

## USO DE ELEMENTOS DE TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA EN ENCUADRES PSICODINÁMICOS

Roger Ballescà i Ruiz

*Una taza de té<sup>1</sup>.*

*Nan-in, un maestro japonés que vivió en la era Meiji (1868-1912), recibió a un profesor universitario que acudió a preguntarle acerca del zen.*

*Nan-in le sirvió té. Vertió el líquido hasta llenar la taza del visitante y siguió vertiéndolo.*

*El profesor contempló el té que se derramaba hasta que ya no pudo contenerse.*

*-Está completamente llena. ¡No cabe ni una gota más!*

*-Al igual que esta taza -le dijo Nan-in-, usted está lleno de sus propias opiniones y especulaciones. ¿Cómo puedo mostrarle lo que es el zen a menos que primero vacíe su taza?*

Este precioso y conocido cuento zen nos habla de la importancia de desprenderse de los propios conocimientos, —o, como mínimo, dejarlos en suspenso— para poder adquirir nuevas perspectivas sobre lo que nos rodea. Tener la taza bien llena no debe asustarnos. En realidad, en alguna de las versiones de este cuento, Nan-in reconoce que, al menos, los académicos han hecho un gran esfuerzo y tienen algo de lo que desprenderse.

En cualquier caso, en una tarea tan compleja y de tanta responsabilidad como es la psicoterapia, resulta esencial contar con un bagaje de conocimientos bien fundamentados, una teoría sólida y una experiencia suficiente desde la cual poder atender con garantías los diferentes sufrimientos y problemas que llegan a nuestras consultas. Pero no es menos cierto que siempre debemos procurar mantener un espacio de relatividad, un resto incógnito, algunas preguntas sin

---

<sup>1</sup> Extraído de: Senzaki, N. y Reys, P. (2013). 101 cuentos zen. Galaxia Gutemberg.

respuesta y una actitud de humildad respecto a todo aquello que no conocemos o que nos ofrecen otras perspectivas terapéuticas.

La aplicación de esta sabiduría oriental en el terreno que nos ocupa se puede relacionar, en cierto modo, con la integración en psicoterapia y con la inclusión de nuevas modalidades de intervención en nuestra práctica diaria que, en ocasiones, pueden parecer alejadas de la perspectiva teórica a la que cada cual se adscribe, aunque este alejamiento sea, en la mayoría de las ocasiones, sólo aparente.

En realidad, las perspectivas integradoras han ido ganando cada vez más terreno en el quehacer psicoterapéutico. Ello es debido a distintos motivos, entre los que se encuentran según Norcross (2005) y Caro (2017): la proliferación de distintos enfoques y técnicas psicológicas; la constatación de que ninguna teoría es capaz por sí sola de dar cuenta de la complejidad del psiquismo y del comportamiento humano; la existencia de elementos comunes que explican buena parte de los resultados terapéuticos; la necesidad de recurrir a modelos de tratamiento breves y focales para optimizar recursos asistenciales; el desarrollo de modelos de tratamiento basados en la evidencia y, finalmente, la cada vez mayor heterogeneidad de las redes profesionales y los equipos asistenciales, conformados por terapeutas de distintas orientaciones teóricas, especialmente en el sector público.

Este intercambio conceptual y técnico supone un enriquecimiento, aunque no esté exento de riesgos. Si ya resulta complicado el dominio de una sola de las perspectivas psicoterapéuticas, cabe preguntarse si es posible que un mismo profesional pueda desempeñarse correctamente con distintas orientaciones, cuando cada una de ellas exige un alto nivel de exigencia para su puesta en práctica en condiciones óptimas.

Con todo, entre un eclecticismo ateórico de corte radical y la fijación a un ideal psicoterapéutico impermeable, existen diferentes posibilidades o niveles de integración, entre ellos el *eclecticismo técnico*, la *integración teórica*, la exploración de los *factores comunes* o la *asimilación integrativa* (Norcross, 2005). Este último concepto, el de *asimilación integrativa* —que supone una vinculación clara a un modelo teórico de referencia sin renunciar por ello al uso de

técnicas o prácticas psicoterapéuticas de otros modelos— es el que vehicula la reflexión de este artículo sobre el uso de algunos elementos de la Terapia Breve Estratégica dentro de un encuadre psicodinámico de base<sup>2</sup>.

La Terapia Estratégica Breve (en adelante TBE), que se basa en la epistemología sistémica y constructivista (Watzlawick y Nardone, 2000) y ahonda sus raíces en los modelos psicoterapéuticos derivados del *Mental Research Institute* de Palo Alto, se ha constituido en las últimas décadas como un enfoque terapéutico de relevancia y gran originalidad en relación a la formación, persistencia y resolución de los principales trastornos o problemas psicológicos.

La intervención terapéutica, desde una perspectiva estratégica, se centra en la resolución de los problemas y el desbloqueo de las recurrencias patológicas en un tiempo breve, mientras persigue un cambio en las modalidades perceptivas y reactivas a través de las cuales la persona se relaciona consigo misma, con los demás y con el mundo. En este sentido, la brevedad de la intervención no supone una terapia superficial ni meramente sintomática, sino que busca una verdadera reestructuración, profunda y duradera.

Para lograrlo, la perspectiva estratégica centra su atención no tanto en las causas originarias del problema, sino en su lógica de funcionamiento actual y en aquellas soluciones intentadas por la persona, o por su entorno, que no sólo no resuelven el problema, sino que contribuyen definitivamente a su persistencia e intensificación. El desbloqueo sintomático y el cambio de perspectiva del paciente, a menudo, se logran en las primeras sesiones, poniendo en juego aspectos técnicos, comunicativos y relacionales de gran sofisticación. Así, el diagnóstico operativo, el diálogo estratégico (Nardone y Salvini, 2011); la comunicación persuasiva y las prescripciones terapéuticas —a menudo extrañas, sorprendentes y aparentemente ilógicas, porque se basan en la *lógica no ordinaria* de cada trastorno (Nardone y Balbi 2009)— conforman las principales herramientas de trabajo del terapeuta estratégico, lo que le permite minimizar las resistencias naturales de la persona para obtener el cambio en el menor tiempo posible.

---

<sup>2</sup> Aunque la introducción de elementos de la TBE podría ser factible en cualquier encuadre de base psicoanalítica, pienso que resulta especialmente indicado en los abordajes psicodinámicos breves y focales, según se definen en el documento; *La psicoteràpia a la xarxa pública de salut mental i addiccions*. Mi experiencia, en cualquier caso, se basa en estos enfoques.

La aparente simplicidad del modelo de intervención, junto con los buenos resultados obtenidos en su aplicación, se basan, sin embargo, en un trabajo sistemático y riguroso que ofrece una alta eficacia, eficiencia y replicabilidad (Nardone, 1997).

Debido a su orientación esencialmente pragmática y operativa, la TBE supone un recurso especialmente útil para cualquier profesional —más allá del marco teórico de referencia al que se adscriba— que desee ampliar sus conocimientos y optimizar los resultados de sus intervenciones. Prueba de ello es el interés de no pocos terapeutas psicodinámicos por el modelo breve estratégico. Más que un *corpus* acerca del psiquismo humano, la TBE plantea, ante todo, un modelo de resolución de problemas. No se trata, pues, de una teoría explicativa (causal) sino de una teoría cibernética (Nardone, 1997), que resulta especialmente útil cuando nos encontramos con casos donde predominan las resistencias al cambio y el bloqueo terapéutico.

A diferencia de los abordajes cognitivos o psicodinámicos, la TBE no trata tanto de obtener el cambio a través de la comprensión sino justo lo contrario, busca que la persona comprenda a través del cambio, esto es, una vez ya se ha producido (Nardone y Portelli, 2006). Un buen ejemplo de esto lo podemos encontrar en la estrategia del *diario de a bordo* para los ataques de pánico (Nardone, 1997). Una sencilla maniobra terapéutica inicial basada en el procedimiento hipnótico del desplazamiento del síntoma. Consiste en pedirle al paciente, bajo la excusa de recabar una mayor información sobre las características de su problema, que justo en el momento en que empieza a experimentar los síntomas del ataque de pánico, coja un cuadernillo que deberá de llevar siempre encima y cumplimente un farragoso formulario acerca de la fecha, el lugar, la situación, los pensamientos, las acciones y los síntomas que acompañan al ataque de pánico. Esta pequeña prescripción, que aparentemente centra la atención del paciente en su problema —el ataque de pánico—, en realidad la desplaza hacia un *deber* y consigue, en la mayoría de los casos, bloquear la tendencia de los pacientes a intentar controlar las reacciones del sistema nervioso autónomo, evitando así que este intento de control genere el conocido patrón de retroalimentación que lleva al descontrol y al pánico. Dicho de otro modo, mientras el paciente concentra su atención en la libreta, la fecha, la hora y todo lo que ocurre a su alrededor, deja de

interferir en su sistema adrenérgico y el sistema simpático puede recuperar el control de la situación. Así, una estrategia aparentemente diagnóstica “necesito saber cómo son tus ataques para ayudarte mejor”, resulta ser en realidad una primera intervención terapéutica que genera unos primeros cambios en el problema ansioso.

En un terreno muy distinto, el de las pataletas de los niños pequeños —que a menudo generan un malestar muy importante en el seno de las familias y patrones de relación disfuncionales— podemos aplicar la misma lógica que con el ataque de pánico. Sabemos bien que gran parte del problema de las pataletas reside en la incapacidad de los progenitores para contener y gestionar la frustración de los pequeños. Pero cualquier terapeuta infantil con experiencia, sabrá también lo difícil que resulta en algunos casos hacer que la familia no participe ni se contagie de la rabieta de sus hijos, especialmente en aquellos padres que consideran que el problema reside únicamente en una particularidad psicopatológica de sus hijos. Pues bien, en este caso podemos utilizar la misma lógica y, bajo la pretensión de estudiar con detenimiento el problema del pequeño revoltoso, les podemos pedir a los padres que cada vez que se inicie la pataleta tomen inmediatamente un cronómetro para calcular la duración del episodio y una libreta donde anotar los pormenores del mismo. Eso sí, recalcando la necesidad imperiosa de no hacer nada más que observar y no intervenir, puesto que su intervención nos impediría sacar conclusiones sobre si la pataleta duró más o lo hizo menos, por causa de los padres. La consigna es clara: igual que un investigador en el laboratorio, en la medida de lo posible, no alterar el elemento observado. El efecto que suele producirse, cuando se cumple esta consigna, es el cese o la minimización de los episodios de rabia, teniendo en cuenta que introducimos un elemento incompatible con el foco del problema. Nuevamente una técnica de apariencia diagnóstica —especialmente recomendada para padres que tienden a patologizar el comportamiento de sus hijos— vuelve a mostrarse como una primera intervención terapéutica generadora de cambios.

Desde luego que estas son únicamente maniobras iniciales, que requieren posteriormente de otras intervenciones psicoterapéuticas que sustenten el cambio, pero nos sirven como ejemplo de este “cambiar sin darse cuenta” que tan bien se resume en la estratagema china de *surcar el*

*mar sin que el cielo lo sepa* (Nardone y Balbi, 2009). Una vez conseguido este primer cambio, es más fácil sacar conclusiones y darse cuenta de la participación del propio sujeto (en el ataque de pánico) o de la familia (para el caso de las pataletas) en el problema, a través de unas soluciones intentadas que actúan como catalizador del problema. En resumen, la propuesta estratégica busca, en la medida de lo posible, la comprensión a través del cambio, y no al revés; siguiendo, además, la lógica que sustenta el problema.

Para ejemplificar mejor la posibilidad de introducir elementos de la TBE dentro del curso de un tratamiento psicodinámico, o en paralelo a éste, me parece apropiado exponer una viñeta clínica, aunque sea de forma muy resumida y, por lo tanto, incompleta. Llegó a mi consulta en el CSMIJ de Martorell un chico de trece años que había sido derivado por su pediatra hacía casi dos meses, aquejado de un importante problema obsesivo. En particular presentaba una serie de pensamientos intrusivos, de características sexuales y violentas explícitas, que le hacían sufrir intensamente desde hacía más de seis meses.

La demora en la primera visita, debida a las ya conocidas listas de espera de la sanidad pública, y la intensidad de sus síntomas, hicieron que antes de llegar al CSMIJ realizara una consulta hospitalaria urgente en la que el psiquiatra que lo atendió decidió introducir medicación antidepresiva y ansiolítica, con la esperanza de minimizar la sintomatología del chico. Con todo, aun después de un mes de tratamiento, los pensamientos obsesivos mantenían su vigor y la desesperación del chico, a la par que la de su familia, se acrecentó más todavía, al añadir a su problema inicial la frustración de que el abordaje farmacológico, en el que habían depositado no pocas expectativas, tampoco parecía funcionar.

En estas circunstancias entró al despacho, acompañado de su madre, un chico inteligente, con una buena capacidad comunicativa, pero de apariencia frágil, de gestos inseguros y visiblemente alterado. Su presentación clínica era más propia de una consulta urgente que de una visita ordinaria. Cabizbajo, avergonzado y nervioso, hizo el esfuerzo de relatarme el motivo que le traía a la consulta. Me contó, entre sollozos, que desde hacía unos meses no dejaban de asaltarle a todas horas imágenes, ideas y pensamientos sexuales y violentos. De todos ellos, los que más le

angustiaban eran dos: uno, en el que se visualizaba a sí mismo manteniendo relaciones sexuales con su madre, y otro en el que aparecía un gato destripado, panza arriba, en el que él colocaba su pene, justo en medio de las entrañas. Apenas conseguía dejar de pensar en ello, a pesar de sus esfuerzos.

La madre añadió que siempre fue un niño con cierta tendencia a preocuparse en exceso, un poco inseguro y dependiente de los padres; pero nunca antes había referido nada parecido ni había planteado problemas significativos en el plano relacional, familiar, académico o personal. El cambio observado por su familia en los últimos meses era muy importante: había dejado de sonreír, le veían tenso, desconcentrado y apático; su rendimiento escolar había bajado. Habían consultado anteriormente con una psicóloga privada, pero dejaron el tratamiento a las pocas sesiones al no observar una mejoría en la sintomatología, en especial en la importante ansiedad del chico, que le impedía un desarrollo normal en su día a día.

El inicio de los síntomas parecía tener un origen fortuito, por lo visto a raíz de haber tenido sus primeros contactos con la pornografía, a través de vídeos compartidos por sus amigos mediante teléfono móvil. No referían otros aspectos relevantes al respecto.

Indagué sobre el problema y las soluciones intentadas a través del *diálogo estratégico* (Nardone y Salvini, 2011). El chico refería que trataba permanentemente de no pensar, mantenerse distraído y evitar estímulos que le sugirieran nuevos pensamientos indeseados. Oscilaba entre mantenerse callado, evitando hablar del tema y permaneciendo en su habitación, alejado de sus padres; o bien les explicaba parcialmente sus peores pensamientos, como si tratara de conjurarlos con una confesión, preguntándoles con desesperación si aquello que imaginaba podría suceder en realidad.

Los padres, en cierto modo, también titubeaban entre dos posiciones distintas. Por un lado, le aseguraban que todo aquello sólo era fruto de su imaginación y que nunca podría pasar, aunque al mismo tiempo evitaban generar situaciones que potencialmente desencadenaran los pensamientos, dándoles sin querer credibilidad. La madre eludía abrazarle para no hacerle sentir

“incómodo” y también procuraban que no viera gatos ni en la calle ni en la televisión. Lógicamente, el recurso al “no pienses en eso, son tonterías...” estaba más que agotado.

Llegados a este punto, teniendo en cuenta el recorrido terapéutico anterior del chico, con un par de intentos infructuosos a sus espaldas; y viendo la importancia de desbloquear cuanto antes una sintomatología tan invasiva que impedía su desarrollo diario y que dificultaba el abordaje terapéutico, opté por intervenir inicialmente en el caso desde una perspectiva estratégica. Le pregunté si su solución principal intentada —tratar de no pensar y mantenerse distraído— le estaba funcionando. Me contestó que no y que justamente aquello era lo que más le desesperaba. Le resumí entonces brevemente lo dicho hasta entonces para asegurarme de haberle entendido bien y para ayudarle a enlazar los distintos elementos (esencialmente paradójicos) que constituían su problema: “Si te he entendido bien —le dije—, y corrígeme si me equivoco, desde hace unos meses, de forma inesperada, se instalaron en tu mente unos pensamientos terribles e inaceptables que cuanto más intentas alejar, más aparecen en tu imaginación. Aun así, sigues intentando librarte de ellos a través de mantenerte distraído, aunque sin éxito, y eso cada vez te ha hecho sentir peor, hasta este momento”.

Después de que el chico diera por bueno este resumen le conté la siguiente historia, que años atrás había oído en la Casa del Tíbet de Barcelona: “Mira, esto que me cuentas me recuerda a un relato oriental interesante y divertido. Trata de un joven que visitó a su maestro para pedirle cómo hacer para llegar a la sabiduría y la iluminación. El maestro, le explicó que en el camino hacia la sabiduría el primer paso era el siguiente: debía regresar a su hogar y pasar una semana entera sin pensar en monos. Aquella petición le pareció al joven muy extraña, pero al mismo tiempo muy fácil de realizar, puesto que él jamás pensaba en monos. Así que salió muy contento de la cabaña del maestro.” En este punto, el chico, que como ya he dicho, era inteligente, empezó a mirarme con interés y con cara de intuir hacia dónde conducía el relato. “Efectivamente, como parece adivinar, al joven no le resultó nada sencilla la tarea y, al cabo de una semana, volvió a visitar a su maestro contándole desesperado que había pasado la peor semana de su vida. Los monos ocupaban por completo su pensamiento a pesar de sus esfuerzos en el sentido contrario. Se



preguntaba cómo era posible aquello, si él jamás pensaba en monos y ahora, en cambio, trataba de pensar en cualquier cosa distinta: en una playa desierta, en unas nubes blancas... y los monos aparecían saltando por la arena o cayendo de las nubes, ¡como una absurda lluvia de monos!”.

Paré aquí el relato y el chico, tras un breve silencio, me dijo: “¡eso es exactamente lo que me ocurre a mí! ¿Cómo sigue la historia?”. Le conté escuetamente que el segundo paso, según el maestro, consistía justamente en lo contrario, es decir, pasar una semana entera pensando en monos. Así fue como el joven tibetano se dio cuenta, por un lado, de que a veces basta con darle importancia a no pensar en algo, por absurdo que sea, para pensarlo todavía más; y, por otro lado, que paradójicamente, cuando tratamos de concentrar nuestro pensamiento en algo en particular la mente se nos desvía, al poco tiempo, hacia otras partes.

El chico, perspicaz y un poco alarmado me preguntó si acaso le estaba sugiriendo que se pasara la semana entera pensando en todo aquello que él no quería pensar, es decir en todas aquellas imágenes terribles. Le respondí que no, puesto que, en realidad, eso de pensar todo el rato era justamente lo que él ya llevaba haciendo en los últimos meses, según me acababa de explicar. Me dio la razón: “claro, eso es lo que ya estoy haciendo ahora, lo tengo todo el día en la cabeza”. Le planteé en cambio, que creía poder ayudarle a librarse de sus propios “monos”, pero que debíamos hacerlo bien y que tendría que seguir mis instrucciones al pie de la letra. Asintió y le propuse que hiciera lo siguiente: a diario, cada dos horas, justo a la hora en punto, debía de dejar de hacer lo que estuviera haciendo y durante cinco minutos exactos de reloj, ni uno más ni uno menos, traer a su mente los pensamientos indeseados y concentrarse en ellos. Una vez pasado el tiempo debía de volver a su quehacer habitual. En el caso de que los pensamientos le asaltaran entre horas, debía de intentar demorarlos a la hora convenida, pero sin ejercer demasiada resistencia. Si aún así insistían en ser pensados, debía de volver a tomar el reloj y pensarlos con intensidad durante cinco minutos más.

Aceptó la propuesta planteando todavía alguna reticencia: “pero es que yo no quiero pensar en eso”, a lo que le respondí: “mira, creo que tú vas a seguir pensando en eso esta semana de todos modos. Yo te planteo la posibilidad de elegir si esos pensamientos van a venir bajo tu

consentimiento o no. Dicho de otro modo, tú decides si quieres empezar a controlar esos pensamientos o prefieres que los pensamientos sean los que te controlen a ti”.

Le cité al cabo de una semana y se presentó a la consulta un chico bien distinto, risueño y vivaz. Me contó, aliviado y agradecido, que “la técnica había funcionado perfectamente” y que sus pensamientos no le habían atormentado apenas durante esa semana. Es más, se disculpó por no haber hecho la tarea en todas las ocasiones que habíamos acordado. Paradójicamente, ¡se había olvidado!

Hasta aquí la descripción de la viñeta clínica, necesariamente incompleta en aras de la brevedad. Desde luego sería temerario afirmar que todo el trabajo con el chico se terminaba en este punto. Pero en una sola sesión había conseguido ya un par de cosas importantes: en primer lugar, librarle de un malestar enorme que le atenazaba debido a una trampa del pensamiento; y en segundo lugar, afianzar el vínculo terapéutico y su confianza en mí, cosa que nos facilitaría mucho transitar el resto del camino hasta la consolidación del cambio y la finalización del proceso, que nos llevaría, naturalmente, un tiempo mayor y discurriría por senderos psicoterapéuticos distintos.

El caso planteado ilustra, con algunas pinceladas, distintos aspectos del modelo de TBE: el diálogo estratégico; la identificación de las soluciones intentadas y la lógica no ordinaria que vehicula el caso —en esta ocasión la paradoja—; la evocación de sensaciones a través de un lenguaje metafórico y de imágenes analógicas; y la prescripción de una estrategia también paradójica —la ritualización del pensamiento— para el desbloqueo del problema.

La prescripción del síntoma, bien conocida en la psicología sistémica, produce en este caso un efecto de ruptura de la estructura sintomática, por cuanto le usurpa al síntoma obsesivo sus cualidades fundamentales, de irrefrenabilidad, involuntariedad e inevitabilidad, convirtiéndolo en una prescripción que se encuentra bajo el control del propio sujeto o, de forma subsidiaria, de su terapeuta. El cambio observado en el caso ilustrado, lejos de tratarse de una casualidad o de una suerte, era perfectamente previsible y es completamente replicable en casos similares, siempre y cuando se trabajen armónicamente, además de los aspectos técnicos (entre ellos la

prescripción), también los elementos relacionales y comunicacionales que, junto a la técnica, conforman las tres columnas principales sobre las que debería asentarse cualquier intervención psicoterapéutica.

Podemos identificar, de manera operativa, dos fases en este proceso terapéutico que pueden ser extrapoladas a muchos otros casos clínicos. Por un lado, una primera fase de *desbloqueo*, o de deconstrucción, con maniobras orientadas a un problema determinado y planteada desde una lógica breve y estratégica. En segundo lugar, una fase de *consolidación*, o constructiva de un nuevo equilibrio, en la que bien podríamos seguir trabajando desde posicionamientos cibernéticos y pragmáticos (TBE) o bien optar por una aproximación semántica y hermenéutica (psicodinámica)<sup>3</sup> que ayudara a entender la aparición del síntoma, su significado y su papel en el psiquismo del paciente, desde un punto de vista metapsicológico.

Volviendo al caso descrito, algunos elementos como las fantasías edípicas o la relación entre la sexualidad y la violencia despertaban, naturalmente, múltiples interrogantes que no fueron obviados. Estas cuestiones se abordaron con posterioridad mediante un encuadre de corte psicodinámico focal y breve, hasta el alta del caso después de unas 15 sesiones. Descubrimos conjuntamente con el chico aspectos interesantes de su desarrollo sexual y su posicionamiento respecto al mismo y a los demás, de su relación triangular con los padres así como de sus fantasías y sus temores edípicos que no son el objeto de este artículo. Con todo, cuando aparecieron otros elementos de la línea obsesiva, como pequeñas compulsiones de comprobación, fueron nuevamente abordadas desde una perspectiva estratégica, sin que ello produjera ningún menoscabo ni interferencia apreciable en la labor analítica. La medicación psiquiátrica fue retirada poco después de la primera visita, con una pauta descendente en el caso del antidepresivo.

Nan-in nos invitaba al inicio a vaciar nuestras tazas para dejar espacio a otros conocimientos. Desde una perspectiva psicodinámica es posible enriquecer nuestro saber terapéutico y mejorar nuestro desempeño clínico a través del conocimiento y eventual aplicación de técnicas terapéuticas procedentes de otros marcos teóricos; ello sin renunciar a la esencia de la

---

<sup>3</sup> Entendiendo al psicoanálisis y sus derivados psicoterapéuticos como disciplinas con una doble filiación científica: hermenéutica y empírica.

comprensión psicodinámica profunda de cada caso. En este sentido, la TBE resulta un modelo especialmente idóneo para su uso acotado dentro de un encuadre psicodinámico, sobretodo en aquellos de características focales y breves y, en especial, cuando existen aspectos obsesivos, fóbicos o ansiosos muy predominantes y bien focalizados que interfieran o dificulten el abordaje psicoterapéutico o que requieran de una resolución en tiempo breve.

### *Resumen*

La Terapia Estratégica Breve, basada en la epistemología sistémica y constructivista y con raíces en los modelos psicoterapéuticos derivados del *Mental Research Institute* de Palo Alto, se ha constituido en las últimas décadas como un enfoque terapéutico de relevancia y gran originalidad en relación con la formación, persistencia y resolución de los principales trastornos o problemas psicológicos.

Debido a su orientación esencialmente pragmática y operativa, supone un recurso útil para cualquier profesional —más allá del marco teórico de referencia al que se adscriba— que desee ampliar sus conocimientos y optimizar los resultados de sus intervenciones.

En el presente artículo se reflexiona sobre la introducción de elementos terapéuticos propios de la Terapia Breve Estratégica dentro de un encuadre general psicodinámico o bien en paralelo a éste. Se apoya la reflexión a través de un caso clínico abordado desde una perspectiva integradora, con elementos estratégicos y psicodinámicos.

*Palabras clave: perspectiva integradora, terapia breve estratégica, psicoterapia psicodinámica, psicoterapia breve y focal.*

### *Abstract*

Strategic Brief Therapy, based on systemic and constructivist epistemology and with roots in the psychotherapeutic models derived from the Mental Research Institute of Palo Alto, has been constituted in the last decades as a relevant and highly original therapeutic approach in relation to the formation, persistence and resolution of the main psychological disorders or problems.

Due to its essentially pragmatic and operational orientation, it is a useful resource for any professional -beyond the theoretical framework of reference to which it is attached- who wishes to broaden their knowledge and optimise the results of their interventions.

This article reflects on the introduction of therapeutic elements specific to Strategic Brief Therapy within a general psychodynamic framework or in parallel with it. The reflection is supported by a clinical case approached from an integrative perspective, with strategic and psychodynamic elements.

*Keywords: integrative perspective, strategic brief therapy, psychodynamic psychotherapy, brief and focal psychotherapy.*

### *Referencias bibliográficas*

Caro Gabalda, I. (2017), “¿Es Posible la Integración en Psicoterapia?”, *Revista de Psicoterapia*, vol. 28, núm. 108, pp. 59-74. Departament de Salut (2009).

*La psicoteràpia a la xarxa pública de salut mental i addiccions, Barcelona, Direcció General de Planificació i Avaluació.*

Nardone, G. y Salvini, A. (2011), *El diálogo estratégico. Comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*, Barcelona, Herder.

Nardone, G. y Balbi, E. (2009), *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa. Lecciones sobre el cambio terapéutico y las lógicas no ordinarias*, Barcelona, Herder.

Nardone, G. i Portelli, C. (2006), *Conocer a través del cambio*, Barcelona, Herder.

Nardone, G. (1997), *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*, Barcelona, Herder.

Norcross, J., Golfried, M. R. (2005), *Handbook of psychotherapy integration*. Nueva York, Oxford University Press.

Senzaki, N. y Reys, P. (2013), *101 cuentos zen*, Barcelona, Galaxia Gutemberg.

Watzlawick, P. y Nardone, G. (comp.), (2000), *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*, Barcelona, Paidós.

Roger Ballescà i Ruiz

Psicólogo del Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Martorell. Hospital Sagrat Cor de Martorell. Hermanas Hospitalarias.

Psicoterapeuta acreditado por la FEAP, Sección Psicoterapia Psicoanalítica.

Alta formación clínica en Terapia Breve Estratégica. Strategic Therapy Center, Arezzo, Italia.