

Abordaje de un caso de Trauma con Terapia Breve Estratégica

Approach to a case of Trauma with Brief Strategic Therapy

Walter José Antonio Vargas Briceño

Profesor en el Centro de Psicoterapia Breve Estratégica, Lima, Perú.

<https://orcid.org/0009-0005-8895-3782>

Fecha de recepción: 27 de mayo de 2024

Fecha de aceptación: 25 de julio de 2024

Fecha de publicación: 01 septiembre de 2024

Como citar: Vargas-Briceño, W. J. (2024). Abordaje de un caso de Trauma con Terapia Breve Estratégica. *KIRIA: Revista Científica Multidisciplinaria*. 2(4), pp. 33-50. <https://doi.org/10.53877/p42xed05>

RESUMEN

La prevalencia actual del estrés postraumático se estima en un 3.5% en la población en general, sin embargo, en el Perú no se cuentan con estadísticas más precisas al respecto. En este artículo se presenta el caso de una mujer de 42 años con trauma y tratada mediante terapia breve estratégica, luego de intentar, durante diez años, diferentes tratamientos. El estudio se realizó empleando una metodología cualitativa de diseño de caso único. Los resultados evidenciaron una remisión casi total de las analepsis, y de la sintomatología ansiosa, lo cual se refleja en que la consultante demuestra una mejor capacidad para afrontar situaciones y realizar sus actividades diarias, también en que logró desarrollar una interpretación diferente acerca de sus síntomas, lo que implica una modificación en su sistema perceptivo reactivo. Por tal motivo, se concluye que la terapia breve estratégica cuenta con técnicas eficaces para el procesamiento de la información traumática.

PALABRAS CLAVE: trauma, terapia breve estratégica, psicoterapia breve, trastorno de pánico, analepsis.

ABSTRACT

The current prevalence of post-traumatic stress disorder is estimated at 3.5% in the general population; however, more precise statistics are not available in Peru. This article presents the case of a 42-year-old woman with trauma who was treated by means of brief strategic therapy, after trying different treatments for ten years. The study was carried out using a qualitative methodology of single case design. The results showed an almost total remission of analepsis and anxious symptomatology, which is reflected in the fact that the patient shows a

better capacity to face situations and carry out her daily activities, also in the fact that she was able to develop a different interpretation of her symptoms, which implies a modification in her reactive perceptual system. For this reason, it is concluded that brief strategic therapy has effective techniques for the processing of traumatic information.

KEYWORDS: trauma, strategic brief therapy, brief psychotherapy, panic disorder, analesis.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia actual del estrés postraumático se estima en un 3.5% en la población en general, (Rojas, 2016), y se eleva en poblaciones más expuestas a situaciones potencialmente traumáticas como soldados de guerra. La epidemiología también nos señala que junto con el Trastorno Bipolar son los dos trastornos con mayor posibilidad de presentar comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos o enfermedades médicas (Rojas, 2016).

Definimos las situaciones traumáticas como eventos intensamente negativos e inesperados, los cuales representan una amenaza para la integridad física o psicológica de la persona, por lo que desencadenan una situación de terror e indefensión que excede la capacidad de respuesta y por lo tanto genera una experiencia de pérdida de control, el evento traumático lleva a cuestionar la confianza básica de la persona en sí misma y en el mundo, atacando su sentimiento de control. (García y Beyebach, 2022). Por otra parte, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA, 2013), se indica que el trauma implica una variedad de síntomas como son: recuerdos angustiosos recurrentes , involuntarios e intrusivos del suceso traumático; sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido de estos esté relacionado con la situación vivida; reacciones disociativas (despersonalización o desrealización); malestar psicológico intenso al exponerse a situaciones o estímulos que se relacionen con el evento traumático acompañados de respuestas fisiológicas también intensas; evitación persistente de los estímulos asociados al evento traumático y alteraciones cognitivas y del estado de ánimo.

Actualmente en el Perú es muy escasa la estadística con la que se cuenta respecto a la prevalencia de trauma, de tal manera que la más reciente es la elaborada durante la pandemia del virus COVID - 19, en la que se da cuenta que, de una muestra compuesta por 119 personas infectadas por el virus, un 33,6% presentó sintomatología propia de estrés postraumático. (Pacheco Vásquez y Guerrero Alcedo, 2021).

Por otra parte, se encuentra otro artículo en el que se estudia estrés postraumático en víctimas de la violencia política ocurrida en el país entre los años 1980 y 2000, en los pobladores de la comunidad campesina de Cuñi en Huancavelica, en este informe se revela que un 25,6%, de una muestra

poblacional compuesta por 121 personas, fueron diagnosticadas con estrés postraumático (Herrera López y Cruzado, 2013).

En tal sentido, podemos afirmar que los estudios acerca del trauma en el Perú se realizan principalmente con grupos poblacionales que se ven afectados por situaciones extremas (de carácter social o natural), y se suele dejar de lado a aquellas personas que lo padecen debido a circunstancias más particulares, esto posiblemente se deba a que el desarrollo del concepto de estrés postraumático y su estudio en el mundo, empezó con poblaciones de ex combatientes de guerra (Barria et al., 2023). Por otra parte, hay que mencionar también que muchos de los casos de trauma son diagnosticados y tratados bajo otro tipo de rótulos como: depresión, ansiedad, trastorno de pánico, etc., debido a la amplia variedad de síntomas con los que suele expresarse una situación traumática (APA, 2013) , y también a que los psicoterapeutas y psiquiatras optan por diagnósticos nosográficos más que operativos, debido al uso preponderante de una lógica de causalidad lineal frente a la lógica de causalidad circular (Bartoli y De la Cruz, 2023) . Esto conlleva que muchas veces el tratamiento de elección plantee como principal objetivo la disminución de determinados síntomas y no la elaboración de la información traumática, de tal manera que los pacientes no alcanzarán mejorías significativas al momento de recibir dicho tratamiento, y este se extenderá en el tiempo.

En tal sentido, la terapia breve estratégica es una excelente opción de tratamiento para el trauma porque cuenta con técnicas que permiten promover la elaboración de la información traumática, y a su vez emplea una lógica y diálogo estratégicos, los cuales permiten conducir al paciente con mayor facilidad a llevar a la práctica las prescripciones diseñadas por el terapeuta, ya que las soluciones se adaptan al problema, y se evita plantear un modo de intervención universal (Bartoli y De la Cruz, 2023)

Por otra parte, la terapia breve estratégica en sus protocolos de intervención incorpora el concepto de Sistema Perceptivo Reactivo, mediante el cual plantea que las personas tenemos un modo específico y repetitivo de responder o reaccionar ante determinadas situaciones de la realidad, y estos modos de responder influyen en la manera en que nos relacionamos con las personas y nosotros mismos (Bartoli y De la Cruz, 2023). Esto permite conocer el modo en que el consultante reacciona ante determinada realidad percibida, y a su vez permite conocer el funcionamiento y persistencia del problema o trastorno (Nardone y Balbi, 2018; Nardone, 2000; Watzlawick, 2012; De la Cruz, 2022). Así mismo realiza el diagnóstico operativo que, lejos de ser descriptivo del fenómeno observado, tiene por objetivo conocer el modo de funcionamiento del problema o la patología. De esta manera, encuentra la lógica subyacente al funcionamiento de dicha patología (Nardone, 2000). Una vez descubierto el modo de funcionamiento del trastorno, utiliza una lógica que sea isomorfa con dicha patología. Conocer el funcionamiento del trastorno es necesario para que el terapeuta pueda generar el cambio, él buscará encajar la estrategia con la

estructura del trastorno transformándolo de disfuncional a funcional (Nardone y Portelli, 2017). El abordaje terapéutico debe emplear, por lo tanto, intervenciones capaces de alinearse con la estructura lógica del trastorno. Para esto Nardone plantea que se debe intervenir en los trastornos emocionales no desde el problema sino desde su solución, rompiendo la lógica ordinaria y la causalidad lineal (De la Cruz, 2022).

No podemos dejar de mencionar el concepto de soluciones intentadas, pues este es un elemento clave y distintivo de la Terapia Breve Estratégica, que además lo identifica como un modelo que evoluciona a partir de los trabajos realizados en el Mental Research Institute. Las soluciones intentadas son el conjunto de estrategias que cada persona sufre pone en práctica con la finalidad de resolver su problemática, pero que en lugar de resolverla la sostiene en el tiempo (Watzlawick et al., 2012).

Hay que precisar que, en la primera década del siglo XXI, en el Centro de Terapia Estratégica de Arezzo, se creó el protocolo de intervención del trastorno de estrés posttraumático (Nardone et al., 2007; Cagnoni & Milanese, 2009). Para aproximarnos al sustento teórico que subyace a estos protocolos debemos entender primero la epistemología del modelo de terapia Breve Estratégica, siendo una de las teorías en las que se basa, el Constructivismo Radical, el cual plantea que cada persona tiene una manera única de entender y representarse la realidad mentalmente y que al hacer psicoterapia se debe comprender y atender dichas representaciones. Ya que en lo que concierne al funcionamiento del cerebro no hay diferencia entre realidad y ficción, puesto que el cerebro procesa o computa la información del entorno sin pausa alguna, por lo que no llega a tener un contacto con la realidad física (Nardone y Watzlawick, 1999; Orellana, 2021), de tal manera que los objetivos terapéuticos se establecen de manera colaborativa y realista conjuntamente con el consultante, y no en base únicamente al criterio del profesional, esto a su vez conlleva cuestionar la noción de "objetividad" (que otros modelos sí asumen) dentro del proceso de terapia y comprensión del paciente (De la Cruz, 2021); por otra parte, incorpora una visión de causalidad circular de las problemáticas psicológicas, apoyándose en la teoría de la Cibernética de primer y de segundo orden, las cuales plantean que los problemas psicológicos se retroalimentan de manera constante de información del entorno y también devuelven información, y que el terapeuta pasa a ser parte activa de dicho sistema o entorno y no es un observador pasivo y neutral, esto también implica que la TBE se enfoca en el funcionamiento actual del problema, más que en sus causas pasadas, de esta manera se llega al diagnóstico operativo. (Von Bertalanffy, 1989; De la Cruz, 2003; Ceberio y Watzlawick, 2006; Ceberio y De la Cruz, 2023; Bartoli, De la Cruz, 2023)

Finalmente, el objetivo del presente artículo es presentar el caso de una paciente con trauma, atendida con terapia breve estratégica, con la finalidad de demostrar no solo la eficacia del modelo y de sus técnicas, sino también para visualizar que el diagnóstico operativo es fundamental para entender el

sostenimiento de un problema, ya que el caso presentado tenía un historial sintomatológico de diez años. En este caso evidenciamos de qué modo la experiencia dolorosamente perturbadora regresa e invade constantemente el presente de la persona que, al intentar liberarse del recuerdo, lo confirma y lo fija agravando sus efectos. (Nardone et al., 2021).

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es un estudio cualitativo de caso único, el cual analiza un proceso de intervención psicoterapéutico mediante el modelo breve estratégico. Para este estudio se realizó inicialmente entrevistas diagnósticas de historia personal, generando intervenciones en donde se propicie un efecto terapéutico, se hace énfasis en las características del caso y en los resultados de la intervención terapéutica (Bartoli y De la Cruz, 2023). El objetivo se centra en evidenciar los efectos del tratamiento mediante psicoterapia breve estratégica en un caso de trauma.

Identificación del consultante

Consultante mujer de 42 años, a quien denominaremos M., casada, madre de un niño de 6 años. Vive con esposo e hijo. Trabaja en negocio de publicidad con su esposo. Participa en elenco de danzas en sus tiempos libres. Natural de Chiclayo, actualmente vive en la ciudad de Lima. Estudió carrera técnica en administración. Problemas de pareja en la actualidad, piensa en posibilidad de separación.

Descripción del caso

M. busca ayuda psicológica por ansiedad, la cual actualmente se presenta varias veces a la semana con síntomas que abarcan: opresión en el pecho, malestar en el estómago al despertar, falta de aire, debilidad, dolor en la nuca y en la cabeza, siendo que este último lo asocia con la posibilidad de tener una enfermedad grave como tumor cerebral o derrame cerebral. También presenta temor a encontrarse en lugares donde no pueda recibir ayuda en caso pierda la consciencia producto de su ansiedad, por lo que le resulta difícil salir de casa a consultas odontológicas, tomar un taxi sola o hacer trámites.

Uno de los síntomas que, si bien no logra referir desde un inicio porque le produce mucho miedo hablar al respecto son las analepsis relacionadas a la enfermedad de su padre y su fallecimiento, y que le generan una sensación de indefensión ante la vida, y además propician que piense que ella también puede pasar por esa misma situación dejando a su hijo en la orfandad.

Historia y presentación del problema:

El problema se origina hace diez años, cuando el padre de M. sufre un derrame cerebral que lo deja grave, por ello tuvo que recibir cuidados y atención médica hasta su fallecimiento. Esta situación generó en M. un fuerte miedo a que ella también pueda sufrir un derrame cerebral o tener un tumor, y sufrir una agonía y final como su padre, imaginaba también dejar a su hijo en la orfandad.

A partir de la enfermedad y fallecimiento de su padre empieza a presentar de manera recurrente y a cualquier hora del día, síntomas diversos como: dolores de cabeza, molestias en la nuca o el cuello, temblores, que suele asociar con un derrame o tumor cerebral, M refiere: “de la nada me vienen recuerdos de mi padre, en mi mente lo veo tal cual cuando estaba enfermo e inconsciente, también me veo enferma yo misma, en una cama, con mi cuerpo cubierto por aparatos de monitoreo médico y pienso: ¿qué será de mi hijo si algo me sucede?, estas imágenes que recuerdo no las puedo controlar o eliminar por más que quiero” . Por tal motivo M. recurre en ocasiones a solicitar con urgencia citas médicas para descartar un problema de salud y así poder lograr estar tranquila de manera momentánea, en este punto podemos apreciar que M. presenta síntomas compatibles con hipocondría o ansiedad por la enfermedad, M. refiere: “A veces al despertar siento dolor en mi nuca, pecho, o en mi cabeza e inmediatamente pienso que debe ser indicador de un posible derrame cerebral, como le pasó a mi padre, o de un tumor, y empiezo a temblar y mi respiración se agita, varias veces he ido al médico para que me revisen, me dicen que no tengo nada y me calmo”. Como vemos M. presenta una preocupación constante por la posibilidad de padecer una enfermedad, preocupación que en ocasiones la lleva a comprobar su estado físico y visitar al médico para poder tranquilizarse (OMS, 2018). Otra de las características principales de este cuadro ansioso es que existe preocupación excesiva ante la posibilidad de desarrollar o padecer una enfermedad, debido a interpretaciones erróneas de sus síntomas de elevada ansiedad (APA, 2013).

Con el devenir de los años siguientes sus síntomas si bien podían variar, siempre permanecía la ansiedad y las analepsis del suceso traumático, así mismo, en algunas ocasiones incluso llegó a experimentar despersonalización, lo cual indica un trauma con síntomas disociativos (APA, 2013). En sus consultas psiquiátricas la paciente recibió en un primer momento el diagnóstico de ansiedad, posteriormente el diagnóstico de trastorno de pánico. Los tratamientos recibidos fueron intermitentes porque M. temía desarrollar una dependencia a los psicofármacos y por tal motivo los abandonaba sin el seguimiento o alta profesional correspondiente.

El miedo de la paciente se alimenta de imágenes recurrentes y muy claras en las que recuerda a su padre grave de salud, recuerdos que ella intenta eliminar, pero no puede ni prevenirlos ni controlarlos cuando vienen a su mente, también sucede que las imágenes en las que ve a su padre en un determinado

momento se tornan confusas y M. se ve a sí misma en lugar de él, es así que ella termina reforzando su idea de que pronto enfermará de algo grave.

Por otra parte, el miedo a perder el control se manifiesta con mayor intensidad en circunstancias en que M. interpreta que puede pasarle algo malo y no tendrá a alguien que pueda brindarle ayuda, de tal manera que desarrolla temor a situaciones como: subir sola a un taxi, ir al odontólogo para un tratamiento, salir de casa a realizar algún trámite, M. lo expresa de la siguiente manera: “cuando estuve en consulta con el odontólogo empecé a pensar que tal vez la anestesia podía chocarme y podía quedar inconsciente, por eso quería huir del consultorio... cuando subo a un taxi también siento algo parecido, pienso que estoy en un lugar cerrado, que me puede faltar el aire, o que si sucede algo no podré recibir ayuda de nadie y me desespero, pienso también que puedo perder la consciencia”. Esta situación genera en ella la sensación de pérdida de control sobre su vida y que podría perder la consciencia en un momento en que sus niveles de ansiedad sean incontrolables (esto a raíz de lo que le explicó un psiquiatra al que visitó en el pasado), finalmente todo esto la lleva a concluir que en casa está un poco más segura, y que si pierde la consciencia en casa podrán encontrarla.

Luego M. refiere: “Hace un año volví a psiquiatría por la ansiedad que sentía, me dieron medicación por 6 meses, pero yo misma lo dejé, porque el psiquiatra me dijo que tomé una pastilla adicional, esto me dio mucho miedo, porque pensé que podía generar una dependencia a los medicamentos, y busqué tratamientos alternativos como flores de Bach, meditación, e infusiones relajantes, los cuales me ayudaron un poco, pero igual la ansiedad regresaba”.

La paciente vive en compañía de su hijo de seis años de edad y su esposo. M. describe que su relación matrimonial en la actualidad es poco satisfactoria, indica que, si bien han evaluado con su esposo la posibilidad de separarse, le preocupa llegar a esa decisión porque sabe que le afectará a su madre y porque teme que la imagen que su familia tiene de ella cambie, porque siempre los consideraron un matrimonio ejemplar. A pesar de esto, también reconoce que la presencia de su esposo en casa le ayuda a regular sus niveles de ansiedad, y a sentirse más segura, cuando él no está en casa M. experimenta más miedo.

Diagnóstico Operativo

La sintomatología más recurrente de M. es la ansiedad y suele aparecer principalmente por las mañanas, luego de despertar ella suele estar atenta y sensible a cualquier sensación corporal nueva, esto como una forma de verificar si se encuentra bien de salud y si su ansiedad va disminuyendo, ambas cosas le preocupan: la posibilidad de tener una enfermedad física, y, que su ansiedad se mantenga en el tiempo. En el proceso de verificar alguna sensación extraña en su cuerpo, puede sentir algo raro en: estómago, pecho, nuca, o cabeza, siendo estas dos últimas las que asocia con una enfermedad grave, puesto que su padre falleció por derrame cerebral, son además las sensaciones que mayor ansiedad

desatan en ella (9/10), y son las ideas que a su vez se relacionan directamente con el contenido de sus analepsis, las otras sensaciones las asocia con sus niveles de ansiedad. También se observa que, si al despertar ha identificado algún síntoma o sensación extraña, sus niveles de ansiedad se verán incrementados por el resto del día, puesto que estas sensaciones generarán que durante el día experimente las analepsis referidas a su padre enfermo, esta situación en ocasiones llega a generar falta de aire en M. como si se tratara de un ataque de pánico, pero esto es secundario a los recuerdos intrusivos. También se debe aclarar que si por la mañana no identifica dicha sensación tendrá mejor disposición para realizar sus actividades.

Cuando la sensación corporal identificada se ubica en su cabeza o nuca, para calmarse suele buscar opinión de un médico para que le descarte la posibilidad de tener un derrame cerebral o tumor, en esta búsqueda de opinión profesional le ayuda muchas veces su cuñada quien es médica y puede asistirle casi de manera inmediata, de tal manera que en cuanto le dice que no tiene nada grave su ansiedad pasa de 9/10 a 3/10, y las analepsis pierden su potencia y presencia. Sin embargo, esta tranquilidad suele durar algunas semanas, en este punto el problema de M., podría ser muy parecido al de la ansiedad por la enfermedad, sin embargo, en este cuadro las personas suelen estar convencidas de que su enfermedad es netamente física, de hecho, esta convicción las mantiene alejadas de los servicios de salud mental (Ceberio y De la Cruz, 2023), sin embargo, M. también piensa constantemente que tiene un problema psicológico con muchos síntomas de ansiedad y que incluso puede hacerle perder la consciencia.

M. también ha recurrido a intentar reducir sus síntomas de ansiedad mediante: flores de Bach, infusiones relajantes, yoga y meditación, estas soluciones intentadas tienen como finalidad desaparecer la ansiedad de manera gradual y para siempre, por tal motivo, cuando M. pone en práctica dichas acciones se mantiene muy atenta y alerta a verificar la presencia y disminución de síntomas (por eso suele hacerlo por las mañanas al despertar), esto debido a sus altas expectativas de “curación”, estas soluciones intentadas están enmarcadas en la siguiente lógica: “si aprendo a relajarme correctamente todo esto desaparecerá para siempre y en el momento menos pensado, así no tendré necesidad de confrontarme nunca más con los recuerdos que me asustan (analepsis)”, a ello M. le añade la idea de que si habla o permite la presencia de sus recuerdos o imágenes intrusivas su situación empeorará, por tal motivo se concentra y esfuerza para evitar que eso suceda, o busca distractores con frecuencia (celular, televisión o actividades domésticas) y en sus consultas profesionales evita referir los recuerdos intrusivos, porque hacerlo genera en ella una reacción emocional extrema y desagradable, como es propio del trauma (Carbajal, 2002).

Las analepsis que M. experimenta son síntomas más esporádicos (una o dos veces a la semana) pueden durar desde una hora hasta todo el día, además

son muy potentes, en estas recuerda con claridad a su padre enfermo de gravedad y el momento en que fallece víctima de derrame cerebral. Ante la presencia de las analepsis suele encerrarse en su cuarto, llora a solas y evita comentarlo con otras personas, cuando las tiene experimenta frustración (9/10), tristeza (8/10) y desesperación (9/10), puesto que piensa que todo lo que había avanzado en el control de su ansiedad ha retrocedido abruptamente y que nunca mejorará, cree que la presencia de sus analepsis son indicador de gran desequilibrio psicológico y no contempla en absoluto la posibilidad de confrontarse a ellas para procesar dicha información a nivel emocional, sino que por el contrario estas le aterrorizan y trata de eliminarlas o bloquearlas.

En ocasiones llama a su esposo para que regrese más temprano del trabajo, porque piensa que si pierde la consciencia (debido a su ansiedad) habrá alguien que la vea y le pueda brindar atención pronto, sin embargo, a su esposo nunca le llega a explicar todo esto tal como lo piensa, puesto que experimenta vergüenza, simplemente le dice que se siente un poco mal.

Por otra parte, una actividad que M. ha puesto en práctica y que le ha ayudado a mantener cierto equilibrio emocional es participar en un elenco de danzas, puesto que propicia que afronte desplazarse sola a un determinado lugar fuera de casa (esto lo evita en otras situaciones), además la danza le propicia crearse metas personales, y cuando la practica funciona como una actividad muy relajante. Otro aspecto que la motiva a sobreponerse con frecuencia a sus emociones y que además la impulsa a salir de casa es la crianza de su hijo, porque quiere ofrecerle lo mejor de su tiempo y acompañarlo en sus actividades.

Diseño y plan terapéutico

Metas terapéuticas

Conjuntamente con M. se acordaron las siguientes metas terapéuticas:

- Reducir los niveles de ansiedad, y la variedad de síntomas que esta implica, que impiden que M. realice con normalidad determinadas actividades cotidianas.
- Reducir la afluencia e intensidad de pensamientos catastróficos (recuerdos) que M. experimenta con recurrencia en forma de imágenes que a su vez generan mucho miedo y tristeza en ella.

Objetivos Terapéuticos.

Propiciar la elaboración de la información de carácter traumático, la cual se manifiesta en forma de analepsis que a su vez desencadenan mucho miedo y ansiedad en M., y que propician ataques de pánico y ansiedad por la enfermedad.

Plantear estrategias que le permitan a M. afrontar el miedo y ansiedad lograr el control sobre estos síntomas, y modificar su sistema perceptivo reactivo.

Romper el patrón de conducta (soluciones intentadas) que consiste en que M. busca información o apoyo interpersonal que le brinde tranquilidad momentáneamente, así como medidas que implican evitar exponerse a determinadas situaciones que generan ansiedad en ella, y que terminan por incrementar sus niveles de ansiedad.

Selección de las técnicas de intervención.

Técnicas empleadas:

- Técnica del escenario más allá del problema
- Diálogo estratégico
- Metáforas
- Novela del Trauma
- Prescripción del síntoma
- Imaginar el peor escenario
- Indagación sobre las soluciones intentadas
- Hipnosis sin trance

Primera sesión:

Se recogió la información referente al funcionamiento del problema, en qué circunstancias se presentaba, intensidad, variedad de síntomas, contexto interaccional y pensamientos asociados a la problemática. Se realizó el encuadre de trabajo en base a un promedio de 10 sesiones. Se establecieron los objetivos a alcanzar con el proceso terapéutico: disminuir los niveles de ansiedad, la afluencia de imágenes o recuerdos desagradables y mejorar el afronte ante situaciones cotidianas en las cuales la paciente experimenta elevados niveles de ansiedad. Se prescribió tarea diaria de revisar sus sensaciones corporales o pensamientos desagradables durante 15 minutos, con el apoyo de una alarma que indique la finalización del tiempo, tras lo cual debía salir de la habitación rápidamente.

Segunda sesión:

Revisión de la tarea asignada en la sesión anterior, la cual realizó por cuatro días. Llegó a experimentar algunas sensaciones o molestias en el estómago. Indica que sintió aburrimiento al hacer el ejercicio. Ansiedad que llegó a sentir durante la tarea fue 3/10. Se continuó con la exploración del funcionamiento del problema. Comentó que hace tres días estuvo conversando con una amiga y repentinamente experimentó una sensación corporal que subía hacia su cabeza, sentía desesperación, en ese momento estaba lejos de casa, nivel de ansiedad 4/10. Indica que casi siempre aparece primero la sensación corporal y luego vienen los pensamientos, sensación en el estómago como algo caliente y luego sube, a veces

puede empezar en la nuca, y luego se expande y genera la idea de que le puede dar algo grave en el cerebro (como a su padre).

En esta sesión se usó la metáfora de caminar sobre carbón caliente para pasar rápido la ansiedad, pero a su vez aceptar tolerar la molestia que esta genera. Prescripción de 10 minutos (peor escenario), en una misma hora del día, para generarse la sensación desagradable en su estómago o en su nuca, sensación que suele acarrear pensamientos sobre que tiene algo grave en la cabeza.

Tercera sesión:

Indica que hace dos días despertó un poco ansiosa, sentía opresión en el pecho e inquietud, y tuvo ideas de posibilidad de enfermar, temor al derrame cerebral, esta sensación disminuyó con sus actividades de rutina. Respecto a la prescripción asignada en la sesión anterior, indica que la realizó cuatro días, le costó concentrarse para reproducir las sensaciones desagradables en su estómago o nuca, y solamente un día logró sentir ansiedad usando imágenes referidas a traslado en un taxi, lugar que le produce sensación de estar atrapada. Se empleó hipnosis sin trance para visualizar el escenario más allá del problema (alcanzó Tranquilidad 10/10 y Alegría 8/10). Se visualiza viajando a visitar familia fuera del Perú, viaja libremente sin preocupaciones, nuevos proyectos laborales, y logros en la danza. Consigna: recordar el color y la frase conclusión que emergió de la hipnosis.

Cuarta sesión:

Refiere que el día sábado fue a sesión de pedicure y tuvo un ligero ataque de ansiedad, pensó que el procedimiento le dolería mucho y se puso muy ansiosa, al punto que casi huye del lugar. Indica que empleó la visualización que se generó en la hipnosis sin trance, empleó la frase "me va a pasar algo" y colores que visualizó en dicho ejercicio para poder tranquilizarse al momento de trasladarse en un taxi, imaginando que con sus manos reducía el tamaño de dicha frase hasta hacerla muy pequeña para luego botarla, así logró tranquilizarse y permanecer en el lugar. Se realizó hipnosis sin trance para conectar con un escenario futuro (viaje), y visualizar futuro en el cual viva menos acelerada, controlando su miedo y ansiedad. Se deja la consigna de recordar la frase que mencionó durante la hipnosis: "vivir acelerada me predispone a experimentar ansiedad".

Quinta sesión:

Refiere que un día tuvo malestar físico (dolor en el cuello y cabeza) esto produjo analesis, a su vez crisis de ansiedad y desesperación, pensó que era indicio de algo grave en su salud. Tuvo consulta médica con su cuñada, quién es médico, ella le aseguró que estaba bien y se calmó inmediatamente. No es la primera vez que ante síntomas parecidos su cuñada la tranquiliza al descartarle algo. Se

realiza una redefinición de su acción de buscar ayuda, planteándole que al hacerlo sostiene su problema en lugar de resolverlo (solución intentada) (Nardone, Watzlawick, 1999; De la cruz Gil, 2023). Se le pidió que escribiera de manera detallada su miedo a padecer de algo grave, al hacerlo evidenció que asociaba muchas de las imágenes con escenas del recuerdo de la enfermedad de su padre, indicó que al hacer el ejercicio de escritura experimentaba mucha tristeza y desesperación, y que en determinados momentos las imágenes del recuerdo de su padre enfermo, se mezclan con imágenes donde se encuentra ella en igual situación. Al finalizar el ejercicio de escritura indica que se siente mejor al haber plasmado su miedo. Se termina la sesión con la prescripción de escribir todos los días las escenas que suele imaginar (lo más detallado posible) en torno a los recuerdos de enfermedad grave tanto de su padre, como de las que ella imagina que le podrían suceder (novela del trauma).

Sexta Sesión:

Revisión de tarea asignada, refiere que al segundo día de haber iniciado la escritura experimentó desesperación y ansiedad en niveles significativos (8/10) mientras escribía, experimentó falta de aire. Sin embargo, en los días posteriores ya no volvió a presentar esa sensación de manera intensa y logró escribir más tranquila bajó a (5/10). Durante la sesión leyó sus escritos, se encuentran escenas de enfermedad grave (ella protagonista), de ansiedad desbordante y de su padre enfermo de gravedad. Se prescribe continuar el ejercicio de escritura una semana más, con la especificación de que a veces podrá escribir escenas repetitivas. También se pide intercalar la escritura de la siguiente manera: un día escritura respecto a escenas de enfermedad grave (de su padre o de ella), y al siguiente día respecto a situación de angustia o ansiedad desbordante en situaciones cotidianas. Se menciona la metáfora de caminar sobre carbones calientes.

Séptima Sesión:

Revisión de la tarea de escribir durante la semana, menciona que durante los días que ha escrito experimentó muy poca ansiedad (durante y después), menciona que ha ganado cierto control sobre la ansiedad con la tarea.

Se identificó un temor más específico: “con las tareas me he percatado que cuando me dan los ataques de pánico, tengo un temor muy grande que es llegar a perder el conocimiento, porque eso me dijo el psiquiatra que me atendió hace mucho tiempo, que estos ataques pueden generar una pérdida del conocimiento, pienso que me puede pasar y me limita mucho para ir a determinados lugares”, se le pidió que detalle, mediante la escritura, este miedo durante la sesión, plasmando todo en una escena imaginaria. Luego de escribir detalladamente la escena, refiere que “perder la consciencia” sería lo peor que podría pasarle, sería indicador de que ha llegado al límite de su salud mental. Experimenta elevada ansiedad (9/10) al haber escrito sobre dicho miedo. Se deja la tarea de que debe

escribir diariamente, hasta la siguiente sesión, sobre escenas donde imagine la “pérdida de consciencia”.

Octava sesión:

Esta sesión se realizó dos semanas después de la séptima. Se revisó la tarea asignada de escritura, no la hizo todos los días, pero sí la hizo la mayor parte de los días. Durante la escritura experimentó niveles de ansiedad cada vez menores llegando a 4/10. Se termina la sesión con la analogía de que los cambios ahora serán como una bola de nieve que cae por una montaña y crece.

Se prescribió continuar en los próximos días con la escritura de situaciones donde imagina perder la consciencia por ansiedad.

Novena Sesión:

Esta sesión se realiza tres semanas después de la octava. Se revisa el sostenimiento de los cambios logrados, la consultante expresa: “si bien he experimentado sensaciones de ansiedad en tres ocasiones en las últimas semanas, pude sobreponerme y continuar con mis actividades”, también expresa disminución en la frecuencia e intensidad de las analepsis, expresa que ahora las ve como recuerdos de lo que sucedió con su padre. De esta manera se acuerda dar por finalizado el proceso terapéutico puesto que se alcanzaron los objetivos planteados inicialmente, también se le recuerda a la paciente los momentos y las actividades que le permitieron afrontar mejor sus emociones, para que pueda usar estos recursos en el futuro.

El proceso termina con la paciente habiendo logrado disminuir la frecuencia de sus analepsis, así como la sintomatología asociada a esta, lo que a su vez implica que pueda realizar actividades en las que antes se restringía. Un mes después de la última sesión logra realizar un viaje en avión, situación que le resultaba muy temida por la posibilidad de experimentar ansiedad.

RESULTADOS

El proceso terapéutico seguido con M. luego de ejecutar el plan terapéutico nos brindó los siguientes resultados:

Respecto a los patrones cognitivos y emocionales: M. pensaba que había perdido el control sobre sus emociones, principalmente respecto a la presencia de las analepsis, luego del proceso de intervención refiere: “creo que ahora tengo cierto control sobre mi ansiedad, porque yo traigo estas imágenes y la ansiedad a propósito, no es como antes que venían solas”, luego agrega: “cuando escribo estas cosas que me pasan me permite darme cuenta que a veces pienso o imagino situaciones exageradas”.

Respecto a la posibilidad de perder la consciencia debido a sus altos niveles de ansiedad ahora piensa: “cada vez veo menos probable que pueda perder la consciencia por ansiedad”. En referencia a las analepsis: “cada vez recuerdo

menos las escenas en las que mi padre estaba enfermo, y cuando sucede no me afectan tanto como antes, ahora me siento más tranquila y creo que no llegaré a desbordarme emocionalmente, sino que esto pasará, y entiendo que esas imágenes son solamente recuerdos”.

Respecto a los patrones conductuales: M. logra hacer ciertas actividades que antes no podía, indica: “ahora logro salir más veces a realizar actividades fuera de casa, y siento que tengo mejor control de mis temores, he vuelto a usar la técnica de tomar mis miedos y hacerlos pequeños mentalmente”, “si bien he experimentado sensaciones de ansiedad en tres ocasiones en las últimas semanas, pude sobreponerme y continuar con mis actividades”. Por otra parte, no solicita ayuda médica como antes para descartar una enfermedad grave.

DISCUSIÓN

En el presente caso las analepsis constituyen el síntoma más preponderante e indicativo de trauma, sin embargo, se convirtió en información de muy difícil acceso por el miedo de M. a hablar de dichos síntomas, esto debido a que el trauma genera que estímulos o situaciones benignas o neutras, pasen a ser percibidas como amenazantes puesto que modifica el sistema de creencias de las personas, por tal motivo en los casos de trauma es muy frecuente que se eviten las conversaciones que motiven los recuerdos del suceso (Miguel- Tobal et al. 2000; El – Mosri et al. 2020).

Por otra parte, M. presentaba sintomatología compatible con Ansiedad por la Enfermedad y/o Trastorno de Pánico, y podemos ver que estas son algunas de las expresiones sintomatológicas que puede tomar el trauma (Checa - Jibaja et al. 2024). También se encuentra que debido a que M. evitaba hablar de las imágenes intrusivas para no sentirse ansiosa (solución intentada) y hacía más énfasis en su sintomatología ansiosa, a lo largo del tiempo y sus consultas médicas su caso fue tratado como un caso de ansiedad. En este sentido se pone de manifiesto la gran utilidad del uso del diálogo estratégico y el diagnóstico operativo, recordemos que la terapia breve estratégica se centra en la resolución de los problemas y el desbloqueo de las recurrencias patológicas en el menor tiempo posible, la brevedad de esta terapia no supone una terapia superficial ni enfocada únicamente en reducir síntomas, sino que pretende una reestructuración, profunda y duradera, para lo cual se centra en el funcionamiento actual del problema (Ballesca, 2021; Arriaga et al. 2023; Duarte – Rivero, 2024).

Por otra parte, siguiendo la lógica estratégica de que un problema se conoce a través de su solución, la asignación de tareas a M., para realizar entre sesión y sesión, nos permite no solamente identificar con mayor claridad el funcionamiento del problema, sino que al mismo tiempo genera un cambio gradual en su sistema perceptivo reactivo, por tal motivo el caso de M. responde favorablemente a la elaboración de la información traumática. En esta

problemática el primer paso es externalizar todos los recuerdos, las imágenes, las analepsis que M. presenta (Nardone, 2021; Cagnoni, 2021; Milanese, 2021).

Las analepsis son una manera de rumiación involuntaria e intrusiva, por lo que generaban gran sufrimiento a M., y además eran el origen de un conjunto de síntomas ansiógenos, que era lo que más preocupaba a M. Por tal motivo el objetivo en la terapia en este caso, como en la mayoría de casos de trauma, es pasar de una rumiación intrusiva a una rumiación deliberada (García & Beyebach, 2022), es así que en el caso presentado una de las técnicas que se asignó como tarea con mayor recurrencia fue la de escribir para elaborar los recuerdos traumáticos: “Novela del trauma” (Nardone, et al. 2023).

De tal manera que la paciente al realizar las prescripciones de manera diaria, y mediante estas se fue confrontando con sus recuerdos de una manera deliberada, dándoles un orden, y haciendo un procesamiento minucioso mediante la escritura, logra generar lo que conocemos como “Experiencia emocional correctiva” lo que a su vez le permite tener otras sensaciones corporales y pensamientos respecto a sus recuerdos, lo que a su vez le devuelve la sensación de control sobre su vida y sus emociones (Nardone, 2012; De la Cruz 2022).

Este caso también permite reflexionar respecto a la diversidad sintomatológica que puede producir una experiencia traumática, por lo que el paciente que llega a buscar ayuda profesional reciba diagnósticos como: depresión, ansiedad generalizada, etc, y por lo tanto reciba un tratamiento que no es específico para su problema. (Rojas, 2016; Oramas, 2020) Esto se puede visualizar en el caso de M., que durante el tiempo que llevaba buscando ayuda profesional (psiquiatría y psicoterapia) recibió tratamientos como si su caso se tratara de episodios de pánico o ansiedad.

Por todo lo expuesto, se concluye que el caso de tratamiento del presente informe ha sido exitoso, sin embargo, presenta la limitación de que es un estudio de caso único. Por tal motivo se recomienda realizar más investigaciones acerca de la TBE aplicada al trauma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Arriaga-Calderón, Y., Flores-Peña, S. R. y Zevallos-Nalvarte, D. L. (2023). Abordaje de un caso de ansiedad social desde el enfoque de terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(16). 89-99. <https://doi.org/10.53877/rc.7.16e.20230915.7>
- Ballesca, R. (2021). Uso de elementos de Terapia Breve Estratégica en encuadres psicodinámicos. *Temas de Psicoanálisis*, 21, 1-14. <https://acortar.link/ydW2tm>.
- Barria, N., Pavón, D., Scholten, H., Cabrera, J., Gallo, J., Huanca-Arohuanca, J., Letelier, A., Gurski, R., Salas, G., Caycho- Rodríguez, T., León, A. y Ayala

- Colqui, J. (2023). Estudios históricos y sociales sobre el trauma colectivo. Revisitando los efectos de la violencia política en contextos latinoamericanos. *Aisthesis*, 74, 172-195. <https://acortar.link/neXBUh>
- Bartoli, S., y De la Cruz, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. *Papeles del Psicólogo*, 44(1), 36-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3009>
- Carvajal, César. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(Supl. 2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Ceberio, M., y Watzlawick, P. (2006). *La construcción del universo*. Herder.
- Ceberio, R. M., y De la Cruz Gil, R. (2023). Objetividad y causalidad en la biología cognitiva de Humberto Maturana. Su influencia en la psicoterapia breve. *Dialogos Abiertos*, 2(1), 27-48. <https://acortar.link/Afu7MG>
- Ceberio, M. y De la Cruz, R. (2023). Eficacia de la psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. *Revista científica Retos de la Ciencia*, 7(15), 100-111. <https://doi.org/10.53877/rc.7.15.2023070110>
- Checa-Jibaja, J., Molinari-Palomino, M. C., & Mugerza-Vargas, J. del P. (2024). Abordaje de un caso de trastorno por estrés postraumático en una mujer adulta sobreviviente a abuso sexual infantil desde el enfoque de terapia breve estratégica. *RICEd: Revista De Investigación En Ciencias De La Educación*, 2(4), 11-25. <https://doi.org/10.53877/riced2.4-7>
- De la Cruz, R. (2003). *Drogo dependencias. Familia, terapia y epistemología*. Devida.
- De la Cruz Gil, R. (2021). Epistemología sofista y su influencia en la Terapia Breve Estratégica. *Modelo Nardone. Límite (Arica)*, 16, 1. Epub 03 de septiembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-50652021000100201>
- De la Cruz Gil, R. (2022). El modelo de Psicoterapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone. *Ciencia Y Psique*, 1(1), 67-80. <https://acortar.link/ZovQe0>
- De la Cruz Gil, R. (2023). Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético -constructivista. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(15). 74-86. <https://doi.org/10.53877/rc.7.15.2023070108>
- Duarte-Rivero, L. M (2024). Abordaje de un caso de Trastorno bipolar II con Terapia Breve Estratégica. *RICEd:Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*. 2(4),38-48. <https://doi.org/10.53877/riced2.4-9>
- El-Mosri FP, Rodríguez-Orozco AR, Santander-Ramírez A. (2020) El trastorno por estrés postraumático desde una mirada cognitivo conductual. *Arch Neurocién*. 25(4):55-61. <https://doi.org/10.31157/an.v25i4.231>
- García, F. & Beyebach, M. (2022). *Superar experiencias traumáticas*. Barcelona. Herder.
- Herrera - Lopez, V., y Cruzado, L. (2013). Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina

- de Huancavelica, Perú. Revista de Neuro - Psiquiatría, 77 (3), 144-159.
<https://acortar.link/aj7AuY>
- Losada, A.V, Zambrano-Villalba,C., y Marmo,J.(2022). Clasificación de Métodos de Investigación en Psicología. Revista de psicología UNEMI, 6(11)13-31.
<https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>
- Miguel - Tobal, J., Gonzáles, H., & López, E. (2000). Estrés postraumático: hacia una integración de aspectos Psicológicos y neurobiológicos. Ansiedad y Estrés, 6 (2-3), 255-280. <https://acortar.link/tk55vq>
- Nardone, G. (2012) Problema Solving Estratégico. Barcelona. Herder.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1999) Terapia brece: Arte y Filosofía. Barcelona. Herder.
- Nardone, G. & Milanese R. (2023). La mente herida. Barcelona. Herder.
- Oramas, A. (2020). Trastorno por estrés postraumático: enfoque clínico. Universidad de la laguna [Tesis de fin de grado de Psicología, Universidad de La Laguna]. <https://acortar.link/fz3YET>
- Orellana, C. (2021). Impacto de la Psicología, de la Cibernética de segundo orden, los aportes de Maturana, el Constructivismo vs el Construccinismo y el recurso del déficit planteado por Kenneth Gergen. IMASTER Centro de investigación y desarrollo, 1, 1-9. <https://acortar.link/j2guSW>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). CIE-11. Clasificación Internacional de las Enfermedades (11 ed.). <https://icd.who.int/es>
- Pacheco, D., Guerrero, J. (2021). Prevalencia de trastornos mentales en población peruana con COVID - 19 atendida en el programa “Te Cuido Perú”. Revista Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. 40 (9). 902-908
- Rojas Campos, M (2016). Trastorno de estrés postraumático. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 73(619), 233-240.
<https://acortar.link/tESxNE>
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. Revista Argentina de clínica psicológica, 16(3),261-270
- Von Bertalanffy, L. (1989). Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollos, aplicaciones. Fondo de Cultura Económica.
- Watzlawick, P, Weakland, J & Fisch R. (1976) Cambio, solución y formación de los problemas humanos. Barcelona. Herder.



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Copyright: La Fundación Internacional para la Educación la Ciencia y la Tecnologías, “FIECYT” conserva los derechos patrimoniales (copyright) de los artículos publicados, y favorece y permite la reutilización de las mismas bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Ecuador. Se pueden copiar, usar, difundir, transmitir y exponer públicamente,

siempre que: se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); no se usen para fines comerciales; se mencione la existencia y especificaciones de esta licencia de uso.

Autoría: En la lista de autores firmantes deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber colaborado en la recolección de datos no es, por sí mismo, criterio suficiente de autoría. “KIRIA” declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publiquen.