuenta que 6 meses atrás Claudia le confesó que en una ocasión había sido violada por la ex pareja de la madre en una ocasión cuando ella tenía nueve años. No han vuelto a hablarlo y la madre vive atormentada por no saber los detalles del suceso y la culpa de no haber protegido a su hija. No encuentra las palabras para volver a conversar con ella de tal acontecimiento. En estos momentos le preocupa que el rendimiento de su hija en la escuela se esté viendo afectado y lo atribuye a los posibles efectos psicológicos de la violación en ella.

Dado que este modelo se centra en la situación presente y se enfoca al futuro, puesto que el pasado ya no se puede cambiar, nos interesa saber de qué manera piensa la madre que hablar de lo ocurrido les servirá a ambas. En ningún caso se trata de negar el efecto que tal situación traumatizante puede tener sobre la persona, ni tampoco de borrar su recuerdo. Estamos interesados en comprender las repercusiones que este hecho tiene en la vida cotidiana de la cliente para poder actuar de una manera que ya no interfiera en la adaptación a su entorno. Con este objetivo se pregunta:

- T: *¿Cómo piensa que el saber los detalles de lo que ocurrió les puede ayudar a usted y a Claudia?*

Es una pregunta que Nomi se ha hecho muchas veces y el miedo por herir a Claudia la bloquea, evitando así que ella tome la iniciativa. La terapeuta redefine positivamente esta incomunicación hasta la actualidad:

- T: *O sea, que el hecho de que usted hasta ahora no le haya hablado es porque en el fondo usted tiene un buen instinto de pensar "Como no sé la mejor manera de hacerlo, le voy a dejar que ella controle la información". Y eso es bueno porque ella tiene que tener la sensación de estar en control de la situación, por lo menos de a quién le dice y cuándo le dice.*

En situaciones de violencia extrema, uno de los aspectos emocionales devastadores que se observan es la sensación de pérdida de control. Una manera de que Claudia lo recupere, al menos en parte, es que tenga el poder y por tanto el control de esa información. La importancia de la restauración del control en personas que han sufrido traumas ha sido ampliamente reconocida (Herman, 1992). Eso permite que la madre pueda ver esta misma situación de incomunicación desde otro punto de vista, dándole un nuevo significado, que es más tolerable y menos doloroso para ella. Reencuadrar la 'no comunicación' como 'más control para Claudia' hace que, a ojos de Nomi, la no-comunicación sea buena y por lo tanto ella no necesite comunicar y sentirse culpable por no comunicar en estos momentos.

Las soluciones intentadas de la madre han sido la evitación y el aplazamiento continuo de esta conversación que tanto teme.

En el cierre de la primera sesión también se redefine el silencio que ambas han mantenido como una prueba de amor y protección mutua:

- T: *Desgraciadamente usted sabe lo que le pasó a Claudia, lo que más querría en el mundo es volver el reloj para atrás y que esto no hubiera pasado; pero esto no se lo puede ofrecer. Lo que sí puede ofrecerle es... que usted procura no hablar con Claudia para no lastimarla y para que no tenga que volver a revivirlo y a lo mejor... no sé... Claudia no le habla a usted para no verla así, con lo cual se están protegiendo una a la otra y es señal de una muy buena relación.*

Nomi ha hecho referencia en varias ocasiones a lo difícil que ha sido su vida y se le propone poder contar su historia para tener una idea de quién es ella y su posición en la vida, con el objetivo de poder ayudarle de la mejor manera posible. Desde la TBRP es indispensable tener en cuenta los valores, creencias y prioridades del cliente, que determinan su manera de actuar y de entender el mundo, es decir, su posición, con el fin de enmarcar cualquier sugerencia o recomendación que hagamos de acuerdo a ella

(Fisch *et al.*, 1984). Erickson propuso que cada cliente tiene un modelo del mundo que define la realidad para él o para ella y es la terapia que se debe ajustar a cada cliente y no al revés. (Erickson, Rossi y Rossi, 1976).

Es en la formulación explícita de las frases y el lenguaje no verbal donde se señala la posición. A diferencia de otros enfoques terapéuticos, para lograr la alianza con el cliente en la TBRP no se dedica excesivo tiempo a la fase social como preámbulo para la intervención. Es a través de captar este lenguaje idiosincrático de cada cliente como se establece el clima de confianza y comprensión necesario para seguir avanzando en la terapia.

Segunda sesión

En la segunda sesión, una semana después, conocemos la historia de Nomi. Es una mujer que, a pesar de haber vivido situaciones de altos niveles de violencia y abuso físico, psicológico y sexual a nivel intrafamiliar, se ha mantenido fuerte para cumplir con el cuidado de sus cuatro hijos, que son lo más importante para ella. Es fundamental que el cliente sienta que validamos y damos credibilidad a su relato. Escuchamos palabras que nos indican que estamos trabajando con una persona con una capacidad de recuperación extraordinaria y muy luchadora, que se ha visto enfrentada a situaciones sociovitales que han generado pérdidas continuadas a muchos niveles y con poco apoyo social. La terapeuta y el equipo señalan esta posición de buena madre que ha sobrevivido a situaciones muy extremas y ha hecho numerosos sacrificios por el bienestar de sus hijos. De acuerdo a la visión interaccional del modelo, decidimos invitar a Claudia en la siguiente sesión para tener en cuenta su percepción de la realidad en relación a la situación actual.

Tercera sesión

Se empieza la sesión con Claudia individualmente, quien desconoce el motivo por el que su madre le ha pedido que venga a terapia y la terapeuta expone la preocupación de Nomi:

- T: *Cuando empezamos a ver a tu madre ella acababa de enterarse de que algo malo te había sucedido a ti cuando eras pequeña...*

Claudia cuenta muy superficialmente el episodio de la violación, explica que lo ha hablado con una terapeuta durante cuatro sesiones y que ha interrumpido el tratamiento recientemente de forma voluntaria. Recordar el acontecimiento traumático es algo que no le ayuda en estos momentos y prefiere no hablarlo, a pesar de reconocer la utilidad de haberlo hecho.

- T: *A lo mejor no haría falta hablar de eso, sino poder hablar de cómo os sentís ahora ambas en relación a lo que sucedió.*

Claudia está de acuerdo con esta propuesta, y prefiere hacerlo fuera del contexto de terapia. La terapeuta ha visto a Claudia como una adolescente madura, implicada en sus estudios y con grandes aspiraciones para su futuro académico. Ha hablado de una muy buena relación con su madre a pesar de las disputas que pueda haber entre ellas. Ha tenido seis años para elaborar el suceso traumático y actualmente parece que lo ha incorporado en su bagaje personal, como un episodio anormal que le sucedió cuando solo tenía nueve años y que ya no supone un problema serio para ella.

En la segunda mitad de la sesión se trabaja con Nomi a nivel individual, con el fin de transmitirle esa nueva realidad que nos ha presentado Claudia.

- T: *Si yo pudiera decirle con cierto grado de seguridad que lo que le está pasando a Claudia con estudios tiene más que ver con la rebeldía adolescente que con haber sido violada a los nueve años, ¿la tranquilizaría?*
- Nomi: *¡Oh! Mucho.*
- T: *Uno de los problemas con estas violaciones, incesto, abuso de chicos y todas estas cosas que una no debiera tener que vivir, es -como usted probablemente sabe- que los adultos a su alrededor, incluso puede que también ella misma, tendemos a echarle la culpa de todo lo que le pase en la vida a eso. Y no necesariamente tiene que ser así*

Es muy frecuente la tendencia a victimizar a las personas que han sufrido traumas, dándoles un significado de personas indefensas, prácticamente predestinadas al sufrimiento. Si nos ponemos las gafas del trauma para mirar la realidad es fácil que uno se explique todas las cosas que le pasan en la vida a causa del abuso y no necesariamente tiene que ser así. Ser víctima es un accidente, algo circunstancial, y nunca debería formar parte de las señas de identidad de nadie (Duque, Mallo y Álvarez, 2007). El hecho de no etiquetar a Claudia como mujer abusada y dar opción a la madre de crear una realidad alternativa donde no todo lo que sucede a su hija es a causa del trauma, alivia mucho. A su vez le permitirá poner en marcha otro tipo de soluciones que se alejen de las soluciones intentadas previamente y fuera de la culpa. De otro modo esta madre no será capaz de preguntar lo que le pasa, porque le vence el temor de herir a Claudia.

- T: *Si usted quiere hablarle de lo que pasó y escuchar lo enojada que está, pregúntele: ¿Qué es lo que te pasa? Cuéntamelo y me quedará más tranquila.*

Cuarta sesión

Dos semanas después Nomi afirma que tras reflexionar sobre las sesiones ha aceptado que el pasado no se puede cambiar y sigue queriendo lo mejor para Claudia. En este momento su mayor inquietud son las explosiones de ira que Claudia tiene en el colegio y en casa desde hace

aproximadamente unas tres semanas y la repercusión que puede tener en su rendimiento académico. Por este motivo ha decidido que su hija la acompañara de nuevo a terapia, en lo que ella ha estado de acuerdo. Claudia atribuye los arranques de ira a la frustración que siente por ver que sus calificaciones están bajando y que no está cumpliendo las expectativas que se había propuesto para tener oportunidad de entrar en una universidad de prestigio en Estados Unidos. Como se ha señalado anteriormente, es el cliente quien define el problema a trabajar, por lo tanto, las calificaciones de Claudia se convierten en importantes.

De nuevo, se pone mucho énfasis en obtener detalles, porque es importante que podamos ver la secuencia de aquello que nos cuentan como si estuviéramos viendo una película y por tanto hacer el problema más manejable. El interés se centra más en términos descriptivos que explicativos. El solicitar un ejemplo del problema suele ser el mejor camino para obtener información concreta y definida de la conducta en cuestión (Schlanger, Cinella, Díaz y González, 2014) y no actuar sobre la base de la mera asunción. Una vez más, desde la mirada constructivista que caracteriza este modelo, es indispensable la importancia de tomar cada caso como único.

La madre pone varios ejemplos de situaciones del día a día en que le pide a Claudia que colabore en determinadas tareas y deje de hacer sus cosas. Ella no obedece y se pasa el día jugando con el teléfono cuando está en casa. Estas situaciones generan tensión y escaladas y así se van retroalimentando mutuamente. Para Nomi esta conducta disruptiva, típica de adolescente, tiene el significado de distanciamiento, y eso nos interesa porque es lo que la hace única. Es por este significado particular que representa un problema para Nomi.

Las soluciones intentadas a este nuevo problema, puestas en marcha por la madre, se basan en sermonear a Claudia sobre el deber de someterse a sus exigencias en relación a la manera en que tiene que hacer las tareas de la casa, los deberes escolares y el comportamiento que ésta debe tener. Esta forma de solucionar el problema mediante amenazas, argumentación lógica y otras formas de exigencia refuerzan precisamente el problema de las explosiones de ira de Claudia, que es lo que originariamente se pretende eliminar. Por lo tanto, la solución se convierte en el problema (Watzlawick, Weakland y Fish, 1982). Sus soluciones intentadas tienen que ver con “perseguir” a su hija para sentir que le hace caso y que no se distancia de ella.

Para iniciar la solución de una queja se necesita tener una idea clara de cuál es la dirección a seguir, así como los pasos concretos que se tendrán que dar y con este objetivo se plantea a la familia cuál sería el mínimo cambio que les haría ver que la situación está empezando a cambiar, con la premisa subyacente de que lo que esperamos que ocurra influye en lo que hacemos, a modo de profecía autocumplida.

El mínimo cambio hace que el problema sea más asequible, más trabajable, reduciendo la complejidad del problema para poder empezar con algo. Se trata de un primer cambio que puede verificarse eficazmente enfocando objetivos mínimos, concretos, yendo despacio y avanzando paso a paso, en lugar de promocionar enérgicamente vastas y vagas metas, sin duda deseables, pero discutiblemente alcanzables (Watzlawick *et al.*, 1982). Se entiende que este cambio mínimo será el que disparará nuevos cambios y así sucesivamente, como si de una onda expansiva se tratara.

- T: *¿Cuál sería la primera señal que le haría sentir a usted que ella no se está distanciando*
- N: *Que no utilizara tanto el teléfono cuando yo le hablo, para que me escuchara, y que hiciera sus tareas.*

La terapeuta decide tomar como objetivo de mínimo cambio el distanciarse porque asume, desde la visión interaccional del modelo, que si la madre siente que Claudia no se distancia, cambiará el modo en que se dirige a su hija. A su vez se reducirán las probabilidades de que Claudia tenga una explosión de ira, entren en escalada y de nuevo Nomi sienta que su hija se distancia de ella; cerrándose así el círculo vicioso. Madre e hija están muy unidas, han pasado y sobrevivido muchas situaciones traumáticas, y la distancia es una de las peores cosas que les puede ocurrir, a ojos de la madre sobre todo. Utilizando la posición de la cliente (sentirla cerca, que no se distancie y luchar para el bienestar de su hija), se procurará interrumpir las soluciones intentadas y que por tanto deje de hacer más de lo mismo (Watzlawick *et al.*, 1982).

Una vez tenemos clara la dirección a seguir se va a diseñar una tarea terapéutica para hacer entre sesiones. A diferencia de otros modelos, se espera provocar y estimular el cambio entre sesiones, no necesariamente en la consulta. El objetivo principal de las tareas es perturbar la secuencia que mantiene el problema. Para ello es indispensable que la alianza terapéutica esté lo suficientemente establecida y que el cliente esté preparado para poder llevarla a cabo; pues es importante no avanzarnos a darlas antes de tiempo. Cuando queremos vender una tarea debe encajar con la posición e idiosincrasia de nuestro cliente, las tareas no son recetas que podamos aplicar de forma indiscriminada (Beyebach y Herrero, 2016). Por tanto, nuevamente se atiende con mucha precisión al lenguaje del cliente para traducir la táctica de cambio de acuerdo a éste.

En el caso que nos ocupa se propone una tarea que se centra a nivel relacional entre madre e hija, buscando huir de las explicaciones de tipo lineal. Así se incluye a ambas en el mantenimiento del problema a la par que les otorgamos el poder del cambio:

- T: *(Tarea entre sesiones) ¿Qué piensas que hará tu madre de diferente cuando dejes de utilizar el teléfono mientras hablas con ella? ¿Sería algo a intentar?*

- Claudia: *Si... pues ella estará menos enojada y no me gritará tanto.*

El lenguaje es la principal herramienta de la que disponemos para hacer terapia e influir en nuestros clientes. La manera en que el terapeuta construye las preguntas puede promover o no expectativas de cambio. En este caso, cuando se le plantea la tarea a Nomi, a través del “cuando” se está asumiendo que se producirá un cambio. Esta misma frase construida con el “si” condicional (“*Si dejas de utilizar el teléfono...*”) no asumiría cambio *per se*. La manera en cómo preguntamos debe inducir esperanza, fuerza... sin necesidad de explicitarlo, que podría ser entendido por nuestro cliente como una falta de comprensión de su malestar.

Antes de finalizar la sesión la terapeuta retoma el motivo inicial por el que habían solicitado terapia y la importancia de hablar del suceso entre ellas, no necesariamente en sesión. La pista que le ha permitido hacerlo es el poder escuchar que la madre “compró” la idea de ver realidades alternativas en relación al comportamiento actual de su hija, y no sólo verlo a través de la lente del trauma.

- T: *En la mejor de las intenciones, quiero que hablen, que ni bien pudo darte todos los algodones blancos que quería, lo intentó con toda su alma, y ahora quiere dártelos en el futuro y es que vayas a una buena universidad.*

Se espacia la sesión tres semanas y se acuerda seguir de manera conjunta.

Quinta sesión

Primeramente, se revisa la tarea prescrita, que en este caso fue que Claudia utilizara menos el teléfono móvil cuando estuviera en casa. Esto se hace siempre desde la curiosidad y no desde la exigencia, a través del uso que se hace del lenguaje cuando preguntamos.

Claudia ha estado utilizando menos el teléfono por dos motivos. En primer lugar, durante unos días se le olvidó en una de sus clases y además han cambiado de domicilio y parece que en esta nueva situación se encuentran más cómodas, lo que hace que Claudia utilice menos el teléfono. Esto ha modificado la percepción de Nomi en cuanto a que su hija se estaba distanciando de ella y ha tenido un impacto en su comportamiento hacia ella. El esfuerzo terapéutico ha ido en la línea de tratar de enfocar el problema desde un marco diferente al que nos trae el cliente, de acuerdo a su postura, con el fin de que las soluciones intentadas hasta el presente, sermonear a su hija, se puedan abandonar.

Ambas tienen la percepción de que las discusiones han disminuido de tal manera que en este momento no suponen un problema para ellas. Claudia ha hecho exámenes y cuenta orgullosa que sus notas han subido, volviendo a estar moti-

vada a perseguir su sueño de ir a una universidad de prestigio y confía en conseguirlo. A ojos de Claudia, el empezar a buscar información, ver imágenes de la universidad donde quiere ir a estudiar, así como sentirse apoyada por Nomi, le ha dado fuerzas para luchar de nuevo por este reto.

Al final de la sesión Nomi comenta que se ha asesorado con un abogado acerca de la posibilidad de denunciar la violación de Claudia y ambas están de acuerdo en intentarlo con las consecuencias que potencialmente puede acarrear. Piden un informe del proceso terapéutico.

Sexta sesión

Esta sesión se centra en hablar del informe. De acuerdo al concepto de utilización de Erickson, según el cual debemos aprovechar todo aquello que nos traigan los clientes al servicio del cambio, ésta es una muy buena ocasión para utilizarlo. A través de éste hablan por primera vez de una forma abierta y clara sobre el suceso traumático. Nomi explicita lo doloroso e incómodo que le resulta y la culpa que siente por no haber protegido a su hija, que es lo más importante para ella. Claudia está muy lastimada por pensar que su madre se siente culpable, puede decirle que siente que no fue su culpa.

De nuevo, el uso del lenguaje que hace el terapeuta, tanto a nivel explícito como implícito, está muy enfocado en centrarse en el presente y el futuro y no en tratar de entender el pasado.

- T: *Preguntarse el “y si” nos sirve poco en el momento actual. Ahora, en el presente, ver cómo pueden tirar hacia delante e intentar sacar provecho de algo que ocurrió y ojalá uno no tuviera que aprender de estas experiencias.*

Séptima sesión

Dos semanas después ya habían entregado toda la documentación a la abogada. Refieren que la situación en casa entre ellas se mantiene más tranquila. De nuevo, se insiste en los detalles, en poder ver la película de la interacción entre ambas y qué de diferente han hecho para que las cosas puedan cambiar.

- T: *¿Y qué hizo de diferente esta semana para enojarse menos?*
- N: *Pues pensando que quizás me queda poco tiempo para disfrutarla, que la vida dura poco y ahorita voy a tratar de disfrutarla más, se me va a ir a estudiar y estos momentos no van a volver.*
- T: *Si yo tuviera una cámara, ¿qué vería de diferente?*

En esta sesión madre e hija refieren mejorías tangibles y observables, como aumento de las comunicaciones cariñosas entre ellas, si se enfadan hablan de lo que les sucede...

todos estos cambios son cosas que ellas están haciendo de una forma diferente y que les funcionan mejor. Nomi también cuenta alguna discusión puntual con su hija, habitual en la convivencia con una adolescente que pone continuamente a prueba sus habilidades parentales... y su paciencia.

- T: *Estas discusiones que van refiriendo parecen discusiones muy de mamá-hija adolescente, con lo cual eso me deja muy tranquila, poder discutir de cosas normales es indicativo de que las cosas van bien. El hecho de poder discutir un poco también da más intensidad a la relación y sale uno de lo monótono y del aburrimiento. Me preguntaba ¿cuánto les preocupa a ustedes el tema de estas discusiones?*
- N: *Para mí no lo tomo tan en serio, yo veo que es normal, ella es joven, todavía una niña, y quizás yo ya soy mayor. Claro que es diferente, ve las cosas de diferente forma, yo estoy criada de una forma que no debo hacer con ella.*
- C: *A mí tampoco me preocupan...*

Claudia y Nomi piensan que ha habido una mejora lo suficientemente importante en relación a su queja inicial considerando que no les representa un problema en este punto. Así pues, se decide cerrar el proceso terapéutico. No juzgamos la legitimidad de una queja; cada uno tiene su propia escala de valores para decidir lo que es una conducta aceptable o inaceptable (Fisch y Schlanger, 2012).

Se hace hincapié en los logros que ha conseguido la familia porque de ninguna manera se pretende que el cliente atribuya el éxito al terapeuta. En el cierre del tratamiento siempre se explicita la posibilidad de reanudar la terapia en caso de ser necesario. Es importante hablar de un hipotético empeoramiento con los clientes y poder poner sobre la mesa que estas situaciones forman parte de los procesos de cambio.

- T: *Dentro de todas estas expectativas maravillosas, Claudia también tiene que meter la pata a cada tanto porque es una adolescente.*

Cuando se habla de una probable recaída, Nomi siente que ahora cuenta con nuevas herramientas para abordar estas situaciones de una manera más flexible y que a su vez pueden ser útiles en otras circunstancias. Tomando un ejemplo de las vidas de estas personas y resolviéndolo, el mensaje implícito es que también puede resolver otras eventualidades. Con esta última intervención se cierra el proceso.

Conclusiones

El caso clínico presentado ha demostrado el proceder del modelo y las premisas básicas que subyacen a él. La TBRP es breve no porque tenga un bajo número de sesiones sino por todas aquellas “puertas” que no se abren en el proceso terapéutico. Se focaliza en aquello que no funciona

en la actualidad y busca, de la forma más efectiva y eficiente, estrategias que permitan a los clientes continuar con sus vidas sin el sufrimiento por el que consultan. Independientemente de lo brillantes o no que puedan ser las intervenciones, es esencial trabajar con la posición del cliente, poder ver el mundo a través de las mismas “gafas” que usan en aras de maximizar la eficacia de nuestras intervenciones, de manera que encajen con sus creencias y valores principales. De acuerdo a ello, se usa de una forma quirúrgica el lenguaje, el cual determina buena parte del éxito terapéutico, con o sin un equipo detrás del espejo unidireccional.

Sería tentador, desde otros enfoques terapéuticos y con el caso que nos ha ocupado, navegar hasta las profundidades de la psique humana en busca de explicaciones y causas de tales circunstancias. Desgraciadamente, son numerosos los casos de trauma complejo que se ven en las consultas y es destacable poder trabajar desde la TBRP con la eficacia que se ha podido hacer. Sin importar la complejidad y envergadura del problema, desde la TBRP se asume que un pequeño cambio en el sistema produce cambios trascendentes en el resto del sistema, que a su vez producirán más cambios y así sucesivamente. Además, trabajar desde un enfoque no patológico y no normativo permite que las personas se libren de etiquetas y categorías que en no pocas ocasiones, disminuyen la creencia en el poder del cambio.

Hoy en día, en la sociedad en la que vivimos donde el tiempo es escaso, se valora el hecho de poder trabajar breve y eficientemente. Ocasionalmente se ha tachado al modelo de superficial y este es un buen ejemplo para demostrar que, lejos de esto, procura aliviar lo más rápido posible el sufrimiento de los clientes, respetándolos al máximo. Por su flexibilidad y adaptación, recientemente se está aplicando el modelo a otros campos de intervención, principalmente el escolar y el empresarial. El siguiente paso que podría darse sería hacer más estudios que demostraran la efectividad y eficiencia del modelo, que a su vez permitieran la difusión de esta manera de ver y entender el mundo.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Revised (4th Ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: APA.
- Bateson, G., Jackson, D., Weakland, J. y Haley, J. (1956). [Towards a Theory of Schizophrenia](#). *Behavioral Science. Journal of the Society for General Systems Research*, 1 (4), 251-264 [DOI: 10.1002/bs.3830010402].
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2016). *200 Tareas para Terapia Breve*. Barcelona: Herder.
- Cloitre, M., Garvert, D.W., Brewin, C.R., Bryant, R.A. y Maercker, A. (2013). [Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis](#). *European Journal of Psychotraumatology*, 4 (1), 1-12. [DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.20706].
- Duque, F., Mallo, M. y Álvarez, M. (2007). *Superando el trauma: la vida tras el IIM*. Barcelona: La liebre de marzo.
- Erickson, M., Rossi, E. y Rossi, S. (1976). *Hypnotic Realities*. Nueva York: Irvington.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2012). *Cambiando lo incambiable: la terapia breve en casos intimidantes (2^a Ed.)*. Barcelona: Herder.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence- from domestic abuse to political terror*. Nueva York: Basic Books.
- Schlanger, K., Cinella, M., Díaz, G. y González, P. (2014). Hoy en Palo Alto: un trabajo en las escuelas californianas con población inmigrante. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (Eds.), *Pensamiento sistémico: nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp. 73-95). México: Litteris.
- Von Glasersfeld, E. (2015). [Introducción al constructivismo radical](#). En P. Watzlawick (Comp). *La realidad inventada*. (pp. 20-37). Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R. (1982). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974). [Brief Therapy: Focused Problem Resolution](#). *Family Process*, 13 (2), 141-168 [DOI: 10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x].
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.