

Abordaje de un caso de co-morbilidad múltiple con Terapia Breve Estratégica

Approach to a case of multiple comorbidity with Brief Strategic Therapy

Marco Antonio Muñoz Chávez

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

mam.insight@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-7567-4248>

Jhon Jesús Ñaupari Alvaro

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

jnauparial@ucvvirtual.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0003-3110-9722>

Marlon Bruno Ramos Caballero

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

marlonbrunoramoscaballero@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-3907-1909>

Fecha de recepción: 11 de mayo de 2024

Fecha de aceptación: 05 de julio de 2024

Fecha de publicación: 01 septiembre de 2024

Como citar: Muñoz-Chávez, M. A., Ñaupari-Alvaro, J. J. y Ramos-Caballero, M. B. (2024). Abordaje de un caso de co-morbilidad múltiple con Terapia Breve Estratégica. *KIRIA: Revista Científica Multidisciplinaria*. 2(4), pp. 51-64. <https://doi.org/10.53877/fmmx6581>

RESUMEN

Se presenta el abordaje y tratamiento psicoterapéutico de un caso de una consultante femenina de 38 años, que presenta co-morbilidad múltiple: trastorno límite de personalidad, trastorno de pánico, depresión y fobia, quien recibió doce sesiones de tratamiento con terapia breve estratégica. El presente artículo tiene por objetivo aplicar la terapia breve estratégica en un caso de co-morbilidad múltiple. Metodología cualitativa de caso único. Resultados se evidencia una remisión completa de los síntomas presentados por la consultante y la modificación de los patrones disfuncionales cognitivos e interaccionales. Se concluye que la aplicación de terapia breve estratégica demostró ser exitosa en el abordaje del presente caso.

PALABRAS CLAVE: psicoterapia breve estratégica, trastorno límite de personalidad (TLP), fobias, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

The psychotherapeutic approach and treatment of a 38-year-old female client with multiple comorbidities (borderline personality disorder, panic disorder, depression, and phobia) is presented. She received twelve sessions of brief

strategic therapy. The objective of this article was to apply brief strategic therapy to a case of multiple comorbidities. The methodology used was qualitative and used in a single case. The results show complete remission of the client's symptoms and modification of dysfunctional cognitive and interactional patterns. It is concluded that brief strategic therapy proved successful in addressing this case.

KEYWORDS: strategic brief psychotherapy, BPD, phobias, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

La terapia breve estratégica (TBE) fue desarrollada por Giorgio Nardone, quien, influenciado por el trabajo del Mental Research Institute de Palo Alto. Formuló un modelo terapéutico basado en principios cibernético-constructivistas y lógicas no binarias (Nardone y Portelli, 2017; Bartoli y De la Cruz Gil, 2023). Nardone (2013) enfatiza que los trastornos emocionales son mantenidos por soluciones intentadas disfuncionales, y que el cambio terapéutico se logra mediante intervenciones que interrumpen estos patrones. Diversos estudios han evaluado la eficacia de la TBE en trastornos de ansiedad y depresión. Por ejemplo, Nardone y Portelli (2017) reportaron una eficacia del 95% en trastornos ansiosos y del 83% en trastornos depresivos, con una media de 7 sesiones, sin el uso de fármacos. De la Cruz Gil (2021a) presentó un caso clínico de trastorno de ansiedad generalizada tratado con TBE, mostrando una remisión completa de los síntomas tras el tratamiento.

En la investigación Eficacia de la Terapia Breve Estratégica en el Trastorno de Pánico (Rodríguez et al., 2022), un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo investigó la efectividad de la terapia breve estratégica en 54 pacientes mexicanos con trastorno de pánico. Los participantes, predominantemente mujeres (62.9%) con una edad media de 36.57 años, fueron evaluados antes y después de la intervención utilizando las escalas HAM-A, PAS, CGI y Q-LES-Q. Los hallazgos muestran una mejoría clínica significativa en los pacientes tratados. Aunque no se dispuso de un grupo control, la alta adherencia al tratamiento, facilitada por el modelo breve de 10 a 12 sesiones, sugiere su viabilidad. Cuatro pacientes no completaron el protocolo debido a diagnósticos diferentes o comorbilidades. Los resultados indican que la terapia breve estratégica puede ser un tratamiento efectivo para los ataques de pánico, lo que la convierte en una opción prometedora, ya sea como alternativa al tratamiento convencional cuando este no logra la remisión o como abordaje inicial.

Por otro lado, en el presente caso de co-morbilidad múltiple y su abordaje con Terapia Breve Estratégica tenemos varias patologías emocionales entre ellas el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). La misma que es definida como una afección mental compleja que impacta significativamente en las emociones, la autoimagen, el comportamiento y las relaciones interpersonales de un individuo (American Psychiatric Association, 2013). La prevalencia del TLP en la población general varía en diferentes estudios, pero se estima que oscila entre el 1.4% y el 5.9% (Choudhary & Thapa, 2017). En entornos clínicos, como pacientes hospitalizados por trastornos de salud mental, la prevalencia puede ser

significativamente mayor, llegando aproximadamente al 20%. En adolescentes, la prevalencia en la población general es alrededor del 3%, incrementándose drásticamente en contextos clínicos, como en clínicas ambulatorias (11%) o servicios de urgencias para adolescentes con ideación suicida (hasta 78%) (MSD Manuals, s.f.; Mental Health America, s.f.). Es importante destacar que la comorbilidad con otros trastornos mentales como depresión, abuso de sustancias y trastornos alimentarios es alta, lo que puede dificultar su diagnóstico.

Adicionalmente el TLP se caracteriza por: inestabilidad emocional, las personas experimentan cambios de humor intensos y sentimientos crónicos de vacío (Sadek, 2024). Disfunción interpersonal, las relaciones suelen ser inestables y se caracterizan por una dependencia extrema y temores al abandono (Choudhary & Thapa, 2017); Impulsividad, esto incluye la autolesión y el comportamiento suicida, y entre el 60 y el 70% de las personas han intentado suicidarse (Bockian, 2017).

Prevalencia del trastorno límite de la personalidad en la población general: El TLP afecta aproximadamente al 1,6% de la población en los EE.UU., con tasas variables a nivel mundial 0,7% en Inglaterra, 1,0% en Australia (Bockian, 2017). Diferencias de género: Aproximadamente el 75% de las personas diagnosticadas son mujeres, aunque estudios recientes indican que no hay una disparidad de género significativa en la prevalencia (Choudhary & Thapa, 2017).

Además de ello se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, acompañado de una impulsividad intensa. Este patrón comienza en las primeras etapas de la edad adulta y se manifiesta en diversos contextos (American Psychiatric Association, 2013; MedlinePlus, s.f.). y según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición (DSM-5), para un diagnóstico de TLP, una persona debe cumplir con al menos cinco de los siguientes nueve criterios: Esfuerzos desesperados para evitar el abandono, real o imaginado: Esto incluye acciones extremas para no quedarse solo o ser rechazado, incluso si los miedos son infundados. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas: Se caracteriza por una alternancia entre la idealización y la devaluación extremas de la otra persona. Las relaciones suelen ser caóticas y turbulentas. Alteración de la identidad: Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen o sentido de sí mismo. Los intereses y valores pueden cambiar rápidamente, y la persona puede sentirse como si no existiera o fuera "mala". Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente dañinas para sí mismo: Esto puede incluir gastos excesivos, sexo sin protección, abuso de sustancias, conducción imprudente, atracones de comida o sabotear el éxito. Comportamiento suicida recurrente, gestos o amenazas, o comportamiento de automutilación: Las autolesiones como cortes o quemaduras y las amenazas suicidas son comunes, a menudo en respuesta al miedo al abandono o al rechazo. Inestabilidad afectiva debido a una notable reactividad del estado de ánimo: Episodios de intensa disforia (malestar emocional), irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y, rara vez, más de unos días. Las emociones son muy intensas y difíciles de regular. Sentimientos crónicos de vacío: Una sensación persistente de vacuidad o aburrimiento. Ira inapropiada e intensa o dificultad para controlarla: Esto puede manifestarse como frecuentes arrebatos de genio, ira constante o peleas físicas. Ideación

paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves: Sensaciones de irrealidad o de estar desconectado de uno mismo, que suelen ser breves y desencadenadas por el estrés (Mental Health America, s.f.; Mayo Clinic, s.f.; AMAI TLP, s.f.). Además de estos criterios, las personas con TLP a menudo experimentan una hipersensibilidad a estímulos pequeños, lo que puede desencadenar reacciones emocionales intensas y dificultad para calmarse (HelpGuide.org, s.f.). También pueden tener problemas para mantener trabajos o completar estudios, y enfrentar múltiples problemas legales o conflictos en sus relaciones. Así mismo, respecto al trastorno de pánico, suele ser co-mórbido con el TLP, lo que indica una interacción compleja entre la ansiedad y los trastornos de la personalidad.

Por otro lado, la ansiedad constituye uno de los trastornos emocionales con mayor prevalencia y con mayor volumen de consulta de atención primaria, debido a sus características clínicas, las repercusiones sociales, familiares, económicas y de salud pública (Segovia y De la Cruz, 2024). La depresión por su parte es un trastorno del estado de ánimo muy prevalente y que impacta significativamente la calidad de vida de quienes los padecen (Organización Mundial de la Salud, 2017). El Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente sobre diversos eventos o actividades, mientras que la depresión se manifiesta por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteraciones del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (American Psychiatric Association, 2013). La comorbilidad entre ambos trastornos es frecuente, lo que complejiza su abordaje terapéutico.

En este contexto, la terapia breve estratégica (TBE) emerge como un modelo de intervención psicológica que se centra en comprender los problemas dentro de su sistema relacional donde moviliza los recursos y fortalezas del consultante para generar cambios significativos en un periodo de tiempo limitado (Nardone y Portelli, 2017). La TBE se distingue por su enfoque en las soluciones más que en los problemas, la identificación de excepciones (momentos en que el problema no ocurre o es menos intenso) y la utilización de preguntas poderosas para facilitar la construcción de nuevas narrativas y la activación de soluciones ya existentes o potenciales.

La terapia breve, además, se ha convertido en un enfoque eficaz para tratar la ansiedad y la depresión, particularmente en los casos en que la dinámica relacional desempeña un papel importante, ya que este modelo terapéutico se centra en comprender y modificar las interacciones dentro del contexto relacional del consultante, lo que puede influir significativamente en su salud mental.

La terapia breve estratégica (TBE) se fundamenta en la teoría general de sistemas y el construccionismo social. Su principal postulado es que los problemas psicológicos se mantienen dentro de un sistema de interacciones y significados (De la Cruz Gil, 2022, De la Cruz Gil, 2023). En lugar de centrarse en las causas históricas del problema o en las patologías individuales, la TBE se enfoca en comprender cómo el problema se manifiesta en el presente y en identificar las soluciones que ya existen o pueden construirse dentro del sistema del consultante. Principios Fundamentales de la TBE: Orientación a la solución: La TBE se centra en identificar y amplificar las soluciones en lugar de analizar

exhaustivamente los problemas, en este aspecto es similar a la terapia breve centrada en soluciones con quién comparte similitudes epistemológicas (De Shazer & Berg, 1992). Teniendo como correlato histórico el pensamiento y epistemología sofista centrado en el cuestionamiento de una única realidad y la objetividad entre paréntesis (De la Cruz Gil, 2021a; de la Cruz Gil, 2022).

La Terapia Breve Estratégica (TBE), es una estrategia central, que reside en la exploración activa de las "excepciones". Esto implica identificar y analizar detalladamente aquellos momentos en los que el problema que aqueja al consultante no se presenta en absoluto, o bien, su intensidad disminuye significativamente (Nardone y Portelli, 2017). El propósito de esta indagación no es ahondar en las raíces o causas del problema, sino más bien "comprender qué elementos, acciones o circunstancias están operando de manera efectiva" en esos momentos de ausencia o menor severidad del problema. La meta ulterior es discernir cómo esos factores positivos pueden ser replicados y generalizados a otras situaciones de la vida del consultante (Nardone y Portelli, 2017).

Esta perspectiva se aleja radicalmente del enfoque tradicional que se centra en la patología o en las deficiencias del individuo. Como bien señalan Nardone y Portelli (2017), y en sintonía con la visión pionera de De Shazer (1985), la TBE reformula la pregunta diagnóstica: "En lugar de preguntar ¿por qué tienes este problema?, la TBE pregunta ¿qué es diferente cuando este problema no está presente o es menos severo?" (Nardone y Portelli, 2017; De Shazer, 1985, p. 9). Esta re-formulación no solo orienta la conversación hacia la solución, sino que también subraya un pilar fundamental de la TBE: en el énfasis en los recursos y las fortalezas inherentes a cada persona. La TBE parte de la premisa de que los consultantes no son meros receptores pasivos de ayuda, sino que poseen intrínsecamente un arsenal de habilidades, capacidades y experiencias previas que pueden ser movilizadas y potenciadas para la resolución de sus dificultades.

El terapeuta busca identificar y validar estas capacidades para empoderar al consultante en el proceso de cambio. "Los clientes ya tienen las soluciones a sus problemas; el terapeuta ayuda a activarlas y hacerlas más visibles" (Berg & de Shazer, 1993, p. 7). Intervenciones centradas en el lenguaje y la interacción: La TBE utiliza preguntas estratégicas diseñadas para generar nuevas perspectivas y facilitar la construcción de soluciones (Nardone, 2014). Preguntas como la "pregunta del milagro", las preguntas de escala y las preguntas sobre las diferencias son herramientas clave en este proceso. Nuestras palabras no solo cuentan lo que vemos, sino que también moldean lo que creemos que es real. Por eso, al modificar cómo hablamos sobre un problema, podemos descubrir y crear nuevas maneras de resolverlo. La TBE se caracteriza por ser una terapia de corta duración, con un número limitado de sesiones considerando en ser breve y centrada en el foco del problema.

El terapeuta trabaja de manera colaborativa con el consultante para establecer objetivos claros y alcanzables en un periodo de tiempo específico. "La brevedad no es solo una cuestión de eficiencia, sino también una forma de respetar los recursos y la capacidad de cambio del cliente" (O'Hanlon & Weiner-Davis, 2003, p. 12). Colaboración y respeto: La relación terapéutica en la TBE se basa en la colaboración y el respeto por la perspectiva del consultante. El terapeuta adopta una postura de "no saber" y busca comprender el mundo del

cliente desde su propio marco de referencia. "El terapeuta es un facilitador del cambio, no un experto que impone soluciones. El conocimiento y la experiencia del cliente son fundamentales en el proceso terapéutico" (White & Epston, 1990, p. 25). La presente investigación tiene por objetivo aplicar el modelo de terapia breve estratégica en un caso de co-morbilidad múltiple.

MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de carácter cualitativo, se enmarca dentro de los estudios de caso único no controlado de intervención terapéutica. Diseño no experimental, en el que no se manipulan las variables intervinientes, se describen las cualidades del fenómeno a estudiar, siendo un reporte narrativo del terapeuta, se hace énfasis en las características del caso y en los resultados de la intervención terapéutica (Roussos, 2007). El objetivo se centra en los efectos del tratamiento e intervención con psicoterapia breve estratégica en un caso de co-morbilidad múltiple: Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), acompañado de ansiedad, depresión y trastorno de pánico con agorafobia.

Identificación del consultante

Consultante de 38 años de sexo femenino, trabaja desde casa vía online, es madre soltera con un hijo de 11 años y vive con su madre que es adulta mayor, los tres comparten la vivienda.

Descripción del caso

La consultante presenta ciertos problemas que le generan depresión, ansiedad manifestada también con ataques de pánico, preocupación y desgano para realizar sus actividades diarias, lo cual le ha perjudicado en su vida laboral, familiar y social. La manera como se presenta la sintomatología es a través de pensamientos recurrentes que cambian su estado de ánimo y la hacen dudar de lo que debería hacer siendo estos pensamientos fatalistas y derrotistas, los cuales aparecen en cualquier momento del día, pero con mayor frecuencia en la noche impidiendo que pueda dormir tranquilamente.

Historia y presentación del problema

Este es un caso complejo y multifacético que requiere un análisis exhaustivo para comprender la intrincada red de experiencias que han moldeado la vida de esta mujer de 38 años. Su diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), acompañado de ansiedad, depresión y agorafobia (fobia a salir de casa), no es un hecho aislado, sino la manifestación de una historia de vida marcada por el trauma y las dificultades interpersonales.

La raíz del trauma podríamos centrarla en el Bullying Escolar y su Impacto profundo como punto de partida crucial para entender su sufrimiento actual se remonta a su etapa escolar en secundaria, donde fue víctima de constantes burlas (bullying) por parte de sus compañeros. Este tipo de experiencia a una edad tan vulnerable, donde la identidad y la autoestima están en plena construcción,

puede tener un impacto devastador y duradero. El bullying no es un simple "juego de niños"; es una forma de violencia psicológica que puede dejar cicatrices profundas, generando, sentimientos de vergüenza y humillación, ante la exposición constante a la burla pública, la que puede internalizarse como una confirmación de que "algo está mal" con ella, afectando su autoimagen. Así como también el aislamiento social con el rechazo de los compañeros involucrados en el Bullying, puede llevar al aislamiento, dificultando el desarrollo de habilidades sociales y la construcción de relaciones de confianza, y por ende un deterioro de la autoestima, las cuales minan la percepción de su propio valor, sentando las bases para una desvalorización personal que, como vemos, persiste hasta la actualidad en todos los ámbitos de su vida.

Entendiendo el desarrollo de su ansiedad social y las fobias en la escuela, la cual debería ser un lugar seguro para el aprendizaje, se convirtió en un espacio de amenaza, lo que puede explicar su miedo a salir de casa y encerrarse por días. Es allí donde apareció la Ideación suicida, como el punto más crítico de esta etapa, el que fue su intento de suicidio a los 19 años. Esto es un claro indicador de la desesperación y el sufrimiento extremo que las secuelas del bullying pueden generar. Aunque no se concretó, este evento marca la gravedad del impacto psicológico y la necesidad urgente de intervención. A ello se suma la historia de tratamientos psicológicos y psiquiátricos, con una trayectoria de su búsqueda de ayuda es tan reveladora como la historia de su trauma, ya que los múltiples psicólogos (más de 5) previos a la intervención con TBE, el hecho de haber consultado con más de cinco psicólogos sin un progreso significativo antes de la Terapia Breve, es un elemento clave. Esto puede indicar varias cosas, como Heterogeneidad en los enfoques terapéuticos, ya que es posible que no todos los enfoques previos hayan sido adecuados para la complejidad de su TLP y sus comorbilidades. Falta de adherencia o compromiso con el tratamiento: Aunque menos probable dado su sufrimiento, la inestabilidad emocional asociada al TLP puede dificultar la adherencia a terapias prolongadas o que no perciben un avance rápido. La complejidad del TLP, al ser un trastorno complejo que requiere enfoques especializados. Si los terapeutas anteriores no estaban familiarizados con el manejo del TLP, la terapia pudo haber sido ineficaz (AMAI TLP,2024).

Por otro lado, las dificultades en la relación terapéutica de las personas con TLP a menudo experimentan dificultades en las relaciones, lo que puede extenderse a la relación con el terapeuta, llevando a cambios frecuentes de profesionales. Y a ello se suma los dos Ingresos psiquiátricos, los cuales son indicativos de crisis severas, probablemente relacionadas con la intensidad de su depresión, ansiedad, o riesgo de autolesión/suicidio. Estos ingresos suelen ocurrir cuando el nivel de descompensación es tal que requiere contención y monitoreo en un entorno seguro. Son un testimonio de la gravedad de su condición y de la necesidad de una intervención intensiva en momentos críticos. Y por último una dinámica familiar y relacional a la que podemos denominar como un círculo vicioso de dolor por las relaciones interpersonales son un área central de dificultad en el TLP, y en este caso, se manifiestan de manera prominente con los conflictos constantes con su Madre, con quien vive y mantiene muchos conflictos, lo que se atribuye a que su madre "nunca le prestó la atención y consideración como madre". Esta relación es un factor crítico. La

falta de apego seguro y de validación emocional en la infancia (debido a la "falta de atención y consideración") es un factor de riesgo conocido para el desarrollo del TLP. La relación actual con la madre puede ser un ciclo perpetuo de desilusión y frustración, reforzando sus sentimientos de desvalorización y exacerbando su inestabilidad emocional. La madre, sin intención, podría estar replicando patrones de interacción que contribuyen a su sufrimiento. Dentro de esta dinámica aparece el padre de su Hijo, quien por su "personalidad inestable" se aleja de ella y de su hijo, lo cual constituye un golpe devastador y un ejemplo claro de cómo las características del TLP (cambios de humor, miedo al abandono, relaciones tormentosas) impactan en las relaciones significativas. Él era la "única persona con la que llegó a tener una relación de pareja", lo que intensifica el dolor de la pérdida y refuerza su creencia de que no es digna de amor o estabilidad. Este abandono pudo haber desencadenado o exacerbado su depresión, ansiedad y la desvalorización.

Las manifestaciones actuales del sufrimiento como un ciclo de desvalorización y temor, dado que, en la actualidad, sus síntomas son un reflejo de toda esta historia de vida, donde la desvalorización personal está presente en todos los ámbitos, convirtiéndose este es un síntoma cardinal y transversal. La creencia profunda de que no vale, alimentada por el bullying, la falta de atención materna y el abandono de su pareja, impacta su vida personal, familiar y laboral. Esta desvalorización puede manifestarse como una falta de iniciativa, dificultad para establecer límites, perfeccionismo paralizante o, por el contrario, desorganización y abandono de responsabilidades.

Otras características que presenta son el miedo a salir de casa y su encierro, manifestado por su agorafobia, es una manifestación directa de la ansiedad y el miedo al juicio externo. Después de la experiencia de bullying y el abandono, el mundo exterior puede ser percibido como un lugar amenazante. Encerrarse por uno o dos días en su cuarto es un mecanismo de evitación que, aunque le brinda una falsa sensación de seguridad a corto plazo, perpetúa el aislamiento y le genera sufrimiento, lo que luego acompaña de llanto sin motivo aparente, debido a que los episodios de llanto descontrolado y aparentemente "sin motivo" son comunes en la depresión y el TLP, y ello es reflejo de una desregulación emocional profunda y una acumulación de dolor y frustración que no puede procesar de otra manera, y esto se traduce en un miedo a que le pase algo y aparecen los pensamientos intrusivos (rumiación), los cuales son síntomas de ansiedad severa, debido a que su mente está atrapada en un bucle de preocupaciones intrusivas e irracionales, lo que la mantiene en un estado de alerta y tensión constante, impidiéndole encontrar paz.

Diagnóstico Operativo

Los pensamientos negativos recurrentes y mala comunicación con sí misma usualmente se presentan en la noche cuando se va dormir y en el día cuando realiza una nueva rutina, eso es constante todos los días indicando una escala 9 de 10, siempre se presenta cuando se acaba el día y se dirige a su habitación teniendo una duración de toda la noche y el día. Ello desaparece cuando esta distraída con alguna otra actividad o está conversando con alguien y esta persona

requiere de su ayuda y orientación, y como anteriormente paso por psicólogos y psiquiatras y no encontró la ayuda que requería, ya para la actualidad, no ha intentado nada más para poder disminuir o extinguir esos pensamientos, de su co-morbilidad existente.

Diseño y Plan Terapéutico

Meta terapéutica

Lograr una buena comunicación con sí mismo y pensamientos positivos de su persona, que logre disminuir la sintomatología asociada a la co-morbilidad existente.

Objetivo Terapéutico

Modificar la percepción de sí misma mejorando la co-morbilidad existente.

Diseño terapéutico: Selección de las técnicas de intervención

Para el diseño terapéutico del presente acaso se seleccionaron las siguientes técnicas: Hipnosis sin trance, la ordalía, dialogo sofista, la caminata reflexiva, reencuadre del síntoma, carta de despedida, hipnosis con trance centrado en descubrir y fortalecer sus recursos, el amuleto, las tres realidades, la pequeña felicidad, consejo de expertos, un milagro por la mañana, la carta desde el futuro, las tres preguntas para una vida feliz, planea un día perfecto, haga algo diferente, la lista de elogios, pos-it para uno mismo, hipnosis para el futuro, la caja de recursos, detectar e implantar fortalezas, consejo de expertos, consulta al sabio que hay dentro de uno mismo y carta de despedida a los pensamientos.

Proceso terapéutico

Sesión 01: Para iniciar la con la terapia se le realizo la hipnosis sin trance con la finalidad de buscar el pensamiento recurrente para cambiar su estructura y la secuencia, dejándole como prescripción la ordalía para que lo realice todos los días hasta la próxima sesión.

Sesión 02: Se inicia la sesión con el dialogo sofista con la intención de analizar los pensamientos más recurrentes y negativos, cuestionando la evidencia que sustenta los pensamientos, buscando alternativas o soluciones más racionales y culminando con una reflexión cognitiva. Se le deja como prescripción la caminata reflexiva para que lo realice cuando crea conveniente.

Sesión 03: En esta sesión se le hizo el reencuadre de síntomas solicitándole que busque un significado a sus pensamientos recurrentes, para luego inducirle y cambiarle la perspectiva y el significado del mismo, dándole un nuevo significado a la interpretación. Se le dejo como prescripción la carta de despedida, describiendo las cosas que buenas y malas que podido aprender mediante la experiencia.

Sesión 04: Para esta sesión se vio por conveniente empezar con la hipnosis con trance centrado en descubrir y fortalecer sus recursos, induciéndola en un

estado de relajación, con la finalidad de que haga contacto con sus emociones y recursos para así poder fortalecerlos. Se le dejó como prescripción que realice un amuleto con la intención que recuerde la persona que quiere ser después de superar su problema.

Sesión 05: Se inicia con la técnica de las tres realidades para identificar la realidad subjetiva incluyendo sus pensamientos, emociones, creencias y experiencias pasadas, para luego identificar la realidad objetiva de los hechos que generan el pensamiento recurrente, para luego establecer la realidad consensuada la que es la construcción conjunta de la realidad que permita redefinir el pensamiento recurrente. En esta oportunidad se le prescribió la pequeña realidad, indicándole que todos los días antes de acostarse piense en una pequeña felicidad, una cosa positiva que le gustaría hacer al día siguiente y que lo escribiera en una hoja para que al despertar pueda leerlo y ejecutarla.

Sesión 06: Se le aplicó la técnica de consejo de expertos, buscando tres personajes que pueden ser amigos, familiares, profesionales o incluso personajes ficticios con los cuales se abordara el problema a resolver y analizando sus diferentes reflexiones y nuevas soluciones. Como prescripción se le consigna un milagro por la mañana, la cual se indica que todas las mañanas al levantarse se imagine que sus todos sus problemas han desaparecido y se realice las siguientes preguntas: ¿Qué hare distinto?, ¿Qué pensaría distinto?, para luego escoger una de ellas y realizarlo en el transcurso del día.

Sesión 07: Se inicia con la redacción de una carta desde el futuro, con la intención de analizar y verificar como se visualiza y proyecta a un futuro cuando su problema ya haya sido superado. Para esta sesión se le dejó la consigna de las tres preguntas para una vida feliz, las cuales tenía que responderlas antes de irse a dormir. a) ¿Qué pequeña cosa he hecho hoy de la que estoy satisfecho u orgulloso?, b) ¿Qué pequeña cosa ha hecho alguien hoy alguien conmigo o por mí, por la que estoy satisfecho o agradecida?, c) ¿Qué debo hacer para repetir las el día de mañana?

Sesión 08: La siguiente sesión se inició con la técnica plantea un día perfecto, Se busco identificar los recursos y fortalezas para construir un futuro más positivo lleno de esperanza y empoderamiento. Como prescripción se le menciono que realice algo diferente con la intención de cambiar la forma habitual de responder a su problema, cambiando por completo la forma y la manera como reaccionaba hasta ese momento.

Sesión 09: En esta sesión se trabajó la lista de elogios, se analiza cada uno de ellos y se fortalece cada uno de ellos como también la autoestima, resaltando sus logros obtenidos hasta el momento aperturando una buena aceptación a los elogios positivos que se le hace.

Sesión 10: Se trabajó con la hipnosis para el futuro, se le induce en un estado de relajación profunda para imaginar un futuro donde su problema ha sido resuelto, identificando sus recursos internos y reestructurando sus creencias limitantes para facilitar el cambio conductual. Se le deja como tarea la caja de recursos, las cuales contendrá todo el material que le ayude prevenir futuras recaídas.

Sesión 11: Llegado a esta sesión se aplica la técnica de detectar e implantar fortalezas, se inicia realizando ciertas preguntas exploratorias para estimular la reflexión sobre sus experiencias positivas y éxitos pasados, posterior a ello se

evalúa su progreso en diferentes áreas de su vida identificando momentos de crecimiento y cambio. Culminado con la creación de una línea de tiempo visual marcando los momentos de mayor fuerza y resiliencia en su vida. Como prescripción se le consigno el consejo de experto, donde realizo una carta dirigida a otras personas están pasando por una misma situación, orientándoles como ha hecho o que cosas ha realizado para superar su problema.

Sesión 12: Como sesión final se realizó la técnica de consulta al sabio que hay dentro de uno mismo, se le solicita que ingrese a lo más profundo de sí misma a aquella parte de su sabiduría innata e intuición profunda con la intención de buscar su empoderamiento buscando sus recursos internos y fomentar un cambio de perspectiva al conectar con su sabiduría interior. Para finalizar la terapia se le prescribió la carta de despedida a los pensamientos, se le solicita redactar todos los pensamientos que le atormentan su mente todos los días para luego leerlo todos los días y después quemarla.

RESULTADOS

Después de presentar temor al salir de su casa, ansiedad por lo que ocurre a su alrededor, y manifestaciones psicósomáticas como la pérdida de fuerza, falta de sueño y dolores de cabeza, adicionalmente de presentar desánimo y cansancio excesivo, Al evidenciar los logros alcanzados donde la consultante presentaba un indicador subjetivo de estrés (ISE) inicial de 10 y terminar con un ISE final de 0, dónde al hacer un comparativo del antes y después respecto al diagnóstico operativo evidenciamos una reducción y posterior desaparición de los síntomas. La consultante al inicio del tratamiento refirió: "la verdad es que me siento muy mal, siento morir, con desgano total, hay días que no quiero hacer nada y me la paso en cama todo el día, con temor a salir a la calle, desesperación, presión en el pecho y lloro por cómo me siento así y no poder hacer nada", y al finalizar el tratamiento alcanzó un puntaje de 0 tanto en el post-test como en el seguimiento a los tres meses. La expresión de gratitud de la consultante, "en verdad doctores no pensé sentirme así, creía que mi problema no tenía solución ya que había pasado por varios psicólogos y psiquiatras, pero no encontré la ayuda como con ustedes, por ello les agradezco mucho por este gran cambio en mi vida", subraya el impacto transformador de la terapia. Dando por concluida la intervención psicoterapéutica, con el cumplimiento del objetivo terapéutico.

Y como resultado adicional, la consultante actualmente trabaja fuera de su casa, para una empresa privada con un horario establecido y cumpliendo sus responsabilidades del mismo. Logró bienestar emocional, mejoró considerablemente a nivel personal, familiar y social.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ansiedad generalizada, el TLP, agarofobia y la depresión son desafíos significativos para la salud mental, afectando profundamente la calidad de vida de las personas. La introducción de este trabajo destaca su prevalencia y la complejidad que surge de su frecuente co-morbilidad. En respuesta a esta problemática, la Terapia Breve estratégica (TBE) se presenta como una alternativa eficaz, caracterizada por su enfoque en las soluciones, la movilización de recursos

del consultante y la brevedad de su intervención. (Nardone, & Portelli, 2017) Los principios fundamentales de la TBE están orientado a la solución, énfasis en recursos y fortalezas, intervenciones centradas en el lenguaje, brevedad y colaboración, la posicionan como una herramienta prometedora para abordar estos trastornos, especialmente cuando las dinámicas relacionales juegan un papel crucial (Nardone, G. 2013).

Los resultados presentados ofrecen una evidencia de la eficacia de la TBE en el tratamiento del presente caso. Quien inicialmente experimentaba un puntaje directo de 10 en el ISE inicial, y terminando con un ISE de 0, a la sintomatología presentada.

Los resultados alcanzados en doce sesiones no solo demuestran la remisión clínica, reforzando la idea de que los problemas psicológicos se mantienen dentro de un sistema relacional y que su abordaje efectivo radica en movilizar los recursos internos del individuo. Habiéndose logrado los objetivos terapéuticos planteados en el diseño de la intervención.

Cabe resaltar que los resultados solo aplican a este caso en particular y no pueden ser extrapolados a otros casos. Se requieren mayores investigaciones al respecto. Por las características del caso, se recomienda continuar con el seguimiento a largo plazo para consolidar el tratamiento y evitar posibles recaídas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- AMAI TLP. (2024). Diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad. Recuperado de <https://acortar.link/C1JSrg>
- Bartoli, S., y De la Cruz, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. *El Modelo de Giorgio Nardone. Papeles del Psicólogo*, 44(1), 35-43. <https://n9.cl/gga6qi>
- Berg, I. K., & de Shazer, S. (1993). *Solution-focused therapy of depression*. Jossey-Bass Publishers.
- Bockian, N. R. (2017). *The Neuroscience of Borderline Personality Disorder*. 2(2). <https://acortar.link/X4MJ3M>
- Choudhary, S., & Thapa, K. (2017). Mental Status Examination of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*, 8(2). <https://doi.org/10.15406/JPCPY.2017.08.00476>
- De la Cruz Gil, R. (2021a). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. Recuperado de <https://acortar.link/hHoDxU>
- De la Cruz Gil, R. (2021b). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Revista Científica Retos de la Ciencia* 5(11). 77-85.
- De la Cruz Gil, R. (2022). El modelo de Psicoterapia Breve Estratégica de Giorgio Nardone. *Ciencia Y Psique*, 1(1), 67-80. <https://n9.cl/z1miz>

- De la Cruz Gil, R. (2023). Abordaje e intervención terapéutica en psicoterapia breve cibernético -constructivista. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(15). 74-86. <https://acortar.link/KmmZaT>
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. W. W. Norton & Company.
- De Shazer, S., & Berg, I. K. (1992). *Doing therapy: A handbook for brief strategic therapy*. W. W. Norton & Company.
- HelpGuide.org. (2023). Trastorno límite de la personalidad (TLP). Recuperado de <https://acortar.link/E4hJTE>
- Mayo Clinic. (2024). Trastorno límite de la personalidad - Síntomas y causas. Recuperado de <https://acortar.link/o3b0DY>
- MedlinePlus. (2023). Trastorno límite de la personalidad. Recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000935.htm>
- Mental Health America. (2024). Trastorno límite de la personalidad (TLP). Recuperado de <https://acortar.link/u5OxFN>
- MSD Manuals. (2023). Trastorno límite de la personalidad - MSD Manuals. Recuperado de <https://acortar.link/bO1Tza>
- Nardone, G., & Portelli, C. (2017). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Herder Editorial.
- Nardone, G. (2013). *Más allá del miedo: La superación de los trastornos fóbicos mediante la Terapia Breve Estratégica*. Herder Editorial.
- Nardone, G. (2013). *Psicotrampas: Cómo salir de las trampas mentales que nosotros mismos nos creamos*. Herder Editorial.
- Nardone, G. (2014). *Psicotrampas: Identifica las trampas psicológicas que te amargan la vida y encuentra las psicoluciones para vivir mejor*. Paidós Ibérica.
- O'Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (2003). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales*. OMS.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 16(3), 261-270
- Rodriguez L. Francisco y otros (2022) Eficacia de la terapia breve estratégica en el trastorno de pánico recuperado de: <https://acortar.link/BKi0Dh>
- Sadek, J. (2024). Borderline Personality Disorder (BPD), A Narrative Review with Focus on BPD Comorbidities. <https://acortar.link/byWLot>
- Segovia Vega, L. A., & De la Cruz Gil, R. (2024). Eficacia de la psicoterapia en el tratamiento de la ansiedad social en adultos de Latinoamérica. *Cátedra Villarreal*, 12(2), 96-106. <https://doi.org/10.24039/rcv20241221837>
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton & Company.



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

Copyright: La Fundación Internacional para la Educación la Ciencia y la Tecnologías, “FIECYT” conserva los derechos patrimoniales (copyright) de los artículos publicados, y favorece y permite la reutilización de las mismas bajo la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Ecuador. Se pueden copiar, usar, difundir, transmitir y exponer públicamente, siempre que: se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); no se usen para fines comerciales; se mencione la existencia y especificaciones de esta licencia de uso.

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