

Abordaje de un caso de Trastorno bipolar II con Terapia Breve Estratégica

Approach to a case of Bipolar II Disorder with Brief Strategic Therapy

Luz María Duarte Rivero¹

¹Centro de Psicoterapia Breve Estratégica, Lima, Perú.

¹Autor de correspondencia: psicluzduarte@gmail.com

Datos del artículo:

Recibido: marzo 6, 2024

Revisado: abril 8, 2024

Aceptado: junio 10, 2024

Publicación: julio 1, 2024

Palabras clave:

trastorno bipolar II, terapia breve estratégica.

Keywords:

bipolar II disorder, strategic brief therapy.

DOI:

<https://doi.org/10.53877/riced2.4-9>

Este artículo está bajo la licencia



Resumen

Los resultados obtenidos en este caso ilustran la eficacia de la terapia breve estratégica en el tratamiento del trastorno bipolar II, corroborando hallazgos previos que señalan la importancia de abordar tanto los aspectos individuales como los relacionales. La implementación de técnicas como la hipnosis sin trance y las prescripciones terapéuticas ha permitido al paciente modificar patrones de pensamiento disfuncionales y mejorar significativamente su calidad de vida. Además, la intervención familiar ha sido fundamental para transformar la dinámica relacional y fortalecer la red de apoyo del paciente. Estos hallazgos resaltan la necesidad de desarrollar intervenciones integrales que aborden los síntomas del trastorno bipolar II desde un enfoque sistémico.

Abstract

The results obtained in this case illustrate the efficacy of strategic brief therapy in the treatment of bipolar disorder, corroborating previous findings that point to the importance of addressing both individual and relational aspects. The implementation of techniques such as trance-free hypnosis and therapeutic prescriptions has allowed the patient to modify dysfunctional thought patterns and significantly improve his quality of life. In addition, family intervention has been instrumental in transforming relational dynamics and strengthening the patient's support network. These findings highlight the need to develop comprehensive interventions that address the symptoms of bipolar II disorder from a systemic approach.

Forma sugerida de citar (APA):

Duarte-Rivero, L. M (2024). Abordaje de un caso de Trastorno bipolar II con Terapia Breve Estratégica. *RICEd: Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*. 2(4), 38-48. <https://doi.org/10.53877/riced2.4-9>

INTRODUCCIÓN

El trastorno bipolar afecta a una proporción significativa de la población mundial, con una prevalencia estimada en torno al 0,53% según la Organización Mundial de la salud (2024) a pesar de su impacto, el diagnóstico y tratamiento de este trastorno suelen retrasarse o ser inadecuados, especialmente en mujeres y en países de bajos y medianos ingresos. En los estudios de la organización mundial de la salud (OMS) sobre la morbilidad mundial de las enfermedades, esta alteración ocupa el sexto puesto entre todos los trastornos médicos, constituyendo una de las enfermedades mentales más comunes, severas y persistentes.

Añadiendo que el fuerte impacto sobre la función ocupacional y social que tiene este desorden ha llevado a calificarla como una de las enfermedades de mayor discapacidad.

Unas de las características fundamentales del trastorno bipolar es su cronicidad y recurrencia representada por fluctuaciones extremas del estado de ánimo, que incluyen episodios de hipomanía, manía y depresión. Estas fluctuaciones pueden tener un impacto significativo en la vida de las personas afectadas, quienes a menudo enfrentan estigmatización, lo que dificulta que busquen ayuda y limita sus oportunidades. Además, el trastorno bipolar aumenta el riesgo de comorbilidad con otras afecciones y puede reducir la esperanza de vida.

Si bien el trastorno bipolar afecta aproximadamente a uno de cada 150 adultos a nivel mundial, con una prevalencia similar entre hombres y mujeres, las diferencias en los patrones de diagnóstico y presentación clínica entre ambos sexos merecen una atención especial. La manifestación temprana del trastorno en la juventud, además de su impacto en la edad laboral, resalta la importancia de una detección e intervención precoz para optimizar los resultados a largo plazo.

El presente estudio se centra en la intervención terapéutica de un caso clínico diagnosticado con trastorno bipolar tipo II. De acuerdo con Becoña y Lorenzo (2001), este trastorno se caracteriza por una alternancia cíclica de episodios depresivos mayores y episodios hipomaniacos, sin la presencia de episodios maniacos. La intervención terapéutica descrita en este trabajo se diseñó específicamente para abordar las particularidades de este trastorno y mejorar la calidad de vida del paciente.

Vieta (2003) indica que el trastorno bipolar II sería, aparentemente, menos grave que el I, al menos en lo que respecta a la intensidad de los síntomas. Sin embargo, los estudios demuestran que los bipolares II tienden a presentar más recaídas que los bipolares I, y pasan más tiempo que éstos en fase depresiva. Así, aunque se trata de una forma socialmente menos invalidante y menos estigmatizada, implica más altibajos y más sufrimiento de tipo depresivo. A muchos bipolares II no se les ha diagnosticado nunca esta enfermedad, principalmente porque suele ir al médico durante la fase depresiva y no durante la fase hipomaniaca, y el médico los considera depresivos.

Ahora bien, desde una óptica relacional, el trastorno bipolar plantea un enigma fascinante para los investigadores. Si bien hemos avanzado considerablemente en la comprensión de sus bases neurobiológicas, persiste la sensación de que un enfoque exclusivamente biológico no captura la complejidad de la experiencia humana subyacente. La eficacia de los tratamientos farmacológicos, aunque fundamental, se ve atenuada por la alta tasa de recaídas y la persistencia de síntomas en muchos pacientes. Esto sugiere que para abordar de manera integral el trastorno bipolar, es necesario complementar los enfoques tradicionales con intervenciones que reconozcan la influencia de los factores psicosociales y las dinámicas relacionales en la génesis y mantenimiento de los síntomas.

Linares y Campo (2000) subrayan el papel crucial del contexto familiar en el desarrollo del trastorno bipolar, sugiriendo que las dinámicas familiares polarizadas, caracterizadas por padres con estilos opuestos, pueden crear un ambiente inestable que predispone a los hijos a desarrollar este trastorno. Esta hipótesis plantea una interesante vía de exploración para intervenciones terapéuticas breves y focalizadas en la familia, que busquen modificar estas dinámicas disfuncionales y empoderar a los miembros familiares para gestionar de manera más efectiva las crisis y promover la resiliencia.

La familia es un sistema complejo de narrativas entrelazadas, ofrece un terreno fértil para el cambio terapéutico. Cada miembro construye su propia historia y, a su vez, se ve influenciado por las historias de los demás. La terapia breve estratégica, al intervenir en este entramado narrativo, logra modificar de manera significativa las dinámicas familiares. Al trabajar tanto con las narrativas individuales como con la mitología familiar, esta terapia

permite generar cambios profundos y duraderos en el sistema familiar, beneficiando a todos sus miembros.

Así mismo, Mosconi (2008) propone una interesante aplicación del 'Cuadrilátero sistémico' al trastorno bipolar. Al identificar conflictos relacionales caracterizados por fuertes duelos familiares y figuras parentales dominantes, Mosconi destaca cómo estos patrones pueden fomentar una intensa implicación de los hijos y una grandiosa imagen de sí mismos. Este conflicto relacional, a su vez, se entrelaza con un conflicto intrapsíquico marcado por la fragilidad de esta grandiosa imagen y la coexistencia de narcisismo y dependencia. Esta conceptualización ofrece un marco teórico sólido para intervenciones terapéuticas breves y focalizadas que busquen modificar estas dinámicas disfuncionales y empoderar a los pacientes para desarrollar estrategias más adaptativas de afrontamiento.

Además, Medina (2014) reconoce la importancia de considerar múltiples factores al abordar a las personas con trastorno bipolar. Su modelo tridimensional subraya la necesidad de integrar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. La familia, como sistema social primario, desempeña un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la salud mental. Por ello, la intervención sistémica, al centrarse en las dinámicas familiares y las relaciones entre sus miembros, se convierte en un componente esencial del tratamiento de trastornos como el bipolar, ya que permite abordar los factores que contribuyen a la aparición y mantenimiento de los síntomas.

Con su enfoque centrado en el presente, la terapia breve estratégica se presenta como una alternativa prometedora para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas con patologías, aunque existe poca evidencia en el abordaje del trastorno bipolar, este caso se abordó desde la lógica estratégica. Al establecer objetivos claros y potenciar los recursos personales de cada paciente, esta modalidad terapéutica empodera a los individuos y facilita su adaptación a los desafíos de la enfermedad.

Nardone (2005) señala que a menudo repetimos patrones de conducta que, lejos de resolver nuestros problemas, los perpetúan. La terapia estratégica busca romper este ciclo, proponiendo nuevas estrategias para abordar las dificultades y encontrar soluciones duraderas. La lógica estratégica se convierte en una herramienta invaluable para diseñar intervenciones personalizadas, basadas en los objetivos del paciente y en una profunda comprensión del problema a través de su solución. Este enfoque circular nos permite pasar de la acción a la reflexión y viceversa, perfeccionando continuamente nuestras herramientas terapéuticas.

Identificar las soluciones fallidas es el primer paso para desentrañar las trampas mentales que han llevado a la persona a construir una realidad problemática. Numerosos estudios avalan la eficacia de la terapia breve estratégica en el tratamiento de diversas dificultades, destacando su rapidez y efectividad. Esta modalidad terapéutica otorga un papel protagónico al paciente, garantizando así la sostenibilidad de los cambios logrados.

MÉTODO

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; Losada et al., 2022). El objetivo se centra en los efectos del tratamiento e intervención con psicoterapia breve estratégica en un caso diagnosticado con trastorno bipolar II.

Identificación del consultante

JDV es un joven de 24 años, soltero y desempleado, conviviendo con su madre y una tía con diagnóstico de esquizofrenia. Su Padre es una figura ausente en la dinámica familiar al igual que toda su familia Paterna. JDV creció en casa de los abuelos maternos, con dinámicas familiares de índole disfuncional.

Descripción del caso

JDV busca ayuda psicológica debido a una profunda tristeza, pérdida de interés en actividades placenteras y pensamientos recurrentes de autolesión, cambios de humor drástico, irritabilidad. Actualmente sigue tratamiento farmacológico para el trastorno bipolar II. A lo largo de la terapia, se ha observado una inestabilidad emocional significativa, caracterizada por fluctuaciones rápidas entre estados de ánimo depresivos y episodios de irritabilidad e impulsividad. Sus síntomas se manifiestan de manera intensa y persistente, independientemente de la presencia de estresores externos.

Afectivamente, experimenta anhedonia, sentimientos de vacío existencial y culpabilidad, en otros momentos se evidencia irritabilidad. Cognitivamente, presenta dificultades para concentrarse, rumiación sobre experiencias pasadas y pensamientos intrusivos. Conductualmente, se observa impulsividad en compras, elevada energía, ejecutando tareas poco habituales en horarios nocturno, por ejemplo (cortar el césped a la 1am) conductas disruptivas y aislamiento social. Físicamente, reporta fatiga, alteraciones del sueño y del apetito.

Historia y presentación del problema

JDV es un joven de 24 años, soltero, hijo único, de madre soltera, creció con la figura materna, abuelos y tía materna, describe una dinámica familiar hostil, ambos abuelos desarrollaron demencias precoces a lo largo de su infancia y simultáneamente la tía debuta con un trastorno esquizofrénico. En el ámbito social siempre ha sido de pocos amigos, destacado en el área académica, se gradúa de secundaria siendo el número. uno de su clase, ingresando a la universidad inmediatamente en la carrera de arquitectura, la cual abandona por que descubre que no es lo que quiere realizar, posteriormente ingresa Ingeniería civil donde experimentan lo que él llama dificultades y lo abandona también, en este periodo de tiempo desarrolla una depresión, relatando “ mi vida no tenía sentido, llegue al punto de dejar de sentir” que lo lleva al intento del suicidio, realizando lesiones con un cuchillo y terminando en una hospitalización y con un tratamiento a base de antidepresivos.

Desde hace cinco años, el consultante experimenta discusiones diarias con su madre, centradas principalmente en reclamos relacionados con su infancia. Estas interacciones lo dejan sintiéndose incomprendido, furioso y emocionalmente agotado, “quedo abatido, hundido, siento que no hay salida y me pregunto para que seguir, para que vivir”. A pesar de sus intentos por comunicarse de manera asertiva, su madre parece incapaz de validar sus sentimientos o comprender su perspectiva.

La dinámica familiar de JDV se encuentra en un punto crítico, caracterizada por una tensión constante y conflictos recurrentes. La madre, a pesar de su preocupación, parece no comprender completamente la complejidad de la salud mental de su hijo, lo que genera una brecha comunicativa significativa. Por su parte, JDV experimenta dificultades para gestionar sus emociones, manifestando ira, impulsividad y amenazas autolesivas como respuesta a las críticas y expectativas de su madre, En palabras del consultante “llego al punto de lanzarme al piso como un niño pequeño, meterme a la ducha con todo y ropa de la colera, a veces le grito a mi mamá que me tomare todas las pastillas de alprazolam”. Esta reacción, a su vez, provoca en ella una sensación de impotencia y resignación, creando un círculo vicioso donde el consultante se libera de la presión y exigencia de la Madre y la Madre hace lo que cree debe hacer en su rol.

La percepción de JDV de ser una víctima de las circunstancias, de sentirse incomprendido y desamparado, refuerza sus creencias negativas. Esta visión pesimista del mundo, que coincide con la descripción de Muriana (2002) sobre el deprimido radical, lo lleva a generalizar sus experiencias negativas y a creer que su situación es inmutable. La familia, en lugar de ser un refugio, se convierte en un escenario donde se perpetúan patrones disfuncionales que alimentan la depresión de JDV y dificultan su recuperación.

Diagnóstico Operativo

Para el consultante el malestar más difícil de manejar son las frecuentes discusiones durante las comidas familiares, éstas se han convertido en un desencadenante de emociones intensas para JDV "no puedo sentarme a comer con ella sin pensar en algo que ocurrió que me robo mi paz, solo quiero reclamar y que reconozca, pero esto no sucede, siempre salgo mal de la hora de la comida". Los comentarios aparentemente insignificantes de su madre sobre la comida activan recuerdos dolorosos de infancia, lo que lo lleva a experimentar rabia y frustración y en otras ocasiones es el consultante quien llega con un tema del pasado a reclamar. La conversación inevitablemente deriva en acusaciones mutuas, dejando a JDV sintiéndose incomprendido y desvalorizado. Este patrón repetitivo ha reforzado su creencia de que nunca será capaz de obtener el apoyo emocional que necesita de su madre y de que el nació en desventaja con respecto al mundo. Describe que por las mañanas no suele ocurrir nada que lo altere, identifica el inicio del malestar diario desde el momento de la comida, esta afectación puede desencadenar el declive emocional o la conducta impulsiva y errática por días incluso.

Diseño y plan terapéutico

Metas terapéuticas

En conjunto con JDV identificamos las principales metas terapéuticas de este momento estableciendo las siguientes: Reducir la frecuencia y la intensidad de las discusiones con la madre a un máximo de dos por semana, utilizando el dialogo terapéutico para desbloquear la dinámica de interacción que se retroalimenta, además de comunicación asertiva. También se apuntó el foco a aumentar la adherencia al tratamiento psiquiátrico mediante la toma diaria de la medicación y el cumplimiento de las citas programadas y por último mantener la práctica regular de natación (al menos tres veces por semana) como una actividad que promueve el bienestar emocional y reducir el estrés.

Objetivos Terapéuticos

- Reducir la frecuencia y la intensidad de las discusiones con la madre.
- Aumentar la adherencia al tratamiento psiquiátrico mediante la toma diaria de la medicación.
- Mantener la práctica regular de natación (al menos tres veces por semana).

Selección de las técnicas de intervención

Desde una perspectiva de terapia breve estratégica, se implementó una intervención multicomponente que incluyó técnicas de diálogo estratégico (preguntas con ilusión de alternativas y paráfrasis reestructurantes), hipnosis ericksoniana sin trance y un análisis funcional detallado de la interacción familiar. Asimismo, se emplearon herramientas como reductores de complejidad, la utilización de la resistencia como recurso terapéutico y la técnica de resumir para redefinir. Esta combinación de estrategias terapéuticas permitió evocar nuevas emociones y perspectivas, modificar patrones de pensamiento disfuncionales y reestructurar las dinámicas familiares que perpetuaban el problema. La participación activa de la madre, permitió co-construir un nuevo contexto familiar seguro y estable. A través de la instrucción en el uso de un lenguaje confirmatorio y estructurante, se modificaron las interacciones familiares disfuncionales y se estableció un patrón de comunicación más saludable.

Proceso terapéutico

Durante la primera sesión, realicé un análisis funcional preliminar de la problemática del paciente. A través de preguntas circulares y técnicas de escucha activa, identificamos las situaciones, pensamientos y emociones que desencadenaban y mantenían los síntomas. Este análisis inicial nos permitió comenzar a construir una descripción del problema de forma operativa, haciendo uso de reductores de complejidad, ya que JDV tiende a ampliar y agregar elementos que le dificultan entender el problema. Se hizo evidente la resistencia al hacerse cargo de sus cambios y recuperación por lo que se usó la resistencia como vehículo de cambio tal como lo plantea Watzlawick (2018) esto puede realizarse reestructurando la resistencia como condición previa o incluso como un aspecto del cambio.

En la segunda sesión, se definieron los objetivos terapéuticos centrados en reducir la frecuencia e intensidad de las discusiones con la madre. Se observó que el paciente tendía a utilizar el pasado como una forma de justificar su malestar actual, perpetuando así un ciclo disfuncional. Para interrumpir este patrón, diseñamos una intervención estratégica que incluyó la expresión de emociones en el presente y el uso de un contra-ritual para desafiar las justificaciones basadas en la historia familiar. Además, empleamos la técnica de la 'conjura del silencio' y así reducir la tensión en las interacciones familiares y la hipnosis sin trance para abordar las emociones subyacentes relacionadas con estos conflictos. Esta intervención permitió al paciente desarrollar nuevas perspectivas y narrativas de su historia familiar.

En la tercera sesión, se evaluaron los progresos obtenidos hasta el momento, observándose una disminución en la frecuencia e intensidad de las discusiones y un aumento en el nivel de energía del paciente, relatando: "he estado animado, tanto que he ido a la piscina sin falta estas semanas". Además, el uso del contra-ritual resultó en un cambio notable en la forma en que el paciente se relataba a sí mismo y a su situación, comentando: "siento menos necesidad de hablar del pasado, es como si ya mi cabeza no necesita recordarlo". El paciente disminuyó significativamente su tendencia a recurrir a la historia familiar como justificación de su malestar, abandonando así el discurso culpabilizador hacia su grupo familiar. Con el fin de consolidar estos cambios se realiza nuevamente hipnosis sin trance para disminuir el dolor afectivo que se intensifica en la dinámica familiar, además se prescribe la tarea de la carta al psicólogo y se acordó con JDV involucrar a la madre en el proceso terapéutico.

En la cuarta sesión, se centró la atención en la madre, quien expresó su preocupación por los cambios de humor de su hijo y lo acusó de provocar constantemente las discusiones familiares, comenta: "Él siempre quiere hablar de lo que ya paso, es muy resentido, no perdona, no olvida". Se identificó una tendencia marcada por parte de la madre a emitir juicios moralizantes y a descalificar las emociones de su hijo, lo que exacerbaba el conflicto. Con el objetivo de mejorar la dinámica familiar, se establecieron pautas claras para fomentar la validación emocional y una comunicación asertiva, evitando juicios que pudieran aumentar la tensión. Además, se proporcionó a la madre una explicación detallada del diagnóstico de su hijo, utilizando ejemplos cotidianos para facilitar su comprensión y desmitificar la idea de que el hijo la estaba manipulando.

Según Medina (2014) se deberá focalizar sobre todo la organización, entre deprivada y caótica, para ayudar al paciente a encontrar un lugar razonablemente confortable. Ello implica poner a punto y desarrollar estrategias vinculadoras frente a la deprivación y estructurantes frente a la caotización, Se deberá estimular la vinculación del paciente con la Madre, al menos, ayudando a éstos a salir de su mundo narcisístico de autocomplacencia, La estructuración deberá apuntar, sobre todo, al desorden introducido por la Madre con el ánimo de reconducirla y ponerle límites.

La prioridad terapéutica en este caso será implementar una estrategia de reconfirmación sólida. Dada la gravedad de los síntomas, es fundamental abordar el impacto negativo de la

desconfirmación relacional que el paciente ha experimentado. La reconfirmación implica reconocer y facilitar el reconocimiento por parte de los demás de las necesidades y valía del paciente, lo cual es esencial para su desarrollo psicológico. Esta estrategia busca fomentar la aparición de nuevos valores y creencias en la familia que incluyan al paciente de manera positiva, generando así un clima emocional más saludable y reduciendo el impacto de las emociones negativas.

Durante las sesiones quinta y sexta, el consultante expresó una creciente irritabilidad que sentía que estaba cultivando y que lo predisponía al conflicto con su madre en diversos contextos, relatando: Esta semana fue el hermano de mi Mamá a la casa y eso me descompuso, siento que a nadie le importa cómo me trato” (el consultante en el relato histórico familiar reclama constantemente que su madre estuvo más atento a su tío porque tenía un problema de consumo de sustancia). A través de un minucioso análisis de sus pensamientos y comportamientos, se identificó un patrón recurrente de culpabilizar a los demás como mecanismo para justificar sus dificultades. Al explorar estas dinámicas mediante preguntas reestructurantes, tanto el paciente como el terapeuta co-descubrieron que la irritabilidad servía como una estrategia para evadir responsabilidades presentes. Aplicando la técnica de resumir para redefinir, propuesta por Nardone (2021), se logró que el paciente resignificara estas dinámicas, promoviendo un cambio de perspectiva y favoreciendo un proceso de transformación.

Durante la séptima sesión, se produjo un episodio de hipomanía en el paciente, caracterizado por una aceleración del pensamiento y una intensa activación emocional. Este episodio, centrado en un recuerdo infantil no resuelto, desencadenó una crisis y la idea de denunciar a su tío. Se logró estabilizar al paciente y disminuir la intensidad de la crisis, sin embargo, la gravedad de la situación requirió de una intervención familiar para gestionar las consecuencias de este evento y reforzar las estrategias de contención y estructuración.

Ante el deterioro del estado emocional del paciente y la consiguiente desestabilización familiar, se realizó una sesión individual con la madre para abordar sus preocupaciones y brindar apoyo. Se identificó que la madre se sentía abrumada y desorientada ante la crisis, lo que dificultaba su capacidad para responder de manera efectiva. Se proporcionó psicoeducación sobre los síntomas de la hipomanía y se estableció un plan de contingencia, incluyendo la identificación de señales de alerta como aumento de la energía, ideas grandiosas o irritabilidad excesiva. En caso de que estas señales se intensifiquen, se instruyó a la madre para que contactara inmediatamente al equipo de crisis o a los servicios de emergencia. Además, se exploraron estrategias de comunicación y manejo del estrés para fortalecer la resiliencia familiar y facilitar la adaptación a esta nueva situación.

En la novena sesión, el paciente mostró signos de estabilización, experimentando sentimientos de vergüenza y culpa por su comportamiento durante la crisis, relatando: “ahora siento vergüenza por lo que dije e hice, en ese momento lo sentía con mucha intensidad, ahora lo veo distinto”. Trabajamos en identificar los patrones de pensamiento y conducta que precedieron a la crisis, explorando cómo la dinámica de comunicación conflictiva con su madre contribuyó a su desestabilización emocional. Para facilitar la expresión de sus emociones y pensamientos intrusivos, se le propuso escribir cartas al terapeuta, además de utilizar técnicas de hipnosis sin trance para abordar las experiencias presentes en las que se siente incomprendido por su madre.

En las sesiones décima y undécima, se observó una mejora significativa en la dinámica familiar, con una disminución notable de las discusiones con la madre, comentando: “a veces siento que no tengo nada que hablar con mamá, es como si solo pudiera hablar del pasado, hemos tenido menos conversaciones intensas”. El paciente ha retomado sus actividades deportivas y ha demostrado una mayor conciencia sobre su trastorno bipolar (esta actividad

deportiva se había detenido desde la crisis de hipomanía). Ha logrado identificar cómo utilizaba la culpabilización de su madre como mecanismo de defensa para evitar asumir sus responsabilidades. Por primera vez, ha expresado abiertamente la dificultad que experimenta para reconocer sus errores y mantener la disciplina, comentando: “me he visto muy poco constante y como si no quisiera ser adulto”. Se reforzaron los logros alcanzados y se le solicitó al paciente que identifique las estrategias que le han resultado más útiles para mantener estos cambios, relatando: “me ha funcionado eso de no caer en el círculo de pensar como lo voy a hacer y me voy más a la acción como dice usted (refiriéndose al terapeuta). Además, se recomendó una reevaluación psiquiátrica para ajustar el tratamiento farmacológico si fuera necesario.

Durante las sesiones doceava y treceava, se logró consolidar una adherencia terapéutica ordenada, incluyendo la incorporación del litio al tratamiento farmacológico. Paralelamente, se observó una mejoría significativa en la sintomatología del paciente. La madre, demostró un mayor compromiso al profundizar en el conocimiento del trastorno bipolar y colaborar activamente en la implementación de las estrategias terapéuticas. A través del uso de lenguaje validante y la reducción de conversaciones centradas en los problemas, se ha logrado crear un clima familiar más terapéutico, favoreciendo la recuperación del paciente y consolidando los avances terapéuticos.

En la decimoquinta sesión, se ha evidenciado una reducción notable de los conflictos con la madre, estos que ocurrían a la hora de la comida, pasando de una ocurrencia diaria a un evento aislado cada quince días, comentando: “tenemos menos discusiones tensas, cuando tengo en mi cabeza un reclamo, elijo comer en otro lugar para evitar la discusión, también me molesta menos cuando me pide ayuda”. Estos logros se han visibilizado, enfatizando los cambios concretos alcanzados por el paciente y su papel activo en este proceso. Sin embargo, como era de esperar en un proceso terapéutico dinámico y frente a la amplia variedad de expresión sintomática en la bipolaridad, han surgido nuevas dificultades asociadas al diagnóstico, lo que ha requerido un planteamiento de nuevos objetivos terapéuticos. Al garantizar la consolidación de la primera fase de la intervención se continúa el abordaje de los nuevos retos terapéuticos.

RESULTADOS

Se ha logrado una transformación significativa en la dinámica familiar, caracterizada por una notable mejora en la comunicación, la disminución de los conflictos que caracterizaba esa dinámica relacional. La implementación de un estilo comunicativo confirmador y estructurante, ha reducido significativamente los conflictos con la madre, disminuyendo tanto su frecuencia como su intensidad, El consultante comenta: “ aunque hablamos menos a la hora de la comida, los temas son variados, a veces superficiales, es distinto, siento que en mi cabeza deje de repensar en los momentos difíciles de mi pasado” Paralelamente, el paciente ha fortalecido sus relaciones sociales fuera del núcleo familiar, reestableciendo vínculos con antiguos compañeros de estudio, Relatando: “ he salido dos veces con mi amiga, al principio quería como decir que no, pensando que me iba a sentir incomodo, pero fue bueno ir, ahora hablamos mucho por teléfono y también he desbloqueado a algunas personas en mi teléfono”. Este ha sido una ganancia secundaria, aunque no se encontraba dentro de los objetivos terapéuticos ha sido evidente que la mejoría ha impactado todas las áreas de funcionamiento del consultante.

A nivel individual, se ha producido una modificación profunda en los patrones de pensamiento y conducta. Se ha logrado reducir significativamente los episodios de irritabilidad y la tendencia a culpar a otros. Además, el paciente ha desarrollado una mayor

conciencia de los pensamientos automáticos que subyacen a sus emociones y conductas, lo que le permite intervenir de manera más efectiva en situaciones difíciles.

Los resultados cuantitativos respaldan estos avances. El Indicador Subjetivo de Estrés (ISE) ha disminuido de 10 a 4 en relación a la irritabilidad, y de 9 a 3 en cuanto a la depresión. La frecuencia de las discusiones con la madre se ha reducido drásticamente, pasando de 6 veces por semana a un evento aislado cada 15 o 21 días.

Un aspecto fundamental de este proceso ha sido el cambio en las percepciones del paciente sobre su rol en las interacciones familiares. Ha adquirido una mayor conciencia de cómo sus pensamientos y acciones contribuyen a generar conflictos y a desestabilizar su estado emocional. Además, la manera en que se ha utilizado la resistencia del paciente como un recurso terapéutico es un ejemplo claro de cómo los terapeutas breves estratégicos pueden transformar los obstáculos en oportunidades de cambio.

Como resultado de su esfuerzo, ha logrado desarrollar nuevos hábitos de autocuidado, por ejemplo, ha incorporado la natación a su rutina semanal, lo cual no solo le proporciona ejercicio físico sino también un momento de desconexión y una oportunidad para salir de su casa. Además, ha establecido una rutina más estructurada en cuanto a horarios de comida y toma de medicamentos, lo que ha favorecido la adherencia a su tratamiento psiquiátrico. También ha adquirido mayor autonomía al hacerse cargo de tareas domésticas como lavar su ropa y mantener su habitación ordenada, lo cual ha fortalecido su autoestima y sentido de logro.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente caso ilustra la eficacia de la terapia breve estratégica en el trastorno bipolar tipo II. Al centrarse en objetivos concretos y en soluciones prácticas, esta modalidad terapéutica ha permitido al paciente alcanzar cambios significativos en un tiempo relativamente breve. La colaboración activa del paciente y su familia ha sido fundamental para el éxito del tratamiento, lo que subraya la importancia de involucrar a todos los miembros del sistema familiar en el proceso terapéutico.

Los resultados obtenidos son altamente congruentes con los postulados de la terapia breve estratégica. La identificación y modificación de los patrones de interacción disfuncional, junto con la promoción de la autonomía del paciente, han sido ejes centrales de la intervención. La aplicación de técnicas específicas como las preguntas con ilusión de alternativas, las parafrasis reestructurantes y la técnica de resumir para redefinir, descrita por Nardone (2021), han sido cruciales para generar los cambios observados. Además, la utilización de la resistencia como recurso terapéutico y la intervención sistémica en la dinámica familiar, con el objetivo de disminuir la desconfirmación y fomentar una comunicación más efectiva, han potenciado los resultados obtenidos.

Un aspecto crucial en la terapia breve estratégica es la elaboración de un diagnóstico operativo. Este proceso nos permite descomponer problemáticas complejas en componentes más manejables, facilitando así la identificación de los patrones disfuncionales específicos que mantienen el problema. Al focalizarnos en estos elementos concretos, podemos diseñar intervenciones más precisas y efectivas. Al descomponer los objetivos en metas más pequeñas y alcanzables, se facilita el proceso de cambio y se fortalece la motivación del paciente. Hacer visible el progreso a lo largo del tratamiento aumenta la sensación de logro y refuerza el compromiso con el proceso terapéutico.

Así mismo, el uso del lenguaje del paciente, a través de reestructuraciones y redefiniciones, se convierte en una herramienta terapéutica fundamental. Al adoptar el marco de referencia del paciente y reformular sus problemáticas en términos más funcionales, se

facilita el desbloqueo de soluciones estancadas y se promueve la construcción de nuevas perspectivas, más adaptativas y enriquecedoras. Con el consultante resulto una técnica en el dialogo estratégico fundamental, ya que se sentía comprendido más que por el mismo, relatando “es así como me sentía y no podía explicarlo a nadie, creo que ni yo mismo lo podía entender”.

La eficacia de la terapia breve estratégica se ve potenciada cuando el paciente se convierte en el principal actor de su propio cambio. Al utilizar prescripciones que invitan al paciente a experimentar nuevas formas de pensar y actuar, y al emplear un lenguaje que resalte su capacidad para generar soluciones, se promueve un mayor compromiso terapéutico y se aceleran los procesos de cambio. Como señala De la Cruz (2021) Las estrategias buscan una mayor autonomía personal a través de prescripciones directas e indirectas.

Un elemento clave en el proceso terapéutico fue la práctica de iniciar cada sesión con una recapitulación de los logros obtenidos en la sesión anterior y de los resultados de la prescripción. Esta práctica no solo reforzaba el compromiso del paciente con el proceso, sino que también le permitía visualizar el progreso realizado y fortalecer su confianza en la terapia.

Por último, La escasez de investigaciones empíricas que exploren la aplicación de la terapia breve estratégica en el trastorno bipolar limita nuestra comprensión de la eficacia de este enfoque en la resolución de una amplia gama de problemáticas asociadas a este trastorno. En el caso presentado, aunque se logró un progreso significativo en el objetivo terapéutico prioritario, es necesario reconocer que la falta de evidencia empírica impide generalizar los resultados y establecer protocolos de intervención más robustos para abordar la diversidad de desafíos que enfrentan las personas con trastorno bipolar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartoli, S., y de la Cruz, R. (2023). Epistemología, historia y fundamentos de la Terapia Breve Estratégica. El Modelo de Giorgio Nardone. Papeles del Psicólogo, 44(1), 36-44. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3009>
- Becoña, E. y Lorenzo, M.C. (2001). “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar”. *Psicothema*, 13, 511-522.
- Correa, E y Nuñez, P (2005) Tratamientos psicológicos eficaces en Trastorno Bipolar: Psicoeducación y Terapia Cognitiva Conductual. Descripción de un Caso Clínico. *Trastor. ánimo* 2005; Vol 1, N° 1: 80-87
- 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
- De-La-Cruz-Gil, R. (2021). Tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con terapia breve estratégica. *Retos de la Ciencia*. 5(11).77-85. <https://doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.08>
- DSM V. American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta edición. DSM-V. Masson, Barcelona.
- García, F- Beyebach, M- Cova, F- Concha, P- Mardones, R. (2021) Evaluación de un protocolo de intervención en Terapia Sistémica Breve para personas expuestas a un evento estresante reciente. *Psychologia*, 15(1), 43-55.
- González, A (2011) Trastorno Bipolar: El enemigo invisible. Biblioteca de Psicología. Editorial Desclée de Brouwer, S.A
- Infante Saucedo, E. (2013) Hipnoterapia Ericksoniana estratégica individual para adultos como intervención en el tratamiento del Trastorno Distímico. Un Estudio de caso. Universidad Vasco de Quiroga. Facultad de Psicología.

- Linares, J- Campos, C y Soriano, J (2019). El trastorno bipolar desde la perspectiva sistémica. En "El modelo sistémico ante el malestar contemporáneo". Ed. Morata
- Losada, A. V, Zambrano - Villalba, C y Marmo, J (2022). Clasificación de Métodos de investigación en Psicología. Revista de psicología UNEMI, 6 (11) 13-31. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol6iss11.2022pp13-31p>
- Martínez, M. (2014). La bipolaridad como un trastorno del estado de ánimo en el siglo xxi. Visto desde una perspectiva neurológica. Cultura Educación y Sociedad 5(2), 161-172
- Medina, R- Laso, E- Hernández, E. (20014) Pensamiento sistémico nuevas perspectivas y contextos de intervención. Red europea y latinoamericana de escuelas sistémicas (relates). Pag 211-223.
- Muriana, E - Petteno, L - Verbitz, T (2020) Las caras de la depresión. Editorial Herder.
- Nardone, G - Salvini, A (2021) El diálogo estratégico. Editorial Herder.
- Núñez, S y Castro. R (2012) El trastorno bipolar desde la terapia familiar estudio de casos. Universidad de Guadalajara
- Olry de Labry, A (2016) Tratamientos basados en la evidencia para el TRASTORNO BIPOLAR. Boletín Psicoevidencias n° 45
- Organización Mundial de la Salud (2024) World Health Organization (WHO)
- Pazos, G (2018) Análisis de un caso único de una paciente diagnosticada con Trastorno Bipolar Tipo II. Universidad de Palermo Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales.
- Ramírez, X- Arias, M- Madrigal, S (2020) Actualización del trastorno afectivo bipolar, Revista Médica Sinergia Vol.5 Num.9, e572.
- 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.
- Vieta, E - Colom, F - Martínez-Aran, A (2003) La enfermedad de las emociones. El Trastorno Bipolar. Ars Medica.
- Téllez-Vargas, J- Strejilevich, S- Camacho, A (2010) Trastorno afectivo bipolar II. Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica. Pag, 423-429.
- Watzlawick, P- Weakland, J - Fisch, R (2018) Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Editorial Herder.