

POSTÍTULO “PSICOTERAPIA SISTÉMICA ORIENTADA A LAS SOLUCIONES”

ESTUDIO DE CASO:

“CARMEN Y EL MILAGRO”

Alumno: Guillermo Berner Valenzuela.

Profesora guía: Mg. María Amelia Barrera M.

Profesora Patrocinante: Mg. María Amelia Barrera M.

Diciembre - 2014

Resumen

La presente monografía busca reflejar a través de un caso clínico la aplicación y análisis de la pregunta del milagro en una paciente diagnosticada con TAB, donde se podrá apreciar los avances y cambios frente al estancamiento de sus problemas en el cual se encontraba la paciente. Esta técnica se utiliza para que el paciente pueda reflejar lo que necesita trabajar antes que lo considere como un fracaso la situación problema en que se encuentre.

A continuación se irá desarrollando la descripción del modelo TBCS, tanto los componentes como su historia, para pasar a describir en lo que respecta al modelo medico lo que corresponde a estados depresivos y TAB.

Abstract

This monograph seeks to reflect through a case the application and analysis of the question of miracle in a patient diagnosed with TAB, where you can see the progress and changes versus stagnation problems in which the patient was. This technique is used to allow the patient to reflect what needs work before it sees the situation as a failure problem might be.

Below you will develop the model description TBCS, both the components and their history, to go on to describe in regard to the medical model which corresponds to depressive states and TAB.

1. Introducción

La presente monografía está dedicada a exponer un modelo de terapia breve cuya influencia proviene de la terapia centrada en soluciones, donde se ocupa gran parte del tiempo en imaginarse como sería la vida sin el problema, realizándose de una forma detallada, concreta y de una manera que sea tan palpable posible para el cliente. Se comenzara con la terapia breve centrada en las soluciones, los elementos de la entrevista y las características de la pregunta del milagro. Posteriormente se describirá lo que es depresión y trastorno bipolar, plasmándose desde el punto de vista del modelo medico-psiquiátrico. Finalizando con la integración a través de la transcripción de un caso clínico de una paciente diagnosticada de TAB y la realización de la técnica de la pregunta del milagro, mostrándose el avance y cambio del paciente transcurrido durante la terapia.

2. Terapia Centrada en las Soluciones

La Terapia breve Centrada en las Soluciones (TBCS), originada dentro del campo de la terapia familiar, es una modalidad de terapia breve desarrollada en el Instituto de Estudios Familiares, Milwaukee (BFTC, Brief Family Therapy Center) Wisconsin, Estados Unidos. Fundado por Steve de Shazer en 1978.

Watzlawick y Nardone, en el libro “El arte del cambio”, muestran las primeras líneas de la terapia estratégica como una nueva terapia, proponiendo “cuatro herejías” que romperían con las verdades tradicionales en psicoterapia. En primer lugar se propone que no existe “una sola realidad”, sino “tantas realidades como puntos de observación e instrumentos empleados para observar”, no se busca descubrir una verdad o normalidad de la persona, el interés de la terapia está puesto en el significado y el funcionamiento que la persona da a una situación que define como problema (Nardone y Watzlawick, 1992).

En la segunda herejía se plantea un cambio de foco, del contenido al proceso, no se buscan las causas a través de los por qué, si no que se indaga en el cómo funciona y en la solución.

La tercera herejía se relaciona con las características del terapeuta, en su actitud activa y flexible para la búsqueda del cambio. Y la cuarta, que se refiere a la adaptación de las intervenciones a las características individuales de cada persona, experiencia de vida y contexto relacional, en donde el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas, que puede llegar a la resolución de la situación conflictiva presentada por el consultante, implicando la ruptura del proceso circular que mantiene la situación problema.

AGREGAR CÓMO SE TRANSFORMÓ DESDE MODELO ECO-SISTÉMICO A CENTRADO EN SOLUCIONES

Por un lado TBCS se basa en un grupo de técnicas muy prácticas y simples; y por otro lado contiene ideas y teorías que cuestionan diversos axiomas y creencias del pensamiento terapéutico tradicional y de la psicología. Ambas ideas se pueden aplicar en campos que van más allá de la terapia, extendidas en el mundo de la gestión, supervisión, y enseñanza (Justo, 2008).

En este modelo el terapeuta no asumiría un rol de experto, no corregirá defectos ni propondrá normas de comportamiento o educara a la familia o persona que tiene como paciente. Desde este punto de vista se trabaja sólo con el paciente no como "terapia individual", se convoca solo aquellas personas de su círculo familiar que pueda ayudar y generar soluciones.

No se enfocara a indagar en el pasado del paciente basándose en la experiencia o en el inconsciente tomando en cuenta solo la causa y la tarea en centrarse y encontrar soluciones en el presente de forma más positiva que la queja

Como característica del planteamiento rechaza la idea del normativismo, como patrón de un ideal de persona "sana" o de "familia funcional", debido a que cada individuo o grupo familiar actúa y comporta de manera diferente, por lo que ninguno de ellos es superior a otra.

Por tanto la terapia centrada en la solución postula que entre problema y solución son categorías discontinuas, es decir, dos personas que acuden a terapia pueden generar soluciones diferentes a la misma queja o generar soluciones muy similares para casos muy distintos al final de cada terapia.

La terapia centrada a la soluciones sigue una línea diferente y complementaria a la terapia convencional, intenta ampliar y abarcar en nuevas posibilidades de soluciones reduciendo el tamaño del problema, en cambio a la terapia tradicional que se basa en minimizar el espacio que ocupa creando nuevas alternativas y opciones al problema.

La TBCS se basa en las soluciones, ayudando a los pacientes a identificar qué es lo que buscan y quieren conseguir, así enfocándose en trabajar aquellos puntos marcando en las ocasiones en que se consiguen, y fomentando a que suma el control y responsabilidad por los cambios conseguidos en la terapia.

Generalidades y puntos específicos

- No es necesario para el desarrollo de soluciones enfocarse en el pasado y en los detalles concretos del problema.

- Siempre existen excepciones al problema, es decir, momentos en los que el problema no lo es tanto o está ausente. Estas excepciones son frecuentemente olvidadas, o consideradas como episodios de suerte sobre los que no tenemos ningún control.
- Los pacientes tienen recursos para resolver sus problemas. Es importante que utilicemos lo que el paciente “nos trae” a la consulta, además de las dificultades.
- Un cambio pequeño puede llevar a cambios más generalizados. Este cambio puede consistir en hacer las cosas de una manera diferente a lo que acostumbra. Cuando alteramos nuestro comportamiento, repercutirá tanto en aspectos “más profundos” de nuestra persona, como en la manera que otra gente nos percibe.
- Los pacientes tienen diferentes maneras de cooperar con su tratamiento. Por ejemplo, si el paciente quiere seguir hablando de sus problemas, entonces ésta podría ser la mejor manera de proceder. El terapeuta, no obstante, continuará identificando posibilidades constructivas que podrá utilizar en otro momento. También intentaremos introducir preguntas del tipo: “Cuando el problema se haya solucionado, ¿qué hobbies crees que escogerás?”.
- La centralización de las metas. Si la meta del paciente es ignorada, entonces el tratamiento es muy probable que no sea efectivo.

Elementos de una entrevista basada en soluciones

- “*Conversar sin problemas*”. Un problema se refiere a aquello que paciente o familia se queja. Una conversación sin problemas con un paciente, que puede ser sobre cualquier temática. El terapeuta podría decir algo sobre ellos mismos relacionado con el tópico de la conversación. Se puede utilizar al principio de la sesión para establecer una conexión con el paciente, pero también para concentrarnos en áreas de la vida del paciente que funcionan bien, ilustrando que todavía mantiene un grado significativo de competencia.
- “*Excepciones*”. Se refiere como todas aquellas ocasiones en las que el problema no se da, o en las que se produce un avance hacia la consecución de los objetivos.

Una pregunta para abrir la discusión podría ser “Existen ocasiones cuando el problema no ocurre, o ocurre con menor frecuencia?”. Es importante ser conscientes de un lenguaje positivo “Explicame las cosas que funcionan?” en lugar de “Existen ocasiones cuando esto funciona?”. Si una excepciones sugerida, entonces podemos empezar preguntando sobre esa situación: “Qué es diferente cuando esto ocurre?”, “Qué hace que sea diferente?”, “Quién más está envuelto, o se ha dado cuenta de estas diferencias?”, “Como crees que podrías hacer que esto sucediese más a menudo?”, “Cómo explicas estas diferencias?”.

- “*Objetivos*” o “*Metas*”. Es aquello que el paciente quiere conseguir. Se considera *objetivos bien formados* aquellos que están al alcance y se presentan en positivo (como la presencia de algo en lugar de la ausencia de algo), de forma concreta, conductual e interaccional (Beyebach, 1999). Como por ejemplo que “seis de cada siete noches la cama esté seca”; “que en vez de tener rabieta mi hija pida las cosas por favor y que acepte un ‘no’”. Un *objetivo inmediato* para una sesión se podría identificar con la primera pregunta: “Que te gustaría conseguir en esta sesión?”, “De que querrías hablar que te hiciese sentir que el venirme a ver hoy ha valido la pena?”. Para *identificar metas a largo plazo* podríamos preguntar: “Cómo sabrás que el problema ya no es un problema?”.

- “*Preguntas hipotéticas*”. A veces los pacientes no tiene una visión de un “vida sin el problema” (de Shazer, 1988). Así, una parte esencial de este modelo es la identificación de “a donde el paciente quiere llegar”, utilizando la “pregunta del milagro”...

La pregunta del milagro:

Supongamos que no hay cambio o que este no es lo suficientemente relevante, porque sea muy pequeño o porque no está relacionado con la demanda inicial. El siguiente paso consiste en negociar objetivos. En la TCBS se otorga una importancia fundamental a este momento del tratamiento, ya que existe una cierta evidencia empírica de que cuando los objetivos están bien definido la terapia tiene mayores probabilidades de termina exitosamente (de Shazer, 1988; Pérez Grande, 1991).

Esta pregunta básicamente invita al cliente a que imagine qué sería distinto si el problema que le preocupa se solucionara. Kim y De Jong (2002) enfatizan la importancia de hacer la pregunta del milagro correctamente, con calma y con cierta dosis de dramatismo. No se debe

de utilizar a la ligera ni frecuentemente y hay que preparar al cliente, diciéndole por ejemplo, «¿Tú tienes buena imaginación? Porque te voy a hacer una pregunta que requiere de mucha imaginación...», o «Te voy a hacer una pregunta muy rara, sé que es rara, pero no hay respuestas buenas o malas, sólo usa tu imaginación...»

Generalmente la Pregunta del Milagro se formula más o menos así (hablando de forma pausada):

“Suponte que mientras estás durmiendo esta noche y toda la casa está en silencio, ocurre un milagro. El milagro es que el problema que te trajo aquí se soluciona. Pero como estabas dormido no sabes que el milagro ha sucedido. Así que, cuando te despiertes mañana en la mañana, ¿qué será diferente que te haría darte cuenta de que hubo un milagro y que el problema que te trajo aquí se ha solucionado?” (De Shazer en De Jong y Kim Berg, 2002,)

Es importante mencionar que la respuesta a la pregunta del milagro es sólo el punto de partida para conversaciones subsecuentes. Se puede continuar, preguntando ¿Qué sería lo primero que notarías?... ¿y después de eso, qué más notarías que es distinto?... Esta pregunta es sumamente útil por varias razones. Muchas veces cuando tenemos un problema no vemos alternativas. Como la pregunta del milagro es hipotética y no es “real”, permite que los clientes se den la libertad de imaginar un escenario libre del problema sin censurar sus ideas. La respuesta a la pregunta del milagro contiene las claves para las soluciones del problema y las metas de la terapia. Hay que trabajar cuidadosamente, haciendo muchas preguntas más. Entre ellas, preguntas sobre el sistema relacional, por ejemplo ¿Quién se daría cuenta de que te levantaste temprano? ¿Cómo sabrías tú que se dio cuenta?, ¿se comportaría de un modo diferente esa persona al ver que tú estás levantada?...

Uno de los efectos terapéuticos más importantes del proceso de establecer objetivos es que estos se convierten en facilitadores de la acción. Una vez que las personas se plantean una meta y comparan su estado actual con el específico en ella, se generan una serie de tendencias autorreactivas que facilitan que las personas comiencen a actuar en la dirección que ellos han elegido y el terapeuta ha validado. (Rodríguez morejón, Palenzuela y Beyebach, 1993). El terapeuta debe maniobrar para conseguir que los objetivos conseguidos tengan unas determinadas características (Beyebach y Rodríguez morejón, 1993).

La pregunta del milagro consiste de varios aspectos: Primero se llama la atención del cliente al comentarles que le sonara rara la pregunta o que necesitara de su imaginación, se utiliza la palabra “milagro” que es elegida por de Shazer (1988) porque transmite claramente la idea de un cambio muy rápido; sin embargo hay otras formulaciones posibles que se pueden utilizar atendiendo a la idiosincrasia de las personas a las cuales vaya dirigida. También se puede usar la formulación de Erickson de la “bola de cristal” en la que los clientes deben mirar para observar el futuro (de Shazer, 1972), o cualquier imagen extraída de películas o cuentos que sirva para que niños o adolescentes se imaginen un cambio rápido en sus vidas. Otro punto importante es que lo que se resuelve con el milagro son “todos los problemas que lo ha traído hasta aquí”.

Descrito en términos de “relato” (White y Epston, 1980), lo que se pretende conseguir con la pregunta milagro es que los clientes construyan una historia alternativa que pueda ocurrir en vez de la “historia saturada de problemas” que traen a terapia. La idea es que los clientes piensen en nuevas formas de actuar que puedan empezar a poner en práctica en la situación problemática, entre el imaginar y poner en práctica hay un solo paso y va a depender de conseguir descripciones lo mas especificas y claras posible.

- “*Escalas*”. La siguiente etapa es trabajar con escalas, diciendo al paciente que “si el día del milagro se daría un 10, cuánto se pondría de puntuación el día que decidió que necesitaba ayuda?”. Después podríamos pasar a preguntar “Y hoy?”. Hemos encontrado que es útil el preguntar cuál sería un nivel aceptable a aspirar en la escala, ya que no todo el mundo quiere llegar al 10, y podrían estar más que satisfechos con un 7. Entonces empezaremos a tomar detalles concretos de las diferencias entre, por ejemplo, un 4 y un 5 de puntuación. También hemos descubierto que ayuda preguntar “Qué probabilidad crees que hay de que puedas mantener tu comportamiento a 5”, seguido de “Qué crees que incrementaría tu confianza?”. Así, las escalas también se pueden utilizar para medir el grado de confianza de una persona/familia en el tratamiento: “En una escala de 1 a 10, donde 1 significa ninguna confianza y 10 mucha confianza, cuál es tu nivel de confianza en que serás capaz de llevar a cabo lo que te he pedido que probaras?”, “Qué te ayudaría a sentirte más confiado en que es posible que te muevas al punto siguiente de la escala”. Las escalas se pueden utilizar en

muchas situaciones diferentes y se pueden adaptar para usarse con niños (Kim Berg y Steiner, 2003).

- "*Tareas y Felicitaciones*". Después de la sesión tomaremos un breve descanso, importante para estructurar el mensaje que se le entregara al paciente al finalizar la sesión, y para poner énfasis y aumentar el nivel de atención del paciente y la familia. El terapeuta ofrecerá al paciente o a la familia un mensaje que recogerá la esencia de la sesión, centrándose en los aspectos positivos, los puntos fuertes y virtudes (posiblemente no reconocidas) del paciente.
- "*Externalización*". Esta técnica consiste en describir un problema como si 'este fuera algo externo a la persona, ayudando, por ejemplo, a los pacientes deprimidos que asumen que son personalmente responsables por las situaciones negativas o estresantes que viven. La externalización frecuentemente incluye el darle un nombre al problema. Por ejemplo, un niño llamó a sus rabietas su "fantasma". Así, las preguntas se orientaron a "Sabes cómo asustar ese fantasma?". Esta técnica puede ayudar también a minimizar la tendencia del niño o de otra gente de ver a nuestro paciente como el problema. (Coll, 1994)

Trastorno bipolar

Desde la perspectiva del modelo psiquiátrico, el diagnóstico de trastorno bipolar se describe generalmente como una enfermedad periódica, entre los episodios puede producirse labilidad del estado de ánimo y convertirse en una causa importante de deterioro de las capacidades generales, con potenciales cambios perjudiciales en las vidas de las personas afectadas (The Cochrane Collaboration. 2008)

En consecuencia, este trastorno se asocia con morbilidad significativa, inadaptación psicosocial y laboral y alto riesgo de suicidio

En la población adulta, la prevalencia del trastorno bipolar I durante toda la vida oscila entre 0,4% y 1,6% y la prevalencia del trastorno bipolar II es de 0,5% (APA 2002). No se observan diferencias en estas tasas según los distintos grupos étnicos (APA 2002). El trastorno bipolar

I afecta a hombres y mujeres en igual proporción, pero el trastorno bipolar II es más frecuente en las mujeres (APA 2002). Existe mayor probabilidad en los hombres de que el primer episodio sea maníaco, pero para ambos sexos el primer episodio es con mayor frecuencia depresivo (APA 2002). Las tasas de divorcio son dos o tres veces mayores entre las personas con trastorno bipolar que en la población general y el estado ocupacional presenta el doble de probabilidades de deteriorarse (APA 2002). Se estima que entre un 25% y un 50% de todas las personas que sufren trastorno bipolar intentará el suicidio durante el transcurso de su vida (Jamison 2000).

El pronóstico para el trastorno bipolar, a pesar del tratamiento farmacológico continuo de mantenimiento, no siempre es favorable. Hay pruebas que indican que su evolución es menos benigna de lo que se creía anteriormente. El tratamiento consiste principalmente en agentes farmacológicos, tales como estabilizadores estado de ánimo, antidepresivo y antipsicótico cuando es necesario, a veces benzodiazepinas y más rara vez tratamiento electroconvulsivo. El cumplimiento constituye a menudo un problema importante.

El trastorno bipolar es una afección mental caracterizada por cambios de ánimo muy marcados.

Estos cambios de ánimo son constantes y se presentan como mínimo durante una semana.

El trastorno bipolar se conocía anteriormente como la *psicosis maniaco-depresiva* (o *trastorno maníaco-depresivo*). Una persona con este trastorno puede fluctuar entre sentimientos de muy alto y muy bajo ánimo. Estos son períodos de actividad y energía muy intensas, así como de depresión y aislamiento social.

Estos cambios de ánimo son a veces muy severos, más que las altas y bajas de ánimo normales, y hacen que las actividades diarias sean difíciles. Los períodos de ánimo alto se conocen como *manía*.

Los períodos de ánimo bajo se conocen como *depresión*. Algunas veces, los que padecen del trastorno bipolar pueden sentir episodios de ambos sentimientos rápidamente alternantes o coexistentes. Esto se denomina estado *mixto*.

¿Qué es la manía?

La manía es un comportamiento repetitivo que puede manifestarse o generarse en un individuo. Esta puede ser leve o en ocasiones causan graves problemas manifestados en el hogar, trabajo o escuela, lo que puede resultar en problemas conductuales en abuso de drogas, alcohol, relaciones sexuales impulsivas o así también en gastos excesivos de dinero.

Durante la fase de manía, la persona está altamente estimulada y muy activa, y puede estar muy irritable. Es posible que disfrute de esta sensación y que no se dé cuenta de que no es un comportamiento normal. No está consciente de cómo le trastorna la vida o de cómo afecta a los demás. Como resultado de ello, la persona a menudo no busca, o tal vez resiste, tratamiento.

¿Qué es la depresión?

Es un comportamiento en el estado afectivo del individuo caracterizado por la disminución de interés, baja de ánimo. La persona pierde el interés en las cosas que antes le eran divertidas: pasatiempos, aseo personal, participación social, sexo, cambios en los hábitos de dormir, comer, y ocasiones extremas pensar más en el suicidio.

El trastorno bipolar a menudo se diagnostica incorrectamente como depresión debido a que la depresión incluye periodos de manía, pero estos son más cortos y menos severos.

¿Qué es un estado mixto?

Un estado mixto implica tener manía y depresión a la misma vez o cambios rápidos de ánimo. La persona en este estado puede fluctuar entre sentirse muy triste y muy excitada. Los síntomas pueden incluir irritabilidad extrema, cambios de sueño y apetito, así como pensamientos de suicidio.

Tipos de trastornos bipolares

Hay dos tipos principales, y otros que no se pueden clasificar fácilmente:

El trastorno de tipo I implica depresión severa y uno o más períodos de manía que duran 7 días o lo suficiente como para que sea difícil funcionar.

El trastorno de tipo II incluye períodos de depresión junto con una forma más leve de ánimo energético que se conoce como hipomanía.

El BP-NOS no se puede clasificar ni como tipo I ni tipo II, sin embargo, no se considera comportamiento normal.

La ciclotimia es un tipo más leve. Las altas de ánimo y los cambios son mucho menos severos y en la mayoría de los casos no afectan el funcionamiento diario.

El ciclo rápido es cuando una persona tiene cuatro o más episodios de manía, depresión o síntomas mixtos durante un año.

Posibles causas

Se desconoce la causa precisa debido a la combinación de muchos factores distintos que lo produce. Los desbalances químicos, problemas de desarrollo del cerebro, herencia familiar y factores ambientales pueden todos desempeñar un papel. El trastorno bipolar afecta tanto a hombres como a mujeres. Con mayor frecuencia se presenta en la adolescencia o la adultez temprana, pero puede presentarse a casi cualquier edad.

Tratamiento

Usualmente, el trastorno bipolar es una enfermedad crónica. Como la hipertensión o la diabetes, no desaparece por su cuenta. Puede pasar tiempo entre episodios, pero es muy probable que regrese durante la vida de la persona. El no dar un tratamiento al trastorno bipolar tiende a empeorarlo.

El tratamiento durante los períodos calmados de la enfermedad es importante para prevenir otros episodios. Los estabilizadores de ánimo y la terapia de discusión se usan con mayor frecuencia. En casos raros, se necesita terapia electroconvulsiva. Mantener un registro de la vida diaria que dé seguimiento a los estados de ánimo diarios, los patrones de sueño y acontecimientos de la vida puede ser útil para vigilar los síntomas y ver qué tan bien funciona el tratamiento.

Existe un consenso general de que el trastorno bipolar afecta las relaciones en las familias de los pacientes y que las relaciones familiares también afectan el curso del trastorno bipolar (Reinares 2002). Las intervenciones familiares parecen ser útiles para el control de la enfermedad (Reinares 2002; Kim 2004). Bajo el nombre de terapia familiar pueden encontrarse clases muy diferentes de intervenciones, con fundamento en conceptos diversos. Pueden operar como métodos psicoeducativos directos con el objetivo explícito de instruir a los pacientes y los familiares o los cuidadores acerca de las vicisitudes de la enfermedad, o pueden ser modelos de terapia conductual con propósitos más o menos educativos, a menudo con refuerzo de la comunicación y entrenamiento en solución de problemas. Otras terapias pueden implicar esfuerzos por modificar el funcionamiento de todo el grupo familiar, tratándolo como un sistema donde nadie está aislado y nadie es el único poseedor de la enfermedad, como en el caso de los modelos sistémicos de terapia familiar.

Los tratamientos farmacológicos son la principal intervención para el trastorno bipolar. Sin embargo, solos no son suficientes para controlar los síntomas y mantener el funcionamiento psicosocial.

Las intervenciones psicosociales han sido utilizadas para el trastorno bipolar desde la época del tratamiento prefarmacológico. En los primeros tiempos, en su mayoría no parecieron ser terapias útiles para las personas con este trastorno, probablemente debido a la ausencia de medicación concomitante. Sin embargo, el curso del trastorno bipolar ha cambiado, mediante el uso de tratamientos biológicos adecuados, y varias formas de psicoterapias y métodos psicoeducativos se aplican ahora como tratamiento adyuvante, con éxito más evidente. Hoy se emplean diferentes tipos de intervenciones psicosociales individuales, grupales y familiares, con un diseño no específico o un diseño especialmente adaptado para el trastorno bipolar (Jones 2004).

Según cifras del Ministerio de Salud, en Chile son 200 mil las personas que padecen este problema. Quizás así se explique que el libro "La bipolaridad como don", del neurólogo argentino Eduardo Grecco, quien postula que "La bipolaridad es un modo de funcionamiento del organismo que está ligado a la forma en que procesamos la realidad, basados en imágenes, el pensamiento lateral y la curiosidad, entre otras cualidades".

Caso clínico

Carmen (54) separada hace 12 años, durante el 2009 fue diagnosticada de Depresión Mayor cuyo tratamiento farmacológico ha sido llevado, según la paciente, de manera satisfactoria durante los dos primeros años.

Como ejecutiva de ventas se ha destacado como la mejor vendedora del 2010, cuyos beneficios ha podido conservarse sin problemas económicos, manteniendo su hogar quien vive junto a su hija menor (17) y otorgar ayuda a sus dos hijas (32 y 26), la mayor casada y la otra soltera.

Enero, del 2011. Durante una reunión de planificación con gerente general y quienes fueron pareja durante 4 años. Carmen rechaza las metas a cumplir para el presente año considerándolas muy altas y ambiciosas, la reunión se transforma en discusión en donde la ex pareja, actual gerente, la devalúa y humilla con comentarios de relación pasada entre ambos.

Tal episodio le hizo desatar en Crisis de angustia, desmayo y derivación a centro de urgencia, derivándola nuevamente al centro de salud mental que asistía, lo que su falta de perseverancia y autocuidado en su tratamiento farmacológico le ha pasado la cuenta.

Marzo, 2011: Reingresa al centro de salud mental con un nuevo diagnóstico "Depresión Mayor con Observación TAB I"

Abril, 2011: Inicia tratamiento psicológico semanalmente hasta marzo 2012, cuyo tratamiento ha sido prácticamente de contención y apoyo.

Marzo, 2012: Se produce cambio de terapeuta por motivos personales del terapeuta inicial. Tras 3 meses de sesiones inconsistentes en continuidad de asistencia debido a su propia inestabilidad emocional, logra un control reflejado por los constantes cambios farmacológicos.

Carmen no presenta ninguna dificultad en lo que respecta a cognición, encontrándose activa y estable. En cambio, lo emocional se encuentra inestable y frágil, imposibilitándola reanudar su actividad laboral, sumándose problemas económicos, licencias impagas, sin depósitos percibidos por concepto de Alimentos del padre de sus hijas, protestos en curso y remate de departamento tras 9 meses de impago de hipoteca.

El presente psicólogo durante la especialización en Terapia Centrada a las Soluciones, conoce la técnica de “La pregunta del milagro” la cual pone en práctica planteándola a su paciente Carmen, que será reflejada a continuación en la siguiente transcripción

Terapeuta: Carmen, que pasaría si luego de salir de sesión llegaras a tu departamento tranquila y serena, te propongas a descansar y al amanecer te das cuenta que despiertas diferente, como si durante la noche, entre tus sueños se produjese un milagro, que no sabes que sucedió, pero que si sabes que estás realmente bien... como te ves? como te sientes?.

Al realizar esta pregunta a Carmen se mantiene en silencio como si estuviese meditando, logrando con su respuesta obtener una visión más objetiva de la situación, en donde se ve reflejada tanto la necesidad de contención emocional como apoyo económico.

Carmen: (silencio...)sin duda que me siento tranquila, estaría en paz conmigo misma, con fuerza de hacer cosas, vería mi entorno distinto, no me sentiría atrapada sin salida, la relación con Javiera (hija) cambiaría ya que es el único apoyo que tengo y la sentiría presente.

Terapeuta: al parecer, por lo que entiendo, ahora tú te sientes sola, sin compañía y Javiera, tu hija es importante en tu vida. Porque la sientes ausente?

C: Me gustaría que se preocupe un poco mas por mí, que no solo me pida cosas o le de plata para salir o lo único que quiera es estar con su pololo.

T: Que debería pasar para que sientas mas la presencia o compañía de tu hija?

C: Que no me critique, que pueda escuchar cuando le digo que no en vez de enojarse y discutir.

T: Me dijiste que al despertar no te sentirías atrapada y con fuerzas, eso incluye en la relación con Javiera?

C: Si por que la extraño (llora).

T: Imagínate que me encuentro con Javiera, en unos días más, o durante la semana, y ella me dice que las cosas están mejor contigo, yo estaría muy interesado para escuchar, que te imaginas que me diría ella?

C: Que nos comunicamos mejor, que ya no discutimos como antes y que tenemos confianza para contarnos las cosas.

T: Si la comunicación con Javiera mejorara, tu estarías mejor, más tranquila?

C: Creo que estaría mucho mejor, independiente de los problemas que tengo, sería un apoyo importante.

T: Y habrá alguien que se percate del cambio tuyo al despertar?

C: No lo sé, paso gran parte en mi departamento con la Pupy (mascota)

T: Y en ese caso, Pupy como te notara?

C: Con más ganas de salir, la pasearía más

T: Y tu familia, en el trabajo? Lo notarían?

C: Mis padres quienes viven en el sur estarían más tranquilos, me llaman casi todos los días, y mis hermanos que si bien no hablamos tan seguido creo que se darían cuenta que estoy con otra cara.

T: Y en el trabajo, como se darían cuenta?

C: Creo que el ir a trabajar ya se darían cuenta que estoy mejor

T: Entonces Carmen, que nos falta para estar mejor?

C: Sentirme mas apoyada, en compañía

Carmen comienza a expresar de mejor manera los temas que la preocupan manifiesta que los problemas serian diferentes si tuviera el apoyo de su familia, principalmente de su hija menor con quien vive.

T: Que harás que le permitas a Javiera o a tu familia saber que estas mejor?

C: Expresar mis problemas económicos, estar un poco más tranquila.

T: Quien sabe de tu situación?

C: Nadie.

T: Y si te atrevieras a contárselo a Javiera, que crees que sucedería?

C: La preocuparía, creo que se movería para solucionar el desfalco en que me encuentro

T: Desfalco que no sabes cómo salir, y desfalco que no se lo has dicho a nadie, entonces, me parece que sería una buena opción conversar y decirle a Javiera como te encuentras, no?

C: (silencio...) me da vergüenza (llora) reconocerle que no fui capaz y que quedaríamos sin casa por mi culpa.

T: Pero creo que tienes que hacer algo para enfrentar tu situación y esa actitud pasiva de espectadora no te hace bien

C: Sé que no me hace bien pero me inmovilizo, quedo como perpleja, no reacciono

T: Pero has tratado de enfrentar la situación con Javiera o con tu familia?

C: Con Javiera no me salen las palabras, y con mi familia no tengo cara, siempre yo los he ayudado.

T: Entonces Carmen, tomando en cuenta tus temores dime, que es lo mínimo que podrías hacer y que te haga sentir mejor?

C: Creo que decírselo a Javiera... pero no puedo, no me atrevo por lo que dirá.

T: Si es así, para la próxima sesión ven con Javiera, me gustaría conocerla y saber qué piensa de lo que está sucediendo.

C: Eso me ayudará mucho.

Sesión siguiente Carmen asiste con Javiera. Por su lento y titubeante caminar como si estuviese pronto a rendir un examen, ingresa al box presentando a su hija con temblor en su hablar, una vez ya en sus respectivos lugares se explica el interés y motivo de venir y lo importante que es su visita para el tratamiento de Carmen frente a su visión como hija.

La menor se muestra más serena que la propia madre e interesada en que comience las preguntas;

T: Cuéntame cómo has visto a tu madre durante este último tiempo, durante estos dos últimos meses y qué opinas al respecto?

J: Mi mamá hace mucho tiempo que está mal, pasa llorando en su cama, durmiendo mal, despertándose molesta, me reta sin motivo y lo peor que cuando se desespera se pega un grito y se va para la pieza. (Tras un silencio breve brotar una lágrima y su tartamudeo no le permite continuar su relato).

T: Carmen, sabías que tu hija se encuentra en ese estado? La habías visto como está ahora?

C: Me sorprende su actitud e incluso me extraña que se comporte de esa manera, ella sabe perfectamente que puede contar conmigo y decirme lo que sucede, no la entiendo.

J: Como quieres que te cuente si cada vez que te hablo te pones a llorar, o me culpas que si no fuera por mí no estarías así, no estarías conmigo.

T: A que te refieres Carmen?

C: Si, se lo dije... pero lo dije, ya que si no fuera por ella yo ya no estaría aquí. Ella me ha dado la fuerza para seguir luchando y soportar todo lo que he soportado, que tú sabes y que ella también sabe.

T: Sabes a lo que tu mama se refiere?

J: Si me lo dijera creo que no estaría así.

T: Explícame eso, que si te lo dijera no estaría así?

J: Mi mamá se guarda todo, se las come y cuando no puede más, esta como está ahora.

T: Por lo que entiendo, no es primera vez que sucede esto?

J: No es primera vez, desde que tengo recuerdo que mi mamá es así, solo que antes estaba con pareja y ahora sola, antes se refugiaba en él, pero como la “cago” en su trabajo se fue a pique.

C: (llorando en silencio)

T: Me comentas como has visto a tu madre hasta ahora, pero no me has dicho que opinas.

J: Mi mamá es fuerte, siempre se las puede, por lo menos es lo que veo, siempre preocupada por ella misma, si es cuestión de mirarla, es la media mina, pero me da rabia que por ese “weon” este pasando esto, si hay más hombres y puede encontrar a otra pareja pero parece que no entiende o simplemente no quiere.

T: Es decir, tu atañes a lo que le está sucediendo a tu madre esta solamente relacionado a su ex pareja y actual jefe?

J: Si

T: ¿Es así Carmen lo que dice Javiera? es por eso, ¿o no?

C: El tema del ex ya no es tema.

T: Entonces ¿por qué es?

C: (tras un largo silencio, rompe en llanto y subiendo el tono) No!! No es por eso, me van a rematar la casa, no tengo plata, no sé a quién acudir, los gastos comunes están atrasados y nos van a cortar el agua, tengo 4 cuotas atrasada de un crédito y 9 dividendos del departamento atrasado, eso es lo que me pasa, eso!!

Como que Carmen se dio la libertad de poder hablar entre lágrimas, gesticulando con rostro y manos, su hija se muestra cada vez más impresionada.

T: Me parece que no lo sabías.

J: afirma el comentario moviendo la cabeza.

T: Pues eso es lo que sucede con tu madre y tu participación en esta sesión es importante para mí como terapeuta y te diré que tras una simple pregunta que le hice a tu mama estas acá.

J: ¿Se puede saber que respondió?

T: Que se vería mejor con el apoyo tuyo, con el apoyo de su hija menor... para ser sincero no quiero saber que ha pasado entre ustedes y los porque, solo me gustaría saber cómo se puede mejor la relación y que se hará de ahora en adelante. Ahora que tú sabes Javiera y que tú Carmen fuiste ahora capaz de decirlo.

(Pareciera que tras aquel comentario la menor se inundara de fuerza y emoción, sentándose con sus piernas cruzadas sobre el asiento y tomando una actitud más entera, que incluso Carmen cambia a una postura más erguida y compuesta).

J: Si mi mamá me lo hubiera dicho y no se lo aguantara sería tan.

T: Díselo a ella, mírala, esta a tu lado.

J: Si me lo hubieras dicho antes, si tuvieras un poco mas de confianza y que no me veas como una cabra chica todo esto, tal vez, se hubiera evitado, sé que tengo mi genio y soy llevada a mis ideas y no te hago caso pero estamos las dos y sabes perfectamente que mis hermanas ya no están con nosotras y mi papá no nos pesca ni en bajada. Ya es tiempo que cambies y me consideres.

C: Pero como quieres que te cuente si lo único que quiero es no hacerte problemas, estas con tus estudios, con el preu para la PSU y estos son problemas míos

J: Muy problemas tuyos serán, pero me afectan, por lo que son mis problemas también.

T: Parece que Carmen le cuesta entender que tener una buena comunicación y compartir lo que sucede a cada una como los problemas, en este caso se enfrentan mejor las cosas.

J: Se que soy su hija pero las cosas se pueden hacer mejor.

T: Y como se pueden hacer mejor?

J: No creo que mi mamá me haga caso.

T: Carmen que dices?

C: Que esta vez escuchare y confiare en ella.

T: Pues esta dicho, que se viene ahora?

J: Una reunión familiar; con mis hermanas, tíos y primos. Esto no se va a quedar así.

T: Que tal Carmen, que dices?

C: No estoy acostumbrada a pedir ayuda, solo vengo aquí contigo y me acostumbre y lo encuentro necesario pero si mi hija considera que es lo mejor para salir del problema, no me queda otra más que asumir, me cuesta pero lo hare si es para estar bien.

T: Espero que esta sesión sea de beneficio para ustedes, un gusto conocerte (Javiera) y espero también que concreten pronto aquella reunión, nos vemos la próxima semana y tu Carmen creo que ya sabes que hacer, o no?

C: Ya lo sé, y gracias a ti.

T: No, gracias a ustedes.

Para ser sincero no pensé que aquella sesión generara un cambio mejor en Carmen, como dijo que le costaría recibir ayuda, mi impresión era más de lo mismo, un sí que en el fondo es un no, en otras palabras, seguirá con su pesar y lamentarse del como esta.

La sesión siguiente a quien le toco sorprenderse fue al terapeuta al ver el fíato y los cambios logrados a raíz de la sesión última.

T: Que hay de nuevo en esta semana?

C: Creo que ella (sonriendo y mirando a su hija) debería responder.

T: Entonces, cuéntame que ha pasado esta semana.

J: Cuando salimos de aquí fuimos a tomarnos un café con mi mamá.

C: Lo pago con su plata, con la que le había dado su papa, la poca que le da.

T: Y que paso con aquel café?

J: Conversamos y le dije que puede y tiene que confiar en mí, llegamos a la casa, hice una lista a quien invitar para la reunión y nos juntamos hace 3 días.

T: Parece que la hija es más generadora de cambio que la madre.

J: Salí como mi mama, solo que a ella se ahoga más fácil que yo.

C: Es verdad, somos muy parecidas.

T: De cierta manera en este caso hay que seguir el ejemplo de la hija. Y que pasó con aquella reunión?

J: Mi tío pidió un crédito de consumo para pagar los dividendos atrasados y se hizo una vaca para pagar cuentas menores.

T: Me parece que son buenas noticias, algo más que añadir Carmen?

C: Si, la relación de nosotras cambio rotundamente, el fiato es más estrecho que me llevo a emocionar al ver a mi hija hablando.

T: Como es eso?

C: Si!! Yo estaba apoyada en la muralla, tenía la vista de todos, y ella hablando de la situación que lloraba de admiración y a la vez de vergüenza por llegar a esta situación, pero me di cuenta y tengo que reconocer que gracias a su decisión esto tiene otro rumbo y veo la luz a toda esta penumbra, estoy feliz.

Carmen, siguió con sesión posterior aquella cada quince días por un periodo de dos meses, cuya finalidad es de mantención y apoyo al cambio realizado.

Análisis y conclusiones

La Pregunta Milagro es la técnica de proyección al futuro más utilizada en terapia breve. Sirve para que los consultantes se sitúen imaginariamente en su “futuro preferido” y permite crear una historia en la que los problemas que le traen a consulta están resueltos. Si bien podría considerarse como una pregunta simple desde la mirada de otros modelos, se debe hacer hincapié que es una potente técnica que bien “trabajada” puede y da grandes resultados para la sesión actual siguiente y termino de terapia pronta y exitosa para el cliente.

A la respuesta del paciente, que casi siempre se demora unos segundos, le sigue una secuencia de preguntas que pueden ocupar gran parte de la sesión, en algunos casos y sobre todo por los recursos del paciente puede proyectarse en sesiones sucesivas. Es recomendable tener paciencia y sobretodo creer en la capacidad del cliente de que pueda contestar la pregunta,

además de situar a la persona añadiendo detalles de su historia real a la hipotética solución expuesta de su ideal de bienestar en relación a la situación problema.

La respuesta que expreso Carmen frente a la pregunta del milagro incluyo la mejoría en bienestar con su hija menor, mostrándola de gran necesidad de apoyo para ella, quien fue citada en sesión siguiente debido a la importancia para Carmen, la pregunta del milagro dio al terapeuta una pauta por donde seguir con la terapia y así poder ayudar a clarificar la situación en que se había encontrado por largo tiempo.

Bibliografía

LA BIBLIOGRAFÍA SEGÚN APA LLEVA EN CURSIVA EL NOMBRE DEL ARTÍCULO O DEL LIBRO

- * APA 2002. American Psychiatric Association. Practice Guideline for Treatment of Patients of Bipolar Disorder (Revision). American Journal of Psychiatry 2002; 159 Suppl 4:1-150.
- * Beyebach M. y Rodríguez morejón (1993). El abordaje de la terapia de pareja desde el enfoque centrado en soluciones. En M. Garrido (Ed.), Formación de la pareja, ritos de casamiento y familia hoy. Salamanca: UPS
- * Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve basada en soluciones. En: Góngora, N., Fuertes, A. y Ugidos, T. (ed.) Intervención y Prevención en Salud Mental. Salamanca: Amarú.
- * De Jong, P. y Kim Berg, I. (2002) *Interviewing for solutions* (2ª edición). Brooks/Cole.
- * De Shazer, S. (1988). Clues: investigating solutions in brief therapy. New York: Notyon. Trad. Cast.: Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa, 1992.
- * De Shazer, s. (1972). Brief hypnotherapy of two sexual disfunctions: The crystal ball technique. American Journal of Clinical Hypnosis, 20, 203-208.
- * Dr. Xavier Coll, Centre Londres, 1994
- * Grecco, Eduardo. (2012). Despertar El Don Bipolar Un Camino Hacia La Curación De La Inestabilidad. Barcelona: Kairos.

- * Justo LP, Soares BGO, Calil HM. Intervenciones familiares para el trastorno bipolar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
- * Jamison 2000, Jamison KR. Suicide and bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000;61(9):47-51.
- * Kim Berg, I. y Steiner, T. (2003) *Children's solution work*. Nueva York: NortonG.
- * Pérez Grande, MD. (1991). Evaluación de resultados en Terapia Sistémica Breve. *Cuadernos de Terapia Familiar*, 18, 93-110.
- * Rodríguez morejón, Palenzuela y Beyebach (1993). La explicación del cambio en terapia sistémica desde una perspectiva cognitiva de la personalidad. Manuscrito enviado para publicación.
- * Rhodes, J., Ajmal, Y. (1995). *Solution Focused Thinking in Schools*. London: BT Press.
- * White, M., & Epston, E. (1980). *Narrative means to therapeutic ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications. Trad. Cast: *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós, 1993.

¿dónde está Jones 2004?

Borrar los asteriscos. Dejar solo los apellidos

Es por orden alfabético: Jamison viene antes que Juston