

TERAPIA BREVE-RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS/MRI Y TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL. UNA COMPARACIÓN SUCINTA DE MODELOS: Comparación de un caso clínico a través de dos enfoques psicoterapéuticos diferentes

PROBLEM SOLVING BRIEF THERAPY/MRI STYLE AND COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY.

A BRIEF COMPARISON OF MODELS:

A clinical case comparing two different therapeutic approaches

Andrea Kiskeri Aiguabella¹ Laura Serrat Sastre², Gloria Díaz Arnal³ y
Karin Schlanger, MFT⁴

¹ Psicóloga Interna Residente (PIR). Hospital Arnau de Vilanova de Lleida. España.

² Psicóloga Interna Residente (PIR). Institut d'Assistència Sanitària (IAS) de Girona. España.

³ Terapeuta Interna Matrimonial y Familiar. Brief Therapy Center del Mental Research Institute.
Palo Alto, California. Estados Unidos.

⁴ Directora del Brief Therapy Center del Mental Research Institute. Palo Alto, California. Estados Unidos

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Kiskeri Aiguabella, A., Serrat Sastre, L., Díaz Arnal, G. y Schlanger, K. (2018). Terapia Breve-Resolución de Problemas/MRI y Terapia Cognitivo-Conductual. Una Comparación Sucinta de Modelos. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 273-286.

Resumen

*El presente trabajo trata de describir un caso clínico a través de dos modelos psicoterapéuticos, la **Terapia Breve-Resolución de Problemas/MRI** y la **Terapia Cognitivo-Conductual**, con el fin de comparar las características de ambos modelos, así como dos maneras distintas de intervención ante una misma problemática. En este trabajo se presenta el caso clínico de un niño de cinco años de edad que a raíz de un accidente de coche en el pasado, sigue presentando un alto nerviosismo y miedo cada vez que viaja en coche. La intervención se realizó en el Centro de Terapia Breve de Palo Alto, California, mediante el modelo de Terapia Breve-Resolución de Problemas, mientras que al mismo tiempo los autores presentan una posible intervención desde el modelo Cognitivo-Conductual. Los autores esperan mostrar que ambos modelos psicoterapéuticos consiguen una serie de cambios en la dirección deseada y es más bien cuestión de con cuál de los dos modelos el profesional se siente más cómodo.*

Palabras Clave: *Terapia Breve-Resolución de Problemas, Terapia Cognitivo-Conductual, Fobia, Modelos Psicoterapéuticos.*

Abstract

The present work tries to describe a clinical case comparing two models: the Problem Solving Brief Therapy/MRI and the Cognitive-Behavioral Therapy, in order to compare both models, and interventions applied to the same problem. This paper presents the clinical case of a five-year-old child who, in the wake of a car accident in the past, still has a high nervousness and fear every time he is in a car. The intervention was carried out at the Brief Therapy Center in Palo Alto, California, using the Problem Solving Brief Therapy/MRI, while at the same time the authors imagined a possible intervention from the point of view of the Cognitive-Behavioral model. The authors hope to show that both models achieve changes in the desired direction. It is more a matter of which model the professional feels more comfortable with.

Keywords: *Brief Therapy Focused Problem Resolution, Cognitive-Behavioral Therapy, Phobia, Psychotherapeutic Models.*

Fecha de recepción: 05 de febrero de 2018. Fecha de aceptación: 21 de abril de 2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: akiskeri@gss.scs.es

Dirección postal: Travessia de la villa de montcada, 45, 1, (25196). Lleida. España

© 2018 Revista de Psicoterapia



Introducción

La psicoterapia cognitivo-conductual (TCC) aparece en la segunda mitad del siglo XX de la unión de los supuestos y procedimientos del modelo conductual y del modelo cognitivo. La TCC parte de la premisa que la mayor parte de las conductas y de los pensamientos se adquieren, se mantienen y cambian como consecuencia de la historia de aprendizaje y considera que estas experiencias de aprendizaje interactúan con factores genéticos y orgánicos. Las intervenciones de este modelo van dirigidas a eliminar y/o reducir patrones de pensamiento, emociones, sensaciones corporales y comportamientos, cuestionándose cómo de realistas y perjudiciales son e identificando cómo se relacionan entre sí. La TCC trata de identificar el círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos, para facilitar el cambio y así cambiar la forma en cómo uno se siente. La TCC se caracteriza por ser un modelo normativo, aplicando un tratamiento u otro en función del trastorno, práctico y con una base científica ya que las técnicas e intervenciones, que se realizan en la terapia, han sido analizadas y evaluadas empíricamente. Como es muy estructurado, es de fácil enseñanza, lo cual explica su auge entre profesionales, sobre todo en marcos en los cuales se intenta generar cambio rápido, como escuelas, hospitales y grupos. La terapia se centra fundamentalmente en el presente, enfatizando el problema, las conductas y creencias actuales. Es estructurada, con metas y actividades concretas para cada una de las sesiones y tiene un límite temporal en el número de sesiones (alrededor de 15). Es de naturaleza educativa donde el terapeuta enseña al paciente habilidades y estrategias para lidiar con las situaciones problema y el terapeuta tiene un papel activo, incluso directivo, colaborando con el paciente para que este descubra sus cogniciones distorsionadas y elabore alternativas.

La Terapia Breve-Resolución de Problemas/MRI (TBRP) nace en 1967 fruto del modelo sistémico, el proyecto más importante del *Mental Research Institute* (MRI). Entre sus creadores destacan P. Watzlawick, J. H. Weakland y R. Fisch, entre otros. La TBRP parte de la premisa que los problemas persisten cuando son mantenidos por una conducta que tiene la intención de eliminar dicho problema, esto es, la solución del cliente. Por el contrario, si la conducta que mantiene el problema es apropiadamente cambiada, el problema se resolverá o desaparecerá, sin tener influencia su naturaleza, origen, o duración (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974). Los problemas son considerados como la persistencia de una dificultad mal manejada en el que la solución exacerba esta dificultad. Por tanto, el objetivo de la terapia es ayudar a los clientes a hacer algo diferente, a cambiar su comportamiento interactivo o su interpretación para conseguir una solución alternativa a su solución inicial.

Una de las partes fundamentales de esta terapia es saber quién es el cliente. Éste se define como la persona que presenta la queja, quien más quiere que algo cambie y probablemente realizará un mayor esfuerzo para cambiar la situación porque hay algo que le *duele*. Es con el que se trabaja con el fin de modificar sus soluciones

intentadas y generar cambios en el sistema total (Fisch, Schlanger, Díaz, Krohner y Perez-Botto, 2017). Otro concepto importante en la TBRP es la posición del cliente, lo que implica conocer sus creencias, valores y cultura (Fisch y Schlanger, 2002), por lo que el terapeuta utiliza el mismo lenguaje del cliente para que este pueda escucharle y le sea posible seguir las instrucciones del terapeuta (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1982) en el camino de ayudarlo a resolver su queja. Se considera un modelo minimalista porque, al contrario de modelos más clásicos de terapia familiar, no se necesita ver a toda la familia para producir cambios (Schlanger, Cinella, Díaz y González, 2014). La terapia se centra en el presente, fundamentalmente en la interacción conductual actual, con el fin de poder intervenir para alterar el funcionamiento del sistema. Dadas sus raíces en la antropología, el modelo es descriptivo, obteniendo información tangible/comportamental a diferencia de otros modelos que operan más desde las explicaciones. Es un modelo que piensa en términos diferentes a la patología sin buscar categorías diagnósticas a los clientes. Por tanto, la terapia es individualizada y no normativa, siendo el terapeuta quien interviene según la problemática del cliente y adaptándose a su queja. Es de naturaleza no educativa, ya que considera que el cambio se produce por el desbloqueo de las soluciones intentadas, que son las que mantienen el problema. Es breve, finalmente, por todas las puertas que *no* se abren en el curso de la terapia: es breve por consecuencia y no necesariamente por diseño.

A continuación, se presenta el caso clínico. Cabe señalar que se ha modificado la información referente a los datos personales por motivos de confidencialidad. La terapia se inició el mes de agosto del 2017 en el Centro de Terapia Breve del *Mental Research Institute* de Palo Alto (California) interviniendo desde el modelo de Terapia Breve-Resolución de Problemas. Por otro lado, se expone una hipotética intervención desde el modelo de Terapia Cognitivo-Conductual, basándonos en sus principales premisas y manuales de intervención, con el fin de poder comparar ambos modelos psicoterapéuticos y facilitar al lector dicha comparación.

Caso Clínico

Presentación del caso

Los padres de Raúl piden consulta para su hijo, el cual a raíz de un accidente de coche se siente nervioso y con miedos. Siguiendo esta demanda ambos padres acuden a consulta del Centro de Terapia Breve del MRI, sin Raúl ya que los padres son los clientes. Raúl es un niño de 5 años, hijo único que vive con sus padres en San Mateo, California. Los padres son naturales de Chile y llevan 12 años en California. La madre, Almudena, es ama de casa y el padre, Pablo, trabaja como jardinero.

Sesión 1: Terapia breve resolución de problemas/MRI

- T: “¿Cuál es el problema que los trae hoy?”.

- P: “Hace cuatro meses tuvimos un accidente y, debido a esto, Raúl está afectado ya que fue consciente de todo. Ahora siempre está pendiente y recordando lo que pasó y tiene miedo a los carros. Cuando vamos en carro y ve uno que va rápido dice que vamos a chocar o cuando yo manejo no quiere, porque yo manejaba cuando tuvimos el accidente.”

El terapeuta hace preguntas para conocer el problema como algo concreto y manejable, tratando de obtener detalles concretos, ejemplos y descripciones que permitan pasar de lo ambiguo a lo concreto (Fisch y Schlanger, 2002): “**¿Cómo fue el accidente?**”, “**¿qué hacía Raúl?**”, “**¿cómo maneja Pablo?**”, y “**¿Almudena?**”.

Una vez que el problema queda definido de manera clara, lo cual puede llevar varias sesiones, el terapeuta explora las soluciones intentadas, que son los esfuerzos que hace la gente para lograr el objetivo específico de aliviar el problema (Fisch y Schlanger, 2002).

-T: “¿Qué es lo que han estado tratando de hacer que no ha funcionado o que no ha funcionado suficientemente bien para que Raúl deje de tener miedo?”.

- A: “Hemos intentado hablar con Raúl, decirle que cuando vayamos en el carro se sienta seguro, que no tenga miedo... Por ejemplo, después de que salga de la escuela llevarlo al parque, para que no esté todo el tiempo esto en su mente y vaya viendo las cosas como antes.”

A continuación, el terapeuta busca una meta concreta que les haga saber a los clientes que la terapia está funcionando.

- T: “**¿Cómo se darían cuenta, concretamente, de que las cosas están empezando a ir en la dirección correcta?**”.

- P: “Cuando vayamos en el carro que vaya más tranquilo y menos nervioso y que al ver los carros no se asuste o no se ponga nervioso”.

- T: “**Esa meta, que vaya en el carro más tranquilo, es un poco injusta, porque los dos me han dicho que después del accidente manejan con más cuidado, se fijan más... Eso quiere decir que, de alguna forma, también tienen cierto miedo y están nerviosos, pero esto en el mundo adulto se llama ir con cuidado y en el de los niños a veces es simplemente estar nervioso. Pretender que Raúl esté más tranquilo cuando ustedes tampoco lo están puede ser tener las expectativas muy altas en algo que quizá necesita empezar más paso a paso**”. El terapeuta trata de disminuir las expectativas empezando con una meta pequeña y concreta. Estar más tranquilo es poco ‘medible’.

Se les manda la tarea de pensar en un cambio pequeño, ya que si el cliente es capaz de pensar en una mejoría está aceptando la premisa de que las cosas efectivamente cambiarán. Cuando el cliente está más esperanzado a veces reduce los esfuerzos desesperados que hacía para luchar contra el problema (Fisch y Schlanger, 2002). A la vez, esta tarea ayuda a definir la meta del tratamiento.

En esta primera sesión, se ha definido el problema (miedos de Raúl relaciona-

dos con el accidente: miedo a cruzar por la carretera, a ver coches que van rápido, a que conduzca el padre, a tener un accidente y actitudes de hiper-vigilancia en relación al accidente); quién es el cliente (padres); su posición (los padres se consideran buenos padres, que están preocupados por Raúl y tratan de cuidarlo) y las soluciones intentadas para resolver el problema (decirle que no pasa nada, que no tenga miedo... evitar hablar del tema, distraerle). No siempre se logra recoger toda esta información en la primera sesión. Cada caso es diferente y la terapia se adecua a cada cliente sin poder planificarse el ritmo de las sesiones.

Sesión 1: Posible terapia cognitivo-conductual

En la primera sesión del modelo cognitivo-conductual, el terapeuta realizaría una evaluación inicial del caso, mediante una entrevista clínica a los padres para recoger información sobre datos generales de Raúl (antecedentes médicos, psicológicos y familiares, desarrollo evolutivo, historia educativa, información sobre el núcleo familiar...) y sobre el problema actual:

- T: “¿Cuál es el motivo de consulta?, ¿cómo se presentó esta dificultad?, ¿desde cuándo?, ¿cuáles son las situaciones temidas y evitadas?, ¿cómo se reduce o agrava la respuesta de miedo?, ¿cómo ha evolucionado desde que apareció por primera vez?, ¿cómo le afecta el problema a Raúl y a los demás miembros de la familia?, ¿cuál es vuestra actitud frente al problema?”.

Dada la poca edad que tiene Raúl, no se le administraría ningún cuestionario, entregándose a los padres. Se les administraría el cuestionario heterogéneo de Cualidades y Dificultades (SDQ) (Goodman, 1999), con el fin de detectar probables trastornos mentales y del comportamiento en niños de 4 a 16 años. Consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una. Cuatro escalas miden conductas problemáticas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros) y la otra escala referencia a los comportamientos positivos (escala de conducta prosocial). Las cuatro primeras escalas conforman, a su vez, una sexta escala denominada escala total de dificultades.

Con Raúl se haría una entrevista con el fin de establecer vínculo terapéutico y conocer su visión del problema: “**¿Por qué crees que estás aquí?, ¿qué te pasó?, ¿qué pasa cuando ves un coche que va muy rápido?, ¿qué hacen tus padres?, etc.**”.

Concluida la evaluación, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013), se diagnosticaría a Raúl de fobia específica, tipo situacional, ya que cumple todos los criterios, excepto el que corresponde al tiempo de permanencia del problema, durante al menos seis meses. Este criterio no se consideraría motivo para posponer la aplicación del tratamiento, pues cuatro meses de sufrimiento es excesivo tratándose de la poca edad de Raúl, en consonancia con el estudio de Orgilés et al. (2002).

En esta primera sesión, se recogería información sobre la historia y la

evolución del problema, confirmando el diagnóstico de Fobia Específica.

Sesión 2: Terapia breve-resolución de problemas/MRI

- T: “**¿Cuán difícil ha sido la semana?**”. Todas las siguientes sesiones se inician con esta pregunta, con el fin de mantener la maniobrabilidad del terapeuta, en donde todos los presentes ganan. Si la semana ha ido mal se está normalizando la situación y los clientes no están desilusionados, pero si por el contrario ha ido bien se amplifica este cambio, creándoles más esperanza de que el cambio es posible.

- A: “Esta semana no nos ha mencionado nada del accidente, quizá porque ya va creciendo...”

- T: “**Esto es algo nuevo desde que ocurrió el accidente... Pablo ¿a qué cree que se puede deber?**”. Cuando el cliente menciona un logro, el terapeuta quiere subrayar que la acción es algo diferente de lo que ha ocurrido hasta ahora. El expresar aprobación o admiración corre el riesgo de ser tomado como condescendiente y, por lo tanto, trivializar el logro.

- P: “Puede que ahorita donde lo están cuidando hay más niños y quizá está más distraído”.

- T: “**Puede ser que cuando vuelva a la escuela –el niño está de vacaciones de verano– vuelva hacia atrás en su nerviosismo y queremos que estén preparados para esto. Ha ocurrido un cambio grande de la noche a la mañana. Que deje de hablar del tema nos preocuparía más porque un cambio que ocurre más lentamente es más confiable. Entonces que volviera a hablar del tema sería saludable, por ahora**”.

Almudena explica una situación común, en la que Raúl les habló del accidente y ellos le cambiaron de tema.

- T: “**Exactamente Almudena: cambiarle de tema es lo que hacían antes. ¿Cómo les ha funcionado esto?**”. Al hacer esta pregunta el terapeuta trata de poner sobre la mesa que el efecto de las soluciones intentadas es, irónicamente, el contrario al efecto deseado, pero que es bueno que el cambio ocurra poco a poco.

- A: “Deja de hablar y cambia de conversación, pero sigue nervioso”.

Esta información es estratégica, ya que pone en palabras que lo que han estado tratando de hacer para resolver el nerviosismo de Raúl, irónicamente, mantiene vivo su problema.

Si los clientes van a dejar de implementar soluciones intentadas, habrá que darles otra cosa que hacer en la forma de una tarea. Sin embargo, esta tarea va a ser de ‘no’ sentido común, con lo cual el terapeuta tendrá que tener en cuenta la posición de los clientes e ir con cuidado en el *timing*. De lo contrario los clientes no podrán escuchar la sugerencia que podría ayudarlos a cambiar el problema que los ha traído, el nerviosismo excesivo de su hijo.

Sesión 2: Posible terapia cognitivo-conductual

En la TCC, el terapeuta iniciaría la sesión comentando los resultados de la evaluación y realizando una fase educativa sobre las fobias específicas, explicándoles qué es el miedo y las fobias y cómo éstas se desarrollan y persisten:

- T: **“El miedo es una emoción instintiva, fundamental para la supervivencia del ser humano, permitiéndonos estar alerta y prevenir un peligro real. En cambio, una fobia supone un miedo excesivo que supera el peligro real de la situación y que interfiere en la vida cotidiana de las personas, causándoles gran malestar. Las formas más frecuentes de adquisición de las fobias son vía aprendizaje y, cuando las evitamos, estamos reforzando esta conducta por el alivio que supone escapar de la situación, manteniendo la fobia”.**

Tras la fase educativa, el terapeuta conceptualizaría el problema en términos funcionales para ir preparando el tratamiento. Con Raúl, se buscarían aquellas situaciones que le provocan miedo en relación al accidente, y se ordenarían de menos (1) a más (10) para construir una jerarquía graduada de sus miedos.

- T: “¿Qué situaciones desde el accidente te ponen nervioso y te dan miedo?, ¿del 1 al 10, donde 10 es mucho miedo y 1 poco, dónde la pondrías?, ¿esta situación te produce más o menos miedo que la anterior?”.

Siguiendo los criterios de la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995) de la División 12 “Psicología Clínica” de la Asociación Americana de Psicología, se aplicaría el tratamiento de Desensibilización Sistemática, considerándose un tratamiento bien establecido para el tratamiento de las fobias específicas en la infancia y adolescencia y el terapeuta les explicaría: **“El tratamiento consiste en exponer a Raúl a sus situaciones temidas, empezando con la que menor miedo le produce e ir aumentándolo progresivamente. Cada exposición se realiza de forma continua y permaneciendo en la situación hasta que Raúl experimente una reducción sustancial de la ansiedad. Paralelamente, en las próximas sesiones, le enseñaremos el uso de imágenes positivas en imaginación para que él aprenda a calmarse mientras se está exponiendo”.**

Sesión 3: Terapia breve-resolución de problemas/MRI

Se empieza la sesión solo con Raúl. El niño se siente cómodo y cuenta acerca del accidente. En general, en este modelo de terapia, la intervención se hace con los padres, particularmente cuando el niño es pequeño, porque son los clientes y tienen mayor grado de influencia para lograr cambiar con las interacciones, pero también es importante que el terapeuta conozca e interactúe con Raúl, sobre todo a nivel clínico, para poder hacer una valoración de su nivel de ansiedad y que corresponda a lo que los padres ven.

- T: **“Cuéntame Raúl, ¿qué cosas te dan susto?”.**

- R: “Los carros, los niños que empujan en la escuela, los zombis...”.

- T “¿Qué te dicen tus papás cuando tú te preocupas?”.

- R: "Que no me preocupe".
- T: "¿Qué te gustaría que fuera diferente?, ¿qué te gustaría que cambiara?".
- R: "El accidente".
- T: "¿Qué podría cambiar del accidente?".
- R: "Que borren este accidente".

La manera en la cual el niño habla del accidente, con bastante emoción y entusiasmo le hace pensar al terapeuta que, en lugar de algo que es solo malo, parece una aventura, y por ende lo menciona:

- **T: "Esto es difícil porque las cosas que pasan en general no las podemos borrar. Esta aventura que tuviste fue difícil, pero hay otros niños que no lo saben porque no lo han vivido. Al final tuviste esta aventura y hoy en día ¡la puedes contar! Eres muy valiente"**. Es una reformulación usar la palabra aventura, que produce una sensación de valentía, en vez de la de accidente. Al contrario de las soluciones intentadas (no hablar del accidente) el terapeuta verbaliza nuevas soluciones opuestas (puedes contar tu aventura).

Entran los padres y se les pregunta por la semana. Explican una situación donde vieron mucha policía y Raúl preguntó si era un accidente como el que pasaron.

- T: "Y, ¿qué le dijeron a Raúl?".
- A: "Pensé en la terapia y no le dije nada".

Normalmente que el cliente 'no diga nada' no es suficiente cambio...

- T: "¿Cuál hubiera sido su primer impulso si no hubiera pensado en la terapia?".
- A: "Tal vez decirle que no se preocupara y que todo va a estar bien".
- **T: "El equipo está sorprendido de que se haya atrevido a hacer algo diferente esta semana, que fue pensar y no dejarse llevar por este primer impulso. ¿Qué le llevó a actuar de esta manera?"**.

Con esta pregunta el terapeuta trata de que se centren en aquello que hacen para cambiar las soluciones intentadas. Cuando se produce un cambio en las soluciones intentadas del cliente, el terapeuta subraya el cambio, no importa cuán pequeño sea, para que se haga consciente y las nuevas acciones se mantengan.

- A: "Para que Raúl no vuelva atrás...".
- T: "¿Cómo haberle dicho esta frase "todo está bien" hubiera hecho que retrocediera el cambio?, ¿que no siguiera adelante?".
- A: "Siento que volveríamos al inicio y ya hemos visto un cambio en él".

Los clientes creen que han implementado una nueva solución (quedarse callados ante una pregunta que le hace Raúl), pero esta respuesta va en la misma línea que las soluciones intentadas, siendo "más de lo mismo" (Watzlawick, et al., 1982), por eso el terapeuta ha de ayudarles a realizar un cambio de 180°. El quedarse callados es sólo 90°. Desde el punto de vista de Raúl es sólo cuestión de tiempo hasta que sus padres vuelvan a decirle 'que no se preocupe'.

La terapia finaliza relatando aquellas conductas que mantienen el problema, tratando de que hagan algo diferente que conduzca a la interrupción de las soluciones intentadas (quedarse en silencio y no contestar a sus preguntas, cambiarle de tema, decirle que todo está bien y que no se preocupe...).

Sesión 3: Posible terapia cognitivo-conductual

Realizado el diagnóstico, el análisis funcional de la fobia, la fase educativa del trastorno y explicado el tratamiento, en la tercera sesión se aplicaría el tratamiento.

Se empezaría entrenando a Raúl en imaginación con el fin de mejorar la viveza de las imágenes mentales. **“Te voy a decir unos objetos visuales y auditivos y quiero que te concentres en estos”**. Durante este proceso se preguntaría varias veces sobre la nitidez de las imágenes y los sentimientos y pensamientos que le evocan. Concluidos los preparativos, se efectúa el procedimiento de Desensibilización Sistemática. **“Cierra los ojos e imagina la historia que te voy a contar como si fuera verdad”**. El terapeuta iniciaría el relato con imágenes mentales que suscitan emociones positivas. Luego describiría la escena atemorizante correspondiente al primer ítem de la jerarquía presentando simultáneamente imágenes positivas hasta inhibir la ansiedad (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2013, p. 113). En el caso que Raúl informara de que una escena le provoca mucho miedo, el terapeuta detendría la narración diciéndole que centre la atención en aspectos positivos: **“Imagina que estás con tu héroe favorito comiendo un helado”**.

Como tarea para casa se les pediría que elijan un ítem bajo de la jerarquía para que se exponga en vivo. Se les recordaría que Raúl puede recurrir a las imágenes positivas cuando aparezca el miedo durante la exposición y que, en caso de hacerlo, los padres lo refuercen.

Sesión 4: Terapia breve-resolución de problemas/MRI

Almudena explica que Raúl está mejor y que están tratando de no decirle “no pasa nada, todo está bien”, intentando hacer algo diferente.

- T: **“Me gustaría saber algún ejemplo donde hayan implementado este cambio. Algo que haya pasado y que hayan tenido la oportunidad de ponerlo en practica”**. En este punto el terapeuta pide ejemplos concretos y descriptibles para conocer qué han estado haciendo durante la semana y cómo ha funcionado.

- A: “El otro día se golpeó la rodilla y se puso a llorar, pero no le dijimos nada, le cogí y le abracé”.

- T: “Pensando en este ejemplo, ¿cómo hubiera sido anteriormente cuando llegaron?”.

- A: “Nos hubiéramos asustado y le hubiéramos dicho que todo está bien y no pasa nada”.

- T: **“Debió de ser bastante difícil, ¿qué diferencia vieron en Raúl luego de esto que han puesto en práctica?”**. El terapeuta trata de conocer el

efecto de la nueva acción.

- P: “Está agarrando más confianza, se ve más tranquilo”.

- T: “**¿Cómo notan que está más tranquilo?**”. Otra vez el terapeuta pide información concreta y descriptible.

- P: “Cuando va en carro, va jugando y ya no pregunta si vas rápido y no se fija en los otros carros”.

- T: “Se acuerdan que habíamos hablado de esto: ¿Qué va a pasar si en algún momento vuelve atrás?, ¿cómo lo van a manejar?”.

El terapeuta les hace pensar en la posibilidad de una recaída, dándoles el mensaje, implícito, de que las cosas están mejorando y que ahora tienen las herramientas para hacerle frente. Una recaída predicha es menos frustrante, porque el cliente, al esperarla, sigue manteniendo control.

- A: “Expresándolo de otra forma, en vez de decirle no te preocupes que todo está bien”.

- P: “Probablemente diciéndole la verdad...”.

Cuando los padres le dicen la verdad a Raúl, este se siente más confiado y con menos miedo. Cuando se comprueba el efecto positivo de una nueva solución, el terapeuta trata, en las próximas sesiones, de que la intervención siga por esta línea.

Sesión 4: Posible terapia cognitivo-conductual

Se empezaría la sesión preguntando por la tarea, explorando el nivel de miedo y ansiedad que le produjo la exposición, así como posibles dificultades que hayan podido aparecer.

- T: “**¿Cómo ha ido la tarea que os pedí?, ¿tuviste mucho miedo?, ¿mientras tenías miedo te imaginaste alguna vez a tu héroe favorito?**”.

Antes de pasar al siguiente ítem de la jerarquía, el terapeuta se aseguraría de que el miedo haya disminuido significativamente o desaparecido: “**del 1 al 10, ¿cuánto miedo te da ahora?**”, “**¿y antes?**”.

Como tarea, se les pediría que continúen practicando gradualmente las situaciones temidas, recordando la posibilidad de utilizar las imágenes positivas. Las siguientes sesiones, hasta la última, irían en la misma línea de intervención y de evaluación hasta que Raúl consiga exponerse a todas las situaciones de la jerarquía sin miedo.

Sesión 5: Terapia breve-resolución de problemas/MRI

Al comienzo de la quinta sesión, Almudena explica una situación donde le dijo la verdad a Raúl y verbaliza que es mejor hablarle con la verdad.

- T: “**¿Qué hubiera respondido si él le hubiera hecho la misma pregunta cuatro meses antes?**”. El terapeuta trata de comprobar cuánta conciencia tienen de lo que funciona, de las soluciones nuevas que están aplicando. Si no son conscientes, el repetir la conducta deseada se hará más difícil.

- A: “No diciéndole la verdad para protegerlo, porque desde el accidente estamos respondiéndole así”.
- T: “Desde el accidente dejaron de decirle la verdad y empezaron a tratar de protegerlo. Pablo, ¿cómo ve a Raúl esta semana?”.
- P: “Bien, va mejor. Los nervios y el miedo están más controlados”.
- T: “**¿Cómo nota que está controlado?**”.
- P: “Porque se ve tranquilo, por ejemplo, cuando estamos en el carro parece que le da igual que cualquiera de los dos manejemos y ya no va tan pendiente”.
- T: “**Y, ¿qué va haciendo en vez?**”.
- P: “A veces juega con sus muñecos, duerme o canta”.

Al final de esta sesión ambos padres verbalizan el efecto positivo en Raúl de las nuevas soluciones, enfatizando la importancia de continuar manteniéndolas y dejar a un lado las soluciones intentadas:

- A: “Pienso que es mejor hablarle directamente porque si sigo diciéndole “no sé”, cuando sea mayor se va a sorprender que no sepa”.
- P: “Sí, porque durante este tiempo no queríamos que se hablara para que él no fuera recordando, pero si nunca se habla tal vez va a recordarlo más”.
- T: “**Al final lo pueden proteger de otra manera: estando allí para él, respondiéndole a sus preguntas... Diciéndole la verdad también es una forma de protegerlo**”. Mediante la posición del cliente (proteger a Raúl) el terapeuta reencuadra el decir la verdad como una manera de darle protección.

Sesión 6: Terapia breve-resolución de problemas/MRI

En la sexta y última sesión, los padres verbalizan que desde que han empezado a decirle la verdad, Raúl está tranquilo y sin miedo. Explican que se comporta como antes del accidente y que en el coche ya no está pendiente de lo que ocurre alrededor.

Tras comprobar que la queja inicial ya no está y que los clientes tienen las herramientas y recursos necesarios para hacer frente al problema se termina el tratamiento, “dejándoles la puerta abierta para que vuelvan si así lo desean o necesitan” (Schlanger, 2014: 90) en el futuro.

Última sesión: Posible terapia cognitivo-conductual

La TCC finalizaría valorando la evolución de la sintomatología de Raúl mediante una entrevista, a los padres y a Raúl, para comprobar que las conductas de evitación y/o huida han desaparecido y que, además, es capaz de exponerse al ítem más alto de la jerarquía sin miedo. También, se les volvería a administrar el cuestionario SDQ para comparar las puntuaciones actuales con las del inicio del tratamiento, obteniéndose una puntuación objetiva de la sintomatología.

Por último, el terapeuta les recordaría las pautas básicas para mantener las

ganancias del tratamiento, enfatizando la importancia de continuar exponiéndose, ocasionalmente, y en caso de que aparezca un ligero retroceso exponerse a la situación temida de manera continuada, con una frecuencia diaria, para evitar que vuelva a reaparecer el miedo.

Discusión

Ambos modelos, la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Breve-Resolución de Problemas/MRI, se caracterizan por ser directivos, concretos y centrados en el presente, más que en enunciados generales o interpretaciones. Desde la primera sesión, se centran en recoger la información que proporcionan los padres de Raúl de una manera clara y explícita para planificar y realizar intervenciones, y la evaluación va prosiguiendo a lo largo de la intervención mediante la información que van trayendo a las sesiones. También, en ambos modelos se asignan tareas para casa, para trabajar entre sesiones y promover cambios positivos en el ambiente natural en el que ocurre la conducta problema.

Sin embargo, hay diferencias entre ambas terapias. Una de ellas es la base teórica. La TCC se centra en eliminar o reducir el miedo de Raúl respecto a situaciones relacionadas con el accidente, enseñándole habilidades (exposición progresiva y uso de imágenes positivas en imaginación) para enfrentarse a ellas y mediante una fase educativa se explicó a los padres la patología iniciada tras el accidente. La terapia se centró en Raúl. En cambio, la TBRP se centró en eliminar o disminuir el miedo de Raúl, a través del cambio en las soluciones intentadas de los padres. Se trabaja con Raúl *a través* de sus padres: se trabaja con todo el sistema.

Otra diferencia entre ambos modelos se encuentra en los procedimientos de evaluación. La TCC parte de un modelo médico y normativo, suscribiendo categorías a las conductas problema mediante información empíricamente evaluada. A través de la entrevista estructurada y cuestionarios estandarizados se recogió información para evaluar la sintomatología de Raúl, realizándose el diagnóstico de fobia específica tipo ambiental. En cambio, en la TBRP, al ser un modelo pragmático y no-normativo, se recogió la información de la situación-problema a través de lo que nos explicaron los padres de Raúl, trabajando con descripciones, en vez de poner un diagnóstico clínico a una conducta no deseada (Fisch y Schlanger, 2002).

En la TCC se aplica aquel tratamiento más eficaz y empíricamente validado para el diagnóstico específico, siendo Raúl el que se ajustó al tratamiento de intervención, en este caso la Desensibilización Sistemática. En cambio, en la TBRP no se aplicó ningún tratamiento protocolizado, porque cada caso se considera único, y la intervención busca cambiar las pautas de interacción de los padres (diciéndole la verdad a Raúl), siendo suficiente para modificar el miedo de Raúl. Desde el modelo de TBRP el tratamiento se adapta al cliente.

Por último, ambos modelos difieren en la terminación de la terapia. La TCC finalizó cuando la fobia desapareció, utilizando la entrevista y la misma prueba

psicométrica del inicio de la terapia, para comparar la sintomatología previa con la actual. También, se dedicó un tiempo a recordar las pautas para mantener las ganancias del tratamiento. La TBRP, en cambio, finalizó cuando los clientes verbalizaron que su queja inicial ya no era un problema y los padres sabían qué tendrían que hacer para que la conducta problema de su hijo volviera a aparecer, es decir, para que Raúl volviese a estar ansioso con el accidente. Dado que el cliente es el que define la queja, cuando esta ya no está presente, el tratamiento se da por concluido.

Conclusiones

A lo largo del trabajo, se han señalado algunas características de la Terapia Breve-Resolución de Problemas del *Mental Research Institute* de Palo Alto que creemos relevantes para la práctica clínica. En la actual realidad donde se pretende acotar costes, el trabajar brevemente es un valor añadido, permitiendo aliviar lo más rápido posible el sufrimiento de la persona. El modelo desarrollado en el Centro de Terapia Breve, hace 50 años, se diferencia de otros modelos breves porque a lo largo del proceso terapéutico se focaliza en el problema que el cliente considera que tiene que cambiar, para poder vivir mejor, sin abrir puertas innecesarias. Al no ser un modelo normativo, ni patológico, se trabaja con las conductas problema que aquejan al cliente, en vez de trastornos o problemas que el terapeuta cree que *debieran* aquejar al cliente. Se interviene en cada caso de manera única y se trabaja con las interacciones del sistema, a veces sin necesidad de trabajar con la persona que presenta el síntoma. Si bien, a primera vista, parece poco efectivo *inventar* cada terapia *a medida*, es importante, para la práctica clínica, que el terapeuta escuche con atención al cliente para poder ver el mundo desde su óptica y evitar la posición de experto, recordador o sermoneador, siendo el cliente experto en su propia vida. Por tanto, consideramos que es una terapia respetuosa, ya desde el principio, donde el cliente se siente escuchado y comprendido, y por lo tanto estará más abierto a hacer algo diferente.

Como muestra el presente trabajo, en el que se han puntuado las diferencias en el modo de intervención de ambos modelos, es poca la diferencia en el resultado final. Generalmente las diferencias en el resultado están moderadas por factores contextuales y relacionales (American Psychological Association, 2013).

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Barcelona, España: Panamericana .
- American Psychological Association (2013). Recognition of Psychotherapy Effectiveness. *Psychotherapy*, 50(1), 102–109. doi: 10.1037/a0030276.
- Bragado, C. y García-Vera, M. P. (1998). Trastornos emocionales en niños y adolescentes. En Vallejo, M. A. (ed.) *Manual de terapia de conducta*, (vol. 2. pp. 497-562). Madrid, España: Dykinson.

- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona, España: Herder.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable: la terapia breve en casos intimidantes* (2a edición). Barcelona, España: Herder.
- Fisch, R., Schlanger, K., Díaz, G., Krohner, E. y Perez-Botto, I. (2017). *Manual de Terapia Breve de Resolución de Problemas*. Brief Therapy Center/MRI, Palo Alto. (Material no publicado, distribución exclusiva para los Residentes del BTC).
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatry Caseness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4(5), 791-799.
- Naranjo, M. L. (2004). *Enfoques conductistas, cognitivos y racional emotivos*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductuales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwe.
- Orgilés, M., Rosa, A. I., Santacruz, I., Méndez, F. X., Olivares, J. y Sánchez-Meca, J. (2002). Tratamientos psicológicos bien establecidos y de elevada eficacia: terapia de conducta para las fobias específicas. *Psicología Conductual*, 10(3), 481-502.
- Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., y Amigo, I. (2013). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Schlanger, K., Cinella, M., Díaz, G. y Gonzalez, P. (2014). Hoy en Palo Alto: Un trabajo en escuelas californianas con población inmigrante. En A. Medina, E. Laso y E. Hernandez (coords.), *Pensamiento Sistémico. Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp. 73-96). Guadalajara, México: Litteris psicología.
- DeShazer, S. (1984). The death of resistance. *Family process*, 23(1), 11-16.
- DeShazer, S., Berg, I., Lipchik, E., Nunnally, E. Molnar, A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). Brief Therapy: Focused Solution Development. *Family Process*, 25(2), 207-222.
- Sosa, D. y Capafons, J. I. (2005). *Tratando... fobias específicas*. Madrid, España: Pirámide.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1982). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona, España: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13(2), 141-168.