

EL CASO DE OLIVIA: UN EJEMPLO DE APLICACIÓN DE LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA

OLIVIA'S CASE: AN EXAMPLE OF APPLICATION OF THE BRIEF STRATEGIC THERAPY

Sergio Pérez Ruiz

Universidad de Valencia

Isabel Caro Gabalda

Universidad de Valencia

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Pérez Ruiz, S., y Caro Gabalda, I. (2015). El caso de Olivia: Un ejemplo de aplicación de la Terapia Breve Estratégica. *Revista de Psicoterapia*, 26(101), 209-226.

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar la aplicación de la Terapia Breve Estratégica en una paciente, Olivia, con un Trastorno de pánico y agorafobia. A lo largo del artículo se detalla dicha intervención. El tratamiento fueron siete sesiones y dos seguimientos en el que el objetivo principal consistió en sustituir las soluciones intentadas disfuncionales por otras que fueran funcionales.

Al final del proceso de psicoterapia Olivia experimentó una mejoría completa, cuestión que se corroboró en los dos seguimientos posteriores, a los tres y seis meses.

Palabras clave: Estudio de Caso, Terapia Breve Estratégica.

Abstract

The aim of this paper is to show a Brief Strategic Therapy intervention in a patient, Olivia, diagnosed as having panic disorder and agoraphobia. Throughout the article the intervention applied is shown. Treatment lasted 7 sessions and two follow-ups. Therapy main aim was to replace dysfunctional attempted solutions with other more functional ones.

At the end of the process of psychotherapy Olivia underwent a complete recovery. The two follow-ups, at three and at six months showed the maintenance of this change.

Keywords: Case Study, Brief Strategic Therapy.



Introducción

En este trabajo se detalla el tratamiento de Olivia. Utilizando los criterios diagnósticos y estadísticos del DSM-V (2013) se puede señalar que Olivia sufría un Trastorno de pánico y agorafobia. Sus síntomas principales en relación con los ataques de pánico eran palpitaciones, sudoración y miedo a morir. Esta última cuestión fue fundamental en el trabajo e intervención realizada. Los ataques de pánico iban, además, acompañados de inquietud y preocupación constante así como comportamientos dirigidos a evitar los ataques de pánico. El componente evitador fue una de las cuestiones centrales en el tratamiento. Por otro lado, en relación con la agorafobia, presentaba miedo a ir en el coche de viaje y a encontrarse en lugares cerrados en los que fuera difícil escapar.

La intervención realizada consistió en siete sesiones (con un postest en la cuarta sesión y otro en la séptima) y dos seguimientos (octava y novena sesión) de Terapia Breve Estratégica. Este enfoque, epistemológicamente, hunde sus raíces, fundamentalmente, en la perspectiva sistémica (con su concepto de causalidad circular), en la teoría de la cibernética (Foerster, 1973; Glaserfeld, 1984), en el lenguaje persuasivo de Milton Erickson (1979) y en los principios teóricos y pragmáticos de la comunicación de Watzlawick (1977).

Desde este enfoque terapéutico se parte de la idea de la existencia de una causalidad circular en la construcción de una dificultad o de un problema. Así pues, se enfatiza la relevancia de determinar las soluciones intentadas que no funcionan puestas en marcha por el paciente ya que son las que mantienen el problema. Como dice Nardone (1997) no existe necesariamente una relación entre cómo aparece el problema y cómo se puede afrontar y resolver, pero sí existe una causalidad de índole circular entre cómo el problema se mantiene y lo que el paciente hace o no hace para resolverlo, sin conseguirlo.

El objetivo de esta psicoterapia fue bloquear y modificar las soluciones intentadas pasando de unas que eran disfuncionales a otras que fueran funcionales. Por tanto, en el tratamiento de Olivia quedó patente que las soluciones intentadas que no le funcionaban fueron, primero, bloqueadas y posteriormente sustituidas por otras que sí funcionaban.

Así pues, al final del tratamiento Olivia experimentó una mejoría completa, cuestión que se corroboró en los dos seguimientos posteriores, a los tres y seis meses.

Descripción de la paciente

Olivia, de 21 años de edad cuando comenzó la psicoterapia, es el pseudónimo que el primer autor de este trabajo le dio a esta paciente en su tesis doctoral, en la que se analizó el proceso de asimilación de la experiencia problemática de Olivia (Stiles, Elliot, Llewelyn, Firth-Cozens, Margison, Shapiro y Hardy, 1990; Stiles, Morrison, Haw, Harper, Shapiro y Firth-Cozens, 1991). Olivia proporcionó su consentimiento para que las sesiones fueran grabadas, transcritas y analizadas por

el equipo de investigación. La terapia la realizó el primer firmante de este trabajo.

La paciente acudió a psicoterapia por su miedo a morir, “me preocupa morirme o que me esté pasando algo”. Este miedo, que le generaba preocupación, ansiedad, obsesiones, provocaba que o bien Olivia evitara determinadas situaciones (ej. “Salir de fiesta con amigos/as”) o que las soportara experimentando un profundo malestar (ej. Cuando viajaba en coche con su novio las sensaciones de malestar eran continuas y constantes). Acudió a terapia después de dos años, aproximadamente, de intentar resolver su problema por su cuenta (al principio lo achacaba a un consumo de sustancias, concretamente cannabis). Al acudir a terapia los “síntomas” estaban presentes de forma continua, incluso en las últimas semanas se habían agudizado. En sus estudios, el rendimiento había bajado, es decir, se habían visto afectadas sus notas. El diagnóstico que recibió la paciente según el DSM-V (2013) fue el de Trastorno de Pánico y Agorafobia. En relación al trastorno de pánico, en Olivia, y a modo de resumen, estaban presentes los siguientes síntomas:

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Miedo a perder el control o de “volverse loco”.
4. Miedo a morir.
5. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias.

En cuanto a los criterios de agorafobia que cumplía Olivia podemos destacar los siguientes: miedo a usar el transporte público (el coche fundamentalmente) y a estar en sitios cerrados.

En las Tablas 1, 2 y 3 pueden verse las puntuaciones obtenidas en diferentes medidas (cuestionarios), en diferentes momentos temporales y que nos permitieron realizar comparaciones estándar entre el pretest y el postest y calcular posteriormente el Índice de Cambio Fiable (ICF, o en su acepción en inglés RCI: *Reliable Change Index*) de Jacobson y Truax (1991). Este último índice nos permitió concluir que entre el Pretest y el Postest existen cambios estadísticamente significativos en algunas de las medidas.

Los cuestionarios utilizados fueron el *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) para evaluar la depresión, el *State and Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) para valorar la ansiedad “rasgo” (STAI-R) y la ansiedad “estado” (STAI-E) y el *SCL-90-R (Symptom Checklist 90 Revised)* (Derogatis, 1977) para evaluar nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres índices globales de malestar. Los momentos temporales en los que se pasaron dichas pruebas fueron 3, un Pretest (en la primera sesión), un Postest al que llamaremos Postest 1 en la cuarta sesión y finalmente un Postest en la séptima sesión (Postest 2).

Tabla 1

Puntuaciones directas y centiles en el pretest, postest 1 (cuarta sesión) y postest 2 (séptima sesión) en el SCL-90-R.

	SOM	OBS	INT	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSI
Pretest	2.3 (97)	2.1 (97)	0.22 (35)	0.84 (85)	2.1 (97)	0 (5)	1.14 (90)	0.33 (50)	0.7 (90)
Postest 1	0.75 (60)	0.6 (55)	0 (5)	0 (5)	0.3 (30)	0 (5)	0.14 (45)	0 (5)	0 (5)
Postest 2	0.5 (45)	0.3 (30)	0 (5)	0 (5)	0.1 (15)	0 (5)	0 (5)	0 (5)	0 (5)

Nota. SOM = Somatización; OBS = obsesión – compulsión; INT = Sensibilidad interpersonal; DEP = Depresión; ANS = Ansiedad; HOS = Hostilidad; FOB = Ansiedad fóbica; PAR = Ideación paranoide; PSI = Psicoticismo. Entre paréntesis aparecen las puntuaciones centiles correspondientes a cada puntuación directa.

Tabla 2

Puntuaciones directas y centiles en el pretest, postest 1 (cuarta sesión) y postest 2 (séptima sesión) en el SCL-90-R (continuación).

	GSI	PST	PSDI
Pretest	1.11 (90)	51 (90)	1.99 (70)
Postest 1	0.25 (20)	16 (25)	1.4 (25)
Postest 2	0.12 (10)	10 (15)	1.08 (5)

Nota. GSI = Intensidad sufrimiento; PST = Número total síntomas presentes; PSDI = Intensidad sintomática media. Entre paréntesis aparecen las puntuaciones centiles correspondientes a cada puntuación directa.

Tabla 3

Puntuaciones en el pretest, postest 1 (cuarta sesión) y postest 2 (séptima sesión) en el BDI y en el STAI.

Pruebas	Pretest	Postest 1	Postest 2
BDI	8	0	0
STAI – E	24	7	0
STAI - R	21	13	8

Nota. BDI: Inventario de Depresión de Beck; STAI: Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo de Spielberger y cols.

Como puede apreciarse en las Tablas 1, 2 y 3 la paciente experimentó resultados positivos si comparamos las puntuaciones en los tres cuestionarios entre

el Pretest, el Postest 1 y el Postest 2. Por lo tanto, podemos señalar que Olivia experimentó entre el comienzo de la psicoterapia y la última sesión una disminución en todas las puntuaciones evaluadas por el BDI, el STAI y el SCL-90-R.

Además de realizar estas comparaciones estándar entre el Pretest y el Postest también se utilizó el *Índice de Cambio Fiable* (Jacobson y Truax, 1991) (los datos aparecen en las Tablas 4 y 5).

Tabla 4*Índice de Cambio Fiable (ICF) para el SCL-90-R.*

Dimensiones Sintomáticas	Cambio Clínico (Punto de corte C)	Índice de Cambio Fiable (ICF): Pretest – Postest 1	Índice de Cambio Fiable (ICF) Pretest – Postest 2
Somatización (SOM)	C= 0.93	2.98 > 1.96	3.46 > 1.96
Obsesión – compulsión (OBS)	C= 0.87	3.26 > 1.96	3.91 > 1.96
Ansiedad (ANS)	C= 0.89	4.28 > 1.96	4.76 > 1.96
Ansiedad fóbica (FOB)	C= 0.44	1.88 < 1.96	2.15 > 1.96

Nota. Por motivos de espacio se remarcan sólo aquellos resultados que nos indican que el cambio logrado por la paciente es fiable y estadísticamente significativo.

Tabla 5*Índice de Cambio Fiable (ICF) para el BDI y para el STAI*

Dimensiones Sintomáticas	Cambio Clínico (Punto de corte C)	Índice de Cambio Fiable (ICF): Pretest – Postest 1	Índice de Cambio Fiable (ICF) Pretest – Postest 2
BDI	C= 13.09	2.4 > 1.96	2.4 > 1.96
STAI-E	C= 24.94	3.81 > 1.96	5.38 > 1.96
STAI-R	C= 28.34	1.45 < 1.96	2.36 > 1.96

Nota. En negrita se remarcan aquellos datos que nos indican que el cambio logrado por la paciente es fiable y estadísticamente significativo.

El Índice de Cambio Fiable nos permite establecer las siguientes conclusiones:

-En primer lugar se puede señalar que, en general, existe un cambio fiable y estadísticamente significativo ($ICF > 1.96$) entre las puntuaciones obtenidas por la paciente en el Pretest y el Postest 1 y entre el Pretest y el Postest 2 en el BDI, en el STAI y en el SCL-90-R (véase Tabla 4 y Tabla 5).

-En el caso del BDI y del STAI no podemos afirmar que el cambio sea clínicamente relevante ya que la paciente no pasa de un estado de gravedad a uno de funcionalidad puesto que las puntuaciones iniciales ya son bajas.

-En cambio, en el caso del SCL-90-R, además de que se aprecia, como ya hemos dicho, un cambio estadísticamente significativo entre el Pretest y el Postest 1 y entre el Pretest y el Postest 2 en diferentes dimensiones sintomáticas (somatización, obsesión – compulsión, ansiedad y ansiedad fóbica) (con la excepción de la

dimensión ansiedad fóbica, en la que no se produce un cambio estadísticamente significativo entre el Pretest y el Postest 1), también se aprecia un cambio clínicamente relevante (véase Tabla 4).

-Finalmente, hay que señalar que este Índice nos permite afirmar que se ha producido un cambio entre el inicio de la terapia y el final de ésta.

Vinculado con el cambio ocurrido durante el proceso terapéutico la paciente comenta (al ser preguntada en la séptima sesión acerca de su punto de vista sobre diferentes cuestiones sobre el proceso de terapia) que su satisfacción con la terapia es del 100 % y que entre los cambios a raíz de la terapia destacaría que *“se me han quitado los miedos, ya no estoy pendiente de mi interior, no tengo crisis, y si en algún momento se inicia una crisis estoy más preparada y tengo recursos y eso me da control”*.

Descripción del problema y principales objetivos terapéuticos

El problema que vamos a describir seguidamente quedó especificado, fundamentalmente, entre la primera y la segunda sesión con Olivia (principalmente, aunque a lo largo de todo el proceso de psicoterapia aparecen nuevas informaciones que también son relevantes para conocer mejor el problema).

Además, desde el punto de vista de la Terapia Estratégica se conoce a través del cambio (Nardone y Portelli, 2006), y por lo tanto, cuando se comienza a intervenir es cuando se puede afirmar, en caso de que el problema se vaya resolviendo, que conocemos “verdaderamente” un problema. Esta cuestión estaría relacionada con un diagnóstico de carácter pragmático y operativo.

La descripción del problema de Olivia se va a exponer, por tanto, de un modo más “pragmático” y concreto, que complementa su diagnóstico ya ofrecido según el DSM-V (2013).

El problema de Olivia, el cual fue descrito ya en la primera sesión, era que le preocupaba desde hacía 2 años morirse o tener una enfermedad. Así pues, esta preocupación por la probabilidad de morir o enfermar (que evolucionó y le generó rumiaciones y obsesiones) aparecía ante la detección por parte de Olivia de un síntoma físico al que cada vez le prestaba mayor atención (por ejemplo, era muy frecuente que ante un dolor de cabeza se desarrollara el problema). A continuación, experimentaba taquicardias, tensión y se preocupaba por la posibilidad de que le diera un ataque al corazón. La paciente comentó que el malestar empezaba al ver una serie de TV (*House, 1000 maneras de morir...*) o hablar con amigos sobre temas relacionados con la muerte.

El miedo estaba presente en el día a día de Olivia, motivo por el cual acudió a consulta. Y no era algo esporádico sino constante y continuo, y además le venía de modo imprevisible y ante muchas situaciones diferentes, en el coche, en una fiesta, en el trabajo, etc. Sin embargo, Olivia señaló que era en el coche donde más le venía su miedo a morir o a enfermar.

Entre otras cuestiones, el miedo hizo que Olivia dejara de salir de fiesta con

amigos, que evitara ver determinados programas de TV, que fuera en coche pues experimentaba un gran sufrimiento, etc. Todo esto derivó en una sensación de frustración y falta de seguridad al no conseguir afrontar esta experiencia problemática.

Con palabras textuales de Olivia su problema era el siguiente: *“es cuando tengo algún dolor de cabeza y todo eso, primero es superalerta del palo y mi pensamiento es, que me da, como si me fuera a morir y entonces pasa el tiempo, pasa el tiempo y ves que no te mueres, que estás y que no pasa nada y entonces como que te relajas un poco”*.

Resumiendo, asumimos desde la Terapia Breve Estratégica que el problema de Olivia era una falta de control sobre sí misma que le provocaba más miedo y evitación. En un intento de que sus temores, sus miedos, no aparecieran, dejó de hacer determinadas acciones que podían desencadenar su malestar o las realizaba con un sufrimiento enorme. También comenzó a utilizar la solución de intentar no pensar cuando le aparecían pensamientos molestos, pero en su intento de no pensar, pensaba más y así, alimentaba su problema.

Por lo tanto, los objetivos terapéuticos con Olivia, basados en la Terapia Breve Estratégica, fueron que:

1. Fuera consciente de *cómo funcionaba* su problema.
2. En colaboración con el terapeuta, conociera cuáles eran las soluciones intentadas que no le funcionaban, y que empeoraban su problema.
3. Además, por un lado, que bloqueara las soluciones que no resolvían su problema y, por otro lado, que pusiera en práctica soluciones alternativas más funcionales.
4. Finalmente, que afrontara su miedo y que no evitara las situaciones que le generaban sufrimiento, con la finalidad de incrementar el control de su vida y su seguridad personal.

Olivia acudió a todas las sesiones programadas sin que se produjera ninguna cancelación, salvo en el primer seguimiento (octava sesión), el posterior a la séptima sesión, que se olvidó.

La alianza terapéutica y la relación establecida entre Olivia y su terapeuta fue muy buena, requisito indispensable para el éxito de la psicoterapia (Baldwin, Wampold e Imel, 2007; Bucci, Seymour, Harris y Berry, 2015; Bordin, 1979; Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011). También hay que destacar la estrecha colaboración que se estableció entre paciente y terapeuta desde el principio hasta el final. Podemos asumir que el trabajo conjunto entre Olivia y su terapeuta favoreció también el cambio terapéutico. La paciente realizó todas las tareas para casa que el terapeuta le fue mandando entre sesiones.

Relacionado con las cuestiones acabamos de señalar, y con la finalidad de corroborarlo desde un punto de vista complementario, se ha tomado en consideración el punto de vista de la paciente sobre el funcionamiento de la terapia (a partir de preguntas que se le formularon a Olivia en la séptima sesión y en los seguimientos):

1. Olivia tenía muy claro cuál era su problema y sobre lo que se había trabajado durante la terapia, “*el miedo a la muerte, pensamientos de que me pudiera pasar algo en cualquier momento*”.
2. La paciente conocía, y por lo tanto las detalló, las actividades y tareas que se habían realizado durante las sesiones. Por ejemplo, explicaciones de cómo funciona el miedo, la construcción de otros puntos de vista sobre el problema, etc.
3. Al igual que con la actividades realizadas dentro de la terapia, Olivia también tenía perfectamente claras las tareas que había hecho fuera de la consulta y que habían favorecido el éxito de la terapia. Por ejemplo, la técnica de la peor fantasía (sobre las tareas para casa hablaremos con mayor detalle en las siguientes páginas).
4. La relación con el terapeuta también se destacó como muy buena por la paciente.
5. La paciente afirmó que durante los seis meses posteriores a la finalización de la terapia no se produjo ningún retroceso o recaída.

Para concluir con este apartado de descripción del problema de Olivia podemos remarcar que Olivia estuvo de acuerdo con los objetivos de la terapia, que se establecieron conjuntamente entre paciente y terapeuta. La paciente quedó muy satisfecha con la intervención efectuada.

Terapia Breve Estratégica

Olivia fue tratada con Terapia Breve Estratégica durante siete sesiones a lo largo de cuatro meses (las sesiones fueron quincenales). Posteriormente se realizaron dos seguimientos, uno a los tres meses de concluir la terapia y otro a los seis meses. No se utilizó ninguna técnica de otro enfoque. La duración de las sesiones fue de aproximadamente una hora.

Podemos inferir, como hemos dicho con anterioridad, que Olivia estaba muy convencida de la necesidad de recibir ayuda, lo que favoreció su esfuerzo para introducir cambios. Además, podemos asumir que el éxito terapéutico fue facilitado también por la buena relación terapéutica que se construyó entre terapeuta y paciente, por la realización de tareas dentro y fuera de la terapia y por el hecho de que la paciente comenzó a experimentar cambios y una mejoría casi desde el principio.

Nardone y Watzlawick (1999) señalan que desde la *Terapia Breve Estratégica* se parte de la idea de que la realidad que percibimos (por ejemplo, los problemas y las patologías) es el resultado de la interacción entre el punto de vista asumido por la persona y el lenguaje que usa para comprender dicha realidad.

La terapia estratégica se centra en determinar “cómo” las personas construyen sus problemas y cómo éstos se mantienen debido a las soluciones intentadas que no funcionan, además de “cómo” elaborar y poner en práctica estrategias de intervención capaces de producir cambios rápidos y resolutivos (Nardone y Watzlawick,

1999).

La Terapia Breve Estratégica consiste en proponer soluciones aparentemente simples en la resolución de problemas humanos complicados. Es decir, no son necesarias soluciones largas y complicadas para resolver problemas humanos complejos y que han persistido durante años (Nardone, 2003). Es un modelo teórico y operativo para la solución de problemas individuales, de pareja, y de familia.

En este tipo de terapia, lo esencial es provocar un pequeño cambio que provoque más cambios en un tiempo breve. Por breve se entiende el necesario y suficiente para construir junto con el paciente una realidad diferente. Por lo tanto, la eficacia y la eficiencia son las claves de este modo de hacer terapia, para lo cual los terapeutas estratégicos se centran en determinar cómo los seres humanos se relacionan con la realidad o, más concretamente, cómo cada uno de nosotros se relaciona consigo mismo, con los demás y con el mundo (Nardone y Watzlawick, 1999).

En este enfoque, que pretende ser eficaz y eficiente al mismo tiempo, diferentes aspectos e ideas se ponen en acción con la finalidad de ofrecer una solución (o varias) al problema con el que acude a terapia el paciente (Nardone, 1997; Nardone y Portelli, 2006; Nardone y Watzlawick, 1992, 1999, 2004; Watzlawick, 1977):

- En **primer lugar**, el terapeuta estratégico utiliza una comunicación persuasiva, con el objetivo que el paciente se movilizase hacia el cambio a partir, en parte, de las palabras del terapeuta.
- En **segundo lugar**, que la solución encaje con el problema. Es decir, que la solución se acomode al problema particular del paciente.
- Y **finalmente**, que el proceso terapéutico sea sistemático y riguroso.

Para que la solución encaje con el problema individual del paciente es necesario, en los primeros compases de la terapia, conocer con detalle cuál es el problema del paciente y establecer después, y de un modo conjunto, los objetivos terapéuticos. Estos objetivos terapéuticos son esenciales ya que permiten valorar el avance, o no, del cambio. Una vez delimitado el problema y establecidos los objetivos, el siguiente paso es determinar y proponer soluciones para la resolución del problema. Si la estrategia terapéutica está funcionando se percibe en el paciente un pequeño cambio. El siguiente paso consiste en avanzar en dicha dirección para afianzar el cambio y hacerlo cada vez más grande y con opciones de que se mantenga en el tiempo.

El terapeuta, desde la primera sesión con el paciente, focaliza su atención en (Nardone y Watzlawick, 1992):

1. Qué sucede en los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto mantiene consigo mismo, con los demás y con el mundo;
2. Cómo funciona el problema;
3. Cómo ha intentado el paciente afrontar el problema (soluciones intentadas y disfuncionales);
4. Cómo cambiar del modo más rápido y eficaz esa situación problemática

(soluciones alternativas y funcionales).

La terapia breve estratégica es, por lo tanto, un método de intervención riguroso, estructurado y flexible. Es un tipo de terapia eficaz para el tratamiento de diferentes problemas: miedos, fobias, depresión, de alimentación, y sexuales (Nardone y Watzlawick, 2004).

Un recorrido por el proceso de psicoterapia de Olivia

Este análisis del proceso de psicoterapia de Olivia lo vamos a dividir en tres bloques:

Primer bloque: Sesiones 1-2.

Segundo bloque: Sesiones 3-7.

Tercer bloque: Seguimientos (a los tres y seis meses).

Así pues, la división en tres grandes bloques del proceso de psicoterapia de Olivia se fundamenta en que las metas y las acciones del terapeuta son diferentes en base a la sesión de psicoterapia. Es decir, el terapeuta sigue un protocolo de trabajo riguroso y flexible, un método adaptado al momento o fase en que se encuentra la terapia, fundamentalmente, siguiendo el siguiente esquema de trabajo (Nardone y Portelli, 2006):

1. Delimitar y conocer el problema y las soluciones intentadas disfuncionales.
2. Descubrir, proponer y aplicar soluciones funcionales alternativas.
3. Valorar el funcionamiento de las soluciones funcionales alternativas.

Primera sesión

Nos gustaría asumir que esta primera sesión con Olivia fue fundamental para el desenlace del proceso de psicoterapia y para el éxito terapéutico.

Cuadro 1

Resumen estructura de la primera sesión de terapia

-
1. Definición del problema y de las soluciones intentadas
 2. Acciones de intervención
 3. Tareas para casa: evita evitar, la técnica del cómo empeorar, el diario de a bordo, reflexión acerca de si evitar empeorar o soluciona el problema
-

Como se puede apreciar en el Cuadro 1, en el que aparece un resumen de la estructura de la sesión de terapia, el terapeuta, en colaboración con la paciente, focalizó sus esfuerzos en varias cuestiones.

En primer lugar, se definió el problema de Olivia (para una revisión de esta cuestión se remite al lector al apartado de descripción del problema) a partir de las preguntas, con ánimo de indagar y conocer, efectuadas por el terapeuta. Así pues, se intentó en este punto clarificar al máximo el malestar de la paciente, determinando qué le pasaba, cuándo, dónde, con quién, durante cuánto tiempo. Cuanta más

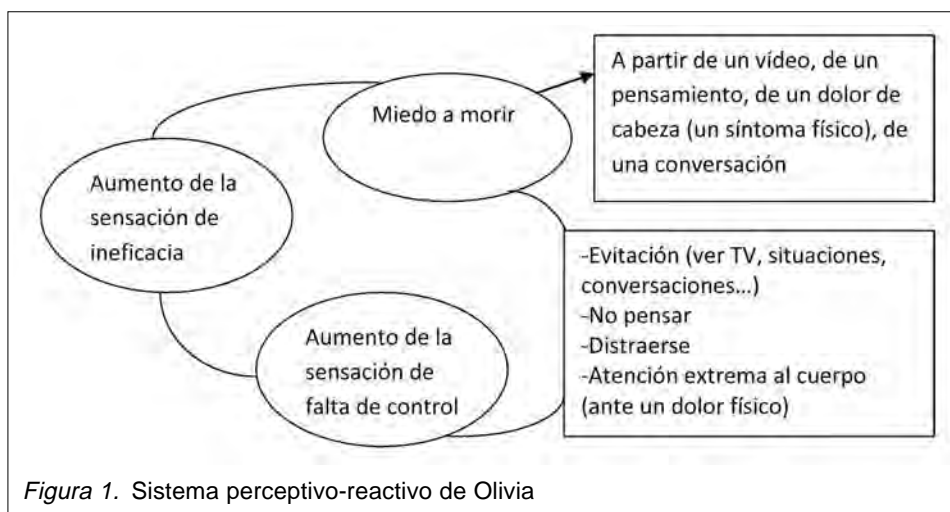
transparencia y especificidad se logre del problema mejor, ya que esto permite que tanto terapeuta como paciente comiencen a clarificar los objetivos de la terapia.

En segundo lugar, y crucial en toda terapia breve estratégica (Nardone y Portelli, 2006), se delimitaron las soluciones intentadas para valorar las que funcionaban y las que no habían funcionado hasta ese momento. Las soluciones intentadas que no funcionan (y que ahora concretaremos en el caso de Olivia) permiten disponer de una serie de indicadores para valorar tanto por parte de la paciente como del terapeuta la evolución del problema. Es decir, son la piedra angular del proceso de psicoterapia para el enfoque breve estratégico. Permiten determinar los objetivos de cambio, realizar el seguimiento del cambio y finalmente valorar si el cambio se ha producido.

Como dijimos en páginas anteriores el problema de Olivia se puede plantear como “miedo a morir” lo que la llevaba a realizar toda una serie de “acciones” para reducir dicho malestar (ver Figura 1). Dichas “acciones” son las soluciones intentadas que no funcionan.

Su problema, su miedo a morir, aparecía a través de diferentes mecanismos que lo provocaban, viendo un vídeo, una serie de televisión que hablaba sobre la muerte, percibir la sensación de un dolor de cabeza, una conversación con amigos sobre la muerte, etc.

Una vez que se activaba el mecanismo del miedo la solución intentada que no funcionaba consistía fundamentalmente en la evitación, con diferentes formatos que ahora veremos. Aunque también intentaba focalizarse más y más en las sensaciones físicas que experimentaba, con el efecto paradójico de que se incrementaba el miedo.



En cuanto a las estrategias de evitación utilizadas por Olivia podemos hablar de *evitar conversaciones* donde el tema de diálogo era la muerte; *intentar no pensar*;

cambiar de canal cuanto estaba viendo series que hablaban sobre la muerte como por ejemplo “House”; también había *reducido las salidas con amigos por la noche* por si le aparecía el malestar. Otra solución era *distraerse del problema*, lo que, al fin y al cabo es un intento de no pensar.

Debemos remarcar que cuando se intentaba que la paciente definiera el problema y las soluciones intentadas, eso supone ya desde la perspectiva de la Terapia Breve Estratégica (De Santis y Nardone, 2012; Nardone, 2009, 2010, 2014) el comienzo de la intervención porque estaba generando en Olivia un cambio de perspectiva, un cambio de percepción acerca de lo que era su problema, que lo viera desde un punto de vista diferente y al mismo tiempo que fuera consciente de que las soluciones que estaba utilizando no le estaban funcionando sino que le estaban generando un problema o dicho de otro modo estaban empeorando su malestar.

Por lo tanto, en este punto Olivia comenzó a entender, por ejemplo, que la evitación no le ayudaba sino que cronificaba su problema. Es decir, de algún modo se transmitió a Olivia el concepto de causalidad circular (en el sentido de que los intentos de solución disfuncionales mantienen el problema original, no lo eliminan, sino que lo hacen persistir) para que comenzara a persuadirse poco a poco, gradualmente, acerca de lo que había que bloquear y cambiar, es decir, las soluciones intentadas que hemos comentado. Por tanto, la intervención ya está iniciándose (a nivel de generar cambios) a través de una comunicación persuasiva (Watzlawick, 1977) que induce el cambio.

Hay que señalar que también se exploraron otras soluciones intentadas que los “fóbicos” ponen en marcha y no funcionan pero Olivia no las utilizó. Es decir, no fue al médico para que le realizara una exploración que le tranquilizara y tampoco pidió ayuda a familiares, amigos, pareja, etc.

A lo largo de esta primera sesión se intenta provocar un cambio en Olivia tomando en consideración la información obtenida acerca del problema y las soluciones intentadas y utilizando para ello estrategias comunicativas concretas que se van a señalar a continuación:

1. Una de las herramientas comunicativas que utilizó el terapeuta fueron las **preguntas en forma de ilusión de alternativas** (esto es, una pregunta donde aparentemente al paciente le estamos dejando elegir, pero también de algún modo sabemos la alternativa que con una alta probabilidad va a elegir.). Por ejemplo: “¿Y cuánto más te focalizas (en el dolor) más desaparece o menos desaparece?” o “¿El hecho de hacer lo que haces te ayuda, resuelve la situación, resuelve la probabilidad de que eso aparezca o no aparezca o por el contrario se puede incrementar?”

2. **Psicoexplicaciones** (intercalar junto con el proceso de cambio aspectos de aprendizaje, de modo que el paciente no sólo mejore sino que aprenda cómo lo ha hecho). Además de preguntas con ilusión de alternativas que pretendían por un lado conocer el problema y por otro comenzar sutilmente a construir un cambio, el terapeuta utilizó algunas psicoexplicaciones con la finalidad de hacer entender algunas cuestiones a la paciente. Por ejemplo, “...entonces un pensamiento que yo

me intento quitar, lo quito momentáneamente, a corto plazo, pero luego vuelve incluso a veces podría ser que volviera no con más intensidad, pero sabemos que tenemos certeza de que vuelva y si me lo vuelvo a quitar volvería a venir y si me lo vuelvo a quitar volvería a venir...”. Aquí el terapeuta lo que intenta es que Olivia comprenda cómo funciona el pensamiento desde un punto de vista pragmático, remarcándole el hecho de que cuanto más intenta quitar una idea, un pensamiento que le molesta de su cabeza, más le vendrá.

3. Comunicación persuasiva y emocional (uso de metáforas). El terapeuta comenzó a utilizar sobre todo al final del proceso de psicoterapia, las metáforas. Por ejemplo, veamos un pequeño diálogo en el cual el terapeuta utiliza una comunicación persuasiva y emocional para dirigirse a la paciente.

T: Y ahora que ya sabes que si evito el problema, éste no se reduce, ¿al problema qué le pasa?

P: Que aumenta.

T: Que aumenta porque es como si le estuviéramos echando un fertilizante a una planta, un abono a una planta y la planta en lugar de dejar de crecer, crece más. Pues esto es exactamente igual. Yo puedo seguir echándole ese fertilizante y eso depende de mí, o no echarlo.

Cuando el terapeuta se comunica de este modo se está dirigiendo al hemisferio derecho de Olivia que es más receptivo y puede estar más preparado para el cambio.

Al final de la sesión se le mandaron a Olivia diversas tareas para realizar fuera de la sesión durante los siguientes quince días. Para que la paciente ponga en marcha estas tareas fuera de terapia se le debe de haber persuadido en la dirección del cambio durante el propio proceso de psicoterapia.

Las tareas fueron las siguientes (en cada tarea se especifica su finalidad, o más bien la finalidad con la que la utilizó el terapeuta):

1. Técnica del cómo empeorar (el paciente se tiene que hacer la siguiente pregunta, ¿si yo quisiera empeorar este problema, esta dificultad que me aparece, yo qué tendría que seguir haciendo o dejar de hacer, yo qué tendría que pensar o dejar de pensar?, y las respuestas las va apuntando). Esta técnica se le mandó a Olivia con diferentes objetivos. En primer lugar, para conocer mejor el problema de Olivia, no sólo el terapeuta sino también la paciente, para que su punto de vista acerca de lo que le pasaba cambiara. En segundo término, para que la paciente comenzara a bloquear las soluciones intentadas que no le funcionaban.

2. Evita evitar (durante las próximas dos semanas se le dice al paciente que puede seguir evitando cosas, pero algunas cosas, por pequeñas que parezcan, se puede empezar a plantear si evita evitarlas). Supone que Olivia comenzara a reflexionar sobre si la evitación le ayudaba o le empeoraba y que luego decidiera qué hacer. Es un modo de comenzar a trabajar con la paciente la necesidad de afrontar en lugar de evitar pero de un modo gradual y sin imponerle lo que debe de hacer. De hecho es ella la que ha de decidir lo que es más conveniente realizar, si evitar o afrontar el miedo.

3. **Diario de a bordo** (el paciente tiene que registrar en forma de columnas información sobre las situaciones problemáticas para él/ella: dónde estoy, con quién, qué pensamientos tengo, qué emoción estoy sintiendo, cuál es la intensidad de la emoción, cuál es la frecuencia con la que va y viene, qué hago...). Olivia pensó, y prácticamente todos los pacientes a los que se les solicita realizar esta tarea, que el diario de a bordo tenía la finalidad de ampliar o mejorar el conocimiento sobre su problema. Sin embargo, su objetivo era desviar la atención de su miedo, a través de la focalización en todo un conjunto de elementos que debía chequear, y que le iban a impedir prestar atención a su temor. Por lo tanto, lo que se pretende con esta técnica es desviar la atención de la paciente de su problema.

Segunda sesión

En relación con la evolución del problema, con la revisión de cambios, Olivia afirmó que durante las dos semanas anteriores había estado “muy bien, la verdad es que los dos o tres primeros días no sé cómo que le estuve dando tantas vueltas a lo que estuvimos hablando que no tuve ningún, no me pasó nada”. A continuación el terapeuta le preguntó, “¿cuándo dices pensando a qué le dabas vueltas, qué preguntas te surgían?” y la paciente señaló lo siguiente: “sobre todo en lo que me dijiste...hubo algo que dijiste que estoy intentando controlar con los pensamientos algo que no es controlable”. Esta cuestión que se acaba de remarcar nos parece útil desde el marco que supone un cambio de perspectiva de la paciente en relación con el problema. Comenzó a plantearse verlo de un modo diferente. Podemos asumir que el terapeuta ha introducido una grieta en el sistema de percepción de la paciente. Podríamos considerar que sería como el inicio de una reestructuración.

Así pues, el terapeuta le comentó a Olivia, que según su punto de vista, ya había comenzado a experimentar (la paciente) un pequeño cambio y ésta confirma lo que el profesional le sugiere.

No obstante, durante estas dos semanas, entre sesión y sesión, y aunque acabamos de señalar que Olivia se encontró mejor, también se produjeron dos situaciones (que realmente es la misma pero que se repitió) en las que el problema apareció. La paciente destacó que un domingo, cuando volvían a casa ella y su novio en el coche, se puso nerviosa (nerviosismo, nudo en la garganta, en el estómago...). En un principio no supo cuánto tiempo duró, señalando que no utilizó el diario de a bordo para después decir que aproximadamente duró entre cinco y seis minutos. Al cabo de un rato volvió a notar las mismas sensaciones de nerviosismo y tensión durante aproximadamente, también, cinco o seis minutos.

Lo más relevante de esta revisión de estas dos situaciones en las que aparece el problema es que permiten al terapeuta y a la paciente conocer mejor cómo funciona el problema, qué soluciones pone en marcha. Es decir, la paciente lo que intentó aplicar como solución en esas dos situaciones es *intentar no pensar*, en definitiva una especie de evitación mental.

Cuando se revisaron las tareas para casa en esta segunda sesión se pudo

comprobar que el diario de a bordo no lo utilizó. En relación con el *cómo empeorar*, Olivia remarcó un conjunto de soluciones intentadas que agravarían la situación. Por ejemplo, evitar ver determinados programas o series, eludir conversaciones sobre la muerte, sobre enfermedades, evitar ir en coche, en metro, es decir, rehuir situaciones en las que pueda aparecer el malestar.

En esta segunda sesión, se concretó el objetivo de la psicoterapia (que surge de la colaboración y el acuerdo entre el terapeuta y la paciente): afrontar las situaciones que la paciente evitaba. De hecho la paciente ya era consciente de la solución intentada que no funcionaba sino que empeoraba el problema, la evitación.

Al mismo tiempo la paciente inició, en esta segunda sesión, el cambio, ya que cuando el terapeuta revisó la tarea de “evita evitar” y preguntó por algún cambio que la paciente hubiera empezado a hacer ésta señaló algunas excepciones, por ejemplo, ir con los de clase a una timba, cuestión que en algún momento evitaba.

Al final de la sesión, el terapeuta intentó también indagar un poco más acerca del problema para comprenderlo mejor. Y también le planteó a Olivia tareas para realizar fuera de la sesión (las dos primeras tareas se mantienen en el sentido de que fueron planteadas en la primera sesión y la última es nueva):

-El diario de a bordo.

-Evita evitar.

-La técnica de la peor fantasía.

Ya hemos expuesto en qué consistían las dos primeras tareas en la primera sesión. La técnica de la peor fantasía consiste en que durante 30 minutos, varios días a la semana, el paciente se ponga una pequeña alarma para que le avise de que ha pasado media hora, y durante ese tiempo, en un sitio cómodo, donde nadie le moleste, se tiene que generar el peor de sus miedos. Es decir, no evitarlo sino hacerlo venir, generarse durante media hora el peor de sus miedos, pasada esa media hora seguirá con su vida cotidiana. Su objetivo era que Olivia comenzara a aproximarse a aquello que le daba miedo de un modo gradual, que comenzara a acariciar el temor a morir para que éste se hiciera más pequeño.

De la tercera a la séptima sesión

La paciente, Olivia, también en la tercera sesión y en posteriores continuó mostrando una mejoría evidente.

En el Cuadro 2 se detalla la estructura de lo que se ha trabajado en cada una de las sesiones, desde la tercera a la séptima (al tener transcritas todas las sesiones ha sido posible identificar el contenido de lo tratado en cada sesión). Se presenta dicho cuadro ya que el procedimiento de trabajo en torno a esas sesiones fue muy similar.

Conviene destacar, de esta agrupación de sesiones, que Olivia manifestó un conjunto de pequeños cambios a lo largo de ellas (al lado de cada cambio especificado se señalará la sesión de terapia en la cual aparece la mejoría). Estos cambios fueron referidos por la paciente cuando se le preguntaba en la sesión acerca

de si se había producido algún cambio o mejoría.

Cuadro 2

Resumen de la estructura de las sesiones de terapia de la tercera a la séptima sesión

Tercera y Cuarta sesión

- Determinar la evolución de los cambios
- Revisión de las tareas para casa: evita evitar y técnica de la peor fantasía
- Tareas para casa para las dos próximas semanas: evita evitar y técnica de la peor fantasía (realizarla durante cinco minutos seis veces al día a partir de la cuarta sesión)

Quinta, Sexta y Séptima sesión

- Determinar la evolución de los cambios
 - Revisión de las tareas para casa: técnica de la peor fantasía
 - Escala de 0-10 para valorar el cambio (concreción de cambios con una puntuación subjetiva)
 - Tareas para casa para las dos próximas semanas: técnica de la peor fantasía (realizarla durante cinco minutos seis veces al día y a partir de la séptima sesión utilizarla sólo cuando fuera necesaria)
-

Los cambios que experimentó Olivia a lo largo de estas sesiones, tal y como se puede comprobar, están relacionados con el afrontamiento de situaciones que le desencadenaban el problema. Se vio, en sesión, que ya no utilizaba la solución intentada de evitar sino la utilización de técnicas que le permitían estar mejor:

-Olivia especificó en la cuarta sesión una situación en la que no conseguía dormirse porque se puso un poco nerviosa y entonces tomó la decisión de utilizar la peor fantasía. La técnica le funcionó francamente bien como comentó Olivia en esta cuarta sesión.

-La paciente remarcó que en clase, donde también le aparecía el miedo, se había encontrado bien. Además había salido por la noche, cosa que antes evitaba (Cuarta Sesión).

-Olivia comenzó a ver series sobre temas médicos, nuevamente, cosa que hasta el momento evitaba por si le desencadenaba su malestar (Cuarta Sesión).

-La paciente señaló que el mayor cambio experimentado en quince días había sido ir al cine (Sexta Sesión).

-A Olivia en el intervalo de tiempo entre la quinta y la sexta sesión, tal y como ella comentó, no le hizo falta utilizar ninguna de las técnicas con las que había estado trabajando hasta el momento (Sexta Sesión).

-La paciente destacó que se fue seis días al pueblo de su novio y que estuvieron de acampada. Esta cuestión la valoró como positiva ya que antes hubiera evitado ir (Séptima Sesión).

-Otro cambio que Olivia percibió fue que aunque le llegaban comentarios, en conversaciones con amigos/as, sobre si “éste ha muerto o aquel también ha muerto”, éstos no le afectaban.

Octava Sesión (Primer Seguimiento –tres meses después de la séptima sesión)

La paciente manifestó que todo seguía bien, igual, como en las sesiones anteriores. No había hecho nada concreto que mereciera la pena ser destacado. Hay que señalar que tanto este seguimiento como el último fueron dos encuentros muy breves, focalizados principalmente en valorar si la paciente mantenía o no los cambios alcanzados hasta el momento y si era necesario introducir alguna variación en la intervención.

Novena Sesión (Segundo Seguimiento –tres meses después de la octava sesión)

En esta sesión de seguimiento los cambios se siguieron manteniendo, según Olivia todo iba bien. Siguió afrontando aquellas cuestiones que antes evitaba como salir de fiesta con amigos /as.

Conclusiones

El objetivo de este artículo ha sido presentar un caso de terapia en el que se ha intervenido desde el enfoque de la *Terapia Breve Estratégica*. Concretamente la aplicación de este tratamiento a un caso de miedo a morir.

Como se ha descrito la paciente resolvió su problema, de modo que modificó las soluciones intentadas disfuncionales sustituyéndolas por otras más adaptativas. Así pues, Olivia en lugar de evitar el miedo lo afrontó. La intervención ha seguido la estructura básica de las Terapias Estratégicas (Nardone y Portelli, 2006; Nardone, 2009, 2010, 2012, 2014), en cuanto al número de sesiones (el tratamiento completo tiene una media de 10-15 sesiones), en cuanto a la definición del problema, delimitación de las soluciones intentadas, soluciones alternativas y revisión del efecto de las soluciones alternativas implantadas, con las necesarias adaptaciones al caso particular de Olivia (por ejemplo, la adaptación del lenguaje del terapeuta al de la paciente, la duración de cada una de las sesiones y el énfasis mayor o menor en relación a la utilización de una determinada técnica).

También es importante remarcar que Olivia estuvo muy motivada durante todo el proceso de la terapia, lo cual favoreció el cambio y el éxito terapéutico.

Referencias bibliográficas

- Baldwin, S. A., Wampold, B.E. e Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 842-852.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measurement of depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.

- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bucci, S., Seymour-Hyde, A., Harris, A., y Berry, K. (2015). Client and therapist attachment styles and working alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Publicado On line.
- De Santis, G. y Nardone, G. (2012). *Pienso, luego sufro*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Symptom Checklist 90 Revised*. Minnesota: NCS Pearson.
- DSM-5 (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Washington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Erickson, M.H., Rossi, E.L. y Rossi, S.I. (1979). *Hypnotic realities: the induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion*. Nueva York: Irvington Publishers.
- Foerster, H.V. (1973). On constructing a reality. En P. Watzlawick (dir.), *The invented reality*, (pp. 41-61). Nueva York: W.W. Norton y Co.
- Glaserfeld, E. V. (1984). An introduction to radical constructivism. En P. Watzlawick (dir.), *The invented reality*, (pp. 17-40). Nueva York: W.W. Norton y Co.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., y Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed., pp. 25-69). Nueva York: Oxford University Press.
- Jacobson, N.S., y Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico, fobias. La Terapia Breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2003). *Psicosoluciones: Seminario de Formación Clínica*. Barcelona: Institut de Terapia Gestalt.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa: Lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2010). *Problem solving estratégico*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2014). *Psicotrampas: identifica las trampas psicológicas que te amargan la vida y encuentra las psicosisoluciones para vivir mejor*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1999). *Terapia Breve: Filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Nardone G. y Watzlawick P. (2004). *Brief Strategic Therapy*. Lanham: Rowman y Littlefield Publishers Inc.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. California: Consulting Psychologists Press. [Versión española en TEA, Madrid, 1983].
- Stiles, W.B., Elliot, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., y Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411 - 420.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S.K., Harper, H., Shapiro, D. A., y Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.
- Watzlawick, P. (1977). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.