

Psicoterapia aplicada a la psiquiatría en Latinoamérica: la terapia breve estratégica

Psychotherapy applied to psychiatry for latin america: brief strategic therapy

Cesar A. Arango-Dávila

Médico Psiquiatra de la Pontificia
Universidad Javeriana,
Bogotá, Colombia.

Magíster en Ciencias Básicas Médicas
y Doctor en Neurociencias de la
Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Clinical High Level Master in Brief
Strategic Psychotherapy del Centro di
Terapia Estratégica Research,
Training & Psychotherapy Intitute,
Arezzo, Italia.

Profesor de la Facultad de Salud
y Coordinador del Postgrado de
Psiquiatría de la Universidad Icesi,
Cali, Colombia.

Especialista e investigador científico
del Hospital Universitario Fundación
Valle del Lili de Cali, Colombia.

Psiquiatra asesor de la institución
Albalá Escuela de Vida,
Cali, Colombia.

Luis A. Montenegro Chamorro

Médico Psiquiatra Universidad Juan
N Corpas, Bogotá, Colombia.

Clinical High Level Master in Brief
Strategic Psychotherapy del Centro di
Terapia Estratégica Research, Training
& Psychotherapy Intitute,
Arezzo, Italia.

Especialista en farmacodependencia
Universidad Luis Amigó,
Bogotá, Colombia.

Gerente y especialista asistencial de
la Clínica del Oriente Limitada Yopal,
Casanare, Colombia.

William A. Sánchez Medina

Médico Psiquiatra de la Universidad
Nacional, Bogotá, Colombia.

Clinical High Level Master in Brief
Strategic Psychotherapy del Centro di
Terapia Estratégica Research, Training
& Psychotherapy Intitute,
Arezzo, Italia.

Basic Training Eye Movement
Desensitization and Reprocessing del
EMDR Institute, Bogotá, Colombia.

Psiquiatra y Psicoterapeuta en
consulta particular, Neiva, Colombia.

Claudia C. Salazar Montoya

Médica Psiquiatra de la Universidad
Tecnológica, Pereira, Colombia.

Especialista en Docencia Universitaria
de la Universidad Santo Tomás,
Bogotá, Colombia.

Especialista en prevención y atención
del maltrato infantil de la Pontificia
Universidad Javeriana,
Bogotá, Colombia.

Clinical High Level Master in Brief
Strategic Psychotherapy del Centro di
Terapia Estratégica Research, Training
& Psychotherapy Intitute,
Arezzo, Italia.

M. Fernanda Rivera Cabal

Ingeniera Industrial de la Pontificia
Universidad Javeriana,
Cali, Colombia.

Coach Ontológico
certificado por Newfield Network.

Business Coach certificado
por Conscious Business
Center de Fred Kofman.

Clinical High Level Master in Brief
Strategic Psychotherapy del Centro di
Terapia Estratégica Research, Training
& Psychotherapy Intitute,
Arezzo, Italia.

Fundadora y directora de Insideout,
Escuela de Liderazgo y Consciencia,
Coach mentora del programa
Conscious Business Coaching,
Cali, Colombia

Coach de la institución Albalá Escuela
de Vida, Cali, Colombia.

M. Andrea Hernández Perilla

Psicóloga de la Universidad de Los
Andes de Bogotá, Colombia.

Master in Brief Strategic
Psychotherapy del Centro di Terapia
Estratégica Research,
Training & Psychotherapy
Intitute de Arezzo, Italia.

Directora del Centro de Terapia Es-
tratégica, afiliado al CTS, Research,
Training & Psychotherapy Intitute de
Arezzo, Italia del Prof. Giorgio
Nardone, Bogotá Colombia.

Profesora de la Maestría en Familia
de la Pontificia Universidad
Javeriana, Cali, Colombia.

Terapeuta de la institución Albalá
Escuela de Vida, Cali, Colombia.

Natalia Ortiz Afanador

Psicóloga de la Pontificia Universidad
Javeriana de Bogotá, Colombia.

Psicoterapia Clínica, Centro Interna-
cional de Investigación Clínico Psi-
cológica (CEIC), Cali, Colombia.

Coach certificada de la International
Coaching Community.

Clinical High Level Master in Brief
Strategic Psychotherapy del Centro di
Terapia Estratégica Research,
Training & Psychotherapy
Intitute de Arezzo, Italia.

Psicóloga Psicoterapeuta de la
institución Albalá Escuela de Vida,
Cali, Colombia.

Autor de Correspondencia

Cesar Augusto Arango Dávila
arangodavila@gmail.com
cesar.arango@ful.org.co
Carrera 98 No. 18-49 Torre 1
Consultorio 219

Los autores no declaran
conflicto de intereses

Resumen El psiquiatra debe tener herramientas de intervención psicoterapéutica. La actividad de los psiquiatras en las instituciones, el volumen de pacientes que manejan, el tiempo estimado de atención y las dificultades en contar con citas regulares hacen que las intervenciones psicoterapéuticas tradicionales no puedan ser aplicadas. La Terapia Breve Estratégica puede constituirse en el tipo de intervención psicoterapéutica del psiquiatra en cualquier entorno, incluso el institucional, se trata de una técnica avanzada, rápida y efectiva que se puede aplicar en el ámbito clínico en tres circunstancias: los síntomas o reacciones mediante los cuales el paciente asume la enfermedad, el manejo específico de síntomas de la enfermedad y las quejas del paciente no relacionadas con el motivo de consulta pero que le generan tensión o displacer. La TBE se basa en un modelo empírico-experimental basado en lógicas no ordinarias y en un principio de urdimbre orgánica y comportamental definido como el sistema perceptivo-reactivo que parte de la caracterización del síntoma y su persistencia mediante una descripción operativa cibernética constructivista. Mediante el denominado Diálogo Estratégico permite caracterizar la dificultad de una manera asertiva con intervenciones que permiten una rápida modificación de la percepción-emoción-cognición y así del comportamiento y la modulación del síntoma.

Palabras Claves: Psicoterapia - Terapia breve estratégica - Diálogo estratégico - Sistema perceptivo reactivo - Latinoamérica.

Abstract *The psychiatrist must have tools for psychotherapeutic intervention. The activities of psychiatrists in institutions, the high volume of patients they handle, the limited time available for each patient, and the difficulties in scheduling regular appointments make traditional psychotherapeutic interventions impractical. Brief Strategic Therapy can serve as a psychotherapeutic intervention for psychiatrists in any environment, including institutional ones. It is an advanced, efficient and highly effective approach applicable to clinical settings across three distinct circumstances: symptoms or reactions wherein the patient acknowledges their illness, targeted management of disease symptoms, and addressing unrelated complaints that induce tension or discomfort extending beyond the primary reason for consultation. Brief Strategic Therapy based on an empirical-experimental model grounded in non-ordinary logic and a principle of organic and behavioral interweaving defined as the perceptual-reactive system that starts with symptom characterization and persistence, employing a constructivist cybernetic operational description. Strategic Dialogue allows for characterizing the difficulty in an assertive way with interventions that facilitate rapid modification of perception, emotion, cognition, and consequently, behavior and symptom modulation.*

Keywords: Psychotherapy - Strategic Brief Therapy - Strategic Dialogue - Reactive Perceptual System - Latin America.

Introducción

El psiquiatra por la razón de su ejercicio debe tener herramientas de intervención psicoterapéutica (1,2, 3). Los programas de psiquiatría hacen un esfuerzo por enseñar alguna o varias de las corrientes psicológicas (4,5,6): psicoanalítica, cognitivo conductual o sistémica. Sin embargo, el egresado no queda entrenado para la práctica en la consulta cotidiana, de hecho, muchos psiquiatras se entrenan en psicoterapia después de la residencia (7,8). Hay escuelas de psiquiatría que han desistido del entrenamiento en psicoterapia, limitan la enseñanza a que el especialista logre una buena anamnesis para la historia clínica y realice adecuadas intervenciones psicoeducativas (1,2,9).

Las condiciones que limitan la atención de los psiquiatras en las instituciones, el alto volumen de pacientes que manejan, el tiempo estimado de atención y las dificultades en contar con citas regulares hacen que las intervenciones psicoterapéuticas tradicionales no puedan ser aplicadas con el rigor que requieren (1,6,9). La Terapia Breve Estratégica (TBE) puede constituirse en el tipo de intervención psicoterapéutica del psiquiatra en cualquier entorno, en el contexto privado e institucional, pues se trata de una técnica avanzada, rápida y efectiva (10,11), que se dirige a la resolución de problemas de tipo adaptativo o relacionales asociados o no a trastornos mentales (12,13). En el caso de la atención en psiquiatría puede usarse mediante tres posibles conceptualizaciones del problema frente a la descripción sintomática usual: a) los síntomas son equivalentes a las reacciones del paciente frente al problema y sus intentos de solución, b) el síntoma es equivalente al problema y c) Los síntomas y quejas del paciente se corresponden con dimensiones diferentes a las del problema motivo de consulta.

Historia

La TBE es originaria de la escuela de Palo Alto en California y adquiere un claro desarrollo desde la última década del siglo pasado (14). Corresponde a una evolución de los enfoques familiar sistémico, de terapia breve y el problem solving desarrolladas en ese entorno, a la cual se le introducen elementos originarios de la retórica de los sofistas griegos y el arte de las estratagemas chinas (15,16,17). Recurre a tradiciones psicoterapéuticas más contemporáneas fundamentadas en la persuasión y sugestión con raigambre en la hipnoterapia clínica, además, incluye las lógicas de

la paradoja y la contradicción, lógicas paraconsistentes planteadas por el matemático filósofo Newton da Acosta (18). En el mismo sentido, recurre al lenguaje transicional de los aforismos universales, de la poesía, de la sabiduría popular y del lenguaje evocador (16,17). Ha tenido un importante desarrollo desde 1987 bajo el liderazgo del Dr. Giorgio Nardone Psicólogo PhD en epistemología, quien junto a su mentor Paul Watzlawick Psicólogo PhD en Filosofía fundaron el Centro di Terapia Estratégica de Arezzo, Italia. La investigación rigurosa ha llevado a la estructuración de un modelo psicoterapéutico con protocolos eficaces (19,20) en el tratamiento de fobias, compulsiones, obsesiones, crisis de pánico, hipocondría y trastornos de la alimentación entre otros (21,22,23).

Características de la TBE

Uno de los avances prominentes de la TBE es la forma como se establece la comunicación con los pacientes desde la primera consulta. Este tipo de abordaje es denominado Dialogo Estratégico (DE) (24) adaptado al nivel conceptual del interlocutor, recurre a preguntas con ilusión de alternativas, paráfrasis re-estructurantes en las cuales el terapeuta le permite reconocer al paciente que es él el creador de sus experiencias y su conocimiento, la evocación de sensaciones mediante figuras retóricas y formas poéticas y finalmente un resumen de lo entendido por el terapeuta, para que el paciente le confirme que su situación ha sido comprendida, y a la vez, para hacer sentir al paciente que él es el creador de su propia realidad. Este proceso de resumir con un talante sugestivo permite una redefinición de la queja o síntoma del paciente, la cual se hace para él abordable y de alguna manera comprendida, ya no desconocida y amenazante. En este momento en el cual se logra una reducción de la complejidad, se procede a la prescripción de la estrategia, la cual, también, en lo posible debe tener en su diseño la connotación de participación del paciente.

Es importante señalar, que el resultado de la redefinición estratégica del problema permite plantear los objetivos terapéuticos exclusivamente basado en la teorización del sujeto, en lo que descubrimos en conjunto de la realidad singular del individuo, excluyendo cualquier postura conceptual o corriente teórica por parte del terapeuta (25). De esta manera, el planteamiento no parte de la creación de una hipó-

tesis de la problemática por parte del terapeuta, más bien, el proceso parte del reconocimiento de la vivencia y realidad por parte del individuo, descubierta por él mismo, y desde este punto, crear la posibilidad de resolverse mediante objetivos contruidos por la diada terapeuta-paciente: “La lógica utilizada durante el diálogo con el paciente y en la construcción de estrategias es constitutivo-deductiva, no hipotético-deductiva; la solución se adapta, pues, al problema, no el problema a la solución. En lugar de realizar intervenciones que se basen en la investigación de las causas del fenómeno, inducimos el cambio con la aplicación terapéutica de estrategias: es la solución apropiada la que explica el problema” (24, 26).

TBE y Teoría Fundamentada

El análisis de las metodologías tradicionales de investigación sitúa a la TBE como un tipo de investigación cualitativa congruente con la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) de los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss (27). Si bien, esta metodología tuvo su auge inicial para afrontar problemas de sociología médica, su estructura se asimila al proceder de la TBE, pues tiene en cuenta la inducción y emergencia de información particular, centrada en un fenómeno específico, en este caso el síntoma o queja del paciente, para reconocer un patrón, secuencia, concatenación, regularidades o irregularidades que permiten el planteamiento de una teoría asociada a esa singularidad, la cual se podrá corroborar únicamente al plantear una solución, es decir; la solución confirma el problema, no al contrario como en las metodologías usuales, en que se identifica un problema para crear una solución (28,29). A través de la Teoría Fundamentada, que asimilamos al proceder de la TBE, se puede acceder y comprender los significados, las vivencias y las percepciones que construyen las personas en su su relación con ellas mismas, con las otras personas o con el mundo.

Evolución de la TBE

La TBE se ha extendido por Europa y Latinoamérica. En Colombia, por ejemplo, en la Ciudad de Bogotá se encuentra el Centro de Terapia Estratégica avalado por la Brief Strategic and Systemic Therapy World Network (BSST) y el Centro di Terapia Estratégica Research, Training & Psychotherapy Intitute de Arezzo, Italia. En total 153 psicólogos y 7 psiquiatras han realizado el curso básico de TBE ofrecido por la entidad nacional

y 27 psicólogos y 9 psiquiatras latinoamericanos han realizado la maestría ofrecida por el ente internacional, directamente en Arezzo Italia. En el año 2022 se realizó la Tercera Conferencia de la Red Mundial de Terapia Breve Estratégica y Sistemica y se plantea para septiembre del presente año la realización del Primer Congreso Latinoamericano de Terapia Breve Estratégica en la Ciudad de Cartagena (Colombia). Cada vez hay más evidencia publicada sobre temas relacionados con TBE en el mundo. En la base de datos Medline PubMed se observa una tendencia exponencial en investigaciones y revisiones relacionadas (Figura 1).

Fundamentos de la TBE

La TBE se basa en un modelo empírico-experimental que se diferencia de otros enfoques psicoterapéuticos porque en su contexto recurre a lógicas no ordinarias como, por ejemplo, la lógica de la creencia, la lógica de la paradoja y la lógica de la contradicción, se fundamenta en la comprobación de que una alta proporción del comportamiento humano, en la cotidianidad, no está respaldado por un sistema lógico ordinario (17,18,26). En otro sentido, uno de los elementos conceptuales de la TBE se basa en un principio sencillo pero sólido de urdimbre orgánica (30) y comportamental (11,12) definido como el Sistema Perceptivo-Reactivo (SPR), que permite muy rápidamente la caracterización del síntoma y el análisis de su persistencia mediante una descripción operativa cibernética constructivista (13,17). Es decir, se parte del principio de que el síntoma es un intento de solu-

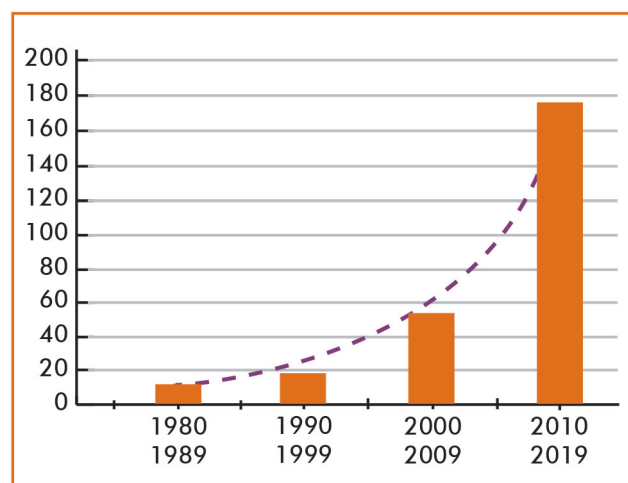


Figura 1. Progresión decenal en publicaciones sobre temas de TBE de acuerdo con la base de datos Medline PubMed y Scielo. Las investigaciones incluyen 28 ensayos clínicos, 1 metaanálisis, 21 ensayos clínicos aleatorizados, 21 revisiones, 2 revisiones sistemáticas.

ción repetitivo y redundante de percepción-reacción enfocado a regular el displacer, la inconformidad, el desconcierto, la insatisfacción, el miedo, la aprensión, la turbación, la ansiedad o la incertidumbre entre otros. Esta percepción-reacción se limita a tres espacios: la reacción hacia los otros, la reacción ante el mundo exterior y la reacción hacia el propio sentir o los propios pensamientos (*Figura 2*).

Psiquiatría y TBE

El abordaje de los pacientes por parte del psiquiatra implica la realización de una historia clínica basada en la anamnesis que incluye el motivo de consulta y la enfermedad actual, la revisión por sistemas, los antecedentes y la historia personal, los antecedentes y la historia familiar, el examen mental y una propuesta diagnóstica y terapéutica (6). La fusión de estos aspectos en el proceder de la TBE mediante el Dialogo Estratégico, permite enfocar la problemática del paciente reconociendo los síntomas o las quejas como directriz de la anamnesis, lo que hace que este empiece a ser esclarecedora para el paciente y simultáneamente terapéutica. La *Tabla 1* compara la intervención clínica psiquiátrica tradicional en la consulta y cuando se instaura un proceso fundamentado en la TBE (*ver Tabla 1*).

Psiquiatría, TBE y psicofármacos

La experiencia de los psiquiatras que recurrimos a la TBE en la consulta cotidiana continuamos como es de esperarse con la prescripción de los medicamentos. Sin embargo, esta prescripción disminuye, porque algunos trastornos muy protocolizados en la TBE res-

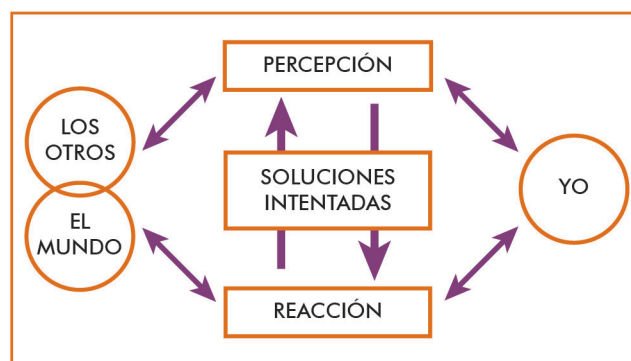


Figura 2. Representación de los componentes fundamentales de la Terapia Breve Estratégica, los cuales permiten estructurar de una manera rápida y confiable mediante el denominado Diálogo Estratégico un postulado fundamentado en la lógica no ordinaria para modificar el intento de solución aberrante (síntoma) de la persona.

ponden a este tipo de psicoterapia con un alto grado de eficacia, entre estos están los trastornos de ansiedad en sus diferentes presentaciones (22, 31,32,33), algunos trastornos de la alimentación (34, 35, 36, 37), las fobias (38,39), las adicciones (40, 41, 42, 43), los comportamientos compulsivos e ideas obsesivas (44,45,46), las disfunciones sexuales (47, 48) y los trastornos adaptativos incluidas las manifestaciones postraumáticas (49, 50, 51). En algunas circunstancias los trastornos de personalidad (51), las manifestaciones paranoides y algunos síntomas psicóticos (24,25) responden parcial o totalmente a estrategias resultantes de la TBE.

Sin embargo, cuando se requiere formular medicamentos, esta prescripción adquiere una connotación diferente que se resume en la *Tabla 2*. La TBE y la prescripción farmacológica implican variados escenarios dependiendo de la singularidad del paciente, de la comprensión de sus síntomas, de las creencias, mitos o tabúes con relación a los fármacos psiquiátricos. En la formulación tiene papel activo no solo la comprensión nosológica, sino el diagnóstico operativo producto del Dialogo Estratégico (*ver Tabla 2*).

En la prescripción de medicamentos en el contexto de la TBE, se destacan los siguientes escenarios asimilables a los tipos de resistencia observados en este tipo de terapia (11):

1. El paciente entiende el efecto biológico del medicamento y lo que se espera de éste, acepta de buena manera la intervención psicofarmacológica y psicoterapéutica psiquiátrica. Una comunicación con el paciente demostrativa y racional puede ser suficiente. Con esta actitud se garantiza adherencia no solo al manejo farmacológico sino a las prescripciones psicoterapéuticas.
2. El paciente tiene mucha dificultad para entender el efecto biológico del medicamento, pero acepta el tratamiento, es decir desea colaborar, aunque no “crea” en el resultado. En este caso se le muestra al paciente el sufrimiento que ha tenido debido a su enfermedad o condición, posiblemente recurramos a frases como la del poeta portugués Fernando Pessoa: “llevo conmigo las heridas de todas las batallas que he evitado”. Se le sugiere tomar el fármaco en la medida que él observe la mejoría especialmente de los síntomas con mayor connotación biológica (insomnio, hiporexia, taquicardia, diaforesis, inhibición motora), se le sugiere hacer un “Diario de abordaje” de estos síntomas, debe

Tabla 1. Comparación entre la intervención psiquiátrica tradicional y cuando se instaura en la consulta un enfoque basado en TBE en la consulta de psiquiatría.

CONSULTA	
Intervención Psiquiátrica Tradicional	Psiquiatría y Terapia Breve Estratégica
Anamnesis, entrevista clínica.	Diálogo Estratégico.
El síntoma hace parte de un cuadro sindromático.	El síntoma es un intento redundante de solución.
El síntoma está claramente definido por la semiología médica.	El síntoma es desarticulado en variadas presentaciones, es singular.
El fin es disminuir o eliminar los síntomas.	El síntoma es un aliado terapéutico.
Se busca la desaparición del síntoma.	Se busca la reelaboración del síntoma.
El fin es suprimir el síntoma.	El fin es desbloquear el síntoma.
El paciente consulta por los síntomas, los síntomas son su realidad, el síntoma hay que eliminarlo – Vivencia de poca atención a la realidad del paciente.	El paciente consulta por los síntomas, los síntomas son su realidad, el síntoma es tenido en cuenta – vivencia de buena atención a la realidad del paciente.
Psicoeducación, indicaciones, recomendaciones.	Prescripciones sugestivas, performativas, lenguaje evocador.
El éxito terapéutico se atribuye al psiquiatra.	El éxito terapéutico se atribuye al paciente.

Tabla 2. Características de la prescripción de medicamentos en el contexto de la TBE aplicada en el quehacer psiquiátrico.

PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA	
Intervención Psiquiátrica Tradicional	Psiquiatría y Terapia Breve Estratégica
Prescripciones farmacológicas cuando se requiere, basadas en criterios nosológicos y síntomas.	Prescripciones farmacológicas cuando se requiere, más prescripciones basadas en el dialogo estratégico y la taxonomía de los síntomas.
El medicamento se usa para curar o mejorar una enfermedad.	El medicamento adquiere una connotación estratégica.
El uso del medicamento procede de un razonamiento fisiopatológico.	El uso del medicamento se asocia a un razonamiento psicopatológico y vivencial.
El medicamento tiene un mecanismo de acción bioquímico y por eso actúa.	Se potencia el uso y efecto del medicamento vinculándolo a la creencia del paciente.
El efecto placebo del medicamento si se presenta, no se considera relevante.	El efecto placebo del medicamento si se presenta, adquiere valor estratégico.
El éxito terapéutico se atribuye al psiquiatra.	El éxito terapéutico se atribuye al paciente.

anotar una a tres veces al día la proporción de éstos síntomas y en acuerdo con él poner un límite en la extensión del tratamiento, este límite no es inamovible y se replantea en congruencia con la satisfacción del sujeto con el tratamiento.

3. El paciente asume un comportamiento abiertamente opuesto y de no colaboración con la toma del medicamento. En este caso en el contexto del Dialogo Estratégico se recurre a la resistencia y a maniobras paradójicas. De alguna manera se prescribe la resistencia al cambio y después se hace una reelaboración cognitiva de ésta. Ejemplos de esta intervención pueden ser las siguientes: “Estoy

de acuerdo con Usted, no hay absolutamente nada que hacer para su problema, ¿de qué manera cree que puedo ayudarle?” o “Quiero que hagamos un trato, el medicamento debe tomarlo de esta manera, debe comprarlo, póngalo sobre su nochero, pero no se lo tome” (en ambos casos se genera una situación paradójica que puede confluir en la colaboración, usualmente hay una o dos prescripciones más no farmacológicas para el paciente).

4. Personas que no asumen una conducta opositora pero tampoco quieren colaborar con el tratamiento farmacológico. En estos casos hay que sintonizar con la lógica no ordinaria del paciente. La

contradicción es que va a la consulta, pero para no colaborar ni con las prescripciones de TBE ni con las prescripciones farmacológicas. Nosotros nos situamos en la postura de que es muy importante que él éste yendo a la consulta. En algún momento de esa primera sesión el paciente accede al tratamiento, cuando se da cuenta que “por no moverse, está preparando los remedios para la picada de la serpiente que se acerca”.

Experiencia de aplicación de la TBE en la clínica psiquiátrica en Colombia

Los siguientes son casos clínicos representativos de varios de los colaboradores de esta publicación en los que se pretende mostrar el proceder de la TBE en diferentes circunstancias de la práctica psiquiátrica. Convenciones: T=Terapeuta P=Paciente P2. Acompañante del paciente

Caso Clínico 1. Paciente hospitalizado por Intento de Suicidio

Paciente masculino de 21 años, estudiante de enfermería, vivió con sus padres y un hermano menor. Se encuentra estudiando en otra ciudad vive en una habitación de una casa de familia.

PRIMERA SESION

T. Ya revisé tu historia clínica y estas aquí por un intento de suicidio. Pero quiero que me cuentes con tus propias palabras todo lo que te pasó.

P. Me puse muy mal doctor. Para qué sigo, si soy un fracasado.

T. Por favor cuéntame por qué crees que eres un fracasado.

P. Soy estudiante de tercer año de enfermería, desde hace tres meses me puse muy estresado, bajé mi rendimiento cuando siempre he querido ser el mejor. Me puse muy ansioso porque tenía muchos compromisos y no me alcanzaba el tiempo, hasta que no pude más. Consulte al psicólogo y este me mandó al psiquiatra. Me puse muy mal de saber que no podía controlar mis propias emociones, además de ser un fracasado. Me incapacitaron, me tocó irme para mi casa en mi ciudad de origen, esto implicó alejarme de mi pareja e irme a no hacer nada. Me sentí peor y por eso tomé la decisión de acabar ya con todo. Ahora estoy aquí hospitalizado, con todo mi mundo destruido.

T. Me dices que siempre has querido ser el mejor

¿ésta es una situación exclusivamente para tu carrera de enfermería o en otros aspectos de tu vida has querido ser el mejor? (pregunta con ilusión de alternativa).

P. En mi casa siempre han estado orgullosos de que yo sea el mejor, los primeros dos semestres de enfermería me destaqué y me exoneraron de la matrícula del segundo semestre. Pero este ha sido total desastre.

T. Te preguntaba si esta es una situación exclusiva de tu carrera de enfermería o implica otras áreas de tu vida (retomo la pregunta con ilusión de alternativa).

P. Este semestre quise ser monitor del laboratorio, esto implicaba 10 horas semanales, no sabía que por esto me pagaban entonces me sentía más comprometido de hacerlo bien.

T. Además de estudiar una carrera que de por sí es muy exigente también debías sacar tiempo para trabajar como monitor en la biblioteca. ¿En qué otras cosas estabas comprometido?

P. Siempre me ha gustado hacer deporte, fui de la selección de voleibol. Pero eso fue un fracaso porque no pude seguir, ahora solo practico de aficionado, quería estar entre los primeros. Este semestre también estaba tomando clases de Guitarra tres veces a la semana en las noches. Ah!!! también desde principios del semestre tengo mi pareja, estamos muy enamorados, pero ya no vale la pena, ella ya se dio cuenta de la situación.

T. La novia termino contigo? o ha sido comprensiva con tu situación (pregunta con ilusión de alternativa).

P. Creo que ha sido comprensiva, de hecho ayer me acompañó en la clínica en la tarde, me dice que tranquilo que todo va a pasar, pero sé que una mujer como ella no querrá seguir con una persona como yo con estos problemas.

T. Creo que he entendido la situación, por favor corrígeme si me equivoco.... (Hago una narración precisa de lo contado por el paciente. El paciente confirma que he entendido su situación, después de la paráfrasis introduzco las siguientes reestructuraciones).

-Entiendo que has querido ser el mejor en todo, pienso que eres una volqueta poderosa, puedes cargar muchas toneladas de material. Pero siendo tú una volqueta poderosa, has querido cargarte como si fueras una tractomula. Has echado más peso del que puedes cargar sin querer decir que no cargas un buen peso (reestructuración).

-Tú eres un estudiante de enfermería destacado, te

becaron el segundo semestre y quieres seguir siendo el mejor. Pero me da la impresión de que no estudias para ganar el semestre, que de entrada es un gran logro, estudias para ser el mejor profesional, algo así como al nivel de Christiaan Barnard -le aclaro quien es este cirujano-

-Te pasa como cuando tuviste un puesto destacado como jugador de voleibol, estar en la selección es una hazaña. Pero no es suficiente porque quieres estar al nivel de Karch Kiraly, el mejor voleibolista de la historia.

-Además de ser estudiante de enfermería, situación que de entrada implica mucho compromiso, te has comprometido en el laboratorio y empezaste a tomar clases de Guitarra. Corroboro mi tesis de que eres una volqueta con ínfulas de tractomula. (Continuo con las paráfrasis y las reestructuraciones).

-Entiendo que has querido ser el mejor en todo, pienso que eres una volqueta poderosa, puedes cargar muchas toneladas de material. Pero siendo tu una volqueta poderosa, has querido cargarte como si fueras una tractomula (repetición de la figura). Has echado más peso del que puedes cargar sin querer decir que no cargas un buen peso.

-Es como si siempre quisieras estas más allá de tus logros.

- Te voy a resumir en pocas palabras lo que te pasa: el deseo del éxito te está llevando al fracaso. Por querer ser excesivamente exitoso estas fracasando. Es decir, lo que me cuentas muestra que estás haciendo muchas cosas para fracasar no para triunfar (postulado paradójico). (Subsiguientemente le hago una prescripción señalándole que pareciera ser absurda, pero que para enderezar algo hay que saber cómo torcerlo. Que he manejado con muchos pacientes como él y que han mejorado. Le sugiero que haga la prescripción de media hora en la tarde y al día siguiente en la mañana. Nos vemos hacia el mediodía. Enfatizo la importancia de que practique la prescripción como la indico. Se trata la media hora de pasión, reconocer, reavivar y retomar todos sus fracasos, exagerarlos, hasta terminar como un drogadicto debajo de un puente. “Vamos a apagar el fuego echándole más leña” le digo. El padre del paciente me informa que sintió un cambio en su hijo desde esta intervención, disminuyó la ansiedad y la desesperanza.

SEGUNDA SESION - 24 horas después

P. Hice el ejercicio como me lo indicó. No había visto las cosas de esta manera.

T. ¿Qué ha pasado con la ansiedad, la depresión y el deseo de morir?

P. Quedé pensando mucho en mi forma de actuar, de ayer a hoy me he sentido mejor.

(Se evidencia un cambio en la expresión del paciente, se le da egreso y se deja la prescripción del “peor escenario” y la conjura del silencio hasta nueva consulta en 10 días).

TERCERA SESION – Teleconsulta 10 días después

P. Hice el ejercicio pero parece que me saturé, ya no quería pensar más en mis fracasos. En los últimos días ya no pude pensar en esto. Lo que tengo que hacer es volver a retomar mi estudio que es lo que más me interesa. Mi pareja ahora vino a quedarse conmigo en la casa de mis padres y me ha dado mucho ánimo.

T. Te felicito porque has hecho un buen trabajo, eres una persona muy inteligente, lo más importante es que ya no estás en la misma situación de antes (se empodera al paciente, se responsabiliza de su mejoría. Hago nuevamente una narración de lo contado por el paciente reestructurando los contenidos, haciendo la alusión a la volqueta v/s tractomula y señalándole que él debe cumplir es con su función de estudiante de enfermería sin pretender ser el mejor, le explico que esto no es necesario, que el pregrado es una formación general pero que uno aprende es en la práctica por lo tanto ser el mejor estudiante en pregrado no implica que sea el mejor profesional en el futuro y pongo varios ejemplos al respecto. Hago alusión al potencial de la imperfección en la belleza y la evolución. Prescribo “el como empeorar” al momento de levantarse. Continuar con “La conjura del silencio”).

CUARTA SESION – Teleconsulta 10 días después

(El paciente se siente mucho mejor, no volvió a presentar ansiedad y mejoro de la depresión. Está haciendo las gestiones para reiniciar sus estudios de enfermería. Los padres lo observan tranquilo y dispuesto).

Caso Clínico 2. Paciente solicita cita prioritaria por no poder dormir

Mujer de 59 años, ama de casa, vive con su esposo. Refiere que desde hace 6 meses no puede dormir en las noches, solo logra conciliar el sueño por momentos y se despierta “asustada”. Ha tomado “remedios natu-

rales” y al no mejorar acude a Medicina Interna quien descarta enfermedades metabólicas, es recetada con trazodona en dosis de 50 mg y abandona el tratamiento a las 3 semanas. Consulta después con neurología quien le encuentra cifras de hipertensión arterial leve, descarta lesiones ocupando espacio y organicidad con imágenes de TAC cerebral. Es formulada con eszopiclona de 3 mg, ella refiere que las primeras semanas lograba dormir 4 a 6 horas, pero las últimas dos noches está durmiendo menos de dos horas y siente que “la tensión se eleva” por no poder dormir.

PRIMERA SESION

T. Al parecer eres una mujer muy sana a quien hasta hace 6 meses todo le funcionaba bien y sin conocer las causas no logras hacer una de las cosas más satisfactorias de la vida, descansar y poder dormir, me interesa saber qué solución has intentado para poder dormir además de las citas médicas que ya revisé.

P. Hace como seis meses pase varias noches sin dormir bien y me sentí muy mal, comenté con una hija quien me dio indicaciones de relajarme. Al no poder dormir intenté la meditación, la respiración controlada, el esperar que sea tarde para ir a la cama lo cual a veces funciona, pero me despierto y siento miedo de que se me suba la presión arterial y no quiero tomar medicamentos para la presión ni quiero tomar medicamentos para dormir que me hagan dependiente.

T. Entonces por lo que me has dicho tienes miedo a no dormir porque si no duermes te puedes enfermar y requerir remedios de por vida?

P. Ya tengo 59 años y me da miedo enfermar, me da miedo tener que tomar remedios y me da miedo morir de un infarto como mi mamá, me da miedo volverme loca. Cuando no puedo dormir me desespero y siento que no puedo respirar bien, siento que me late el corazón muy rápido, no me acomodo, siento picazón en el cuerpo, temo no poder valerme por mí misma, me da miedo morir sin ver a mis nietos crecer, no quiero que llegue la noche.

T. Por lo que me has dejado saber entiendo que estás evitando ese periodo en el que debería darte sueño, también estás pidiendo ayuda y hablando del tema con amigas y familiares pero nada de eso te hace dormir. Cuando pides ayuda y comentas tus síntomas te sientes mejor o peor? (pregunta con ilusión de alternativa)

P. Ya no sé qué es peor porque la familia y algunas

amigas me dicen que no pongo de mi parte y eso me hace sentir peor.

T. Así como me dices, estoy entendiendo que entre más intentas poder dormir y entre más pides ayuda y más comentas, peor te sientes, al parecer nada de lo que has intentado ha funcionado (sintonía con el paciente).

P. Usted sí me está entendiendo, estoy desesperada.

T. Al parecer los exámenes que te tomaron no reflejan lo que sientes, ya que todos los resultados son normales, ¿cuándo te los hicieron tenías los síntomas o estabas bien?

P. No Doctor, los síntomas me aparecen cuando no puedo dormir.

T. Te propongo que seas tu quien describas tus síntomas pero debes hacerlo en el mismo momento en que los estés sintiendo (estratagema surcar el mar a espaldas del cielo), debes describir lo mejor que puedas cada síntoma que aparezca y con el fin de poder tratarlo debes tener en cuenta qué pasa por tu mente, que piensas de lo que te está pasando y si en ese momento estás sola o acompañada, todo lo anterior debes traerlo escrito mañana (diario de a bordo), si te da sueño mientras escribes vas a dormir y si te despiertas reinicias tu escrito.

P. No quiero tomar remedios, yo escribo los síntomas y los traigo.

SEGUNDA SESION - 24 horas después

P. Doctor no logré traer la tarea, estaba describiendo los síntomas y me dio mucho sueño, me desperté como a las 2 am y me acordé de que debía terminar de escribir y preferí seguir durmiendo, no sé por qué pude dormir, hoy me siento mucho mejor, me tomé la presión arterial y está bien.

T. Estoy muy contento con el resultado y te veo mucho mejor pero aún no podemos cantar victoria porque estás aprendiendo que “el miedo mirado a la cara se convierte en valor y coraje” (frase usada con frecuencia por el profesor Nardone), pero llevas muchos meses enferma y se requiere que completes un tratamiento efectivo en el tiempo.

P. ¿Qué debo hacer por ahora para seguir durmiendo bien?

T. Creo que ya te das cuenta de que entre más intentes dormir peor lo haces, quiero preguntarte cuántos escalones subiste hasta mi consultorio? (estamos en un segundo piso son 14 escalones).

P. No los conté, como 20?

T. Te vi subiendo sin prestar atención y sin mirar al piso, ¿cuándo aprendiste a hacer eso?

P. No recuerdo, ¿en la niñez? eso es automático.

T. Recuerda en tu niñez intentando subir y lograrlo con dificultad y recuerda jugando y subir y saltando (lenguaje evocativo), ahora lo haces sin darte cuenta. ¿Cómo crees que subirías si prestas mucha atención a tus movimientos?

P. Me podría caer.

T. Según entiendo, cuando tú no controlas tus funciones automáticas lo haces muy bien, pero al parecer cuando tomas el control como tener el control de tu sueño, las cosas no salen bien, si tomas el control de tus movimientos en la escalera podrías caer (reestructuración). Desde Hoy y hasta la próxima cita en dos semanas, en la mañana, te sientas en un lugar cómodo de tu casa, marcas media hora en el cronometro de tu celular y te pones a pensar en todas las consecuencias de no dormir, lleva por favor tus pensamiento al extremo, si te angustias quiere decir que estás haciendo la prescripción muy bien. Cuando suene la alarma paras inmediatamente de pensar en esto y te dedicas a hacer otra cosa. Al día siguiente repites la misma prescripción hasta que nos volvamos a ver en 15 días. (esta es la estrategia del peor escenario).

TERCERA SESION - 15 días después

P. No necesité escribir la tarea porque estoy durmiendo bien, a veces me despierto, pero no me demoro en volver a dormir, los primeros días realicé la tarea del peor escenario, pero no la veo muy necesaria porque no he sentido miedo y mi presión arterial está estable.

T. Entonces te curaste haciendo dos tareas, no esperaba que fuera tan rápido, te felicito por este logro. Ahora debes saber que tienes las herramientas para volver a aplicarlas en caso de que reinicien los síntomas y podrás disfrutar de tus nietos como querías (se hace una intervención reestructurante y que refuerza el resultado).

CUARTA SESION – 30 días después

No se han presentado nuevos síntomas, la paciente relata que le ha sugerido la técnica a una de sus hijas y también le está resultando efectiva.

Caso Clínico 3. Compulsión a la pornografía

Masculino de 33 años, abogado, vive hace 4 años en unión libre con su pareja mujer a quien se incluye en el proceso terapéutico en un par de ocasiones.

PRIMERA SESIÓN

P. Desde hace tres años las relaciones sexuales con Manuela son cada vez más escasas, no sé qué me pasa pero no me dan ganas de estar con ella, y cuando lo intento, para hacerla feliz, sencillamente no puedo porque no tengo la erección... la verdad necesito ayuda porque no quiero que la relación se acabe por mi culpa, ya que ella está muy decepcionada de mi desempeño. (Tras esta declaración entro a explorar las excepciones de esta disminución del deseo, especialmente cuando intenta tener relaciones sexuales con su pareja. El deseo y la dificultad en la erección desaparecen por completo los martes en la mañana cuando Manuela se va a trabajar, y él acude al uso de películas pornográficas).

T. Corríjame si me equivoco (esta frase da la connotación de que el paciente es el que sabe) ¿lo que me quiere decir es que su deseo sexual aumenta, y presenta erecciones como excepción a la regla, cuando tiene esa mañana libre y observa pornografía, o también en otros momentos?

P. Así es, únicamente en ese momento, y creo que éste es el fondo del problema... ya me dirá usted... Ella sale del apartamento y yo como un niño pequeño que espera a que su mamá no esté para hacer la travesura, doblo delicadamente la persiana para verla salir del edificio, echo tranca a la puerta para que no “me coja fuera de base”, y con una mezcla de adrenalina y apetito sexual acumulado, voy al canal de pornografía y empiezo mi momento de gran satisfacción, satisfacción que después se vuelve culpa.

T. ¿Este placer escondido dura toda la mañana o sólo unas horas? (Pregunta con ilusión de alternativa).

P. Lo hago durante un par de horas y ahí paro. Antes lo hacía entre semana también, cuando llegaba antes que ella, pero la verdad, como pertenezco al grupo religioso del barrio, me siento muy culpable al estar pecando de esta forma, me siento tan culpable que pienso que Dios me castiga impidiéndome tener mis erecciones adecuadas cuando estoy con Manuela (arquea su espalda y mira fijamente el piso del consultorio).

T. ¿Y qué lo lleva a parar a las dos horas, siendo un

acto así de placentero e irresistible? ¿La razón es que su compañera puede llegar o porque finaliza ya con la auto estimulación? (Pregunta con ilusión de alternativa).

P. La segunda razón, pues la verdad, después de dos horas de ver tantas imágenes, muchas veces no aguanto más y me masturbo hasta alcanzar la eyaculación, y una vez que la alcanzo, siento mucha repulsión, parando la actividad de inmediato.

T. Una vez que Manuela regresa del trabajo, y usted ha visto pornografía ¿hay deseo hacia ella o este deseo decrece? (Pregunta con ilusión de alternativa)

P. Hace como un año, al ver pornografía, inclusive alcanzando la eyaculación, esta actividad me servía para aumentar el deseo hacia ella cuando íbamos a tener nuestro encuentro. Sin embargo, de unos 8 meses para acá, intento guardar las ganas para cuando ella regrese, pero esto ya no me sirve, simplemente no me dan ganas de estar con Manuela.

T. Su solución, que en un primer momento funcionaba, se ha convertido en el problema actual. (frase reestructurante)

P. Sí, creo que ésta es la base de mi problema. Por esta razón, aprovecho mi momento de placer semanal y lo gozo mientras lo tengo, antes de que pierda la oportunidad de sentirlo (levanta su mirada y expresa su satisfacción con una sonrisa mezclada con culpabilidad). Este caso ejemplifica claramente cómo una de las soluciones que antes funcionaban, se convierte en el problema. Por ello, exploré además sobre su frecuencia de intimidad con Manuela, y los intentos de ambos para aumentar el deseo de él.

T. No le voy a prohibir los encuentros con lo visual, porque eso es fomentarlos, usted va a seguir viéndolo tal cual lo hace, únicamente le pido que si acaba de hacerlo y hay culpa en ese momento, o en cualquier otro momento del día, descargue su culpa por escrito. Va a hacer un diario de sus culpas, como si estuviera frente a un sacerdote que lo confiesa sin censura. Escriba todo lo que piensa, y deshágase de esos pensamientos e imágenes pecadoras que van en contra del Señor (le digo siguiendo su lógica de la creencia y su propio lenguaje y le sugiero que me traiga esos escritos para la próxima sesión. Adicionalmente a la escritura, le digo que se pregunte todos los días en la mañana ¿Cómo podría empeorar su falta de deseo con su compañera? Y le sugiero que reflexione acerca de qué cosas podría poner en práctica, por absurdas que parezcan, si quisiera empeorar su trastorno)

T. Por favor venga con su compañera la próxima vez, ya que entre dos se avanza más rápido.

SEGUNDA SESIÓN – 15 días después

Vuelve acompañado de Manuela. Se sientan cogidos de la mano y se miran con cariño y le pregunto cómo se ha sentido en los últimos días)

P. Más tranquilo, gracias. He reflexionado bastante, estoy conversando y buscando más a Manuela para consentirla.

T. ¡Ah! ¿Y cómo se lo explica?

P. Creo que debo estar más pendiente de ella... (Luego le pregunto por el efecto del “Cómo empeorar”)

P. Al pensar cómo empeorar mi situación me llegaron a la mente dos cosas: dar más cantaleta y seguir masturbándome... (En consecuencia, empiezo un trabajo conjunto con la Técnica de la “Guerra del Placer”, dándoles la prohibición de la relación completa después de que ambos han tenido sus turnos de ser activos, y darle placer al otro mientras el otro se esfuerza en permanecer inactivo. Luego me quedo a solas con Ignacio para que me entregue el Diario de sus culpas y poder discutir sobre ello. Me confiesa, ya en privado, que otra cosa que lo hizo estar pendiente de Manuela fue pensar que a veces estaba muy concentrado en su propio placer, y esto era alimentado por el uso del material pornográfico, aspecto que deseaba cambiar. Afirma que, aunque la culpa disminuyó bastante a través del Diario, algo de ésta continuaba al ver a Manuela. Reconoce que ya no sólo recurre a la pornografía en el período de tiempo en que su mujer sale, sino que también accede a internet, para ver videos voyeur y upskirt -una forma de voyeurismo sólo hacia mujeres con falda-. Me doy cuenta de que, aunque no es una frecuencia semanal irrefrenable, para él es una gran molestia que aún no se desmonta. Por lo tanto, le prescribo su compulsión, introduciendo un cambio)

T. De ahora en adelante, hasta la próxima vez que nos veamos, que será dentro de dos semanas, va a ver películas eróticas y va a tratar de buscar todo este material pornográfico en los medios que me dice, durante el mismo período de tiempo, como lo ha venido haciendo, pero de la siguiente forma: va a hacerlo primero por 50 minutos exactos, luego va a descansar por 15 minutos y en este lapso puede hacer algo que le guste distinto a esa actividad, ni un minuto más ni un minuto menos. Después, y sólo si siente la necesidad de retomarlo, lo hará por otro espacio de tiempo de 50

minutos. No puede interrumpir antes, así quiera hacerlo. Además, debe seguir con el Diario de la culpa, apenas la sienta.

(En seguida, hago entrar a Manuela para hablar con ella, y sale Ignacio)

P2. (Con gestos de preocupación ella empieza diciéndome) a Ignacio nunca le han gustado los preliminares ni los juegos sexuales conmigo, y además, como no tiene erecciones, no hemos vuelto a tener sexo, y esto me tiene muy aburrida. No sé si lo que usted nos prescribió vaya a funcionar. Lo dudo.

T. Entonces serán las soluciones las que nos mostrarán cómo funciona el problema. (Noto también en nuestro diálogo mucha rabia e inconformidad por parte de ella debido a lo que sucede en la relación, y veo que es necesario que enfrente dicha rabia para superarla, por lo cual le sugiero -como tarea individual- que escriba unas Cartas de la Rabia dirigidas a Ignacio, en las que debe “escupir” todo el veneno, molestias y rechazo que ha sentido hacia su compañero, pero en vez de dárselas a él, le indico que me las traiga la próxima vez que vengán a consulta; de este modo concluimos la sesión).

TERCER SESIÓN a SEXTA SESIÓN

Intervalos de 15 días

(A partir de ese momento, la vida sexual de esta pareja dio un giro de 180 grados, o sea que ocurrió lo que nosotros llamamos un cambio drástico (25). En la siguiente sesión, Ignacio me expresó que había disminuido considerablemente su deseo de recurrir al material pornográfico dijo que la culpa había desaparecido radicalmente, y que sorprendentemente este hecho había producido que perdiera el entusiasmo por la pornografía. Asimismo, reconoció que, al saber que lo podía hacer, no le resultaba tan atrayente como antes, pasando dos martes seguidos sin tener deseos irrefrenables de prender la TV o acceder al internet. Así se logró hacer “subir el enemigo al desván para quitarle la escalera”, al conseguir que la compulsión perdiera su componente de placer, por el hecho de prescribirla. Ambos manifestaron igualmente, en nuestra quinta sesión que las erecciones habían vuelto a la normalidad y que el deseo se despertaba cada vez más. Lo anterior se obtuvo gracias a la técnica de la “Guerra del Placer” que evolucionó turnándose los roles hasta llegar al mutuo duelo. Además, en una ocasión les di la técnica de las “Bellas Estatuas” según la cual debían concluir cada encuentro poniéndose en posición como

si fueran a tener un coito vaginal, pero permaneciendo unos minutos sin finalizar la relación. Con ellos se prohibieron las relaciones completas en varias sesiones, y esto lograba, por efecto paradójico, encender el deseo de tenerlas y los llevaba muchas veces a trasgredir lo acordado. Por otro lado, la pareja empezó a despertar nuevas sensaciones con sus caricias, retomando cosas del pasado que habían dejado, e innovando con diferentes alternativas y acontecimientos en su vida sexual, por ejemplo, yendo juntos a un sex-shop). Uno de nuestros últimos diálogos terapéuticos concluyó con una frase muy simple, pero muy bella, que me dijo Manuela:

P2. Nos estamos sintiendo más el uno al otro.

SEGUIMIENTO - LOS 3 MESES

(Ignacio llegó a la consulta con una mirada transparente como la de un niño que ha estado gozando y cumpliendo sus deberes familiares y con un semblante que emanaba gratitud)

P. ¿Sabe qué? Estoy que no puedo de la dicha, he podido observar que ahora el calor de mi pareja me apasiona más que la prohibida y maniática pornografía. (Dicho esto, cerré el proceso con la certeza de una satisfacción mutua de consultante y terapeuta).

En la historia de la psiquiatría se han suscitado circunstancias que impulsan hacia la psiquiatría biológica, con exclusión de la psicoterapia (1,3,4). Sin embargo la World Psychiatric Association en las recomendaciones para la formación del psiquiatra incluye la importancia de la psicoterapia (6). De hecho se postula que de alguna manera la intervención psicoterapéutica tiene raigambre biológica y por lo tanto se puede considerar un tratamiento biológico (52, 53). Joaquín Fuster (30), el máximo expositor de la fisiología de la corteza prefrontal señala desde este punto de vista exclusivamente orgánico un Sistema Perceptivo Reactivo que funciona y es congruente con los postulados de la TBE de Nardone y colaboradores (10, 11, 25), quienes describen de una manera operativa, estructural y cibernética el funcionamiento de éste sistema. Además esta descripción permite el objetivo de hacer intervenciones psicoterapéuticas en diferentes patologías y manifestaciones de la esfera mental. El tratamiento combinado de medicación y psicoterapia se ha convertido en el modo más común de planificación del tratamiento psiquiátrico en la práctica actual (1). Los casos de estudio citados y el tipo

de intervención descrito de cómo se establece TBE en la consulta psiquiátrica demuestran que ésta es eficaz tanto en procesos de consulta por urgencia psiquiátrica (caso de paciente hospitalizado por intento de suicidio), como en tratamientos en donde la urgencia es menor y la sesiones con el paciente se hacen más espaciadas. Se muestra cómo el uso de la paradoja o prescripción del síntoma, el uso del lenguaje evocador y las preguntas con ilusión de alternativa propias del Diálogo Estratégico, logran resultados efectivos no solo en casos agudos, sino en casos crónicos. Lo anterior indica que la TBE es un modelo de guía clínica eficaz y eficiente en el ámbito psiquiátrico e institucional psiquiátrico, que ha tenido un desarrollo en Colombia y Latinoamérica no sólo dentro de los profesionales de psicología sino entre la comunidad médica psiquiátrica, como un tratamiento guía para diferentes trastornos y circunstancias que comprometen la salud mental.

Conclusiones

1. La TBE es una intervención psicoterapéutica apropiada para las circunstancias de atención en el campo específico de la psiquiatría.
2. La TBE se ha desarrollado como una opción rápida y efectiva en entornos clínicos que presentan limitaciones de tiempo y recursos.
3. La TBE toma como herramienta el Diálogo Estratégico y se basa en el sistema perceptivo-reactivo y la formulación de objetivos basados en la teorización del paciente, y la aplicación de estrategias terapéuticas fundamentadas en lógicas no formales.
4. La TBE ha demostrado ser una opción terapéutica eficaz en diversos trastornos mentales y en una variedad de problemas adaptativos y relacionales de los pacientes.
5. La TBE no pugna con el tratamiento farmacológico, de hecho la TBE genera alternativas que facilitan el tratamiento farmacológico de los pacientes que presentan creencias herradas y oposición a los medicamentos.
6. El Diálogo Estratégico no solo tiene aplicación como medida psicoterapéutica, sino que permite un mejor enfoque de las diferentes quejas que presenta el paciente en la consulta psiquiátrica.

La TBE ha sido adoptada por algunas universidades de Europa en la formación del psiquiatra. En Colombia y Latinoamérica cada vez es más el interés de los psiquiatras por este tipo de intervención, sin embargo, se

necesita sensibilización en esta alternativa terapéutica y por supuesto que se requiere más investigación en el entorno del quehacer psiquiátrico (3, 6, 7, 8). Es importante que la investigación avance hacia las situaciones clínicas psiquiátricas en las que la TBE es esencial, ya sea sola o en combinación con medicación. A medida que se obtienen mayores conocimientos sobre los mecanismos cerebrales responsables de los cambios terapéuticos por la psicoterapia, es posible que se pueden desarrollar psicoterapias cada vez más específicas, la TBE, es una aproximación a estos postulados.

Referencias bibliográficas

1. Gabbard GO. Psychotherapy in psychiatry. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19(1): 5-12.
2. Summers RF, Xuan Y, Tavakoli DN. Teaching focus in psychotherapy: a training essential. *Psychodyn Psychiatry* 2013; 41(1): 91-109.
3. Arango-Davila C, Rojas J, Moreno M. Análisis de los Aspectos Asociados a la Enfermedad Mental en Colombia y la Formación en Psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2009; 37(4): 538-63.
4. Summers RF. *Psychodyn Psychiatry. Teaching Psychotherapy to Psychiatry Residents*. Fall 2018, 46(3): 411-435.
5. Feinstein R, Heiman N, Yager J. Common factors affecting psychotherapy outcomes: some implications for teaching psychotherapy. *J Psychiatr Pract* 2015; 21(3): 180-9.
6. Arango-Davila C. Conceptual Aspects of the Teaching Psychiatry in Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2012; Supl (41): 11-21.
7. Gregory RJ, Mintz D, Yakeley J. Should Psychotherapy Become a Subspecialty of Psychiatry? *Am J Psychother* 2019; 72(2): 36-37.
8. MacDonald J, Ellis PM. Supervision in psychiatry: terra incognita? *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25(4): 322-6.
9. Valle R, Perales A. Enseñanza de psicoterapia en la profesión médica en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina* 2020; 81(3): 348-353.
10. Nardone G. *Psicosoluciones: Cómo resolver rápidamente problemas humanos imposibles*, Barcelona, Editorial Herder, 2004.
11. Nardone G., Watzlawick, P. *Terapia Breve Estratégica*. EE.UU., Rowman & Littlefield Publishers Inc, 2005.
12. Nardone G., *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona, Editorial Herder, 2004.
13. Duncan BL, Solovey AD. Strategic-brief therapy: an insight-oriented approach? *J Marital Fam Ther* 1989; 15(1): 1-9.

14. Michael J. Rohrbaugh and Varda Shoham. Brief Therapy Based on Interrupting Ironic Processes: The Palo Alto Model. *Clin Psychol (New York)* 2001; 8(1): 66–81.
15. Nardone G., *Terapia breve: Filosofía y arte*. Barcelona, Editorial Herder, 2012.
16. Watzlawick P, Nardone G. *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona, Editorial Paidós, 1997.
17. De la Cruz Gil R. Sophist epistemology and its influence on brief strategic therapy, Nardone model. *Interdisciplinary Journal of Philosophy and Psychology (Citado Julio 31 de 2023)*; <https://revistalimite.uta.cl/index.php/limite/article/view/250>
18. da Costa NC, Bueno O, Volkov AG. Esquema de una teoría de categorías paraconsistente. En: P Weingartner editors. *Lógicas alternativas: ¿Las necesitan las ciencias?*. Berlín, Editorial Springer-Verlag, 2004, p. 95-114.
19. Nardone G., *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona, Editorial Herder, 2006.
20. Nardone G., *Problem Solving Estratégico: El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Barcelona, Editorial Herder, 2010.
21. Nardone G., *Miedo, pánico, fobias: La terapia breve*. Barcelona, Editorial Herder, 1997.
22. Iengo A. Brief Strategic Therapy in Panic Disorder Treatment. *Psychiatr Danub* 2020; 32(Suppl 1): 75-78.
23. Pietrabissa G, Castelnuovo G, Jackson JB, Rossi A, Manzoni GM, Gibson P. Brief Strategic Therapy for Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder: A Clinical and Research Protocol. *Front Psychol* 2019, 8; 10: Article 373
24. Nardone G., *El diálogo estratégico - Comunicar persuadiendo: Técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona, Editorial Herder, 2011.
25. Nardone G., E. Balbi, *Surcar el mar a espaldas del cielo: Lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*. Barcelona, Editorial Herder, 2018.
26. Centeno-Gándara LA, Vales-Rodríguez AL, Saucedo-Uribe E. Phenomenology of Non-Ordinary Logics in Brief Strategic Therapy. *Psychiatr Danub* 2022; 34(3): 407-410.
27. de la Espriella, R., & Gómez Restrepo, C. Teoría fundamentada. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2020; 49(2): 127–133.
28. Palacios O. Grounded Theory: Origin, Assumptions and Perspectives. *Intersticios sociales* 2021; 22: 47-70.
29. Antony Bryant, “1967 and all that”. En *Grounded Theory and Grounded Theorizing*, editado por Antony Bryant. Nueva York: Oxford University Press; 2017, p. 63-64.
30. Fuster J. *The prefrontal cortex*. Fourth edition. London, Academic Press is an imprint of Elsevier, 2008.
31. Nardone G., *No hay noche que no vea el día: la terapia breve para los ataques de pánico*. Barcelona, Editorial Herder, 2004.
32. Nardone G., *La terapia de los ataques de pánico: Libros para siempre del miedo patológico*. Barcelona, Editorial Herder, 2016.
33. Nardone G., *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*. Barcelona, Editorial Herder, 1997.
34. Castelnuovo G, Manzoni GM, Villa V, Cesa GL, Molinari E. Brief Strategic Therapy vs Cognitive Behavioral Therapy for the Inpatient and Telephone-Based Outpatient Treatment of Binge Eating Disorder: The STRATOB Randomized Controlled Clinical Trial. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2011; 4(7): 29-37.
35. Nardone G, Milanese R, Verbitz T. *Las prisiones de la comida: Vomiting, Anorexia, Bulimia*. Barcelona, Editorial Herder, 2016.
36. Nardone G., M. Selekman, Hartarse, vomitar, torturarse: *La terapia en tiempo breve*. Barcelona, Editorial Herder, 2013.
37. Nardone G., E. Valteroni, *La anorexia juvenil: Una terapia eficaz y eficiente para los trastornos alimentarios*. Barcelona, Editorial Herder, 2018.
38. Rakowska JM. Brief strategic therapy in patients with social phobia with or without personality disorder. *Psychother Res* 2011, 21(4): 462-71.
39. Nardone G., Watzlawick, *El arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona, Editorial Herder, 1992.
40. Robbins MS, Bachrach K, Szapocznik J. Bridging the research-practice gap in adolescent substance abuse treatment: the case of brief strategic family therapy. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23(2): 123-32.
41. Werstlein R, Bachrach K, Brigham G, Robbins MS, Szapocznik J, Horigian VE, Feaster DJ, Puccinelli M, Jacobs P, Burlew K. Brief strategic family therapy for adolescent drug abusers: a multi-site effectiveness study. *Contemp Clin Trials* 2009; 30(3): 269-78.
42. Lebensohn-Chialvo F, Rohrbaugh MJ, Hasler BP. Fidelity Failures in Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: A Clinical Analysis. *Fam Process* 2019 ;58(2) :305-317.
43. Robbins MS, Feaster DJ, Horigian VE, Rohrbaugh M, Shoham V, Bachrach K, Miller M, Burlew KA, Hodgkins C, Carrion I, Vandermark N, Schindler E, Werstlein R, Szapocznik J. Brief strategic family therapy versus treatment as usual: results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79(6): 713-27.
44. Pietrabissa G, Manzoni GM, Gibson P, Boardman D, Gori A, Castelnuovo G. Brief strategic therapy for obsessive-compulsive disorder: a clinical and research protocol of a one-group observational study. *BMJ Open*. 2016; 24;6(3): e009118.
45. Proietti L, Aguglia A, Amerio A, Costanza A , Fesce F, Magnani L, Serafini G, Amore M. The efficacy of brief strategic therapy in treating obsessive-compulsive disorder: a case series. *Acta Biomed* 2022; 22; 93(S1): e2022271.

46. Nardone G., C. Portelli, Obsesiones, compulsiones, manías: Entenderlas y superarlas en tiempo breve. Barcelona, Editorial Herder, 2015.
47. Hernández M, Salazar S. Sexualidad dual: la terapia breve estratégica para la superación de problemáticas sexuales en el hombre. Bogotá, Editorial Destiempo, 2018
48. Nardone G, Balbi E, Boggiani E. El Placer Frustrado. Las Paradojas Sexuales del Nuevo Siglo y su Solución. Barcelona, Editorial Herder, 2021.
49. Rakowska JM. Brief strategic therapy in first myocardial infarction patients with increased levels of stress: a randomized clinical trial. *Anxiety Stress Coping*. 2015 ;28(6) :687-705.
50. Horigian VE, Anderson AR, Szapocznik J. Taking Brief Strategic Family Therapy from Bench to Trench: Evidence Generation Across Translational Phases. *Fam Process* 2016; 55(3): 529-42.
51. Nardone G., *Problem Solving Estratégico: El arte de encontrar soluciones a problemas irresolubles*. Barcelona, Editorial Herder, 2010.
52. Arango-Dávila C, Pimienta H. El Cerebro, de la Estructura y la Función a la Psicopatología. Primera Parte: Bloques Funcionales. Número Extraordinario “Las neurociencias y Psiquiatría”, *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004; 33 (Suplemento No.1): 102-25.
53. Arango-Dávila C. El Cerebro, de la Estructura y la Función a la Psicopatología. Segunda Parte: la Microestructura y el Procesamiento de la Información. Número Extraordinario “Las neurociencias y Psiquiatría”, *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2004; 33 (Suplemento No.1): 126-54.