

TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN CASO DE TRASTORNO DE
ESTRÉS POST TRAUMÁTICO

SOLUTION FOCUSED BRIEF THERAPY IN A CASE OF POST TRAUMATIC STRESS
DISORDER

Orlando Mauricio Cornejo Troche¹
Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

RESUMEN

En el año 2018, se decide realizar la intervención terapéutica en un Hombre joven de 25 años, denominado “Miguel” para cubrir su verdadera identidad, que fue referido por su hermana menor. Esta persona, presentaba síntomas de Trastorno de Estrés post Traumático, que se formaron luego de un episodio de consumo de sustancias contraladas e inhalantes, tal experiencia de sensaciones intolerables para él, lo llevaron a sentir miedos, humillación y culpa por haber alterado su estructura familiar de aparente paz. Pero sin duda, uno de los síntomas más perjudiciales, fue el desarrollo de conductas evitativas que lo llevaron a perder su empleo, empeorar el relacionamiento familiar y distanciarse de su hijo. El presente artículo describe una investigación de tipo cualitativo, bajo el método de estudio de casos, donde el modelo de intervención terapéutica, aplicado, fue el de Terapia Breve Centrada en Soluciones y las técnicas propias de la misma, como ser, preguntas de escala, la pregunta del milagro, los elogios, las tareas terapéuticas y el trabajo con las excepciones. Es así que, en base a la evocación de excepciones, momentos de “no problema” y esperanzas en un futuro mejor, se llega a una solución efectiva, consiguiendo la solución del problema.

¹ psicornejo@hotmail.com

Palabras Clave: Enfoque sistémico, Terapia Breve Centrada en Soluciones, Trastorno de Estrés Post Traumático, trabajo con excepciones.

ABSTRACT

In 2018, it was decided to carry out the therapeutic intervention in a 25-year-old young man named “Miguel” in order to disguise his true identity, that was referred by his younger sister. This person presented symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder, which were formed after an episode of consumption of controlled substances and inhalants, such an experience of intolerable sensations for him, led him to feel fear, humiliation and guilt for having altered his family structure of apparent peace. But without a doubt, one of the most damaging symptoms was the development of avoidance behaviors that led him to lose his job, worsen family relationships and distance himself from his son. This article describes a qualitative type investigation, under the case study method, where the applied model of therapeutic intervention was Solution Focused Brief Therapy and its own techniques, such as scaling questions, miracle question, therapeutic tasks and exception questions. Thus, based on the evocation of exceptions, moments of "no problem" and hopes for a better future, an effective solution is reached, achieving a solution to the problem.

Key words: Systematic approach, Solution Focused Brief Therapy, Post Traumatic Stress Disorder, exception questions.

INTRODUCCIÓN

Las circunstancias peligrosas, estresantes y “traumantes”, se generan en la vida de las personas en cualquier momento, y realmente no se puede estar completamente preparado para algo que verdaderamente es, inesperado. De esta forma entramos en el terreno de las crisis inesperadas, entendiéndose estas como situaciones que alteran o cambian completamente los sistemas de las personas, producto de situaciones como catástrofes, accidentes de tráfico, etc., en las que no es posible una preparación previa, anticipada o previsible, como la muerte de un familiar, un divorcio largamente anunciado, etc. (Gonzales de Rivera, 2001).

Asimismo, Gonzales de Rivera (2002), plantea, que las crisis pasan por varias fases, desde que hacen aparición. Las crisis inesperadas, impactan a la persona de manera súbita, al menos en la percepción de los que la sufren. Luego, las crisis desordenan los sistemas de las personas,

desorganizan los esquemas y estrategias de afrontamiento, lo cual produce tensión emocional, ansiedad, ideas de desesperanza y de indefensión.

Ahora bien, desde el bienestar o “tranquilidad”, hasta llegar a una crisis, en medio existe un amplio abanico de situaciones, que pueden, como también no, causar secuelas en las personas. Desde algo tan leve como la pérdida de un juego de llaves hasta la muerte de un ser amado, la persona siente la vivencia de su propio sufrimiento y el estrés que genera posteriormente, de una manera particular. Es decir que lo que para uno es solamente un rasguño, para otro puede ser una herida mortal y eso debe entenderse y tratarse con respeto.

Dentro de este amplio abanico se encuentra alojado, el temido y renombrado Trastorno de Estrés Post Traumático, pero ¿Por qué es tan temido? Ya que, no todo aquel que se expone a un suceso traumático desarrolla el Trastorno de Estrés Post Traumático, pero los que, si lo desarrollan, ven gravemente afectada su calidad de vida, su estabilidad emocional y salud mental en general (Palacios & Gerardo, 2002).

Los eventos traumáticos son frecuentes en la vida. Estos son mucho más probables de lo que cualquier persona quisiera. En un estudio de la OMS llevado a cabo en 21 países, más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes graves (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). En resultado de todo este estudio, se afirma que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año (OMS, 2013).

Y es que aún en situaciones de bajo riesgo o sin riesgo significativo, la prevalencia del Trastorno de Estrés Post Traumático es del 1%, durante la vida. En una investigación realizada en una población de Honduras, la cual fue víctima de una gran destrucción y mortandad causada por el paso del Huracán “Mitch”, propiamente se evidenció, que, de una muestra representativa de población, un 60.5% desarrollaron el TEPT, por sobre otros trastornos mentales (Munguía, y otros, 2011).

Asimismo, existen factores ambientales y personales, que se relacionan al desarrollo del TEPT en las personas, algunos de esos factores están relacionados con las características del acontecimiento traumático o del medio en que se produce como, por ejemplo, la naturaleza o

gravedad del propio suceso traumático, la implicancia del grupo social o el mismo estrés que (por diversos motivos) se fue acumulando en la persona (Sánchez-Marqueses & Sanz, 2018).

Otros factores, están relacionados con las características de las personas, por ejemplo, sexo, género, edad, nivel educativo, antecedentes familiares de trastornos mentales o episodios psiquiátricos, haber padecido abusos en la infancia y haber sufrido sucesos traumáticos previos. Entre los factores de personalidad, la dimensión “Neuroticismo”, de la teoría de los Cinco Grandes factores de personalidad, correlaciona significativamente ($r = .371$.), a que las personas desarrollen el TEPT (Sánchez-Marqueses & Sanz, 2018).

En ese sentido, personas que correlacionan con puntajes altos del factor Neuroticismo, suelen angustiarse con mayor facilidad que las personas que puntúan bajo, y mostrarse más susceptible a los estímulos estresantes, pudiendo llegar a explicar por qué algunas personas tienen más o menos probabilidades de desarrollar trastornos, o el TEPT en específico, y otras en cambio, son más resistentes (Cornejo, 2017).

Ampliamente se han descrito, los sucesos que propician el surgimiento del Trastorno de Estrés Post Traumático en las personas, ciertamente es algo que ha acompañado a la humanidad, desde tiempos inmemoriales. Ahora bien, los sucesos más conocidos, por lo tanto, que más fueron estudiados son los eventos traumáticos producidos en conflictos bélicos. Una de las primeras denominaciones del TEPT en veteranos de guerra, fue el de “fatiga de combate” y “Síndrome de Vietnam” propio de la guerra en aquel país, en la década de los sesenta (Alarcón, 2002).

El TEPT, muy incomprendido al principio, como se señala antes, solo se conocía algunos rasgos de este trastorno y tenía muchas denominaciones desacertadas, más aún en escenarios bélicos, como en la ocasión en que el Teniente General George S. Patton, en plena segunda guerra mundial, abofeteó al soldado Bennet, luego que este soldado le describiera al General, que lo que lo inhabilitaba en ese momento para seguir combatiendo “eran los nervios”. Lo que la historia, la psiquiatría, la psicología y el DSM, dirían después de ese incidente, es que el soldado Bennet, sufría de Trastorno de Estrés Post Traumático.

De esta forma muchas personas continúan viviendo, con los síntomas producidos por el Trastorno de Estrés Post Traumático, y en estas circunstancias, sus vidas y la calidad de estas se ven afectadas y en muchas más ocasiones, las personas desconocen que padecen dicho trastorno. Solo cuando estas personas empiezan a revivir una y otra vez en su pensamiento la situación

traumática, cuando no pueden dormir por las noches, cuando la ansiedad desborda su tolerancia, cuando empiezan a evitar los estímulos que les recuerdan el suceso traumante, etc. Es decir, cuando su vida entera, gira en torno a los síntomas causados por el TEPT. Lo que se llama estrés traumático no consiste en una mera sobrecarga temporal de las capacidades de adaptación, sino en una alteración profunda y permanente del funcionamiento mental (Gonzales de Rivera, 2001).

La persona que acude a consulta, por lo general lo hace debido a que ha visto desbordados todos los recursos de su repertorio de ideas, conductas y cualquier tipo de estrategia, que haya aprendido a lo largo de su vida para afrontar las crisis, o por lo menos eso cree (García, 2013).

En ocasiones las estrategias de afrontamiento si surten efecto y se suman a ellas factores resilientes, pero en otras ocasiones, las estrategias solo incrementan la dificultad o el problema, incluso desarrollando conductas de evitación “, haciendo un círculo vicioso de “Problema – Solución (errónea) - Más problema - Más solución” (Pinto, Apuntes de clases: Especialidad en psicología clínica sistémica y terapias breves, 2015).

En estas circunstancias, la persona busca ayuda, cualquiera que esta sea. Por lo general, la persona en dificultades acude primero a los amigos, a la familia, al vecino, al médico general, al curandero al Yatiri, etc. Y es que aún no se encuentra instaurada en nuestra cultura, el acudir al psicólogo, como en otros lugares donde incluso es bien visto, y se considera raro lo contrario, no haber ido por lo menos una vez a consulta (Soler, 2019)

Luego de este viaje, en lo último que la persona piensa, es si el psicoterapeuta es de tal corriente de pensamiento o de la otra corriente de pensamiento, esto a la persona (por lo menos a la mayoría), no le importa mucho. Pero en el otro lado, está el terapeuta, y la persona que acude a consulta, espera que la terapia pueda traer soluciones, entonces para el terapeuta estas cosas sí son importantes y debe conocer cuáles son las mejores técnicas, modelos de terapia y debe estar capacitado para maniobrar en las sesiones y no incurrir en iatrogenia, porque la terapia no es un conversatorio para desahogarse (Navarro Gongora, Fuertes, & Ugidos, 1999).

Así es que, en la búsqueda de corrientes de intervención y modelos terapéuticos, se encuentra que la forma sistémica de la terapia es una muy efectiva y breve en el tiempo que se invierte en ella (Beyebach M. , 2014).

La terapia sistémica parte de la teoría general de sistemas que a su vez es planteada por Ludwig Von Bertalanffy, básicamente señalando “El sentido de la expresión algo mística, el todo es más

que la suma de sus partes reside sencillamente en que las características constitutivas no son explicables a partir de las características de partes aisladas.” (Bertalanffy, 1986).

De esta manera se explica que ciertos síntomas, que las personas desarrollan, son parte de síntomas que se han desarrollado en su grupo de pertenencia, por lo tanto, la aparición de estos y su remisión afectarán, de una u otra forma, tanto a los individuos como al grupo, es decir a todo el sistema.

“Talvez la propiedad de los sistemas que más repercusiones tiene para la terapia, es la de entender las relaciones entre las unidades que los constituyen desde la óptica de la causalidad circular. La idea es que cualquier variación de un elemento del sistema afecta necesariamente a los demás y, como consecuencia de un mecanismo de retroalimentación, la modificación que en ellos se produce, termina por afectar nuevamente al primer subsistema.” (Beyebach M. , 2014).

Es así que la psicoterapia moderna, toma estas premisas, formuladas por otras ciencias y disciplinas, para realizar la intervención terapéutica en personas. De esta forma se aborda a la Psicoterapia Clínica Sistémica que posee a su vez varias escuelas. En la actualidad el trabajo del terapeuta, se ha visto influenciado por los muchos sucesos, como ser, formulación de nuevas teorías, modelos y corrientes de intervención, sin mencionar a las maniobras y técnicas que mejoran y tornan más compleja la práctica.

Entre los modelos de Psicoterapia Sistémica se encuentra la Terapia Breve Centrada en Soluciones. Este modelo de terapia, surge en los años setenta, en respuesta a otros modelos cuya duración y complejidad, sobrepasaban la tolerancia y economía de las personas, que podían pasar días, meses y hasta años sin llegar a sentir remisión en sus síntomas, y en ocasiones tampoco solucionar sus dificultades o problemas. El objetivo era experimentar con nuevas ideas y la premisa de la intervención era: “¿Qué es lo que funciona en la terapia breve?” (Lipchik, Derks, Lacourt, & Nunnally, 2012).

En sí, la TBCS se basa en solucionar con mucha celeridad los problemas o dificultades que llevan a la persona a la consulta, mediante el uso de intervenciones eficientes. Se hace a un lado las características intrapsíquicas de la persona, o las exploraciones extensas y profundas en la vida de estos, o cualquier situación pasada que pudiera explicar la conducta. Es así que “lo pasado y lo profundo dejaron de interesar a los terapeutas estratégicos, despertando el rechazo de los terapeutas psicodinámicos, pero, al mismo tiempo, las alabanzas de otros científicos sociales que aplaudían

el hecho de que por fin una escuela terapéutica se hacía cargo de la complejidad del comportamiento humano.” En este enfoque, lo más importante es la solución y el trabajo con excepciones (García, 2013).

Como ya se ha mencionado antes, el TEPT tiene una prevalencia bastante grande entre las enfermedades y trastornos de tipo psicológico, por lo que es pertinente que se conozca de formas de terapia que ayuden a resolver este trastorno que es cada vez más común (OMS, 2013).

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

En el presente estudio de caso, se interviene con una sola persona, Miguel quien es un joven adulto de 25 años, padre soltero de un hijo de 4 años, se presenta en la sesión en el día acordado, se muestra algo desconfiado y con cierto grado de timidez, que se percibe en la forma de preguntar y de empezar a hablar en la primera sesión. Se resalta el hecho de que Miguel, ha buscado ayuda en varias ocasiones en el pasado y la mayoría fueron infructuosas.

PROCEDIMIENTO

La intervención terapéutica se realiza en un consultorio privado. Se sobrellevaron tres sesiones de 60 minutos por sesión, dividiendo cada sesión en 50 minutos de terapia como tal, y los 10 restantes, como periodo de cierre. Las 3 sesiones se dieron en el espacio de 5 semanas, con un espacio de siete días desde la primera a la segunda sesión; un espacio de 14 días desde la segunda a la tercera sesión y una cuarta sesión fue programada para 14 días más, pero dicha sesión no se llevó a cabo, por que la persona decide comunicar que no acudirá a la misma.

La información obtenida en las sesiones, es transcrita de los apuntes y esquemas del terapeuta, exclusivamente por propósitos académicos.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

En efecto, existe un problema, que en un principio es originado por una situación que se sale de control, donde Miguel se encuentra en inmediaciones de una cancha de fútbol, en grupo de pares, al término de un evento deportivo, es en este momento en que uno de sus pares ofrece al

resto, una sustancia controlada con efectos alucinógenos (mariguana) que se combina con la inhalación de gasolina, esta situación en principio le resulta agradable, pero pronto se cambia a un gran desagrado, que se torna en una situación estresante, luego angustiante y finalmente intolerable y traumante. En este aspecto el mismo describe como siente que su mente abandona su cuerpo (disociación) y experimenta la burla de sus pares y la posterior decepción por parte de algunos de los miembros de su familia.

En esta experiencia, los recursos emocionales de Miguel fueron rebasados ampliamente, desarrollando síntomas que correlacionan con los síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático, originados en la vivencia de una experiencia que para él fue extremadamente angustiante y aterradora, pero que nunca lo expresa así.

Además de experimentar posteriormente como lo indica el DSM-V de la APA (2013) los siguientes:

- Recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos.
- Reacciones disociativas y sensaciones de despersonalización y desrealización.
- Malestar psicológico prolongado.
- Reacciones fisiológicas de activación y estrés.

Asimismo, desarrolló conductas de evitación ligadas al suceso donde comenzó a evitar, a las personas que le hacen recuerdo al consumo de drogas o incluso bebidas, también comenzó a evitar situaciones estresantes como el trabajo y lugares como las canchas deportivas, porque le recordaban al suceso. Todo esto acompañado de una incapacidad de recordar a cabalidad el suceso traumante y experimentando una tristeza persistente, sentimientos de pesimismo, desesperanza y alteraciones del sueño.

Durante las sesiones, después del *Rapport*, Miguel se enfoca a cómo el problema que se presentó en su vida ha ido deteriorando muchos aspectos de la misma e incluso ha entrado en conflicto con la mayoría de los sistemas de este. Miguel expresa que lo que espera de la terapia, es que al final de esta, el problema desaparezca. Y el esfuerzo principal de las sesiones fue el revertir la situación, a encontrar soluciones, que partan de lo que él mismo puede llegar a ofrecer y que él mismo determine para su futuro, como lo enmarca la Terapia Breve Centrada en Soluciones, a través de la búsqueda de excepciones en la vida cotidiana de Miguel, momentos donde no se presenta el problema, o por lo menos momentos donde el problema, le da un descanso y no lo

percibe tanto.

Es así que en la primera sesión se establece un buen nivel de confianza y de expresión, para llevar a cabo el diálogo terapéutico, considerando que Miguel se ha decidido a ponerle fin al problema que tanto daño causó en su vida, y es que en esta sesión se lo ayuda a implantar pensamientos positivos y empezar a buscar excepciones, a pasar del pesimismo hacia la esperanza en un futuro mucho mejor y más cercano a lo que él piensa que su futuro debería ser.

En la segunda sesión, se puede ver que el solo hecho de acudir a consulta hace que su sistema familiar reconozca su orientación al cambio y a querer solucionar el problema. Además, se reconocen y empiezan a presentarse más excepciones y se enfoca a esperanzas en un futuro mejor, y soluciones reales mediante la pregunta del milagro, con el propósito de crear objetivos terapéuticos para llevar a cabo. En efecto se presentan una serie de excepciones, que la persona no lograba percibir, hasta el momento de la intervención. Las excepciones más sobresalientes se dan cuando el problema no se presenta, y esto ocurre cuando Miguel y su hijo están juntos, cuando es capaz de sobreponer las responsabilidades (en especial las responsabilidades paternas) ante el problema.

Se elogia todas las conductas que se acercan a los objetivos y se prescriben tareas terapéuticas para realizar durante la semana o el periodo entre sesiones. Las tareas tienen el fin de que la persona pueda definir y materializar su futuro deseado, poniendo en situaciones realistas lo que espera y que las excepciones sigan surgiendo. Tareas como las de la segunda sesión (véase Tabla 1.) son las que son más relevantes y lograron apoyar a definir lo que la persona desea para su futuro.

En la tercera sesión, es la misma persona quien toma el control de lo que desea hacer para estar mejor y se reconoce la emoción y el entusiasmo que demuestra al querer presentar las tareas terapéuticas, es en esta sesión que se dan conductas y situaciones que Miguel ha estado evitando desde hace mucho tiempo, como el vivir la paternidad, misma que le proporciona una gran fortaleza para encontrar soluciones. Es en esta sesión que la persona se da cuenta que puede seguir adelante, que existe un futuro y que no es ni imaginario ni lejano, al contrario, está a su alcance y mediante la exploración de más excepciones y acciones concretas, se acerca a poder solucionar su problema.

Debido a que la relación terapéutica que se estableció con Miguel es de tipo “comprador”, él mismo reconoce que existe un problema y que las tareas y el diálogo terapéutico, sirven para

solucionarlo.

Es cuanto previo al inicio de la cuarta sesión, avocándose a su derecho de autodeterminarse, bajo el principio de autonomía, Miguel decide que no es necesario la continuidad de la terapia, no sin antes manifestar que él se siente mejor, o en sus palabras, “Si Doc. ya estamos en 10”

MARCO TEÓRICO

EL ESTRÉS Y EL TRAUMA

Para entrar en materia, se debe entender lo que es trauma. Trauma es una herida física, como se entendía en la antigua Grecia, término que fue y es usado ampliamente en el campo de la medicina y otras disciplinas afines. Muchos autores lo usan como una metáfora, para referirse a la herida emocional (Pinto, Cuidado con la Resiliencia, 2020).

Lo cierto es que, en la psicología se utiliza para definir una situación o experiencia que ha dejado una huella negativa, una herida psicológica, emocional, etc. Ya entrados los años ochenta, las personas entendidas en la materia, usaron el concepto para describir a víctimas de los sucesos y experiencias traumantes, los efectos y los síntomas que estas situaciones originaron en las personas. En el siglo XX, Herman Oppenheim, un neurólogo alemán, ya lo conocía como “Neurosis traumática” y otros como “Neurosis de guerra”, pero volcaron los ojos a las personas que habían sobrevivido el holocausto, que habían estado en campos de concentración y presenciado horrores inenarrables, al parecer los mismos síntomas se veían en estos, llegando a la conclusión, de que no es la guerra en sí, más bien lo que se recuerda, lo que no se olvida, de una situación que la persona percibe como traumante. Es así que en 1980 la American Psychological Association, APA por sus siglas en inglés, incluye por primera vez el “Trastorno de Estrés Post Traumático” en el manual de diagnóstico DSM-III (APA, 2020).

¿Qué hace a una experiencia, traumática? Una situación traumática, comienza siendo una situación estresante, producto de un suceso ambiental, que cambia radicalmente los esquemas de percepción de las personas. Esta situación, sobrepasa cualquier tipo de modulador del Estrés o atenuante, en el repertorio de la persona siendo estos los recursos adquiridos, creencias,

compromisos y autoestima de la propia persona. Llevando a formular la teoría que no es el evento en sí mismo el estresante y traumante, sino la atribución que la persona le da (Lazarus & Folkman, 1984).

En el aspecto neuropsicológico, se definen las memorias emocionales traumáticas como recuerdos sobre hechos con una valencia negativa y alto impacto emocional, quedando dicha memoria instalada en las estructuras neurológicas neocorticales y límbicas. De esa manera se originan cambios psicofisiológicos y alteraciones en dichas estructuras y el impacto que los hechos traumáticos tienen sobre las personas depende de diferentes factores, existiendo importantes diferencias individuales, que determinarán la experiencia fenomenológica asociada al recuerdo del suceso vivido. En general, estos sucesos pueden dar lugar a un trastorno de estrés postraumático, que se caracteriza por la tendencia en las personas que la sufren a la reexperimentación, el bloqueo emocional, la hipervigilancia y la hiperactivación, entre otras. A largo plazo, los efectos dependerán no tanto de la gravedad de los hechos como de las estrategias de afrontamiento, los apoyos sociales recibidos por las víctimas, su vulnerabilidad y la vivencia de otras experiencias traumáticas (Universidad Tecnológica TECH, 2020).

“Aunque los conceptos de estrés y trauma suelen estar asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos. El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo. El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica.” (Gonzales de Rivera, 2001).

EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En la actualidad es posible definir al Trastorno de Estrés Postraumático como un trastorno de ansiedad. Este tiene la probabilidad de presentarse, posterior a que la persona experimente un evento traumático, altamente angustiante y que haya causado pánico e impotencia extrema (Piña & Ramirez, 2020).

“El TEPT se caracteriza por una *tríada sintomática* de fenómenos invasores que se reexperimentan constantemente, conductas de evitación y síntomas de hiper alerta (activación) en respuesta a un acontecimiento traumático, el que puede presentarse en cualquier sujeto y a cualquier edad.” (Carvajal, 2002).

DEFINICIÓN DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Según la Asociación de Psicología Americana, se define al Trastorno de Estrés Post traumático, como a las consecuencias psicofisiológicas, posteriores a cualquier suceso o serie de eventos, en un espacio de tiempo, los cuales involucren a la persona o personas relevantes para esta, a niveles significativos de amenaza, peligro y con daños físicos, emocionales o psicológicos (APA, 2014).

Estas experiencias son seriamente abrumadoras e impactantes para quien está expuesto a dichos sucesos traumáticos. Las consecuencias son, vivencias de un severo estrés y el de revivir constantemente el o los eventos que ocasionaron dicho trastorno (Carvajal, 2002).

La calidad de vida de una persona con TEPT, se ve seriamente afectada en varios niveles y esferas de su cotidianidad, incluso con el potencial de desarrollar conductas altamente desadaptativas además de otros trastornos psiquiátricos aún más graves (Munguía, y otros, 2011).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA APA

Los criterios para el diagnóstico diferencial del TEPT, se encuentran detallados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V (2013). Asimismo, se pueden distinguir algunos cambios dentro del criterio diagnóstico del Trastorno de Estrés Post Traumático (con respecto al DSM-IV), en especial que se le pone mayor atención a los síntomas comportamentales que acompañan al TEPT, siendo cuatro los síntomas primarios, reexperimentación, activación, evitación y alteraciones negativas persistentes en la cognición y estados de ánimo (Grohol, 2018).

El DSM-V de la American Psychological Association, APA (2013) define el trastorno de estrés postraumático como:

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.

3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso(s) traumático(s):

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso(s) traumático(s). (Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente).
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos,

pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “Estoy mal,” “No puedo confiar en nadie,” “El mundo es muy peligroso,” “Tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (p. ej., como si se soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

2. Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (p. ej., el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

LA SOLUCIÓN, ANTES QUE EL PROBLEMA

“Lo más importante es la llave que abre la puerta, y no la naturaleza de la cerradura”

Steve de Shazer

LA ESCUELA DE PALO ALTO Y EL MRI

GREGORY BATESON

En la década de los años cincuenta, específicamente en el año 1958, en la pequeña ciudad de Palo Alto, San Francisco, Don Jackson, funda el MRI (Mental Research Institute), con Gregory Bateson como principal figura. Surge en respuesta a la demanda de la realidad social de esos años y a la necesidad de una forma de realizar terapia familiar, más breve en el tiempo, más efectiva.

Se llamó “Escuela de Palo Alto” a la nueva forma de intervenir con familias, para comunicarse con ellas, desde el constructivismo, aplicándose en el marco de la cibernética de segundo orden, y... “estudia lo que los otros descuidan y devuelve al mundo lo que multitudes han dejado de lado.” (Wittezaele & García, 1994).

El principal aporte de esta corriente, es que la comunicación existe a pesar de no comunicarse, es decir no puede existir una, no comunicación o anti comunicación, es decir, todo tipo de comunicación es una elección, una selección entre un conjunto de posibilidades, de ahí, se llega a la hipótesis de la doble coacción, que es un tipo de comunicación que crea un cierto tipo de inestabilidad en el pensamiento del receptor, y las respuestas y reacciones causan también malestar e inestabilidad. Esta teoría, la cual pone un hito gigante en el grupo de Palo Alto, siendo esta una primera postulación científica de una nueva concepción de las ciencias humanas, donde se define la enfermedad mental como un trastorno de la comunicación, cambiando así la perspectiva terapéutica y estableciendo las bases de la terapia familiar moderna (Wittezaele & García, 1994).

MILTON ERICKSON

Conocidos son los métodos y maniobras de Milton Erickson al momento de la terapia, distinguiéndose por remarcar las características de la misma persona para resolver sus propios problemas. En este proceso, es el terapeuta el que rescata los recursos “escondidos” de la persona y ayuda a usar estos recursos en el momento y aspectos adecuados de sus vidas. Es a través de las terapias breves, y la hipnosis que realiza un aporte a la terapia breve centrada en soluciones (García, 2013).

Es un hecho que Milton Erickson, como comenta Gonzales (2011), que él “descubrió y describió muchos de los métodos creativos existentes para promover el cambio terapéutico mediante una técnica hipnótica”. A pesar de todas estas cualidades, Erickson nunca se mostró entusiasmado por crear una teoría como tal o modelos de personalidad, su más grande contribución es que tenía la capacidad de salirse de lo establecido de forma rígida y ajustarse a las circunstancias, a la realidad, sacando lo bueno del discurso de las personas, probando así la efectividad de la hipnosis para promover el cambio terapéutico, para contribución de la terapia familiar.

PAUL WATZLAWICK

Se reconoce a Paul Watzlawick como uno de los más grandes contribuyentes al surgimiento de la terapia familiar sistémica, a través de sus teorías de comunicación humana.

Partiendo desde las extensas investigaciones con familias norteamericanas de los años cincuenta, Watzlawick llega a describir una teoría de sistemas cuyo eje se basa en la comunicación que sería mejor conocida como “enfoque interaccional”. Este modelo concibe la comunicación como un sistema abierto en que se intercambian mensajes mediante la interacción. Watzlawick basó su obra en la teoría del doble vínculo, que a su vez fue desarrollada por sus compañeros del MRI, Bateson, Jackson, Haley y Weakland para tratar de explicar, desde esta teoría, la esquizofrenia (Watzlawick, Beavin Bavelas, & Jackson, 1991).

La teoría de la comunicación humana, surge como una alternativa a la psiquiatría, que se percibe con limitaciones para entender e intervenir los conflictos de ese tiempo. Esta teoría nos revela el hecho innegable, que las personas se comunican, a pesar de no decir o hacer algo, y no se limita solo cuando es intencional, consciente o eficaz (Watzlawick, Beavin Bavelas, & Jackson, 1991).

LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES

La Terapia Breve Centrada en Soluciones, nace en Milwaukee, Estados Unidos, en base a las ideas del MRI, con Steve de Shazer (conocido también por su apodo, “el hombre con una navaja de Ockham”), Insoo Kim Berg, un extenso equipo profesional de estrellas del mundo de la psicología y el espejo unidireccional, como figuras centrales (Lipchik, Derks, Lacourt, & Nunnally, 2012).

Como se mencionaba antes, este enfoque terapéutico post estructuralista, se trata de una actualización de la terapia estratégica, que fue desarrollada en el MRI, la clave de dicha actualización se la encuentra en la profunda investigación, realizada por De Shazer y colaboradores. La investigación se extendió por varios años, de ese extenso estudio surgen las nuevas ideas de intervención más efectivas y eficientes (Pacheco, 2011).

En esta forma de intervención, se toma más en cuenta el diálogo terapéutico, entre la persona y el terapeuta, y ya no solamente a los procesos internos, ya sean psicológicos o biológicos. En este diálogo surge lo importante para la persona que acude a terapia, sus expectativas, metas y lo que

le da esperanza. De la observación, la práctica, la corrección y el desarrollo de formas de dialogar, surgen acciones terapéuticas incluyendo preguntas sobre el cambio pre sesión, las excepciones, la pregunta del milagro, así como las tareas de fórmula (Solution Focused Brief Therapy Association., 2013).

Entonces en base a lo anterior, para De Shazer (1994), la terapia centrada en soluciones es considerada “como un *proceso lingüístico* en el que se fomenta un lenguaje centrado en las soluciones que sustituya al lenguaje centrado en los problemas en el que las personas están atrapadas”, solo que la mayoría, no pueden hablar en este lenguaje, por sí mismas (Góngora-Navarro, Fuertes, & Ugidos, 1999).

Las personas suelen tratar de encontrar soluciones donde no las hay, es claro y risible el ejemplo que proporciona Watzlawick (1989), medio en serio medio en broma, cuando hace alusión a un relato, “un borracho está buscando con afán bajo un farol. Se acerca un policía y le pregunta qué ha perdido. El hombre responde: Mi llave. Ahora son dos los que buscan. Al fin, el policía pregunta al hombre si está seguro de haber perdido la llave precisamente aquí. Éste responde: No, aquí no, sino allí detrás, pero allí está demasiado oscuro.” A veces repitiendo lo mismo que creen que traerá la solución una y otra vez, como buscando un juego de llaves que no se encuentra en ese sitio.

“Más de lo mismo” es el nombre que se le da a las soluciones intentadas que fueron infructuosas, que de alguna forma logran mantener y hasta empeorar el problema. Cortar con este patrón se torna en un objetivo de la intervención terapéutica centrada en soluciones (Oblitas, 2008).

En este momento es cuando la persona suele pensar en un cambio, más allá de lo que logra por sí sola. De esa forma el terapeuta debe no solo ayudar a seleccionar otro tipo de soluciones, si no también, todo lo positivo que se encuentra en la misma persona para llevar a ese cambio (Bertrando & Toffanetti, 2004).

Así, la TBCS trabaja con las soluciones, influyendo en las personas a identificar lo que quieren conseguir, posiblemente en un futuro no muy lejano, con el enfoque puesto al trabajo que la misma persona tiene que hacer, en su vida, asumir el control y responsabilidad de lo que quiere cambiar, resaltando las ocasiones en las cuales lo lograron o estuvieron cerca de lograr cambios, y elogiando esos logros. Después de todo, la persona es la verdadera experta en su propia vida, el terapeuta solo ayuda a encontrar las llaves en el lugar adecuado (Navarro Gongora, Fuertes, & Ugidos, 1999).

Es así que, en resumidas cuentas, la Terapia Breve Centrada en Soluciones posee algunas características que la diferencia de otros tipos de terapia, según Bertrando y Toffanetti (2004) estas características están en base a supuestos básicos, siendo estos:

- Los problemas derivan de cómo actúan y reaccionan las personas; no son sólo de origen patológico.

- No es necesario llegar a las raíces de un problema para encontrar una solución; podría además no existir ninguna raíz.

- Es importante comprender la visión que tienen los clientes de cuanto les sucede, mucho más que crearse una visión propia, basada en las nociones del terapeuta. Las personas tienen en sí mismas todos los recursos necesarios para dar solución a sus problemas; el terapeuta sencillamente debe facilitar que esos recursos salgan a la luz.

- No es necesario que el terapeuta sepa algo del problema presentado. Para que se dé el cambio, es condición necesaria y suficiente que la persona se comporte de modo diferente o vea las cosas de manera diferente.

La TBCS es una terapia efectiva, que no llega a convertirse en “La” terapia definitiva, pero numerosos estudios han comprobado que sus resultados son duraderos en el tiempo y no son paliativos, como algunos críticos de la misma señalan (Oblitas, 2008).

RELACIONAMIENTO PERSONA-TERAPEUTA

En el marco de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, según la lectura que García (2013) hace a De Shazer, existen tres posibles relacionamientos Persona-Terapeuta que se originan en la terapia, siendo estos:

1. Relación tipo “demandante”.

En las sesiones de intervención, en medio del diálogo terapéutico, tanto el terapeuta como la persona pueden llegar a definir quejas que llegan a ser objetivo para la terapia, pero, no se ha podido desarrollar un procedimiento o los pasos requeridos para llegar a la solución. Es la persona que, en ese momento, no se ve como parte del problema y tampoco como parte de la solución. Si se maniobra correctamente, puede llegar a convertirse en un “comprador”.

2. Relación tipo “comprador”.

En este tipo de relacionamiento ambas partes reconocen las quejas y se tornan en objetivos, con la diferencia de que se conoce el procedimiento o los pasos para llegar a soluciones realistas. Es la persona que está preparada para el cambio y el terapeuta facilita la consecución de metas.

3. Relación tipo “visitante”.

En este tipo de relacionamiento, ambas partes son incapaces de identificar una queja que llegue a convertirse en objetivo para la terapia. Como no “existe” un problema, la persona no ve razón alguna para orientarse al cambio o siquiera proseguir con la terapia.

LA PREGUNTA DEL MILAGRO

Centrar la terapia en soluciones, apunta mucho al futuro, debido que es en el presente donde se dan los síntomas y debe ser en el pasado donde se debe dejarlos para pensar en cambios. Por lo tanto, la persona debe concentrarse en el futuro, pero a su vez, accionar los recursos en el presente para que eso pase. En este sentido, el terapeuta usará medios para que la persona visualice un futuro sin el problema (Pacheco, 2011).

Para tal motivo, existen técnicas en forma de preguntas, conocida como pregunta del milagro. Esta técnica se asemeja a la técnica de la bola de cristal, creada por Milton Erickson, en que ambas técnicas promueven el desarrollo de descripciones elaboradas por la propia persona, estas descripciones deben ser vívidas y detalladas, las cuales son plataformas para instaurar el cambio, aunque sea en pequeñas partes, También existen diferencias entre ellas y es en que la bola de cristal se aplica en personas que se encuentran en estados hipnóticos, en este estado le permiten a la persona a hacer viajes temporales, al pasado y al futuro, guiadas por el terapeuta, siendo de más utilidad en personas que entran rápidamente en estados hipnóticos o sugestionables. Por otro lado, la pregunta del milagro no requiere de inducir a la persona a estados hipnóticos y aplicada bien, lo que hace es incrementar la esperanza en la persona y a su vez incrementar la eficacia de la terapia (García, 2013).

En ocasiones la persona ya se encuentra realizando acciones que son parte de un futuro mejor, pero no las percibe como tal, por lo tanto, la pregunta del milagro también da la posibilidad de resaltar estas conductas orientadas al cambio.

La estructura de la pregunta del milagro no es algo exactamente predeterminada o fija, como un rezo, pero puede ser concebida, como señala García (2013) de la siguiente manera:

“Suponga que esta noche, mientras está durmiendo, sucede una especie de milagro y el problema, tal como se ha presentado, se resuelve, no como en la vida real, poco a poco y con esfuerzo, sino de repente, de forma milagrosa. Como está durmiendo no se da cuenta de que este milagro se ha producido. ¿Qué cosas va a notar diferente mañana, que le permitan darse cuenta de que este milagro se produjo?”.

Si bien es cierto que la estructura de la pregunta tiene cierta flexibilidad, variando de terapeuta a terapeuta; existe la base, que debe ser contemplada de una forma más estricta, velando por las siguientes cualidades. como ser:

- La pregunta debe ser orientada hacia el futuro. Si la respuesta está orientada al pasado, se encuentra cargada de quejas, aspectos negativos o está orientada a lo que otros puedan hacer y no así la persona, se debe emplear nuevas preguntas que hagan pensar nuevamente en el futuro, orientar al cambio, alternativas positivas, y preguntas circulares.
- Se debe preguntar por pensamientos y acciones, no así por sentimientos, cuyas respuestas suelen ser negativas, afirmativas o muy obvias y tienen escasa utilidad terapéutica.

El trabajo del terapeuta a continuación, es usar la “esperanza en un futuro mejor” y transformarla en indicadores concretos y realistas de acciones que la persona debe efectuar para llegar donde quiere y así formar objetivos terapéuticos (Navarro Gongora, Fuertes, & Ugidos, 1999).

EL TRABAJO CON LAS EXCEPCIONES

Se dice que es complicado hacer las cosas sencillas y sencillo complicarse. Es precisamente lo que pasa cuando una persona ve el problema, pero no la solución, aunque la solución se manifieste en muchas circunstancias, como dice el refrán, muy popular entre los angloparlantes, “a veces, los árboles no nos dejan ver el bosque” y es que, en verdad, la concentración en un solo tema hace que ciertas situaciones más importantes, o amplias pasen completamente desapercibidas (Diario la República, 2019).

En ocasiones las personas que llegan a consulta, no perciben que existen situaciones en las que el problema no se manifiesta, deja de presentarse, aunque sea por un breve periodo de tiempo. Otras veces se llega a pensar que son hechos fortuitos y que no se volverán a presentar, porque de

otra forma se piensa erróneamente, si los síntomas no se presentan tal como el manual lo dice, quizá la persona no tenga ningún problema (De Shazer, 1999).

Pero es cierto que el problema no siempre está presente, dando a lugar a las excepciones, como señala Oblitas (2008), circunstancias donde existe un “no problema”. En este punto es donde se debe concentrar a lo que sucede cuando el problema no aparece, ver en qué piensa la persona cuando el problema no domina esos momentos, abriendo así una pequeña brecha, que con esfuerzo y dentro de la terapia, propicia la solución.

Por la experiencia propuesta obtenida por De Shazer (1985) se sabe que “las excepciones son tan importantes como las reglas, si no más”, incluso si las excepciones son solo accidentes o casos fortuitos. Entonces una excepción o un milagro será todo aquello que oriente en sentido opuesto a las situaciones que ha traído consigo el problema y hablar del momento de “no problema”, “no queja”, la persona empieza a hacer algo diferente a lo usual o lo cotidiano que demostró ser fútil, cuando menos. Y hablar de estas excepciones hace que lo que surge en la terapia se vuelva más accesible, más real. La excepción señala que no todo es negativo, no siempre se está debajo de todo, aún hay esperanza y la persona tiene la solución, pero no la podía ver antes (De Shazer, 1999).

Como señala García (2013), dentro de las excepciones se encuentran distintos tipos:

- Las que ya se producían antes de iniciar la terapia (excepciones propiamente tal).
- Las que se producen entre el momento de concertar la entrevista y el momento en que la entrevista concertada tiene lugar (cambio pretratamiento).
- Las que aparecen una vez iniciada la terapia (que podemos calificar también como avances o cambios terapéuticos).

EL CAMBIO PRETRATAMIENTO

En TBCS, se considera al cambio pretratamiento como parte de las excepciones que se manifiestan en medio de los problemas, con la particularidad que estas pequeñas excepciones, ocurren en los días o incluso semanas previas a las sesiones de terapia. Se considera que una persona que toma la decisión de hacer algo al respecto con su problema, incluso al entrar en el más de lo mismo, la persona ya está haciendo algo para tratar de solucionar dicho problema, lo cual ya es en sí, un punto de partida muy considerable. Explotar y aprovechar estas excepciones, son las

primeras construcciones que se hace en el diálogo terapéutico para encontrar una solución realista basada en las fortalezas de la persona. (García, 2013)

ELOGIOS Y TAREAS

Durante la sesión, es muy importante, remarcar aspectos positivos de la persona, conductas y pensamientos positivos. Se efectúa reforzamientos condicionados secundarios o psicosociales, por sus conductas adecuadas pro-solución, según Bados y García (2011) estos pueden ser “hablar fluidamente, no saltar de temas ni mezclarlos, dar descripciones específicas, adoptar una actitud activa para resolver su problema, etc.”

Dichos reforzadores que el terapeuta utiliza en las sesiones son pequeños y sutiles como el contacto visual, una postura inclinada y orientación corporal hacia el cliente, y otros más evidentes como los elogios, mostrar interés explícito por el problema, repetir lo que la persona dice, recapitular y lanzar afirmaciones de apoyo (Bados & García, 2011).

Los elogios son una parte muy importante dentro de la TBCS. Principalmente la validación de lo que las personas ya están haciendo bien, que está orientada a cosas diferentes positivas y el reconocer la magnitud de sus problemas anima a las personas en la terapia, a cambiar el diálogo terapéutico cobra fuerza, además de transmitir implícitamente que el profesional ha estado escuchando y más allá aún, comprende lo que están pasando y se preocupa por ellos, formando así, parte del sistema, como señala la cibernética de segundo orden (Berg & Yvonne., 2001).

Los elogios en las sesiones de terapia pueden ayudar a acentuar lo que las personas están haciendo y que está funcionando bien (Solution Focused Brief Therapy Association., 2013).

Entonces, se debe elogiar todo lo que la persona o sistema está haciendo bien, resaltar las cualidades y recursos para el cambio. El elogio no debe ser confundido con mensajes positivos al estilo de un coach motivacional, sino apoyar las fortalezas para el progreso de la terapia y el cambio de la persona y si es que aún no se ha dado ninguna de estas situaciones, para empezar a hacerlo. En ese propósito, es necesario que el terapeuta involucre su habilidad personal para que dichos elogios sean percibidos como genuinos y totalmente creíbles, que realmente estos se ajusten a la situación de las personas, en casos específicos y que sean completamente personalizados, ya que no hay dos casos iguales en psicoterapia (Beyebach & Rodriguez Morejón, 1994).

Por otro lado, se encuentran las tareas terapéuticas. Estas proponen un quehacer específico para cada caso, generalmente cosas que hacer o pensamientos para formular y repasar hasta la siguiente sesión con el terapeuta. De esta forma, basados en el trabajo realizado por De Shazer, Beyebach y Morejón (1994) logran describir los criterios que deberían manejarse para facilitar la prescripción de tareas, como se muestran a continuación:

- Pedir algo que sea coherente con lo hablado durante la sesión:
 - Si el diálogo terapéutico giró en torno al futuro y al milagro que se quiere conseguir, la tarea debe tener relación con ello.
 - Pedir que se simule que el milagro ha sucedido, algunas veces en la semana.
 - Pedir que observen y apunten, cada vez que el milagro se ha dado, aunque sea en pequeñas partes.
- Sugerir sólo aquello que se considere que la persona hará o puede hacer:
 - La tarea puede ser fantástica, maravillosa y podría resolverlo todo, pero no sirve de nada si no se encuentra al alcance de la persona, o simplemente es improbable que la realice, tal cual es ideada.
 - Una persona con una relación de tipo visitante, no está convencida de que exista un problema, así que es improbable que realice tareas.
 - Una persona con una relación tipo comprador, buscará realizar tareas sencillas pero que perciba significativas, incluso pidiendo al sistema que pueda ayudar.
 - Una persona con una relación tipo demandante, la persona buscará que otros hagan la tarea, porque, para esta persona, los demás son los que tiene que cambiar, así que las tareas con este tipo de personas, serán comandadas para realizarse en solitario, pensar, meditar y considerar que pueden o deben hacer para resolver el problema

Al final con el tema de las tareas, se hace sugerencias más directas a quienes parece que van a aceptarlas, y más indirectas a los que se muestran más reacios. En cualquiera de las circunstancias, la tarea debe ser precedida de elogios y debe ser la más sencilla posible, que al terapeuta se le imagine (Fisch, Weakland, & Segal, 1984).

LA HABILIDAD DEL TERAPEUTA

Al explorar las habilidades terapéuticas que se requiere para realizar un trabajo terapéutico, el terapeuta en entrenamiento reflexiona acerca de todo lo que puede aportar y todo lo que aún no tiene, ya sea habilidad técnica para crear esa alianza que se requiere con la persona en consulta o los conocimientos teóricos propios de modelos de intervención. Así es que, en esta reflexión, el terapeuta que utiliza el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones, es un profesional que pasa la mayor parte de la sesión tratando de buscar excepciones y se pone los lentes de lo positivo (Solution Focused Brief Therapy Association., 2013).

Desde la llamada inicial que la persona efectúa en busca de ayuda o alguna forma de apoyo, se debe destacar que la persona llega a un punto en el cual reconoce su limitación, su vulnerabilidad, su tristeza y el hecho que no puede lidiar con sus dificultades por sí mismo, y el terapeuta conjuntamente debe recopilar información pertinente para la primera consulta, tomando en cuenta el contexto de la persona, su disponibilidad de tiempo, su compromiso con el cambio y principalmente darle confianza a la persona, dando a conocer que será atendido por un profesional entrenado para escuchar y ayudar a solucionar problemas, dándole validez a su demanda inicial. En otras palabras, expresarle, Empatía (Bados & García, 2011).

Empatía para entender el sufrimiento y poder sumergirse en lo que la persona siente y saber lo que se necesita para sacarlo de esa situación, pero aun así no quedarse con esos problemas, dejarlos atrás porque la persona en la consulta, no necesita un “Amigo” necesita un profesional que soluciona problemas, respeta su realidad, sus creencias sus historias.

Si bien es importante el legitimar la queja y dolor del paciente para realizar un buen *Rapport* la Terapia Breve Centrada en Soluciones, indica que la persona nunca debe etiquetarse, atribuyéndole cuadros clínicos, enfermedades, etc. Siempre debe realizarse una connotación positiva de la persona en primer lugar diciéndole y realizando el hecho de que está buscando ayuda y es loable que quiera “salir de donde se encuentra” para cambiar. En el presente estudio de caso, se llega a un diagnóstico, meramente por propósitos académicos. En ese sentido dar un espacio para hipotetizar no es lo mismo que etiquetar ni asumir cosas que aún no salen en la demanda. Una poderosa herramienta que servirá siempre, es el respeto hacía la persona y hacérselo saber, esto será recíproco si el terapeuta crea ese tipo de ambiente. (De Shazer, 1999).

Se debe recordar que por más creativo que un terapeuta o el mismo trabajo terapéutico puedan ser, la intervención debe ser un espacio coherente y estructurado, apoyado en trabajo científico y teórico de modelos útiles que, si reportan beneficios y cambios en el trabajo terapéutico, siempre equilibrando el sistema y recordando la neutralidad, vital para efectuar una alianza terapéutica adecuada (Bados & García, 2011).

La creatividad, para maniobrar y utilizar con propiedad y de forma fluida y amena las sesiones y la terapia en general. Incluso sabiendo cuando aplicar el humor y el silencio. Prescribiendo tareas que sean útiles y acordes a lo que las personas necesitan y harían, con el objetivo de ser cumplidas tales prescripciones (Pinto, Apuntes de clases: Especialidad en psicología clínica sistémica y terapias breves, 2015).

CONCLUSIONES

En el presente capítulo se muestran los hallazgos más importantes en forma de conclusiones, las cuales se originan a partir de la resolución de cada objetivo propuesto, ya sea de forma general o específica, contenidos en el presente estudio de caso.

De esta forma se concluye que, es posible sobrellevar una intervención terapéutica, la cual es enmarcada en la corriente de Terapia Breve Centrada en Soluciones, aplicarla a un caso de Trastorno de Estrés Post Traumático y conseguir resultados positivos, un cambio, que está basado en las fortalezas de la persona, todas aquellas excepciones que se dan en su cotidianidad, pero que la misma persona no nota, porque el problema no se lo permite. Tal parece que poner el esfuerzo en encontrar soluciones que lleven a cambios pequeños o grandes, fue altamente efectivo en el presente caso.

Aunque se elabora un diagnóstico en el presente estudio, el mismo no se efectúa para solucionar el problema o para otorgar una etiqueta a la persona, más bien, el diagnóstico permite ver el rango de la terapia, que al contrario de lo que muchos críticos de la TBCS señalan afirmando que la misma se emplea para problemas “ligeros” y que no se recomienda para problemas graves o grandes, demostrándose en el presente estudio que la TBCS puede ir más allá y que las soluciones son más relevantes que el mismo problema.

En ese sentido, la realización de la terapia se fundamentó mucho en la teoría y ejemplos formulados por De Shazer, desde esa lectura, se puede llegar a describir que si existen excepciones

en la vida de la persona. Algunas veces estas excepciones son difíciles de encontrar o surgen bien entrada las sesiones de terapia, pero cuando se encuentran y se las emplea acompañadas de elogios, estas se convierten en poderosas herramientas, cuasi “armas” para la resolución del problema.

Una de las excepciones más grandes y recurrentes que se pudo encontrar en el discurso de Miguel fue el hecho que su pequeño hijo es una fuente inagotable de inspiración, fortaleza y disposición real al cambio. Esta relación paterno-fraterna es una gran excepción que se da y que pasaba desapercibida por el mismo Miguel, hasta el momento que es empleada en el diálogo terapéutico. Aunque en un primer momento, esta excepción se presenta en forma negativa, de miedo, se logra transformar el miedo en fortaleza, como es natural en la TBCS esta excepción es elogiada y se impulsa para que siga adelante.

Al final, algo que le causaba temor a la persona es lo que termina siendo la solución. Mientras más tiempo pasaba Miguel con su hijo, las excepciones se incrementaban y el problema (TEPT con síntomas de evitación, reexperimentación, despersonalización, desrealización, ansiedad, etc.) no se presentaba, siendo esta situación, un verdadero antagonista para el problema.

En este aspecto el empleo de la pregunta del milagro, es altamente efectiva para encontrar las excepciones donde no se buscó antes. En este caso la pregunta del milagro, consigue dar un norte a las expectativas de Miguel por un futuro mejor, y de la misma manera guiar el sentido de la solución, el de las siguientes intervenciones, encontrar y reafirmar las excepciones.

Estas excepciones hacen posible posteriormente la elaboración de futuros deseados, milagros hechos realidad, como cuando, superando una vez más el temor que le causaba salir a la calle y a causa de esto llegó a desarrollar conductas de evitación que terminaron por deteriorar sus sistemas. Al superar los temores producidos por el problema, Miguel es capaz de interactuar una vez más con las situaciones que el mismo percibía como intolerables, un claro ejemplo es la forma en que salió a la calle en búsqueda de trabajo, cosa que evitaba a toda costa.

También se señala que Miguel, la persona de referencia en este estudio de caso, es una persona que se encuentra en una fase donde él mismo reconoce que existe un problema, pero no sabe por dónde empezar a resolverlo, no está preparado o finalmente está dando vueltas en círculos en “más de lo mismo”.

Aun así, está dispuesto a revertir las cosas, a cambiar su realidad por una que el mismo elabora, y quiere para su futuro. Esta disposición al cambio, hacen posible que se dé un relacionamiento de

“tipo comprador” en la terapia, es así que se logra explicar la rapidez con la que Miguel reacciona a la terapia y como esta misma disposición, hace que se comprometa a un nivel muy elevado a seguir la terapia, las tareas, a aceptar los elogios y esperanzas en un futuro mejor, que propician la llegada de soluciones reales al problema.

En ese mismo sentido, se elaboran las tareas terapéuticas que se prescriben a Miguel, estas trabajan desde los recursos y fortalezas que la persona ya posee, para exponer que desea la persona y como se puede llegar a su futuro preferido.

Hubo momentos en los que la queja y el pesimismo, sobresalían a cualquier otra idea positiva, pero se logró maniobrar a través de ellas, convirtiendo las debilidades en fortalezas desde la óptica de lo positivo y lo esperanzador.

La Terapia Breve Centrada en Soluciones, posee una ventaja en cuanto a la obtención de resultados, con respecto a otros tipos de terapia tradicional. En promedio se suelen obtener resultados en tres a cinco sesiones, respecto a otros modelos de terapia que ofrecen resultados en muchos meses o años. En el presente estudio de caso, se tuvo que adaptar el modelo a la demanda de la situación y de la persona, debido a que no existen muchos antecedentes de TBCS aplicada a casos de TEPT por la misma forma que posee y la premisa de no etiquetar, pero de otra forma, no podría llegarse a la conclusión de que la TBCS es efectiva en un caso de TEPT.

Si bien se reconoce que la TBCS tiene una forma particular de ser aplicada, no en su estructura porque es una corriente posestructuralista, pero sí en la aplicación estricta de pensamientos positivos en el diálogo terapéutico, siendo difícil hallar excepciones en ciertos casos. Acá en el presente estudio, se pudo ayudar a la persona a distinguir diferentes momentos donde no se sentía mal, y a diferenciar las actividades en las cuales no se presentaba el problema y se sentía mejor.

Un factor que se debe tomar en cuenta es el del cambio pretratamiento, su presencia está contemplada en la teoría de la TBCS y García (2013) explica como este cambio, contribuye a construir excepciones. En el presente caso se reconoce como la decisión de hacer algo al respecto, a pesar de que las soluciones quizá, no puedan ser las más adecuadas o eficaces. Esta decisión aparece desde el momento en que la persona trata de solucionar mediante una u otra forma, a veces recayendo en el más de lo mismo, pero la decisión está tomada. En función al cambio pretratamiento, el terapeuta trabaja sobre este y lo explota, para así llegar a construir soluciones realistas en base a las propias fortalezas de la persona.

Asimismo, se reconoce y concluye que el modelo de la TBCS es un modelo sólido, efectivo en la intervención del presente caso de una persona con Trastorno de Estrés Post Traumático. La TBCS consta de extensa teoría, pero más extensa es su práctica y los resultados favorables conseguidos a lo largo de los años, dejando como testigos, a innumerables personas que se vieron beneficiadas por su correcta aplicación en psicoterapia, Miguel se suma a este grupo cuando manifiesta que está mejor.

Posteriormente al término de las sesiones, Miguel no se volvió a contactar, pero al cabo de algo más de dos meses, se recibió la llamada de la hermana de este para agradecer por los servicios y reservar un horario de cita para ella misma, pero ese es otro caso. Finalmente se debe aclarar, que los resultados no pueden llegar a generalizarse ya que cada caso debe abordarse de forma diferente, siendo que el terapeuta debe maniobrar de forma personalizada durante la terapia, más aún tratándose de un enfoque post estructuralista como el de la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

RECOMENDACIONES

Las personas llegan a consulta con mucho dolor, y el dolor es muy subjetivo y su magnitud varía mucho de persona en persona, existen algunos que se ahogan en vasos de agua y otros que navegan sin salvavidas en el océano y no se hunden, es muy importante aceptar a la persona tal cual es en vez de querer cambiarla, en la TBCS no se busca cambiar a la persona, si no ayudarlo, guiarle, etc. (como quiera llamarse) a encontrar y materializar el futuro que la misma persona ya concibe para su vida, pero no sabe cómo llegar a ese momento.

Otro punto que se debe resaltar, es que algunas personas necesitan hablar más o menos que otras para poder ser entendidas, varía mucho. Y para el terapeuta es casi un impulso el querer resolver todo en la primera sesión y hablar más que la persona, pero algunas conciben que el “psicólogo” esta para escuchar y a veces para desahogarse, en este caso es lo que la persona hizo en la primera sesión y se considera que el terapeuta no es un maestro que enseña lo correcto o lo incorrecto, es un profesional entrenado para tomar lo que dice la persona como experta en su propia vida y emplearlo para llegar a soluciones realistas. De modo que escuchar activamente a la persona y esperar los momentos pertinentes para intervenir es un desafío en la intervención terapéutica.

Muchas veces se puede llegar a concluir que un avance rápido en la terapia, es tan milagroso que casi parece magia. Muchas situaciones de la misma vida de las personas, explican porque algunas avanzan más rápido que otras. El deseo o convicción de salir del problema pronto, el mismo hartazgo que la persona siente hacia el problema, el solo hecho de acudir a terapia en sí origina cambios en ciertas personas (como una fruta madura, que cae del árbol en su tiempo), o lo que mejor explota la TBCS que son las excepciones, que siempre están ahí, pero están detrás del problema que no deja verlas. Hallar las excepciones expresadas, en el momento adecuado es de gran importancia para la TBCS.

Con respecto al cambio pretratamiento, no todas las acciones que las personas realizan para tratar de solucionar el problema son positivas, pero si las intenciones y se recomienda no concentrarse tanto en estas acciones, más en la propia intención, como en el presente caso, a pesar de que las prescripciones hechas en el pasado por una colega psicóloga, no fueron las más precisas, estas trajeron algunas complicaciones, pero de alguna manera contribuyeron al surgimiento de muchas excepciones que se usaron en terapia.

Al profesional en psicología, se recomienda que esté en constante capacitación, lectura y estudio, basando sus conocimientos adquiridos, en conocimientos científicos y comprobados, asimismo se le insinúa que no es el deber del cliente, paciente, etc. el saber qué debe acudir a un especialista para la realización de psicoterapia, es el profesional no especializado el que tiene el deber de derivar o reconocer, bajo el principio de Beneficencia y no maleficencia (*Primum no nocere*) y que su conocimiento es limitado en ciertos casos, y lo mejor es derivar a la persona a otro profesional especializado para no causarle daño, debido a que es muy fácil recaer en iatrogenia. Se recomienda tomar en cuenta que no existe la terapia perfecta ni ciento por ciento basada en un modelo específico, esto debido a que el terapeuta es una persona y no existe persona perfecta ni ciento por ciento de alguna característica, al contrario, se encuentra llena de matices y conocimientos. Pero si se debe poner toda la concentración, esfuerzo, conocimientos y técnicas efectivas, en base a métodos comprobados con anterioridad y, en resumidas cuentas, hacer lo mejor posible y todo el bien posible.

REFERENCIAS

Alarcón, R. (2002). *Trastorno por estrés postraumático: estudios en veteranos de guerra norteamericanos y su relevancia para América Latina*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría. Recuperado el 6 de Septiembre de 2020, de : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600004

APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.

APA. (2017). *Clinical Practice Guideline for the treatment of Post-Traumatic Stress Disorder*. Estados Unidos de América: Asociación Americana de Psicología APA. Recuperado el 23 de Diciembre de 2018, de <https://www.apa.org/ptsd-guideline/>

APA. (2017). Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta. Estados Unidos de América. Recuperado el 13 de Noviembre de 2020, de <https://www.apa.org/ethics/code>

APA. (2020). *Entendiendo la Psicoterapia*. (APA, Ed.) Recuperado el 30 de Septiembre de 2020, de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/entendiendo-la-psicoterapia>

Bados, A., & García, E. (16 de 06 de 2011). Habilidades Terapéuticas. *I Tractament Psicologic*, 6-30. Recuperado el 6 de Septiembre de 19, de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf>

Berg, I. K., & Yvonne., D. (2001). *Tales of solutions: A collection of hope-inspiring stories*. San Francisco, California, Estados Unidos de América: W W Norton & Co. Recuperado el 25 de Octubre de 2020, de <https://psycnet.apa.org/>

Bertalanffy, L. V. (1986). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, Desarrollos, Aplicaciones*. (Séptima Reimpresión ed.). México, México: Paidós.

Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona, España: Editorial Paidós.

Beyebach, M. (2014). *La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones*. Bilbao, España: Navarra. Recuperado el 30 de Agosto de 2020, de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/12/TERAPIA-BREVE-CENTRADA-EN-LAS-SOLUCIONES.pdf>

Beyebach, M., & Rodríguez Morejón, A. (1994). Terapia Sistémica Breve: Trabajando con los Recursos de las Personas. En M. Garrido, & J. García, *Psicoterapia: Modelos Contemporáneos y Aplicaciones* (pág. 714). Valencia, España: Editorial Promolibro. Recuperado el 30 de Octubre de 2020, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=769966>

Carvajal, C. (2002). Trastorno de Estrés Post Traumático: Aspectos Clínicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría.*, 40(2), 20-34. Recuperado el 30 de Agosto de 2020, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600003

Cornejo, O. (2017). *Perfil de Personalidad del Policía y el Militar, a partir de la teoría de los Cinco Grandes Factores de Personalidad*. Tesis de licenciatura, Universidad Católica Boliviana San Pablo, Departamento de Psicología, La Paz.

De Shazer, S. (1999). En un origen las palabras eran magia. En S. De Shazer, *En un origen las palabras eran magia*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Diario la República. (10 de Octubre de 2019). Cuando los árboles no dejan ver el bosque. (E. LR, Ed.) Colombia. Recuperado el 27 de Octubre de 2020, de <https://www.larepublica.co/opinion/editorial/cuando-los-arboles-no-dejan-ver-el-bosque-2919347#:~:text=La%20expresi%C3%B3n%20precisa%20es%20E2%80%9Ca,o%20hace%20pasar%20desapercibidas%20situaciones>

Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1984). *La Táctica del Cambio: Como abreviar la terapia*. Barcelona: Editorial Herder.

García, F. (2013). *Terapia Sistémica Breve Fundamentos y aplicaciones*. Santiago, Chile: Editorial RIL.

Góngora-Navarro, Fuertes, A., & Ugidos, T. (1999). *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Editorial Amaru. Recuperado el 10 de Septiembre de 2020, de <https://psicologiasantacruz.com/wp-content/uploads/2019/07/IntroduccionTBCS.pdf>

Gonzales de Rivera, J. L. (2001). *Psicoterapia de la Crisis. Originales y Revisiones*, 9.

Gonzales, S. (2011). Algunas Categorías Diagnósticas de la Hipnosis Ericksoniana. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 1. Recuperado el 24 de Octubre de 2020, de Revista Electrónica de Psicología de Iztacala: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/22831/21556>

Grohol, J. (2018). *DSM-5 Released: The Big Changes*. Recuperado el 20 de 10 de 2020, de Psych Central: <https://psychcentral.com/blog/dsm-5-released-the-big-changes/>

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos Cognitivos*.

Lipchik, E., Derks, J., Lacourt, M., & Nunnally, E. (2012). The evolution of solution-focused brief therapy. (F. C, T. Trepper, W. Gingerich, & E. y McCollum, Edits.) *Oxford University Press*, págs. 3-19.

Munguía, A., Chirinos, A., Lagos, A., Salgado, J., Padget, D., & Reyes, A. (2011). Prevalencia del Trastorno de Estrés Post-traumático. *Revista Hondureña del Postgrado de Psiquiatría*, 9, 10, 11.

National Institute of Mental Health. (2016). *Boletín Informativo: Trastorno por Estrés Postraumático*. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, Estados Unidos de América. Recuperado el 15 de Diciembre de 2018, de <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>

Navarro Gongora, A., Fuertes, A., & Ugidos, T. (1999). Intervención y Prevención en Salud Mental. En M. Bayebach, *Introducción a la Terapia Breve CEntrada en Soluciones*. Salamanca, España: Universidad Pontificia de Salamanca. Recuperado el 05 de Agosto de 2020, de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/12/TERAPIA-BREVE-CENTRADA-EN-LAS-SOLUCIONES.pdf>

Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias Contemporáneas*. (R. C. Chávez, Ed.) Mexico DF, Mexico: Cengage Learning Editores.

OMS. (06 de Agosto de 2013). Atención para el trastorno de estrés postraumático. *Centro de Prensa*, 1. Recuperado el 21 de Agosto de 2020, de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/

Ortíz, G. (2016). Sobre la Distinción entre Ética y moral. *Isonomía: Revista de Teoría y Filosofía del Derecho*, 113-139. Recuperado el 13 de Noviembre de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/3636/363648284005.pdf>

Pacheco, M. (2011). *Terapia Narrativa*. Concepción: Fundación la Frontera. Recuperado el 30 de Octubre de 2020, de <http://www.fundacionlafrontera.cl/wp-content/uploads/2016/05/TERAPIA-NARRATIVA-Mario-Pacheco.pdf>

Palacios, L., & Gerardo, H. (2002). Trastorno de Estrés Post Traumático: Una Revisión del Tema (Primera Parte). *Salud Mental, Vol 25.*, 19, 20, 21.

Pinto, B. (Julio de 2015). Apuntes de clases: Especialidad en psicología clínica sistémica y terapias breves. La Paz.

Pinto, B. (2020). *Cuidado con la Resiliencia*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2020, de Blogspot: <https://bpintot-bismarck.blogspot.com/>

Piña, L. N., & Ramirez, L. L. (2020). *Estres Postraumático como consecuencia del conflicto armado en Colombia. Revisión sistemática de la lectura*. Tesis de Grado, Universidad Cooperativa de Colombia, Bogota D.C. Recuperado el 5 de Septiembre de 2020, de https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20200/1/2020_estres_postraumatico.pdf

Sánchez-Marqueses, J. M., & Sanz, J. (2018). La Relación entre los Síntomas del Trastorno de Estrés Post Traumático Y las Dimensiones de Personalidad del Modelo de los Cinco Grandes: Una Revisión Sistemática. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 18*, 75-93.

Soler, R. (2019). *¿Porque no vamos al Psicólogo?* Recuperado el 24 de Noviembre de 2020, de Cuerpo y Mente: https://www.cuerpomente.com/blogs/ramon-soler/no-vamos-al-psicologo-tres-excusas-comunes_5441

Solution Focused Brief Therapy Association. (2013). *Manual de terapia breve centrada en soluciones*. (C. Gonzales, & C. H., Trans.) Estados Unidos de América. Recuperado el 07 de Agosto de 2020, de www.SFBTA.com

Universidad Tecnológica TECH. (2020). *Apuntes de Maestría en Neuropsicología Clínica*. Recuperado el 17 de Septiembre de 2020, de www.techtitute.com:
<https://www.techtitute.com/campus-in/FALTemarioNav.aspx?IDItem=1980309>

Watzlawick, P. (1989). *El arte de amargarse la vida* (Vol. II). Barcelona, España: Editorial Herder.

Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. (1991). *Teoría de la Comunicación Humana* (Segunda ed.). Barcelona: Editorial Herder.

Wittezaele, J.-J., & García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto: Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona, España: Herder.

Recibido: 4/01/2020

Aceptado: 22/02/2021

NO EXISTEN CONFLICTOS DE INTERÉS