

UNIVERSIDAD DE PALERMO

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

Trabajo Final Integrador

Un caso de duelo: oportunidad para el cambio y crecimiento personal desde la terapia breve
estratégica.

Alumno: Czernikowski, Ariel Paulo

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 11 de Octubre de 2019

Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo general.....	4
2.2 Objetivos específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	4
3.1 Conceptos teóricos de la terapia sistémica.....	4
3.2 Antecedentes históricos de la terapia sistémica y el MRI.....	6
3.3 Fundamentos de la terapia breve estratégica del MRI en Palo Alto y primeras sesiones.....	8
3.3.1 Co-construcción del motivo de consulta, circuito autoperpetuante, objetivos/metas mínimas propuestas.....	11
3.4 Cámara Gesell.....	13
3.5 ¿Qué son las Intervenciones en psicoterapia?.....	15
3.6 Táctica del cambio.....	17
3.7 Perspectivas tradicionales y alternativas del duelo.....	18
3.7.1 ¿A qué se considera duelo patológico/complicado?.....	20
3.8 Abordaje terapéutico del duelo desde la terapia breve estratégica.....	22
4. Metodología.....	24
4.1 Tipo de estudio.....	24
4.2 Participantes.....	24
4.3 Instrumentos.....	25
4.4 Procedimiento.....	25
5. Desarrollo.....	25
5.1 Presentación del caso.....	25
5.2 Describir la queja inicial, el circuito autoperpetuante, la co-construcción del motivo de consulta y objetivos propuestos en el inicio del tratamiento.....	26
5.3 Analizar la utilización de la Cámara Gesell y las intervenciones del terapeuta en la segunda sesión del caso.....	31

5.4 Describir como se trabajan los objetivos propuestos del tratamiento en la tercera y cuarta sesión del caso.....	39
6. Conclusiones.....	44
Referencias bibliográficas.....	48

1. Introducción

Si es que vivimos lo suficiente, la pérdida de seres queridos es algo por el que todas las personas debemos atravesar en algún momento de nuestras vidas. Como se verá a lo largo de este trabajo, son varios los autores que explican que por más que existan diferencias en la forma de atravesar un duelo, es indudable que para la mayoría de los seres humanos, es un proceso penoso. Pero no por ello se debería padecer sufrimiento constante y prolongado indefinidamente en el tiempo. El duelo podría ser una oportunidad de cambio, y eso no significa dejar de extrañar al ser querido que ya no está.

En el marco de la Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Lic. en Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó el análisis de un caso de una paciente de 30 años de edad, quien se encuentra atravesando un duelo complicado. Dicha mujer es paciente de un centro terapéutico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El centro es privado, atiende a una población general y brinda un servicio de atención en Salud Mental a todos aquellos que quisieran resolver un problema. El enfoque teórico de la institución es el sistémico, particularmente el de la terapia breve estratégica.

Dentro de las actividades realizadas en el centro, se pueden mencionar algunas como: observación no participante de sesiones de Cámara Gesell de distintos tipos de consultantes: cámara de pareja, de familia y sesiones individuales; asistencia a sesiones grupales con profesionales que supervisan sus casos; acceso directo al análisis de historias clínicas y sesiones grabadas en Cámara Gesell; subtulado de videos de sesiones para un posterior uso educativo dentro de la institución.

El trabajo dará cuenta de una paciente de unos 30 años de edad que se encuentra atravesando un duelo complicado por la muerte de su madre. Dicha mujer vive en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y convive con su novio cinco años menor a ella, quién es básicamente uno de sus únicos soportes. Se tomarán en cuenta las primeras cuatro sesiones de la consultante al momento del ingreso, cómo se va construyendo el motivo de consulta a partir de su queja inicial y cómo se encara el caso para intentar alcanzar los objetivos mínimos propuestos del tratamiento.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar las cuatro primeras sesiones del tratamiento de un caso de duelo patológico de una mujer adulta desde la terapia breve estratégica.

2.2 Objetivos Específicos

Objetivo específico 1. Describir la queja inicial, el circuito autoperpetuante, la co-construcción del motivo de consulta y objetivos propuestos en el inicio del tratamiento.

Objetivo específico 2. Analizar la utilización de la Cámara Gesell y las intervenciones del terapeuta en la segunda sesión del caso.

Objetivo específico 3. Describir cómo se trabajan los objetivos propuestos del tratamiento en la tercera y cuarta sesión del caso.

3. Marco Teórico

3.1 Conceptos teóricos de la Terapia Sistémica.

Antes de introducirnos en la historia de la terapia sistémica y de las características de la terapia breve estratégica, se realizará este pequeño apartado, dejando en claro algunos conceptos teóricos clave para poder facilitar la lectura del presente trabajo con mayor comprensión. Estos son: la *Teoría general de los sistemas*; el *Constructivismo*; la *Cibernética*; y la *Teoría de la comunicación humano*.

-Teoría general de los sistemas y pensamiento sistémico. Un sistema podría ser definido como un complejo de elementos que interactúan entre sí. Todo organismo vivo (como por ejemplo la familia, la pareja, el individuo) puede ser considerado un sistema abierto, es decir, en constante intercambio de energía e información con el medio. A su vez, este tipo de sistemas, se verá imposibilitado de alcanzar mientras vivan, un estado de equilibrio permanente (Bertalanffy, 1968).

Cuando se habla del pensamiento sistémico, se habla de un tipo de pensamiento que contempla el todo y las partes, pero principalmente, se interesa por aquellas conexiones entre las partes. Mientras mayor sea el número de conexiones, más complejo y diferenciado va a ser el sistema (Wainstein, 2006). Siguiendo esta línea, se podría decir que la conducta

de un individuo, está relacionada a la conducta de otros individuos con los que se relaciona. Por ejemplo, si uno de los miembros de un sistema familiar altera su comportamiento, también cambiara el de otro miembro. En definitiva, teniendo en cuenta estas interacciones, todo sistema puede ser visto desde dos tendencias opuestas: a favor del cambio, o a favor de la estabilidad (Casabianca & Hirsch, 1992). El pensamiento sistémico nos hace sentir conectados con el mundo, y en vez de pensar que un factor externo es el causante de nuestros problemas, empezamos a comprender que son nuestros propios actos los que los crean (Senge, 1992).

-*Constructivismo*. En las ciencias de la salud mental, es difícil establecer una definición de normalidad que sea definitiva y universalmente aceptada. Partiendo de este punto, se habla de que las personas *normales* serían capaces de ver la realidad como es realmente, mientras que las personas que sufren algún problema emotivo o psicológico, la ven de un modo distorsionado (Watzlawick, 1997). El autor habla de dos tipos de realidades: *la realidad de primer orden* (relacionada a los sentidos y como percibimos) y *la realidad de segundo orden* (ligada a los atributos y significados de aquellas cosas que percibimos). Estos procesos en que construimos nuestra realidad, es lo que se llama constructivismo, y el objetivo de la psicoterapia en sí, debería ser el de ocuparse de reestructurar esa visión errónea que trae el paciente. Esta nueva realidad va a ser igual de ficticia que la anterior, pero a su vez será menos dolorosa y más útil.

García Martínez (2013), explica esto utilizando una analogía: el constructivismo no se interesa por *lo real*, sino que pone foco en aquellas construcciones que ha elaborado el propio paciente y su red social significativa para organizar su experiencia y el mundo, y que en cierto sentido, están actuando como una camisa de fuerza que impide el cambio y el crecimiento. Para poder entender esto, Wainstein (1997) dice que los terapeutas deberían estar más interesados en la visión del paciente sobre el acontecimiento que está relatando, que el acontecimiento en sí mismo.

-*Cibernética*. El término propiamente dicho fue acuñado por Norbert Wiener en 1948, y se encarga de investigar científicamente procesos sistémicos como el procesamiento de información, adaptación, y conducta estratégica. Se basa en el supuesto que tanto el control, como el procesamiento e intercambio de información, funcionan de forma similares siguiendo los mismos principios ya sea se apliquen en máquinas u

organismos vivos y estructuras sociales (Gregory Bateson por ejemplo, de quién se hablará más adelante, utilizó la cibernética para estudiar y comprender la influencia sobre las relaciones humanas complejas). Se podría dividir las investigaciones sobre la cibernética en dos fases: la primera se encargó de ver cómo se podría mantener la estabilidad de un sistema (homeostasis y morfostasis); en la segunda, se tocaron temas relacionadas a las necesidades y condiciones para el cambio (cambio y morfogénesis) (Simon, Sherlin, & Wynne, 1984).

-Teoría de la comunicación humana. Se dice que no existen individuos perturbados, sino más bien relaciones perturbadas. En otras palabras, que los trastornos del comportamiento se deben a las relaciones humanas disfuncionales, y no de a una psique enferma (aunque por supuesto se habla de los trastornos funcionales y no de los orgánicos) (Watzlawick, 1992). Hay cinco axiomas que hacen referencia a la pragmática de la comunicación, es decir, de como la comunicación en las relaciones entre personas terminan por afectar la conducta humana. Estos son: *la imposibilidad de no comunicar* (incluso cuando no se dice nada se está comunicando); *los niveles de contenido y de relación* (el mensaje en sí mismo, y la forma de comunicarlo); *la puntuación de la secuencia de hechos* (el recorte que se hace en base a la experiencia del individuo); *comunicación digital y analógica* (hace referencia al aspecto verbal y no verbal respectivamente); *comunicación simétrica o complementaria* (que serían las interacciones basadas en la igualdad o la diferencia) (Watzlawick, Beavin Bavelas & Jackson, 1967).

Wainstein (1997) agrega que en terapia lo único que existe es el juego de la conversación y se intentará construir significados junto al paciente. Esto se debe a que la comunicación terapéutica está vinculada al hecho de que se ha fracasado en la comunicación de otras áreas y espacios de la vida cotidiana.

3.2 Antecedentes históricos de la Terapia Sistémica y el MRI.

Uno de los orígenes de la terapia sistémica puede deberse probablemente a las investigaciones que realizó Gregory Bateson sobre la comunicación en Palo Alto, sumado a la influencia que ejerció Milton Erickson en dos colaboradores de Bateson: Jay Haley y John Weakland. Sus ideas incentivaron a Donald Jackson a crear el MRI (Mental Research Institute), también conocido como el Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto. Se

considera este instituto el primer centro de psicoterapias sistémico, y es de este mismo que derivan las terapias sistémicas breves (García Martínez, 2013). Ya se hablará de las características de la institución y de la terapia, pero primero se hará un breve recorrido histórico para poder entender la fundación del MRI.

En el año 1942 se realiza en Estados Unidos la primera conferencia organizada por la Fundación Macy donde participaron personas de renombre como Gregory Bateson, Milton Erickson, Margaret Mead, Norbert Wiener y Kurt Lewin. En esta conferencia, a partir del estudio de la *inhibición cerebral* (que en otras palabras era un modo de hablar de hipnosis), se marcó el inicio de la Cibernética. En 1946, casi con los mismos participantes, se lleva a cabo la segunda conferencia para tratar de *superar las barreras impuestas por el lenguaje de las ciencias particulares*. En 1947 hay una tercera conferencia donde se tratan los *mecanismos teleológicos*. Las conferencias de 1948 y 1949 trataron la Cibernética propiamente dicha. Finalizados estos encuentros, Bateson y Mead se divorcian y el primero se traslada a San Francisco, ciudad donde realiza sus estudios de comunicación en psicoterapia y donde nace una de sus obras más importantes; *La comunicación: Matriz social de la psiquiatría* (Cazabat, 2007; Hardy Schaefer, 2013; Wittezaele & García, 1994).

En 1952, para poder seguir con sus estudios, Bateson recibe una beca emitida por la Fundación Rockefeller, dando inicio a lo que fue conocido como el *Proyecto Bateson*, cuyo objetivo principal era estudiar la comunicación y sus paradojas. El grupo de dicho proyecto estaba integrado por John Weakland, Jay Haley y William Fry. Entre sus temas, se estudia la teoría del *doble vínculo*, el cual era observable en familias disfuncionales (por ejemplo en los pacientes esquizofrénicos que trataba Erickson) (Cazabat 2007; Hardy Schaefer, 2013). Es por ello que Bateson les pide a Weakland y Haley que vayan a visitarlo para consultarle. Allí observarían la hipnosis de Erikson, profundizando los conocimientos de la técnica pero desde la pragmática de la comunicación (Hardy Schaefer, 2013; Szprachman de Hubscher, 2003).

Szprachman de Hubscher (2003) comenta que como se solía incorporar a la familia del esquizofrénico en las sesiones, esto mismo los lleva a empezar a utilizar el término de *terapia familiar*. El doble vínculo, de alguna forma, permitía evidenciar el conflicto generador de la patología. Wainstein (2006) describe a este concepto de la siguiente manera:

La situación de interacción es vital y no puede ser evitada, para al menos uno de los miembros (...) otro de los participantes, emite dos mensajes simultáneos que son contradictorios, por ejemplo una comunicación verbal sobre protectora (...) y una comunicación no verbal que comunican rechazo, hostilidad (...) esto produce incertidumbre e incapacidad del receptor para definir a cuál de los dos mensajes debe dar crédito ante la ausencia de un tercero que agregue información nueva (...) es así como el sujeto queda apresado en una situación de doble vínculo (p. 43).

En estas investigaciones entonces, el grupo pudo conceptualizar como la madre del paciente (el esquizofrénico) emitía mensajes contradictorios constantemente de forma simultánea. La conclusión fue que si esto se repetía en el tiempo y con regularidad, terminaría por destruir la lógica racional mínima que toda persona necesita para pensar sentir y actuar. En otras palabras, el paciente terminaría por volverse loco (Ceberio, 2011). Estos estudios del grupo culminan con su publicación más importante en 1956: *Hacia una teoría de la esquizofrenia*. Finalmente el grupo se disuelve en 1962, y Bateson se va a Hawái a estudiar la comunicación de ciertos animales (Cazabat, 2007).

Don D. Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir, fundan en marzo de 1959 el MRI. Aunque no era una continuación del grupo de Bateson, el instituto cuenta con la presencia y la influencia directa de las ideas de algunos de sus miembros como Haley y Weakland. Hacia fines de ese mismo año, se incorpora Paul Watzlawick, quien en poco tiempo se transformaría en uno de los miembros más importantes del MRI. Desde este momento, el equipo entero se dedica a estudiar la psicoterapia desde una perspectiva interaccional. Es a partir de esto que Haley desarrolla el modelo estratégico en la resolución de problemas. A principios de 1967, Richard Fisch le propone a Jackson la creación de un modelo de terapia breve, al cual se suman Watzlawick y Weakland. Este proyecto fue conocido como el Centro de Terapia Breve (Brief Therapy Center), y es lo que hoy en día se conoce como el Modelo de Palo Alto (Cazabat, 2007).

3.3 Fundamentos de la terapia breve estratégica del MRI en Palo Alto y las primeras sesiones.

Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974) explican que la terapia breve está centrada en dos aspectos claves. Por un lado se observa la interacción conductual actual, es

decir en el presente. Por otro lado se piensa en una intervención que pueda alterar el funcionamiento del sistema a la que pertenece el paciente. La intención de crear una terapia breve, era la de ofrecerle una primera ayuda o apoyo momentáneo al consultante que no disponía de tiempo, dinero o persistencia para otro tipo de tratamientos. La brevedad en sí misma no era una meta para ellos, pero creían que establecer un límite de tiempo podía favorecer tanto al terapeuta como a pacientes.

Uno de los objetivos principales de la terapia breve va a consistir en ayudar al consultante a probar algo distinto, es decir modificando o cambiando su comportamiento interactivo, y/o la forma en la que interpreta ese comportamiento o determinada situación, con el fin de llegar a una solución. Lo anterior parte del supuesto de que la realidad que percibimos y con la que nos relacionamos (tanto los problemas como las patologías), es una combinación entre nuestro punto de vista asumido, los instrumentos utilizados y el tipo de lenguaje con que el que nos comunicamos. Por ende, como se ha visto con el constructivismo, no existe una única verdadera realidad, sino que existen tantas realidades como sujetos. En otras palabras, cada uno va construyendo la realidad que quiere padecer (Watzlawick & Nardone, 1997). La clave no es ver a los problemas como crónicos sino más bien como una persistencia del mismo manejada de una manera constantemente pobre. Dicho de otra forma, la gente que dice tener problemas crónicos, es porque ha estado luchando de forma inapropiada durante mucho tiempo (Weakland et al, 1974).

Si hubiese que resumir de alguna manera, aquellos elementos clave a los que presta atención la terapia breve estratégica de Palo Alto, se podrían mencionar algunos como: el foco de análisis está puesto en el proceso de interacción entre los individuos del sistema; el objeto de cambio en el circuito mantenedor del problema; el lugar de cambio se da por fuera de la sesión; la motivación del cambio viene por el miembro del sistema más perturbado por la situación; entre las principales intervenciones están las redefiniciones, sugerencias y prescripciones (directas o paradójales); hacen hincapié en la comunicación verbal; se intenta establecer un límite de 10 sesiones, aunque suelen ser más (Casabianca & Hirsch, 1992). Hay que tener en cuenta que algunos de los conceptos aquí mencionados como el circuito mantenedor del problema e intervenciones, serán explicados más adelante en los subsiguientes apartados.

Como el terapeuta desde la primera entrevista no se concentra en estudiar el pasado del paciente, para Watzlawick y Nardone (1997) deben valorarse los siguientes elementos:

- a) ¿Cómo vive el sujeto consigo mismo, con los demás, y con el mundo?
- b) ¿Cómo funciona el problema que trae el paciente dentro de ese sistema planteado en el punto a)?
- c) Las distintas soluciones intentadas al problema por parte del paciente.
- d) Si hubiese que cambiar la situación problemática, ¿Cómo sería la forma más rápida y eficaz?

De forma complementaria, Wainstein (2006), dice que hay tres preguntas clave que debería hacerse el psicólogo desde el primer momento:

- a) ¿Cuál es la postura principal del paciente respecto a su problema?
- b) ¿Cómo se logra que se reduzca esa postura lo máximo que se pueda?
- c) Hay que definir una estrategia, y más importante aún, ¿Qué es lo que el paciente puede hacer para solucionar su problema?

A su vez, Szprachman de Hubscher (2003) hace mención de aquello esperable en cada sesión del tratamiento a partir del análisis de un caso clínico. Se hará hincapié en las primeras cuatro, pero se debe tener en cuenta que esto no significa que tiene que ser necesariamente de esta manera (aunque podría ser útil para tener una ubicación aproximada de la temporalidad que se propone en este tipo de terapias). A grandes rasgos entonces, se podría decir que en la primera sesión lo esperable es definir el problema; en la segunda hablar sobre la meta mínima del tratamiento; en la tercera trabajar sobre cómo se cumplirá esa meta mínima; en la cuarta, hay que tener en cuenta que la meta mínima es parte del camino al cambio, pero es solo el inicio, por lo que habría que empezar a ver cómo se encara la estrategia para sostenerlo en el tiempo.

Por último, Haley (1990) deja claro que no existe ningún método terapéutico que sea universalmente estandarizado para abordar de manera exitosa, la vasta gama de casos diversos con los que se encuentra el psicólogo. Se necesita también espontaneidad y flexibilidad por parte del mismo, que le permita adaptarse de la mejor manera al consultante. Se podrá repetir aquellos métodos que le hayan resultado exitosos, pero la probabilidad de una terapia exitosa dependerá de combinar aquellas técnicas conocidas, con la innovación que requiere cada caso.

3.3.1 Co-construcción del motivo de consulta, circuito autoperpetuante y objetivos mínimos propuestos.

Aunque la queja inicial y motivo de consulta resulten términos similares, existe una diferencia primordial. Casabianca y Hirsch (1992), lo explican claramente: el paciente llega en una primera instancia, con una *queja inicial*, que es básicamente lo que el consultante percibe o siente que tiene que cambiar desde el plano cognitivo. Esto viene acompañada por un malestar a nivel afectivo, y a su vez el paciente tiene una idea aproximada de lo que cree que va a tener que hacer o recibir del tratamiento. La clave del terapeuta en este proceso, es poder tomar esa queja, contextualizarla y focalizarla de tal forma que se termine transformando en un motivo de consulta concreto. Por eso se habla de una co-construcción, es un proceso que se da entre el paciente y el terapeuta.

Es en este momento donde se intenta definir el problema junto al consultante, y como se ha visto, se trata de analizar el comportamiento del mismo: ¿Qué es lo que hace esta persona que desearía dejar de hacer? ¿O qué es lo que no consigue hacer cuando desea hacerlo? Hay que tener en cuenta que cuando no se encuentra una solución a una dificultad de estas características, se suele producir un estado de malestar e insatisfacción que con el tiempo tiende a generalizarse. Por eso es común escuchar frases como *estoy deprimido, no conseguimos comunicarnos o no puedo más*, como quejas generales. Lo importante entonces, es poder darle un contexto preciso a ese sufrimiento (Wittezaele & García, 1994).

Respecto al circuito autoperpetuante, la terapia estratégica parte de la idea de que los problemas que los consultantes traen al psicólogo, solo van a perdurar si se mantiene el funcionamiento actual de la conducta y de los otros con quienes interactúan. De forma inversa, si se lograra eliminar o cambiar esa conducta que está manteniendo el problema, el conflicto será posiblemente resuelto, independientemente de su naturaleza, origen o duración. Para poder identificarlo, el terapeuta debe cuestionar al paciente o miembro del sistema sobre aquellas soluciones que han intentado hasta ahora para lidiar con el problema, con la intención de analizar aquello que está manteniendo el conflicto (Weakland et al, 1974). Weakland (1997) agrega que para poder trabajar sobre esto, el terapeuta estratégico debe dejar de lado sus creencias y centrarse únicamente en lo que trae el paciente. El objetivo es utilizar los puntos de vista y valores del consultante, con el fin de lograr un

cambio (pequeño, pero significativo). Pero primero, como se ha mencionado, hay que interrumpir con el círculo vicioso que se da entre el problema y la solución.

De forma análoga, Wittezaele y García (1994) mencionan que poder identificar aquellas soluciones intentadas por el paciente para superar su problema, aportará información fundamental para saber sobre aquellas cosas que hay que evitar, ya que evidentemente no estuvieron contribuyendo a la desaparición del sufrimiento del consultante. Es evidente que las personas repiten una y otra vez actitudes que los llevan a tener los mismos problemas por los cuales se quejan. Para Wainstein (2006), poder reemplazar un tipo de proceder repetido y fallido, por otro potencialmente exitoso, es parte de la resolución de un problema. A todo esto, Casabianca y Hirsch (1992), agregan que no hay buenos o malos circuitos, sino que su funcionalidad o disfuncionalidad, se miden en sí contribuyen o no en mantener el problema.

Los pacientes por lo general utilizan términos vagos o generales para hablar en términos de conductas específicas, por eso es importante el establecimiento de metas. Esto actúa de manera positiva para el cambio ya que entrega un criterio que se intentaría cumplir dentro del tratamiento. En este sentido, se busca que las metas queden claramente establecidas en términos de conductas concretas (Weakland et al, 1974).

Por eso una de las primeras cosas que se hacen, es establecer los objetivos del tratamiento junto al consultante. Se van a construir una o más hipótesis sobre lo indicado y se diseña una estrategia específica para ese tipo de problema. Por lo general, si la estrategia funciona, se podrá observar una reducción en los síntomas del paciente desde las primeras sesiones y un cambio progresivo hacia una visión más flexible de la realidad, de sí mismo y el mundo. A su vez, este cambio viene acompañado de un incremento progresivo de autonomía y autoestima, debido a la realización de la capacidad de poder resolver un problema (Watzlawick & Nardone, 1997). La idea es poder definir objetivos accesibles (o más bien realistas) ya que esto le permitirá al paciente (y al terapeuta) poder observar una evolución de las sesiones, además de que permite prever un límite temporal al tratamiento generando cierta confianza y motivación en el paciente (Wittezaele & García, 1994). Esto se debe a que resulta más viable que el cambio se vea efectuado, si la meta es razonablemente pequeña y está bien establecida. Se tiene en cuenta que una vez que el consultante experimenta un cambio pequeño, su experiencia lo va llevando de a poco a

mayores cambios. Se busca entonces, como se ha dicho anteriormente, un cambio pequeño, pero significativo (Weakland et al, 1974).

3.4 Cámara Gesell

Si hubiese que describir a la Cámara Gesell, se podría decir que se trata de un instrumento donde se puede observar la conducta humana a través de un vidrio de visión unidireccional. En este caso particular, interesa su utilización en el área clínica, pero se debe tener en cuenta que puede utilizarse en la supervisión en vivo e incluso la docencia (Flichman, 2007). Tanto este autor como Ceberio (2011), coinciden que entre algunos de los beneficios que trae la Cámara Gesell en la terapia breve estratégica, se pueden mencionar:

- a) *Posibilidad de trabajar en equipo*, de observar la interacción entre el terapeuta y el consultante. Ofrece al paciente, la oportunidad de ser evaluado por varios expertos.
- b) *Utilizar un intercomunicador*. No se usa siempre, pero puede haber un teléfono que comunica ambas salas. Uno de los profesionales del lado del observador puede utilizarlo en cualquier momento (aunque se recomienda que los llamados sean breves y al pie y que no interrumpan lo que se está hablando, salvo que sea a propósito). De igual forma, el terapeuta puede utilizarlo para hablar con el equipo.
- c) *Registrar en video y audio la sesión*. Permite al terapeuta volver a ver la sesión y evaluarse sin la presión que conlleva estar frente a la exposición de un equipo de supervisores y consultante. En algunos casos podría mostrarse una copia de la sesión al paciente para que se vea desde otra perspectiva.

Tanto los puntos *a*, *b* y *c*, son parte de las ventajas que podían observarse desde el primer momento que se comenzó a utilizar el espejo unidireccional en este tipo de terapia (Fisch, Weakland & Segal, 1984). Para poder entender esto, habría que retomar un poco la parte histórica que se ha visto previamente. Entre el fin de la década del 50' y principios de los 60's, el grupo de investigadores liderados por Bateson, de Haley, Weakland y Fry, con el auxilio externo de Jackson, pasaban horas observando a través del espejo unidireccional a las familias, y analizando consultas por filmaciones y grabaciones de cinta. El objetivo de dichas observaciones, era el de poder registrar de forma exhaustiva como se expresaban e interactuaban los miembros de las familias, explorando aspectos verbales y gestuales (hay

que recordar que esta era la época en la que el grupo estudiaba a los pacientes esquizofrénicos y sus familias). De esta forma fue cómo el espejo unidireccional comenzó a obtener protagonismo, pasando de la investigación y el estudio de estas familias, a utilizarse como un modelo terapéutico propiamente dicho (Ceberio, 2011). Fisch, Weakland y Segal (1984), reafirman esta idea al decir que la experiencia obtenida a través de la práctica de las sesiones con espejo unidireccional (y los posteriores debates que se generaban), representaron un factor importante en el desarrollo de posteriores estudios en la terapia familiar.

Por otro lado, cabe mencionar que existen algunas cuestiones técnicas que son de suma importancia. Por ejemplo, debe haber un encargado del sistema de videograbación que se asegure que su funcionamiento sea adecuado. La temperatura y la luz donde estará el/los pacientes deberá ser confortante, y además deberá contar con la cantidad de sillas suficientes no solo para el sistema consultante, sino también para el terapeuta y el posible ingreso de otro miembro del equipo. En cuanto a los horarios, el equipo se suele juntar media hora antes de la llegada del paciente para evaluar el caso, posibles intervenciones y estrategias, así como también un rato posterior a la sesión para poder volver a sugerir otras estrategias para las sesiones futuras (Flichman, 2007).

Flichman (2007), comenta que gracias a la experiencia de haber trabajado en un centro de terapia estratégica con Cámara Gesell, le permitió poder compartir cierta responsabilidad con su equipo y colegas. Dice que habría sido engorroso o penoso, haber trabajado sin la supervisión y el respaldo necesario en algunos casos, aprendiendo de esta forma, a ser regulado por una meta-mirada propia del paradigma sistémico. Ceberio (2011) explica que esto se debe a que los terapeutas se sienten acompañados y tranquilizados al tener la presencia de otros miembros, permitiendo calibrar rasgos de personalidad como la ansiedad, autoestima, inseguridad y competitividad para ayudar a mejorarlos. Es evidente que la utilización de Cámara Gesell en terapia, ha roto viejos dogmas, cuestionando la convencionalidad de las terapias individuales al incluir otros miembros del equipo profesional al espacio terapéutico.

3.5 ¿Qué son las Intervenciones en psicoterapia?

Teniendo en cuenta el axioma de *es imposible no comunicar*, propuesto por Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson (1967) y que se ha mencionado previamente, se podría decir que toda conducta del psicólogo influye de forma directa o indirecta en un consultante. Cuando se habla de intervenciones, se hace referencia a aquellas conductas por parte del terapeuta que están orientadas concretamente a promover el cambio. Se identifica cuál es la conducta que mantiene el problema actual, y se interviene con la intención de buscar conductas diferentes que se acerquen a las metas seleccionadas (Casabianca & Hirsch, 1992; Weakland et al, 1974).

Por eso, para poder entender el sentido de las intervenciones en una terapia, uno debería hacerse la siguiente pregunta: ¿Cómo es que palabras y gestos de unas personas, pueden afectar y orientar las creencias y la conducta de otras? (Wainstein, 2006). A partir de esta formulación, el autor propone a la psicoterapia como un medio específico, con un diálogo especializado, en donde se busca modificar la conducta humana a partir de objetivos más o menos acordados. Se puede hablar de *intervenciones estructurales* (trabajan sobre la estructura de funcionamiento del sistema familiar), *intervenciones narrativas* (dar un sentido y coherencia a lo que pasa en nuestras vidas), y las que interesa para el presente trabajo, las *intervenciones estratégicas*.

Las intervenciones estratégicas están dirigidas a poder cumplir objetivos que fueron convenidos con el paciente. Por ende, primero hay que identificar los problemas que se quieren resolver, establecer metas, diseñar las intervenciones adecuadas, y luego evaluar la respuesta y resultados de la misma para ver si han sido eficaces. El terapeuta debe ser capaz de solicitar tareas, cuyo fin sea el de poder trasladar el efecto de las intervenciones a la vida cotidiana del sujeto. Como ya se ha visto, una de las características de la terapia breve estratégica del MRI de Palo Alto, es buscar cortar con el circuito autopertuante de las soluciones fallidas hasta ahora por el consultante, y reestructurar o modificar la forma de percibir la realidad del paciente para así lograr el cambio (Wainstein, 2006; Weakland et al, 1974). Entre las intervenciones estratégicas más importantes, se pueden mencionar algunas como:

- a) *Reenmarcamiento/reetiquetamiento del problema*: analizar las creencias que las personas tienen sobre su problema, intentando redefinir el significado o

implicados que se atribuyen a la conducta. Se trata de buscar una realidad alternativa (Wainstein, 2006; Watzlawick, 1997; Weakland et al, 1974).

- b) *Accionar sobre la pauta de comportamiento*: interferir sobre el modo habitual que el paciente tiene de hacer las cosas. Es decir, se busca modificar aquellas pautas a la que el consultante está acostumbrado y podría estar prolongando el conflicto. Los pacientes suelen quejarse de que han intentado *todo* para solucionar su problema pero nada da resultado. Esta intervención busca probar algo distinto a lo ya intentado (Wainstein 2006; Weakland et al, 1974).
- c) *Instrucciones/prescripciones paradójicas*: se busca prescribir una conducta opuesta a las metas con el fin de moverse hacia ellas. Otro modo de decirlo, sería de pedirle al consultante que haga algo con la intención de que no lo cumpla. Un ejemplo común, es el de pedirle al paciente que continúe con la conducta mantenedora del problema (Haley, 1990; Wainstein 2006; Weakland et al, 1974).
- d) *Uso de anécdotas, analogías y lenguaje metafórico*: relatos, chistes, metáforas o juego de palabras, puede ayudar al paciente a ver su problema desde otra perspectiva o lograr una mayor comprensión (Haley, 1990; Wainstein, 2006).
- e) *Intervenciones/prescripciones directivas*: pedirle al consultante que haga algo, y el propósito es que lo cumpla. Puede ser de forma directa o implícita (como el tono de voz, un silencio, una sugerencia) (Haley, 1990; Wainstein, 2006).
- f) *Técnica de la bola de cristal*: proyectar al consultante a un futuro exitoso, donde las cosas son mejores (Wainstein, 2006).

Cade y O'Hanlon (1995), y Wainstein (2006), mencionan otras intervenciones estratégicas como: *excepciones, soluciones y enfoques orientados al futuro* (hacerle ver al cliente aquellas excepciones, ideas o sentimientos que le han resultado exitosos hasta ahora); *técnica del milagro* (se le plantea al consultante una pregunta hipotética, como en un juego, en donde debe imaginarse que su problema se resuelve de la noche a la mañana como si fuese un milagro. Se busca indagar en ¿Qué cosas serían distintas esa mañana si el problema hubiese sido resuelto?); *ubicación en una escala* (preguntarle al paciente, en una escala de por ejemplo del 1 al 10, ¿Cómo se siente respecto al problema? La respuesta podría servir de orientación al terapeuta para donde debe encarar).

3.6 Táctica del cambio.

Cuando se habla de táctica del cambio, se hace referencia a cómo se formula y se pone en ejecución un proyecto de cambio. Para ello hay que tener bien claro el establecimiento de la meta, con la intención de que el terapeuta pueda definir su accionar estratégico y las tácticas adecuadas para realizarlas. La táctica deberá ser traducida al lenguaje del paciente, ya que es fundamental para que el consultante tenga el deseo de aceptar y ejecutar esas directrices (Wittezaele & García, 1994).

El paciente perfecto no existe. Si así lo fuesen, en la terapia breve estratégica el paciente perfecto sería capaz de: dar toda la información pertinente que se le solicite, sería claro, tomaría cada idea que se le sugiera sobre el problema, realizaría las tareas por fuera de la terapia, y haría participar a amigos y familiares que puedan ayudarlo a resolver el problema. Pero como esto no es más que un ideal, se debe tener en cuenta que en la mayoría de los casos, a veces casi sin darse cuenta, los pacientes ponen trabas u obstaculizan el tratamiento. Para ello existe la *capacidad de maniobra del terapeuta*, que básicamente hace alusión a la capacidad del psicólogo de poner en práctica aquello que juzgue como más apropiado para el tratamiento (Fisch, Weakland & Segal, 1984).

Según Hirsch y Rosarios (1987), todo comportamiento programado por parte del terapeuta puede ser considerado una maniobra, ya que es una acción que tiende a influir sobre el consultante de forma específica. Una de las bases principales de la maniobrabilidad, es saber que el paciente necesita más al terapeuta, que él al consultante. A eso hay que sumarle que el terapeuta puede ponerle fin al tratamiento cuando lo desee, si es que el consultante no está dispuesto a cooperar (Fisch, Weakland & Segal, 1984). Estos autores proponen una serie de medios para poder aumentar y manejar esa capacidad de maniobra. Entre ellos se mencionarán algunas como:

- a) *Oportunidad y ritmo*: El psicólogo no debe esperar a que se produzca una resistencia obvia, debe cambiar de rumbo si nota indicios de que la estrategia no está funcionando.
- b) *El uso del lenguaje condicional*: Permite mantener una postura abierta y al mismo tiempo dar la sensación de haber adoptado una postura concreta.
- c) *El tiempo necesario*: No apresurarse a actuar. El consultante querrá respuestas rápidas pero hay que tomarse el tiempo para planificar y conocer sus creencias.

- d) *El cliente debe concretar*: Realizar tareas que lo acerquen a las metas mínimas.
- e) *Actitud igualitaria*: El terapeuta no debe asumir una actitud de superioridad.
- f) *Sesiones individuales y conjuntas*: Citar a otros miembros del sistema para que ayuden a ser parte del cambio.
- g) *Tácticas con los pacientes difíciles*: Si se niegan a cooperar, se puede re negociar el por qué vienen a terapia, o indicarles que en estas condiciones no se podrá continuar con el tratamiento.

3.7 Perspectivas tradicionales y alternativas sobre el duelo.

Freud (1917/1992) se refería al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad o un ideal” (p. 241). Partiendo de una idea similar, Neimeyer (2002) dice que el ser humano, a lo largo de la vida, debe lidiar constantemente con la experiencia de la pérdida. Desde aspectos materiales como por ejemplo ciertos objetos o mudarse de casa, hasta aquellas cosas inmateriales como la niñez, la juventud o sueños irrealizados. Incluso situaciones positivas como el nacimiento de un niño o que un hijo se vaya de casa para estudiar en la universidad, implican una pérdida. Cada una de estas pérdidas va a venir acompañadas de un dolor, que afecta de manera particular a cada individuo, y la muerte de un ser querido no es una excepción.

Para Bowlby (1980) la pérdida de un ser querido, podría llegar a ser considerada una de las experiencias más dolorosas por las que tiene que pasar una persona. Por un lado, se suele subestimar hasta qué punto la angustia puede resultar incapacitante, pero al mismo tiempo, se supone que una persona *normal* debe superar la pérdida con rapidez y en su totalidad. El autor habla de cuatro fases por las que atraviesan las personas que están transitando un duelo. A éstas las llamó: *fase de embotamiento* (aturdimiento, no poder creerlo); *fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida* (llanto, cólera, buscar a la persona, querer recuperarla); *fase de desorganización y desesperanza* (análisis exhaustivo del cómo y por qué de la pérdida); *fase de mayor o menor grado de reorganización* (tiene que ver con aceptar que la pérdida es permanente, hay que darle una nueva forma a la vida. Se pueden buscar el desempeño de roles nuevos y adquirir habilidades).

Kübler-Ross y Kessler (2005) proponen cinco etapas para afrontar del duelo. Estas son: *negación* (estado de shock y negación por la muerte, el mundo no tiene sentido); *ira* (se puede estar enojado con todo el mundo, por ejemplo con los doctores, con alguien que no atendió al funeral, con uno mismo); *negociación* (con la muerte, ¿Cómo será la vida de ahora en más?); *depresión* (suele estar asociada al sentimiento de tristeza intenso asociado tras la pérdida, pero es normal y no debe ser considerado como una enfermedad mental); *aceptación* (se trata de aceptar la pérdida, de que el ser querido ya no está más, aunque eso no significa que todo está bien, sino que se acepta la nueva realidad).

No caben dudas que en los últimos años, con los cambios culturales, la aglomeración de la población en grandes ciudades, y la rapidez vertiginosa con la que se vive hoy en día, que se haya modificado la forma de despedir a una persona (Fernández Moya, 2012). A partir del siglo XX, con el avance desmedido de la tecnología y la modernidad, muchos procesos psicológicos que en el pasado eran considerados completamente corrientes, hoy en día comienzan a ser vistos como si fuesen anormales o patológicos. Dentro de esos procesos, se podría incluir al duelo (García Martínez, 2013). Dicho autor, considera que podrían mencionarse tres causas que favorecen esa concepción patológica del duelo:

- a) *La patologización del sufrimiento*: el duelo es transformado de una reacción normal y compartida socialmente, a ser considerada un trastorno. La cultura hedonista de hoy en día, favorece la idea de que cualquier manifestación de sufrimiento debería ser curada o suprimida.
- b) *La negación de la muerte*: es como si la muerte y el duelo se hubiesen transformado en algo que debería permanecer oculto y silenciarse. Se evita hablar del duelo delante de otras personas para no incomodarlas. No poder hablarlo con alguien, a pesar de querer hacerlo, impide la reconstrucción de lo sucedido, y por ende incrementa el dolor.
- c) *La comercialización del dolor*: se refiere a la *industria del duelo*. Aquella que por ejemplo vende medicamentos para aliviar el sufrimiento, o las instituciones destinadas a planificar el funeral y como se lucra con la muerte.

El problema de ver al duelo como si la única forma de transitarlo fuese a través de etapas como el que propone Bowlby, se crea la ilusión de que solo existe una forma de

poder llevarlo. Hablar de etapas puede conducir al error de que todos los que están atravesando un duelo deberían realizar el mismo camino hacia la recuperación personal (García Martínez, 2013; Neimeyer, 2002). Por ejemplo, si en las primeras etapas una persona no llora al ser querido o cuando habla lo hace sin manifestaciones de dolor, se podría llegar a interpretar erróneamente que la persona reprime o no manifiesta de forma correcta esta etapa, por lo cual debería buscar ayuda psicológica o psiquiátrica. De la misma forma, en alguna etapa más avanzada, si la persona llora y habla del fallecido con sumo dolor, entonces también se trataría de un duelo patológico. A esto, García Martínez (2013) dice: “Aquí todos pierden, menos los profesionales de la salud” (p.434). Es un punto interesante el del autor, el de proponer que el tratamiento del duelo sea más focalizado en el acompañamiento de la persona, que en la patologización. Kopec (2007) insiste en reforzar la idea de que no existe un único camino para el duelo, sino que dependerá de cada persona. Por ello dice que conocer las etapas del duelo puede ayudar a una persona a *normalizar* el proceso, pero no es algo que necesariamente deba repetirse y esperarse en todos los pacientes.

3.7.1 ¿A qué se considera duelo patológico/complicado?

Respecto al duelo complicado, habría que diferenciarlo del duelo normal. El segundo se refiere a la reacción de tristeza y desazón esperable tras la pérdida de un ser querido, que puede durar desde días hasta meses posterior a la muerte. El problema del duelo patológico, es cuando ya transcurre más de un año (o un tiempo aún mayor), en donde el paciente sigue manifestando pena y/o malestar demasiado intenso por la muerte del ser querido o anhelo persistente. Pero por sobretodo, se pone atención en estos casos, cuando lo que se ha mencionado provoca una alteración o disfunción en áreas sociales, laborales o significantes para el individuo (APA, 2013).

Se debe tener en cuenta que cuanto más tiempo haya pasado entre la pérdida del ser querido y la consulta del paciente, mayor será la chance de que venga a consultar por un síntoma psicológico o somático. Es decir, en el momento de realizar la co-construcción del motivo de consulta, se determinará o no la relación que existe entre la pérdida y el estado actual en el que se encuentra el paciente. Cuando uno sufre una pérdida, se espera que el doliente pueda expresar su dolor y angustia a su manera para poder realizar el proceso de

duelo. El duelo patológico entonces, podría ser considerado un mal resultado de ese proceso (Fernández Moya, 2012).

Aunque se ha visto que es importante no patologizar el duelo como si se tratase de un trastorno o una enfermedad, es fundamental también aceptar que la reorganización de la persona tras la pérdida tampoco es un resultado que esté garantizado. Esos resultados tienen más chances de ser negativos cuando la muerte suele ser traumática o violenta (como por ejemplo un asesinato). Suele ser difícil también aquellas muertes que no están sincronizadas con el ciclo vital esperable de la familia, como la muerte de un niño, o la de un conyugue o padre demasiado temprano (Neimeyer, 2002). Todos necesitamos, o por lo menos queremos intentar encontrarle un sentido a nuestras pérdidas. Por eso no tiene nada de malo buscar apoyo si así fuese necesario. La soledad y el dolor que acompañan el duelo no tienen nada de anormal, pero el autor recomienda acudir a un profesional si la persona manifiesta los siguientes indiciadores: sentimientos de culpa muy intensos; ideas suicidas; extrema desesperación; depresión prolongada; síntomas físicos como opresiones constantes en el pecho; no poder controlar la ira; dificultades de funcionamiento como en el trabajo o vida cotidiana; abuso de sustancias o conductas autodestructivas.

Engel (1961), se hace una pregunta más bien filosófica que científica al cuestionarse: ¿Es el duelo una enfermedad? El autor se plantea que el duelo podría llegar a ser considerado igual de traumático que quemarse o lastimarse gravemente si se lo pusiese en un plano fisiológico. Y siguiendo la lógica de esta comparación, las heridas físicas necesitan tiempo (y en algunos casos tratamiento) para poder lograr una curación. Por ello es esperable, al igual que las heridas del cuerpo, que el duelo también necesite del tiempo o tratamiento para poder curarse. De la misma forma que en el plano fisiológico se utilizan los términos *sano* y *patológico*, en el duelo podría pasar lo mismo.

Pareciera ser que la forma en la que uno aprende y vive las experiencias relacionadas a la muerte a lo largo de la vida, es algo que podría llegar a determinar un duelo sano o patológico. Por eso podría llegar a ser útil enseñarle a las personas sobre la muerte, el morir, y los procesos normales del duelo (Bowlby-West, 1983). Por ejemplo, para Fernández Moya (2012), es innegable decir que la muerte es parte de la vida. Es el momento en que finaliza la vida de un ser humano, y el que fallece, probablemente ha sido y seguirá siendo un ser importante para otras personas. A veces sucede que las personas

fallecidas, incluso adquieren una nueva dimensión una vez que ya no están. Se puede llegar a rescatar valores y acciones que mientras vivían, tal vez no eran tan evidentes.

3.8 Abordaje terapéutico del duelo desde la terapia breve estratégica.

Todo terapeuta debería saber que cuando un consultante llega a terapia para enfrentar una pérdida de un ser querido, llegan con la certeza o la sensación de que no hay nada ni nadie que podrá ayudarlos a aliviar su dolor. Pero por otro lado, si toma la iniciativa de buscar ayuda, es porque existe una expectativa o un rayo de esperanza de que el cambio o el alivio sean posibles. El paciente siempre se encontrará en una paradoja: debe mostrar su sufrimiento por la pérdida, pero también llega a terapia para recibir una ayuda para superar o elaborar el duelo (Fernández Moya, 2012). Desde la terapia estratégica, el autor propone que a veces no será la pérdida en sí misma el problema, sino de las soluciones intentadas por el paciente para llevar a cabo el duelo, refiriéndose que en ocasiones el doliente no ha podido legitimar su pérdida y consecuencias con amigos, familiares, u otras personas de relevancia. En la mayoría de los casos, quienes consultan por un duelo por decisión propia o sugerencias de otros, llegan con sus propios sentimientos reprimidos o no expresados. Se encuentran confusos ante las frases de gente que intentan ayudarlos como por ejemplo: *en estos momentos hay que mostrar fortaleza*.

Una de las hipótesis principales que elabora Jackson (1968), citado por Bowlby-West (1983, p.279), es que tras la pérdida de un ser querido, se crea un vacío en el individuo o en el sistema familiar que necesita una nueva homeostasis, es decir, un nuevo equilibrio. Según Kopec (2007), el mejor remedio para un duelo es el tiempo, y el terapeuta estratégico debería hacérselo saber al consultante desde el principio. Los avances del tratamiento van a depender no solo de las intervenciones que realice el terapeuta, sino también el tiempo transcurrido de la muerte del ser querido y la actitud que vaya adquiriendo el paciente. Fernández Moya (2012) y García Martínez (2013), proponen que el terapeuta debe asumir una postura que facilite al paciente la confianza necesaria para que éste pueda compartir su experiencia. Esto debe hacerse desde una actitud de calidez y aceptación. Hay que saber observar los detalles del lenguaje del paciente y ponerse a su nivel, compartir su dolor, enojo o lo que el paciente haya expresado. Debe evitarse decirle frases como *si no hablas podría llegar a ser más dañino*. Resulta pertinente recordar que

García Martínez (2013) menciona que la posición del psicólogo debe ser más bien la de alguien que acompaña, más que la de un rehabilitador. Kopec (2007) dice algo similar respecto a esto, recordándole al terapeuta que los pacientes que están transitando un duelo quieren y necesitan sentirse comprendidos y acompañados. A su vez se trata de ayudar a no limitar únicamente el recuerdo del fallecido al último tramo de su vida (que suele estar asociado a enfermedades y sufrimiento), haciendo hincapié en revalorizar otra historia del vínculo con el ser querido que ya no está. White (1994) dice a esto que no se trata de *decir adiós*, sino más bien de reemplazar aquella metáfora por la de *decir hola* nuevamente. Se busca volver a integrar a la persona fallecida, pero desde otra perspectiva y con nuevos significados. La muerte no debería terminar con una relación, sino modificarla.

Entonces, esto no significa que el consultante deba negar el dolor por el que está atravesando ni mucho menos, sino de apoyarlo en busca de un nuevo significado para ese dolor, de re significar emocionalmente a la persona fallecida. El terapeuta debería ser capaz de formular preguntas reflexivas que ayuden al paciente en este proceso de reconstrucción. Que sea el mismo cliente el que pueda ir encontrando un camino al problema que plantea. A su vez, el psicólogo podría proponer distintas tareas terapéuticas, que fomenten la creación de experiencias significativas que ayuden al consultante a acercarse a una vida preferida, y que al mismo tiempo, establezca nuevas relaciones con el ser querido que ya no está. En otras palabras, el duelo daría la oportunidad de poder reafirmar o reconstruir el mundo personal de significados que ha sido puesto a prueba tras la pérdida (García Martínez, 2013; Neimeyer, 2002). La transformación y la actualización del individuo tras la pérdida son fundamentales para dirigirse hacia una *nueva identidad*. La habilidad para poder experimentarse a uno mismo como *cambiado* y actualizar esas nuevas formas de ser, podría ser de gran ayuda en el proceso de mejoramiento (Bowlby-West, 1983).

Se ha visto que definir objetivos consensuados en la terapia sistémica estratégica es fundamental, pero ¿Es posible establecerlos en un caso de duelo? Si, y el terapeuta debería aceptar el camino que desea seguir el consultante. Su trabajo consistirá en todo caso, de ayudarlo a definir aquellos objetivos con mayor precisión, bajando las expectativas al punto de poder comenzar con objetivos más tangibles, pero que produzcan un cambio (Fernández Moya, 2012). El autor dice que la habilidad y creatividad, son dos recursos indispensables que debe manejar el terapeuta para relacionar una pérdida lejana del consultante con su

sintomatología actual. Esa creatividad debería ser utilizada al momento de co-construir el problema (legitimando la queja) y la meta.

Kopec (2007), elabora otra serie de recomendaciones para este tipo de casos, y dentro de las más destacables se pueden mencionar: reforzar los recursos que trae el paciente. (ej: fe religiosa, fuerza interior, vínculos con familiares, etc.); revisar las creencias del consultante e indagar en si la persona fallecida perdura de algún modo; estimular al consultante a ver el *legado* o *mensaje* que le dejó la persona fallecida, como un homenaje que no sea dañino para el paciente, sino que le permita su crecimiento; ayudar al paciente a tener un diálogo interior con el fallecido, agradeciendo todo lo positivo que dejaron; cada paciente es único, por ende no hay una única manera de abordarlo.

De forma inversa, Fernández Moya (2012), propone una serie de recomendaciones que no se deberían hacer con personas que vienen a consultar por un duelo. Entre ellas se pueden mencionar: no hay que minimizar el dolor y la bronca; no hay que juzgar ni cuestionar a quien consulta; no bloquear o impedir la expresión de dolor, enojo o soledad; no pedirle al consultante algo que no va a poder realizar; no pedirle voluntad para superar el dolor; no ofrecer explicaciones abstractas, debe utilizarse el lenguaje que trae el paciente. Por último, se dirá que es de suma importancia aclararle al sujeto que *jamás podrá olvidar a la persona pérdida*. Porque no se trata de eso tampoco, pero que con la ayuda terapéutica, se intentará que deje de ser una sensación constante, presente todo el tiempo.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo de caso único.

4.2. Participantes

Para el desarrollo del presente trabajo se analizó el caso clínico de una mujer adulta de 30 años, transitando un duelo complicado. Convive con su novio cinco años menor, quien es básicamente su único familiar ya que sus tíos se desvinculan de ella cuando muere la madre. Actualmente reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y trabaja de empleada administrativa en un laboratorio. A su vez, se contó con la participación de la

Psicóloga a cargo del tratamiento, quien tiene unos 30 años y trabaja hace más de cinco en el centro de psicoterapias donde se atiende la paciente, cuyo enfoque es sistémico orientado a las terapias breves estratégicas.

4.3. Instrumentos

Se realizó una entrevista semi-estructurada a la psicóloga encargada del tratamiento. Los ejes de dicha entrevista, giraron en torno a la descripción del caso, como por ejemplo la queja inicial, la co-construcción del motivo de consulta, los objetivos planteados del tratamiento, la utilización de la Cámara Gesell, las intervenciones realizadas y en cómo se trabajaron para orientarlas a los objetivos propuestos.

Se tuvo disponibilidad de un video de una sesión entera de la paciente en Cámara Gesell, donde se pudo observar la dinámica de la interacción entre terapeuta y consultante, incluyendo gestos, posturas, lenguaje e intervenciones. También se contó con acceso directo a la lectura de las historias clínicas informatizadas y completas de las primeras cuatro sesiones.

4.4. Procedimiento

Durante el mes de mayo de 2019 se realizó una entrevista semi-estructurada de aproximadamente una hora de duración, a la psicóloga encargada del caso. La visualización del video de Cámara Gesell y el acceso a las historias clínicas de las sesiones de la paciente, tuvieron lugar de forma ilimitada en la institución durante los meses de abril, mayo, junio y julio de 2019.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso.

El caso clínico a desarrollar trata sobre Lara, una mujer de unos 30 años que se encuentra atravesando un duelo complicado por la muerte de su madre hace ya casi dos años en el 2017. Las consecuencias principales de dicho duelo son una serie de conductas autodestructivas que quisiera erradicar y su imposibilidad de mantener o terminar aquellas cosas que comienza. Como se ha visto previamente, Lara reside en la Ciudad Autónoma de

Buenos Aires y es empleada administrativa de un laboratorio en el área de ventas. Hace casi cuatro años que tiene una relación con su novio Pablo, cinco años menor a ella y también empleado administrativo. Pablo es un gran soporte de Lara, ya que él también perdió a su madre ni bien comenzaron a salir y ella siente que la comprende. Ambos hacen Stand Up y se conocieron hace tres años a través de Facebook.

El primer acercamiento de Lara a la institución, data de hace más de 10 años por un tratamiento de ansiedad por el cual asistió en la adolescencia. En su momento fue medicada, y al día de hoy no presenta síntomas relacionados a aquel cuadro. Lara se acerca nuevamente al centro con la intención de ver a un psiquiatra para controlar una medicación que se autoadministraba. Este profesional, es el que se encarga de derivarla a una admisión psicológica. Luego de esta instancia, la terminan derivando a una terapeuta del staff de la institución que se consideró apropiada para llevar el caso.

A continuación, en los siguientes apartados, se responderá a los objetivos planteados del presente trabajo.

5.2 Describir la queja inicial, el circuito autoperpetuante, la co-construcción del motivo de consulta y objetivos propuestos en el inicio del tratamiento.

Cuando Lara llega a terapia, trae consigo una serie de quejas que menciona tanto en la admisión, como a lo largo de la primera sesión. Como dicen Casabianca y Hirsch (1992), estos malestares corresponden a la *queja inicial*, que es lo que el paciente percibe o siente que tiene que cambiar en una primera instancia. Entre estas quejas al inicio del tratamiento, Lara menciona algunas como:

-La pérdida de su madre es algo que quiere conversar con un profesional, ya que no suele expresar lo que siente con su entorno. Fernández Moya (2012) dice que suele ser común en aquellos que consultan por un duelo, que lleguen con sentimientos reprimidos o no expresados. Respecto a esto Lara comenta: *Me di cuenta que necesito descargar, soy de hablar mucho de mi mamá y a veces veo que la gente me mira mal cuando hablo de eso.* Por ejemplo: una compañera de trabajo le suele decir *ya lo tenes que superar, no hables tanto de ella.* Fernández Moya (2012) agrega que a veces no será la pérdida en sí misma el problema, sino que en ocasiones no han podido legitimar su pérdida con amigos u otras personas de relevancia. En esta cuestión, Lara expresa que el único que suele entenderla es

el novio, ya que también sufrió la muerte de su propia madre cuando se conocieron. Aunque generalmente intenta mostrarse fuerte ante los demás, cuando se angustia, se descarga llorando o se desorganiza con la comida. En cierto sentido, esta queja podría estar relacionada al contexto social en el que vivimos hoy en día. Como dice García Martínez (2013), existen factores que favorecen la concepción patológica del duelo en la época actual como: *la patologización del sufrimiento* (algo que debería ser curado/suprimido); *la negación de la muerte* (se evita hablar del duelo frente a otras personas para no incomodarlas); y *la comercialización del dolor* (ej: medicamentos para aliviar el sufrimiento). Este último punto, da hincapié a la siguiente queja:

-*Quiere controlar la medicación.* Cuenta que desde que murió la madre, se auto medica con paroxetina (un antidepresivo), medicamento que consigue sin receta gracias a su posición en el laboratorio en donde trabaja. También menciona que cuando se olvida de tomar la pastilla, comienza a sentirse mal (Esta es su primera queja, ya que primero consulta al psiquiatra por esto, y luego la derivan a la terapia).

-*Dice ser autodestructiva.* Fuma, se descuida con la comida y tiene bastante sobrepeso. Además es diabética tipo dos y los médicos le explican que si quiere ser mamá debe bajar de peso para no complicar el embarazo.

-*Dice que le cuesta mantener o terminar todo lo que empieza.* Hace alusión a que por ejemplo comienza una dieta y la deja. Incluso ha dejado grupos al estilo *Cormillot*. Tampoco puede sostener el ejercicio o el gimnasio. Además de los síntomas clásicos de tristeza o desazón en un duelo, esta queja es algo a tener en cuenta, ya que en los casos de duelo complicado, se debe prestar atención cuando se ponen en juego áreas sociales y significativas en el individuo (APA, 2013).

-*Siente bronca* porque a la madre la diagnosticaron tarde y se perdió mucho tiempo. A veces piensa en ello y siente angustia, aunque también cree que debe superar su muerte.

Antes de pasar a la co-construcción del motivo de consulta, sería útil poder tener en claro cuál es el *circuito autopertuante* en este caso. Como se ha visto, la terapia breve estratégica cree que los problemas que traen los pacientes, perdurarán en el tiempo solo si se mantiene el funcionamiento actual de la conducta y de los otros con los que interactúan. Por lo tanto, hay que intentar identificar ese circuito para eliminarlo, o por lo menos, probar algo distinto (Weakland et al, 1974). Poder identificar este patrón aportará información

fundamental para saber qué cosas hay que evitar o modificar, ya que no estuvieron contribuyendo al alivio del sufrimiento del consultante (Wittezaele y García, 1994).

Para poder identificarlo, Weakland y colaboradores (1974) dicen que el terapeuta debe cuestionar al paciente sobre aquellas soluciones que han intentado hasta ahora para lidiar con el conflicto, y de esa forma poder analizar qué es lo que lo mantiene. Entonces, a partir de la información que se ha visto y que se fue recolectando de la paciente, la terapeuta pudo elaborar un circuito mantenedor del problema aproximado a lo siguiente: Lara se angustia con algún recuerdo de la madre → Intenta hablarlo con alguien en su trabajo o de su entorno que no la contiene → Le dicen que ya debería haberlo superado o no se siente escuchada → Peor se siente → Deja las cosas que empieza, o realiza conductas autodestructivas como auto medicarse, fumar o desorganizarse con la comida (Se retomará el circuito más adelante, cuando se describan los objetivos propuestos del tratamiento).

El siguiente paso, como dirían Casabianca y Hirsch (1992) y Wittezaele y García (1994), es tomar las quejas generales mencionadas por la paciente y darles un contexto preciso para poder construir junto al consultante el motivo de consulta. Estos últimos dos autores, hacen alusión a dos preguntas para ayudar en esta co-construcción: ¿Qué es lo que hace esta persona que desearía dejar de hacer? ¿O qué es lo que no consigue hacer cuando desearía poder hacerlo? Teniendo en cuenta las quejas que plantea Lara, se podrían contestar de la siguiente manera: desearía poder hablar de la muerte de su madre y dejar de sentir tanta angustia; desearía dejar de auto medicarse; desearía cuidarse más; desearía poder hacer dieta o terminar lo que empieza.

Weakland y colaboradores (1974), están de acuerdo en que uno de los aspectos claves de la terapia breve estratégica, es poder centrarse en el presente de la persona. Entonces, ¿Por qué la paciente consulta en este momento? Ella expresa: *Siento que hoy en día las cosas se acomodaron un poco, y por eso quiero comenzar a ocuparme de mí, de cuidarme*. Resulta interesante reflexionar sobre esto, ya que la consultante está dispuesta a buscar ayuda casi dos años después de la muerte de la madre. Es decir, es ella la que viene a terapia con ganas de hacer algo al respecto, y no hay nadie quien la esté obligando. Para trabajar esta idea, la terapeuta indaga sobre la cuestión *¿Qué significa comenzar a cuidarte a vos misma?* Lara revela textualmente la siguiente información: *Siempre sentí que tenía que proteger a mí mamá porque ella era grande, además soy hija única. Cuando mi mamá*

enferma de cáncer, comencé a centrarme mucho en ella, dejándome de lado a mí. Dice que era muy apegada a la madre, y que aún no logra hacer el duelo por su muerte.

¿Pero cómo es que se vinculan el *cuidarse a sí misma* con *hacer el duelo*? Fernández Moya (2012), explica que mientras mayor sea el tiempo que ha transcurrido entre la pérdida del ser querido y la consulta del paciente (en este caso casi dos años), mayor será la chance de que venga a consultar por un síntoma psicológico o somático. Según él, es en este momento, en el de la co-construcción del motivo de consulta, que se determinará si existe o no una relación entre la pérdida y el estado actual del consultante. Para confirmar si existe o no esa relación, la psicóloga propone un pequeño reetiquetamiento del problema (Wainstein, 2006; Watzlawick, 1997; Weakland et al, 1974): *Se nota que en este momento tomaste conciencia de la importancia de tener un control de la medicación, y que es parte del priorizarte.* Lo que le quiere hacer entender, es que algo tan simple como comenzar a regular la medicación, es parte de ese primer paso al cuidado personal que ella quiere lograr (Se podrá observar lo mismo con el tema de la dieta y otras cuestiones relacionadas a la pareja más adelante). En este sentido, se podría entender entonces, que comenzar a *cuidarse de sí misma*, está relacionado a la *elaboración del duelo*, y la propia Lara confirma estos dichos (Esta asociación importante volverá a ser analizada en las siguientes sesiones).

Al haber contextualizado las quejas, se intenta establecer un motivo de consulta más claro junto al consultante. En este caso quedo elaborado de la siguiente manera: *acompañamiento por la muerte de la madre y evaluación/control farmacológico.* Este último punto sería evaluado mensualmente por un psiquiatra de la institución, que se encargaría de ir bajándole la dosis de paroxetina paulatinamente. Respecto a la primera cuestión, es importante que el motivo de consulta se haya establecido como *acompañamiento* y no como un *superar la muerte de la madre* como la paciente menciona en algún momento. Como diría García Martínez (2013), lo importante en los casos de duelo complicados, es que el psicólogo se focalice más en el acompañamiento de la persona que en la patologización. Es por ello que también se evita de situarla en alguna etapa como las que se ha visto con Bowlby (1980) o Kübler-Ross y Kessler (2005).

Como decir *acompañamiento* podría resultar un término ambiguo y general, habrá que preguntarse: ¿Qué es lo que se incluye en el acompañamiento? Es Kopec (2007) la que

dice que no existe un único camino para el duelo, sino que dependerá de cada persona. En este caso particular, según la información recolectada, esto incluirá trabajar algunos temas como: el no poder terminar las cosas que empieza (como la dieta) o reducir sus conductas autodestructivas para comenzar a priorizarse. La paciente expresó sentirse aliviada al saber que la base del tratamiento giraría en torno al acompañamiento por la pérdida de su madre, y estuvo de acuerdo en que ese acompañamiento estuviese orientado al cuidado de sí misma. Se ha definido el problema, y por ende se han cumplido uno de los requisitos claves de la primera sesión (Szprachman de Hubscher, 2003).

Otra de las cosas fundamentales a realizar al inicio del tratamiento, es poder tratar de establecer *objetivos/metas* de la terapia (Watzlawick & Nardone, 1997). Para poder acercarse a esto, la psicóloga hace una pequeña intervención, parecida a la técnica de la bola de cristal, en donde se intenta proyectar al consultante a un futuro mejor (Wainstein, 2006). Ella pregunta: *Quiero que te imagines que estás viniendo a una última sesión de esta terapia, ¿Qué me estarías contando? ¿Qué hubieras logrado?* La respuesta de Lara fue: *Me gustaría sentir que me cuido más a mí misma. Quiero bajar 15 kilos. Me cuesta subir las escaleras, no tengo energía. Me gustaría lograr constancia. Abandono porque siento que no tiene sentido el esfuerzo, se me mezcla con las pérdidas que tuve. Digo: de algo hay que morir. Para que voy a hacer ese esfuerzo.* Se nota una relevante falta de motivación en ella, pero la paciente alude a que esto se debe probablemente a la angustia que le genera la muerte de la madre.

Lo ideal sería que las metas estuviesen establecidas en términos de conductas específicas, pero el mero hecho de tener una sensación de objetivos actuará de forma positiva en el tratamiento (Weakland et al, 1974). Según Wittezaele y García (1994) es fundamental establecer metas accesibles y realistas. Lamentablemente el tiempo de la entrevista se acaba, y aunque no se han podido establecer metas mínimas realistas en esta primera sesión, se ha logrado entrever objetivos más generales, dejando un panorama de lo que la paciente espera de la terapia y un posible camino a seguir. Se nota que aquí hay dos grandes pilares relacionados a los objetivos de la paciente: por un lado, el empezar a cuidarse a sí misma (y su motivación para hacerlo). Por otro lado, como está cuestión está entrelazada con el duelo complicado por el cual atraviesa.

Volviendo al circuito autoperpetuante, es evidente que hablar de la muerte de la madre con las personas de su entorno que no la comprende (y que le digan que ya debería haberlo superado), es algo que profundiza su angustia, y por ende, refuerza el tipo de conductas autodestructivas del cual Lara quiere escapar. Como se ha visto, uno de los objetivos principales de la terapia breve estratégica, se basará en ayudar al consultante a probar algo distinto, modificando o cambiando su comportamiento interactivo con el fin de llegar a una solución (Watzlawick y Nardone, 1997). Por lo tanto, habrá que buscar alternativas diferentes a este modo de hacerle frente al duelo. Esto se tendrá en cuenta para la próxima sesión, ya que se deberá intentar romper o modificar este circuito.

Para cerrar esta parte, se le pregunta a la terapeuta cuáles fueron las preocupaciones que le quedaron de esta entrevista. Ella menciona que su preocupación central era no haber podido establecer un objetivo claro con Lara, dado que por ejemplo quiere bajar de peso pero no ha podido hacerlo ni con tratamiento especializado, ni con dieta, ni con gimnasio. Por lo tanto, la psicóloga tenía en mente para la siguiente sesión, poder seguir indagando en la motivación de la consultante así como también poder establecer metas mínimas de tratamiento. Para la próxima entrevista en la Cámara Gesell, la psicóloga cita a Lara junto al novio, decisión que será analizada en el subsiguiente apartado.

5.3 Analizar la utilización de la Cámara Gesell y las intervenciones del terapeuta en la segunda sesión del caso.

La segunda sesión fue la de Cámara Gesell. Siguiendo la lógica del objetivo anterior, se le ha preguntado a la psicóloga: *¿Por qué decidiste supervisar a la paciente en cámara?* Ella contesta que el caso tenía una complejidad, ya que la paciente atribuía su problema (la dieta, no poder terminar lo que empieza) a la tristeza por el duelo. Por lo tanto, creyó que sería de utilidad tener la visión del equipo para poder realizar una construcción del caso que permita apuntar a conductas más concretas. No está de más volver aclarar que justamente lo que intenta la terapia breve estratégica, es poder buscar metas que queden claramente establecidas en términos de conductas concretas (Weakland et al, 1974). Esto es algo que ha quedado pendiente de la sesión previa.

Cuando se utiliza el dispositivo de la Cámara Gesell, es común que el equipo se junte media hora antes de la llegada del consultante para poder evaluar el caso, posibles

intervenciones y estrategias (Flichman, 2007). La terapeuta cuenta que antes de que llegue la paciente con el novio, efectivamente se ha juntado con el equipo. Según lo comentado por ella, dicho equipo estaba integrado por aproximadamente diez terapeutas de la institución, incluido el director. Ella cuenta que en los treinta minutos previos a la sesión, se leyó la historia clínica de la paciente y el informe de supervisión de cámara, donde expuso sus dudas y preocupaciones acerca del caso. El equipo realizó posibles hipótesis y se le planteó ingresar a la sesión con una consigna: indagar motivación de la paciente y su pareja respecto al tratamiento.

Al terminar con la exposición del caso, el equipo esperó a que llegase Lara con su novio, Pablo. Se le ha preguntado a la psicóloga *¿Por qué decidiste citar a la paciente con su pareja?* Ella expresa: *porque cuando estamos armando el caso desde una mirada sistémica estratégica, siempre es importante tener la visión de los miembros del sistema, dado que eso nos aporta otras posibles puertas de salida o soluciones que en lo individual no estarían disponibles, como lo fue en este caso.* Resulta pertinente destacar, que son Fisch, Weakland y Segal (1984) los que dicen estar de acuerdo en incluir a otros miembros del sistema a la terapia si estos pueden ayudar a ser parte del cambio. Ya desde sus orígenes, la terapia sistémica buscaba incluir a otros miembros del sistema (por ejemplo de la familia) a la terapia, como se hacía en un principio con los pacientes esquizofrénicos que estudiaba el grupo de Bateson (Szprachman de Hubscher, 2003). Además, no hay que olvidarse que un sistema podría ser definido como un complejo de elementos que interactúan entre sí (Bertalanffy, 1968). Y como dice Wainstein (2006), al pensamiento sistémico le interesa contemplar las conexiones que hay entre esos elementos. En este caso, Lara ha mencionado que el único que suele entenderla es su novio, ya que él también atravesó por el duelo de la muerte de su madre. Este es un punto interesante, porque permite pensar que efectivamente su pareja puede ayudarla y comprenderla. Por lo tanto, como propone el pensamiento sistémico, es indispensable conocer el punto de vista de otro miembro de este sistema.

Cuando llegan al centro, Lara y Pablo entran a la Cámara del lado del consultorio. Hay que recordar que se trata de un vidrio de visión unidireccional, por lo que ellos no pueden ver a al equipo del otro lado del espejo (Flichman, 2007). Una vez acomodados, lo primero que hace la psicóloga es explicarle a ambos lo que sucede del otro lado: *está el*

equipo, puede sonar el teléfono, puedo salir y volver sola o acompañada. También se está filmando y grabando. Por esto último se les hace firmar un consentimiento informado.

La sesión de cámara en sí, duro aproximadamente 50 minutos. Primero se hará un breve resumen con los datos relevantes de la primera parte de la sesión:

-Se hace un repaso del problema de ella para que lo escuche el novio: le gustaría no sentirse tan angustiada por la muerte de la mamá; terminar las cosas que empieza ya que en sus propias palabras, dice sentirse una *abandonadora*; desearía bajar de peso; estar más tranquila económicamente.

-Se le pregunta a Pablo qué opina del problema de su novia: *dentro de todo la veo bien, pero hago el esfuerzo para cambiar algunas cosas o acompañar porque no siempre está todo bien. Ella a veces se distrae mucho y no se concentra en las cosas que estamos haciendo.*

-Se le pregunta a Pablo si Lara siempre fue igual o la ve distinta desde la muerte de la madre: *no, ella antes era distinta, tenía más actitud positiva, tenía más ganas de hacer cosas. Está así desde que paso lo de la mamá.* Como se ha mencionado en la introducción de este objetivo, este es un dato interesante ya que permite conocer el punto de vista de otro miembro del sistema. En este caso está diciendo que el problema de la paciente apareció tras la muerte de la madre. Por ejemplo: no es lo mismo que ella hubiese sido una persona autodestructiva o abandonadora toda la vida, que dicho comportamiento haya aparecido tras la pérdida. De esta forma se está confirmando la asociación que plantea Fernández Moya (2012) entre la pérdida y la sintomatología actual de la paciente.

- Se le pregunta a Pablo: *¿Vos qué esperas de la pareja?* A él le gustaría: Que puedan crecer; que puedan formar una familia; casarse e ir a vivir a un departamento más grande o una casa. Ella dice que también le gustaría tener una casa más grande, casarse y tener hijos. Como pareja se nota que tienen proyectos a futuro, pero es importante destacar que para poder tener un hijo, hay algo físico que ella tiene que modificar. Lara cuenta que lo hablo con los médicos y en su condición actual (diabetes tipo dos), si no baja considerablemente de peso, eso puede ser complicado para su salud, tanto para ella como para él bebé. Aquí se podría señalar una motivación mutua, que es el crecimiento de la pareja, tanto en lo personal como en lo profesional. Ambos aluden a que tienen un alto

grado de esperanza para que las cosas cambien, pero que saben que posiblemente requiera de mucho esfuerzo.

Aproximadamente a los 17 minutos de la sesión, la terapeuta sale del consultorio y se va a charlar con el equipo del otro lado del espejo. La pareja queda sola, y en ese momento se los puede ver bien, hablando con júbilo. Hablan de la idea de casarse en un futuro y hacer una fiesta. Se nota que ellos tienen una tierna relación, se ríen, se agarran de la mano. Del otro lado, el equipo conversa y pareciera darse cuenta de lo recién mencionado: es una linda relación, y a lo mejor la pareja es clave para lograr el cambio en Lara. Seis minutos después, a los 23 minutos, vuelve a entrar la terapeuta con otro profesional, el director de la institución. Es desde este momento, el que va a hablar en la entrevista. A continuación, se hará un resumen con los datos relevantes de la segunda parte de la sesión:

-El psicólogo le pregunta a Pablo: *¿Qué es lo que te atrajo de entrada de ella?* Él responde que sus fotos en facebook, su cara, y que se dio cuenta que era buena persona y que no ocultaba nada en las conversaciones que tenían. Dice que ella es muy linda, muy compañera, y que se ríen todo el tiempo. Aquí hay otro punto a favor. Teniendo en cuenta lo observado, se podría llegar la deducción de que efectivamente él ve varias cosas positivas en ella y que tiene ganas de ayudarla.

-Cuentan que ambos hacen stand up y les hace muy bien, que reírse es un modo de hacer terapia. Lara comenta que la mayoría de las cosas negativas en su vida las hace chiste, excepto la muerte de su madre.

-El terapeuta le comenta a Lara que a pesar del duelo, en varias cosas creció, tanto en la pareja, como en el stand up y como persona. Aquí se intenta rescatar aspectos positivos que trae la paciente (Kopec, 2007). Ella dice: *tal vez un poco obligada, ya que quería seguir estando con mamá, como si fuese una nena, y en el último tiempo la tuve que cuidar un montón, hasta cambiarle los pañales.* Esto último es algo en lo que el psicólogo no hace hincapié. Como dice Kopec (2007), debe evitarse limitar el recuerdo del fallecido al último tramo de vida ya que suele estar asociado a enfermedades y sufrimiento.

- El psicólogo le pregunta a Lara: *¿Pero qué es lo que te tiene intranquila ahora?* Ella dice: *tengo mucho dolor que no está, como que no me termino de acostumbrar, quería tenerla hasta más viejita, que estuviera en mi casamiento o conozca a su nietito o nietita.*

Aunque sé que ella no va a volver y no puedo hacer nada ahora. El terapeuta le retruca: *no, poder puedes.* Esto está relacionado a lo que opina Senge (1992) respecto al pensamiento sistémico, diciendo que en vez de pensar que un factor externo es el causante de nuestros problemas, se empieza a entender que son nuestros propios actos lo que los crean. Aquí el terapeuta le está dejando en claro a Lara que puede hacer algo respecto a su malestar.

-A continuación les pregunta si tienen un proyecto laboral a futuro. Ambos aluden a que quisieran mejorar económicamente, por lo que el director pregunta: *¿Cómo se imaginan eso? ¿Cómo pasaría?* (Wainstein, 2006). A ambos les gustaría vivir de la comedia pero saben que es difícil. A él también le gustaría estudiar programación ya que eso le abriría muchas otras puertas en el mundo laboral.

-Teniendo en cuenta la información recolectada y la buena relación de la pareja, el terapeuta comienza a allanar el terreno con un reetiquetamiento del problema que le dará el pie a la intervención principal más adelante (Wainstein, 2006; Watzlawick, 1997; Weakland et al, 1974): *ustedes se han acompañado y se acompañan, en el dolor, en el humor, están haciendo un tímido intento, por ahora muy tímido de acompañarse en un proyecto. Despegando del pasado, pero todavía no está claro, vos (Lara) no solo creciste en los últimos meses de tu mamá, sino que después también. Pero te cuesta crecer, porque vas a tener que afrontarte con tus inseguridades, pero es probable que ganes seguridad con la muerte de tu mamá, con todo el dolor que eso implica. En lo que te falta recorrer y estás recorriendo con él, es en experimentar la vida.* Ella le responde que le da mucho miedo y el psicólogo vuelve a hablar: *pero al mismo tiempo lo estás haciendo, a pesar del miedo. El miedo no se te va a pasar, ¿Queda claro eso no? Miedo vas a tener siempre, a tu mamá la vas a extrañar siempre. Todo eso no va a cambiar.* Cabe recordar que es Fernández Moya (2012) que recomienda como sumamente importante aclararle al paciente que jamás podrá olvidar a la persona fallecida, porque la terapia en sí no se trata de eso. En este caso, el director de la institución le deja bien claro a la paciente que el miedo y la añoranza por la ausencia de su madre, es algo con lo que a lo mejor deberá aprender a convivir. De alguna forma, hace sentir a la paciente comprendida en su dolor. Es clave para el terapeuta asumir esta postura que facilite a la paciente la confianza necesaria, mostrándose con una actitud de calidez y aceptación (Fernández Moya, 2012; García Martínez, 2013).

Lo importante entonces, es lo que la paciente piensa hacer al respecto. ¿Se estancará o querrá cambiar? Casabianca y Hirsch (1992) han dicho que todo sistema puede ser visto desde dos tendencias opuestas: a favor del cambio, o a favor de la estabilidad. Dependerá de Lara que camino querrá seguir.

Partiendo de la idea que *es imposible no comunicar* propuesta por Watzlawick, Beavin Bavelas y Jackson (1967), se podría decir que todo lo que dice o hace el terapeuta podría ser considerado una intervención. En teoría entonces, a lo largo del desarrollo del presente trabajo, se han visto varias intervenciones. De todas formas, cuando se habla de intervenciones propiamente dichas, se mencionarán aquellas conductas por parte del terapeuta que están orientadas concretamente a promover el cambio (Casabianca & Hirsch, 1992; Weakland et al, 1974;). Cabe recordar que las intervenciones estratégicas están dirigidas a poder cumplir con los objetivos convenidos con la consultante, por lo que es importante volver a hacer hincapié en las metas mínimas (Wainstein, 2006; Weakland et al, 1974). Por lo tanto la siguiente intervención, tendrá el objetivo de volver a establecer esas metas mínimas, algo que había quedado pendiente de la sesión anterior.

Para ello, el terapeuta usa una pregunta a modo de intervención, similar a *la técnica de la bola de cristal* (Wainstein, 2006) o *la técnica del milagro* (Cade y O'Hanlon, 1995; Wainstein, 2006). Él le plantea a la paciente: *si nos encontrásemos aquí dentro de un año, y hablando de algo posible, no de algo grande, y ustedes nos contasen a nosotros. ¿En qué hubiesen mejorado las cosas? ¿Qué nos contarían?* Ella dice que le gustaría contar que bajo de peso, 10 o 15 kilos (meta); no tener tantos pensamientos negativos en relación a la muerte de la mamá; estar planeando una boda; viviendo en un lugar un poco más grande; ver a su novio con mayor estabilidad laboral; que los dos hayan crecido en el stand up. El psicólogo hace un breve silencio, como si estuviese reflexionando acerca de lo que propone Lara. Le dice: *vos dijiste antes que no terminas las cosas, quizá sea una forma de extrañar a tu mamá, puede que sí o puede que no, y quizá crecer un paso más, sería terminar algo.* En primer lugar, aquí el terapeuta le está planteando un pequeño reetiquetamiento, es decir intentar ver el problema desde una mirada distinta (Wainstein 2006, Watzlawick, 1997; Weakland et al, 1974). A su vez, este tipo de lenguaje condicional le permite al psicólogo mantener una postura abierta y al mismo tiempo dar la sensación de haber adoptado una postura concreta (Fisch, Weakland & Segal, 1984).

La misma pregunta que el psicólogo le hace a Lara, ahora se la formula a Pablo. Él contesta que le gustaría lograr las mismas cosas que dice ella respecto a la pareja, y que en lo personal le gustaría *tener un título universitario o terciario que le ayude a salir del agujero donde está*. Es evidente entonces que ambos quieren crecer como pareja (mejorar económicamente, avanzar, casarse, tener hijos, etc.). A nivel personal, Lara quiere sentirse mejor por la muerte de su madre y cuidarse más, mientras que Pablo quisiera ser profesional. Estas son metas muy grandes, pero se pueden reducir a metas más chicas: ella debe bajar de peso, y él debe empezar a estudiar. Por ejemplo: pensar en tener un hijo no es algo viable sin que ella primero comience a bajar de peso; así como tener un título universitario (para mejorar laboralmente) también es imposible si primero no se arranca a estudiar una materia.

Teniendo en cuenta estas metas mínimas, él director expresa la intervención central de la siguiente manera: *les propongo que hagan un pacto. En donde ustedes se complementarían el uno con el otro, algo que sea posible, si lo hacen demasiado grande no va a funcionar. Pero si hacen algo posible, que saben que a cada uno le cuesta, le vendría bien a los dos, porque tienen una relación bonita, ambos son huérfanos, y ambos necesitan crecer. Se ayudaron hasta acá, ojala pudieran seguir*. Esto tiene que ver un poco con lo que se ha comentado respecto a la decisión de citar a Pablo a la terapia. La psicóloga cuenta que se aprovechó la presencia de la pareja de la paciente como palanca para intentar resolver el problema. Desde allí es que se pensó y se armó la intervención principal. Por un lado, el *pacto* podría ser visto como un *accionar sobre la pauta de comportamiento*, donde se busca modificar aquellos comportamientos que podrían estar prologando el conflicto de la paciente (Wainstein, 2006; Weakland et al, 1974). En este caso, el *pacto* estará orientado a que ella baje de peso y él comience a estudiar, aunque los términos y condiciones del mismo serán establecidos en la siguiente sesión.

No hay que olvidarse del circuito mantenedor del problema. Es evidente que Lara no se siente cómoda con la idea de olvidar a la madre. No quiere que en su entorno le digan que a esta altura ya debería haberlo *superado*, de hecho esto lo angustia más. Son Weakland y colaboradores (1974) los que dicen que para poder comenzar con el cambio, hay que cortar con el círculo vicioso que se da entre el problema y la solución. Por eso, al final de esta sesión, también se le pidió a la paciente que deje de hablar de su problema con

su entorno laboral. Si necesitaba hablar del duelo, se le indicó que podía hacerlo en terapia o con su novio. De esta forma, se está cortando con el circuito autoperpetuante que se ha visto en el primer objetivo. Cabe recordar, como dicen Casabianca y Hirsch (1992), que no existe un buen o mal circuito, sino que su funcionalidad o disfuncionalidad dependerá en sí contribuyen o no en mantener el problema. Para Wainstein (2006) poder reemplazar este circuito por otro potencialmente exitoso, es parte de la resolución de un problema. De ahora en más, Lara deberá lograr el cambio a través de la terapia y el trabajo mutuo junto a su novio. A su vez, esto es una *prescripción directiva*, ya que se le pide a la paciente que haga algo con el propósito que lo cumpla (Haley, 1990; Wainstein, 2006).

En cuanto a otras cuestiones de la utilización del dispositivo de la cámara, la psicóloga comenta que se ha sentido acompañada por el equipo. Dice que *tener un equipo que te ayude a pensar y a intervenir es muy útil para la continuidad del caso y para tener una línea clara de trabajo, tanto como para mi formación terapéutica dado que ahí puedo recibir retroalimentación para mi desarrollo profesional*. De forma análoga, Flichman (2007) comenta que gracias a la experiencia de haber trabajado con Cámara Gesell, pudo compartir cierta responsabilidad con sus colegas así como también la supervisión y respaldo necesario que le permitió seguir aprendiendo. Como se ha visto, Ceberio (2011) justifica esto diciendo que los terapeutas se sienten acompañados y tranquilizados al tener la presencia de otros miembros que en cierto sentido los ayudan a mejorar en varios aspectos. Es evidente que la psicóloga de este caso, comparte esta misma visión, ya que también ha sentido los beneficios que trae la utilización de la Cámara Gesell.

La licenciada también cuenta que había un encargado de la parte técnica de la cámara como la grabación del video, del audio, la ambientación e iluminación. Para Flichman (2007), esto es una cuestión importante ya que alguien debería asegurarse de que todas estas cuestiones estén dadas para la comodidad de la sesión. Por ejemplo: asegurarse que haya la suficiente cantidad de sillas, que corra el aire si hace calor, que la iluminación no permita ver del otro lado del espejo, etc. Además, poder registrar en video y audio la sesión, es parte de uno de los beneficios principales de la Cámara Gesell como instrumento terapéutico (Ceberio, 2001; Flichman, 2007). La psicóloga explica que por lo general, el terapeuta del caso o cualquier miembro del equipo están capacitados para poder cumplir estos aspectos técnicos sin problema. Cabe mencionar que entre otros de los beneficios que

mencionan estos dos autores, son la posibilidad de trabajar en equipo y la utilización de un intercomunicador. El primero ha sido observado claramente a lo largo del desarrollo de este apartado, y el segundo no hubo necesidad de utilizarlo en este caso.

Flichman (2007) comenta que el equipo suele juntarse un rato posterior a la sesión, justamente para poder volver a sugerir estrategias y formas de abordaje en sesiones futuras. La terapeuta cuenta que al finalizar, una vez que se fue la paciente, se conversó con el equipo sobre cómo seguir de allí en adelante con el caso. Quedaron en hacer hincapié en el *pacto* entre Lara y Pablo, aunque todavía quedaría por definir los términos del mismo en la próxima sesión. Ella cuenta que de la cámara, se concluyó que la línea de trabajo sería generar un compromiso mutuo entre la pareja. De esta forma se aumentaría la motivación hacia el cambio y que su trabajo tendría que ver con insistir en esa propuesta.

5.4 Describir como se trabajan los objetivos propuestos del tratamiento en la tercera y cuarta sesión del caso.

En la tercera sesión, tanto Lara como Pablo son citados nuevamente. Ni bien arrancan, la terapeuta indaga sobre qué le pareció a Lara la última entrevista en la cámara. Ella responde: *fue muy enriquecedora la charla, salí esperanzada y me sentí re bien. Estuvimos hablando mucho. Me sentí entendida en relación a la muerte de mi mamá. Antes de morirse le prometí que iba a cuidar de mi salud.* Para la psicóloga, la palabra *promesa* es fundamental, ya que el hecho de que ella empiece a cuidar su salud, es en cierto modo una forma de hacerle honor a la madre. Como diría Kopec (2007), esto podría funcionar como *mensaje o legado* que la paciente puede cumplir para honrar a la persona fallecida. Como se ha visto previamente, para Fernández Moya (2012), poder ayudar al consultante a relacionar una pérdida lejana con su sintomatología actual, es una habilidad creativa (algo que intenta hacerse en este caso). Según Neimeyer (2002), todos necesitamos o queremos encontrarle un sentido a nuestras pérdidas. Teniendo en cuenta lo observado, para Lara no existe mejor sentido para su pérdida que el hecho de comenzar a cuidarse.

Además, Lara también hace alusión a lo que dijo el director de la institución en la sesión de cámara: de que a la madre la va extrañar siempre. Esto se debe a que el consultante no debe negar el sufrimiento, sino que hay que apoyarlo en busca de un nuevo significado para ese dolor (García Martínez, 2013; Neimeyer, 2002). Ella manifiesta interés

por esa forma de pensar, ya que le hace sentir que no tiene porque olvidarse de la madre, sino que puede usar su recuerdo como algo positivo. Hay que recordar que este tipo de pensamiento es clave para el tratamiento, ya que no se busca que el paciente se olvide del fallecido ni que lo supere u olvide; sino que se intenta ayudarlo terapéuticamente, para que la angustia por la pérdida deje de ser una sensación constante, presente todo el tiempo (Fernández Moya, 2012).

Se puede notar en esta nueva sesión cierta motivación por parte de Lara. Por un lado esto es un posible indicador de que la estrategia está funcionando, ya que se puede observar una reducción de síntomas en la paciente, además de que trae una visión más flexible de la realidad y sí misma (Watzlawick & Nardone, 1997). Por otro lado, habría que pensar cómo se intentará sostener el posible cambio en el tiempo. Habría que mencionar lo que dicen Wittezae & García (1994) respecto a cómo formular y poner en ejecución un proyecto de cambio. En otras palabras, ¿Cuáles son las tácticas que se ponen en juego? Para ello, hay que tener bien en claro el establecimiento de la meta que permitirá definir la estrategia y el accionar. A su vez, se debe utilizar un lenguaje que el paciente pueda comprender para que tenga el deseo de aceptar y ejecutar esas directrices. En este caso particular, se hace hincapié en el *pacto* que fue mencionado la sesión anterior junto al novio, algo que ambos comprenden y con lo que se sienten identificados.

Pero antes de seguir con este tema, ¿Cuáles son las tácticas/maniobras de la psicóloga para poder orientar a la consultante al cambio? Para Hirsch y Rosarios (1987), todo comportamiento programado por parte del terapeuta puede ser considerado una maniobra, ya que la idea es influir sobre el consultante. Aquí se podría hacer alusión a dos maniobras por parte de la terapeuta que son mencionadas por Fisch, Weakland y Segal (1984):

-Por un lado, como ya se ha visto, este tipo de terapia permite realizar *sesiones tanto individuales como conjuntas*. Es decir, se pueden citar a otros miembros del sistema para que ayuden a ser parte del cambio. Teniendo en cuenta la excelente relación que se vio en la sesión de cámara y el apoyo mutuo que se daban entre ambos, la psicóloga ha considerado (por ahora) seguir citando a la pareja de la consultante. Cabe aclarar que esto no se trata de una terapia de pareja, sino que el novio es un miembro del sistema que se consideró ser de utilidad. La terapeuta cuenta que en un principio, la idea era solo citar a

Pablo para la cámara, pero al verlos interactuar juntos se decidió seguir citándolos a ambos. Esto no significa que el día de la mañana se vuelva a citar a Lara sola.

-Por otro lado, *la paciente debe concretar*. Por eso debería realizar tareas que la acerquen a las metas mínimas (ella bajar unos kilos, él comenzar a estudiar). En este caso, esto se lograría a través del *pacto*. Para ello, se proponen ideas, se charla unos minutos y se establece entre ellos cuál sería el primer paso. Tras un rato de deliberación, llegan a la siguiente conclusión: una vez por semana Lara empezará con clases de zumba, en el mismo horario que Pablo estudiará programación por internet. Se deja que sea la pareja los que hablen y decidan sobre cómo quieren arrancar el *pacto*, ya que a los consultantes que están a travesando un duelo no hay que pedirles algo que no van a poder realizar (Fernández Moya 2012). Al decidirlo entre ellos y llegar a un acuerdo común, la terapeuta espera que puedan cumplirlo (o por lo menos intentarlo) ya que son ellos mismos los que terminan estableciendo los primeros objetivos del *pacto*, y no la licenciada. Según el autor, el rol del psicólogo sería más bien el de guiar al consultante a definir objetivos más precisos y tangibles. De esta forma se asegura que la consultante tenga un lado por donde arrancar, algo que ahora ha quedado establecido.

Puede que sea algo chico, pero por algo hay que empezar. Cabe recordar que es el mismo director de la institución (al hacer la intervención central) que les dice que debe ser *algo posible*, ya que si se basaban en algo grande no iba a funcionar. Esto se debe a lo que dicen Weakland y colaboradores (1974), de que el cambio es más viable si la meta es razonablemente pequeña. A su vez, Watzlawick y Nardone (1997) dicen que este pequeño cambio viene acompañado de un incremento progresivo de autonomía y autoestima en la paciente, debido a la sensación que se genera en la capacidad de intentar resolver un problema. A su vez, el terapeuta debe armar las tareas con el fin de trasladar el efecto de las intervenciones a la vida cotidiana del sujeto (Wainstein, 2006; Weakland et al, 1997). Con los términos del *pacto* ya definidos, se está intentado lograr eso.

Watzlawick y Nardone (1997) agregan que uno de los objetivos principales de la terapia breve estratégica es ayudar al consultante a probar algo distinto, modificando el comportamiento interactivo para llegar a una solución. Que ella empiece zumba una vez por semana y que él empiece a estudiar, es definitivamente algo diferente a lo que venían acostumbrados. Para ella el baile es un modo de ejercitarse alternativo al gimnasio,

mientras que para él largarse a estudiar es un desafío nuevo. A lo mejor, no es un cambio grande, pero si un primer paso. Esto no está mal, ya que según Wittezaele y García (1994) (reforzando un poco lo que ya se ha mencionado), la idea es poder definir objetivos accesibles y realistas ya que les permitirá tanto al paciente como al terapeuta poder observar una evolución de las sesiones, generando cierta confianza y motivación en la paciente. Como expresan Weakland y colaboradores (1974), se busca un cambio pequeño pero significativo, ya que una vez que el consultante experimenta un cambio pequeño, su experiencia lo va llevando a mayores cambios. Por ejemplo empezar zumba una vez por semana, dentro un tiempo podría transformarse en dos veces. Luego en tres. Etc. Habría que pensar a los cambios pequeños como una bola de nieve que cada vez se va haciendo más grande.

A su vez, se les pregunta por las posibles dificultades que podrían llegar a encontrar a la hora de cumplir este *pacto*. Lara contesta que lo peor que podría pasar es que no le den ganas de ir a las clases de zumba. Pablo responde que puede llegar a distraerse mientras estudia. Se les indica probar de este modo durante un mes, y al cabo de ese tiempo, volverán a terapia para ver cómo les ha ido. En este caso es un tipo de *intervención/prescripción directiva*, ya que se les está pidiendo que hagan algo con la intención de que lo cumplan (Haley, 1990; Wainstein, 2006). Por último se les hace firmar por escrito el *pacto* que hicieron, como de alguna forma sellar simbólicamente a lo que se están comprometiendo. Según Szprachman de Hubscher (2003), lo esperable en la tercera sesión es trabajar sobre cómo se cumplirá la meta mínima, algo que queda correctamente establecido al concretar los términos del *pacto* entre ellos.

Al cabo de 30 días, en la cuarta sesión, vuelven Lara y Pablo. Se conversa sobre el *pacto* y comentan que solo pudieron cumplirlo dos de cuatro veces durante ese mes. El resto de los jueves (día que habían acordado para cumplir la meta mínima), no pudieron cumplirlo debido a que tenían algún compromiso. Se les pregunta: ¿Cómo lo hicieron y que emociones vieron implicadas en la situación? Ambos cuentan que antes de realizar cada uno su actividad, se miraban, como buscando complicidad el uno con el otro para poder realizara. Hablan de que cuando no lo hicieron, no es que evitaron la situación, sino que les surgió otra cosa, por lo que habría que trabajar sobre eso.

La psicóloga les hace una devolución, diciéndoles que esa mirada de complicidad que se dan antes de cumplir el *pacto*, es para recordarse mutuamente el esfuerzo que están haciendo y su motivación para ello. Esto es una forma de volver a reetiquetar o reformular lo que los pacientes traen (Wainstein, 2006; Watzlawick, 1997; Weakland et al, 1974). Se les recuerda que Lara no solo está honrando a su madre al cuidar de su salud, sino también que lo hacen para seguir creciendo como pareja. Por ejemplo, que él estudie les permitirá mejorar su situación económica el día del mañana al tener posiblemente mejores ofertas laborales. Por otro lado, que Lara se cuide a sí misma también hará que puedan tener hijos y formar una familia más adelante. Para reforzar esta idea, la psicóloga le dice a ella: *llegaste un día sin muchas ganas de ir a zumba pero cuando lo viste a Pablo con la computadora dispuesto a estudiar, pudiste activar y fuiste*. Ambos le dan la razón a la terapeuta y Lara dice: *es más fácil hacerlo si él también se está esforzando*.

Volviendo al conflicto principal de esta sesión, que era poner atención en aquellos dos jueves que no pudieron cumplir el *pacto*, la terapeuta les pregunta: *¿Si algún jueves tienen que hacer otra cosa, como podrían reemplazar ese día y horario?* De esta forma se quiere asegurar que sigan cumpliendo el pacto, y es por ello que hace hincapié en esta cuestión. La respuesta inmediata de Lara fue que recuperaría la clase de zumba otro día. Eso es una gran respuesta, ya que la paciente en cierto sentido admite que es posible seguir haciéndolo. Es importante destacar, como dicen Casabianca y Hirsch (1992), que uno de los elementos clave de la terapia breve estratégica es que el lugar de cambio se da por fuera de la sesión. Por ende no hay que descuidar estas cuestiones, y asegurarse que efectivamente los pacientes puedan cumplir lo que se propusieron. Como dice Szprachman de Hubscher (2003), la meta mínima no es más que el inicio del comienzo al cambio. Por lo tanto a partir de esta sesión, ya se está empezando a pensar cómo hacer para sostenerlo en el tiempo. Es lógico que surjan este tipo de cuestiones como por ejemplo el haber faltado dos jueves, pero el terapeuta debe ser insistente y volver el foco al *pacto*, que es la intervención principal. Tal vez si más adelante deja de funcionar, habrá que cambiar de estrategia, pero por ahora seguirán por ese camino.

Actualmente al día de hoy, la paciente sigue en control farmacológico junto a un psiquiatra del centro para seguir bajando la dosis de paroxetina. Se ha podido leer en la historia clínica que sigue con las clases de zumba, que se ha anotado a clases de pilates

(cuando puede pagarlas) y que ha comenzado una dieta que la ha ayudado a bajar 6 kilos. Aparentemente el *pacto* entre ellos sigue vigente, y se espera que ese cambio pequeño pero significativo que han arrancado, les ayude a generar cambios aún mayores, que los acerquen a un ideal preferido (Weakland et al, 1974). La paciente de a poco, está intentado reestructurar su nueva realidad, buscando el cambio, tratando de dejar atrás ese mundo distorsionado con el que llegó en la primera sesión. Esta nueva realidad será igual de ficticia que la anterior, pero seguramente será menos dolorosa, y más útil (Watzlawick, 1997).

6. Conclusiones

Para la realización del presente trabajo, se ha tenido en cuenta el caso de Lara, una mujer adulta de 30 años de edad, que se encontraba atravesando un duelo complicado y que fue asistida en un centro de psicoterapia con enfoque sistémico breve estratégico. A partir del análisis del material recolectado a través del video de la sesión de Cámara Gesell, historias clínicas y entrevista a la psicóloga (con su respectiva articulación al material bibliográfico utilizado) podría decirse que los objetivos propuestos han sido respondidos de forma satisfactoria.

En cuanto al objetivo 1, se trataba de describir la queja inicial, el circuito autopetruante, la co-construcción del motivo de consulta y los objetivos propuestos al inicio del tratamiento. Como queja inicial, se determinó que la paciente necesitaba hablar de la muerte de su mamá, quería controlar la medicación que se auto administraba y decía ser autodestructiva y no poder sostener en el tiempo lo que comenzaba, atribuyendo eso a la angustia de su pérdida. La psicóloga pudo establecer que el circuito autopetruante del problema se basaba en la angustia que le producía la falta de escucha de su entorno y sus consecuencias (ser autodestructiva, dejar lo que empieza, etc.). Como dicen Casabianca y Hirsch (1992), al contextualizar las quejas, se pudo establecer el motivo de consulta junto a la consultante: *acompañamiento por la muerte de la madre y evaluación/control farmacológico*. Los objetivos del tratamiento no quedaron definidos en la primera sesión, pero si quedó en claro hacia donde había que apuntar con el *acompañamiento*: la paciente quería comenzar a cuidarse de sí misma, y poder llevar mejor el duelo.

El objetivo 2 estuvo centrado en analizar la utilización de la Cámara Gesell y las intervenciones del terapeuta. La psicóloga la utiliza porque quería tener la visión del equipo en la construcción del caso. Citó a Lara junto a la pareja, porque desde una mirada sistémica se pueden incluir a otros miembros si pueden llegar a ser parte del cambio (Fisch, Weakland & Segal, 1984). En este caso, el novio resultaría una pieza fundamental, ya que es la única persona de su entorno que la acompaña en su pérdida. En la segunda mitad de la sesión, entra la terapeuta con el director de la institución, y dentro de las intervenciones que hace podemos destacar dos. Por un lado un *reetiquetamiento* del problema en donde se le aclara a la paciente que *miedo* va a tener siempre, y que *a la madre la va a extrañar siempre* (Wainstein, 2006; Watzlawick, 1997; Weakland et al, 1974). Según la paciente, el saber que no tenía porque negar su dolor, la hizo sentir aliviada (Fernández Moya, 2012). Por otro lado, se *acciona sobre la pauta de comportamiento* en donde se acuerda un *pacto* entre Lara y Pablo (Wainstein 2006; Weakland et al, 1974). Ambos están de acuerdo, y se van a acompañar en el cambio. A su vez, a través de una *intervención directiva*, se le pide a Lara cortar con el circuito autoperpetuante, limitándose a hablar del duelo en terapia o con su novio (Haley, 1990; Wainstein, 2006).

Respecto al objetivo 3, relacionado a como trabajar los objetivos del tratamiento en la tercera y cuarto sesión, se hizo hincapié en el *pacto* que se había hablado en Cámara. Se establecieron los términos y condiciones del mismo, en donde Lara empezaría zumba una vez por semana, y en ese mismo horario Pablo estudiaría programación (las primeras metas mínimas). Ellos entienden qué se trata de un pequeño paso, pero saben que para que vengan cambios mayores (bajar de peso, tener hijos, mejor estabilidad laboral, etc.), por algún lado deben empezar (Weakland, et al, 1974). Lara también entiende que empezar a cuidarse de es una forma de honrar a su madre, lo cual funciona como *mensaje o legado* del fallecido (Kopec, 2007). A su vez, ambos saben que los cambios no solo ayudarán a Lara a llevar mejor el duelo, sino también que los hará crecer como pareja (subiendo el nivel de motivación en ambos). En la cuarta sesión, se habla de cómo mejorar la persistencia del *pacto*. Se llega al acuerdo de que si un día no pueden, deberán reemplazarlo por otro día en vez de no hacerlo. Esto es sumamente importante para Casabianca y Hirsch (1992), ya que el cambio se da por fuera de la terapia, y si el paciente no cumple, no habrá mejorías. Por lo tanto, en este caso hay que insistir con que se cumpla el *pacto*.

En cuanto a las limitaciones del trabajo podríamos mencionar algunas como:

-Se tiene en cuenta una sola paciente. Partiendo de la base de Kopec (2007) de que la forma de acompañar en el duelo es única para cada consultante, a lo mejor se podrían haber analizado un mayor volumen de casos. De esta forma, se hubiese podido obtener distintas maneras de abordar el duelo desde la terapia breve estratégica, teniendo en cuenta las características individuales que trae cada paciente.

-Solo se analizaron las primeras cuatro sesiones del caso. La intención fue la de observar cómo se encara el inicio del tratamiento, pero a lo mejor hubiese sido más rico haber analizado el tratamiento completo.

-La observación de la paciente se dio a través de la grabación de un video y material escrito de la historia clínica. Nunca se pudo ver el caso en vivo, por lo que a lo mejor se ha perdido cierta información de las sesiones.

-Hubo un límite de tiempo para entrevistar a la psicóloga del caso, aunque se pudo recolectar información pertinente. No hubo acceso a entrevistar al director de la institución, que también formo parte de la sesión de Cámara Gesell y podría haber aportado información desde otra mirada.

Desde una perspectiva crítica, se podría decir que teniendo en cuenta el enfoque teórico de la institución, se intentan resolver los problemas de un modo rápido, a veces descuidando otros aspectos que trae la paciente pero que se dejan de lado porque no encajan con el modelo estratégico. De todas formas cabe recordar lo que dicen Weakland y colaboradores (1974), que la intención de crear una terapia breve era la de ofrecerle lo que sería una *primera ayuda* al consultante. De alguna manera, esto sirvió para que Lara pueda comenzar a salir del pozo estancado de donde estaba. Habrá que ver si puede sostenerlo en el tiempo. Entonces, una pregunta que surge de todo esto es ¿Qué es lo que sucede una vez que la paciente deja la terapia? A simple vista y según lo observado, el modelo estratégico pareciera ser un excelente método para intervenir de modo rápido y eficaz. Es raro que los pacientes no se queden con algo de lo que el terapeuta les dice, y por lo general se los ve con ganas de cambiar. Pero, habría que cuestionarse si Lara sería capaz de mantener los cambios una vez que haya dejado de ir a las sesiones. De todas formas, esto no significa que el día de mañana, ella no pueda volver a buscar ayuda con otro tipo de psicoterapias.

Respecto a futuras líneas de investigación, se podrían proponer algunas como:

-Se podría realizar el mismo trabajo, pero teniendo en cuenta un mayor número de pacientes, tratando de llegar a denominadores comunes en los casos de duelos complicados desde la terapia breve estratégica. A su vez, se podría incluir diversidad en el tipo de pacientes que se estudian, teniendo en cuenta el género, edad y diferencias culturales.

-Se podría hacer una comparación en la forma de abordar el duelo desde la terapia breve estratégica y otras corrientes como el psicoanálisis o terapia cognitiva. A su vez, se podría establecer las ventajas y desventajas de elegir un tipo de terapia frente a otra en este tipo de casos. También se podría hacer una comparación desde la misma terapia sistémica, teniendo en cuenta otros modelos como el estructural y el narrativista.

-Se podría hacer un análisis longitudinal, en donde se pueda apreciar el impacto de los cambios a largo plazo de una paciente que decidió cambiar su vida tras un duelo.

Para cerrar, se dirá que lo que se intentó hacer en el presente trabajo, es poder observar una de las formas en las que se puede trabajar con la situación de duelo que atraviesa una persona desde la terapia breve estratégica (independientemente de su resultado). Partiendo de la base de que eventualmente todos los seres humanos moriremos algún día, el duelo podría ser visto como una oportunidad de cambio y crecimiento personal. Y como se ha observado, eso no significa que uno vaya a dejar de extrañar al ser querido que ya no está. Uno puede seguir sintiendo miedo y angustia el resto de su vida por la ausencia del fallecido, pero se puede elegir *qué hacer* con ese miedo: estancarse o progresar. Se toma de referencia las primeras cuatro sesiones, porque de alguna forma allí se está abriendo una puerta, un posible camino a seguir. Por eso se hace hincapié en el inicio del tratamiento más que en la evolución. Si el final del tratamiento es positivo o negativo, dependerá de cada persona y que es lo que quiere hacer con su vida. Cada paciente es alguien distinto.-

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva: tristeza y depresión*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bowlby-West, L. (1983). *The impact of death on the family system*. Journal of Family Therapy, vol 5, 279-294. Recuperado de: <https://online.library.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j..1983.00623.x>
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (1992). *Como equivocarse menos en Terapia*. Buenos Aires: Gabas Editorial y Asociados.
- Ceberio, M. R. (2011). *El equipo invisible. Uso del espejo unidireccional en terapia sistémica*. Revista Asisco n°2 Año 3. Vol 6, 55-76. Recuperado de: https://www.academia.edu/28216846/EQUIPO_INVISIBLE_EL_ESPEJO_UNIDIRECCIONAL_EN_PSICOTERAPIA
- Cade, B. & O'Hanlon, W., H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Cazabat, E. H. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich. *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 15-20) Ciudad autónoma de Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Engel, G., L. (1961). *Is grief a disease? A challenge for medical research*. Psychosomatic Medicine. 23(1), 18-22. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-196101000-00002>.
- Fernández Moya, J. (2012). *Después de la pérdida: Una propuesta sistémica de abordar los duelos*. Mendoza: Ed. Universidad del Aconcagua.
- Flichman, A. (2007). Cámara Gesell, qué es, para qué sirve, y otras yerbas. En D. Kopec & J. Rabinovich. *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 117-126) Ciudad autónoma de Buenos Aires: Editorial Dunken.

- Freud, S. (1992). Ordenamiento, comentarios y notas de James Strachey, con la colaboración de Anna Freud. En S. Freud. *Obras completas Tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu Editores (Trabajo original de 1917).
- García Martínez, F. E. (2013). Algunas ideas e intervenciones en torno al duelo complicado. En F. E. Martínez. *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. (pp 433-445) Santiago de Chile: RIL editores.
- Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hardy Schaefer, A. (2013). La terapia estratégica breve: Fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En F. E. Martínez. *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. (pp 29-62) Santiago de Chile: RIL editores.
- Hirsch, H., Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales: La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Kopec, D. (2007). El proceso de duelo y la psicoterapia estratégica. En D. Kopec & J. Rabinovich. *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 273-280) Ciudad autónoma de Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Kübler-Ross, E. & Kessler, D. (2005). *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Scribner.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Senge, P. (1992). *La Quinta Disciplina*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Simon, F.B., Sherlin, H., & Wynne, L.C. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Ed. Gedisa.
- Szrachman de Hubscher, R. (2003). *Terapia breve: Teoría de la técnica*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Wainstein, M. (1997). La influencia del constructivismo en la psicoterapia breve interaccional. En P. Watzlawick, & G. Nardone. *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 51-59). Barcelona: Editorial Paidós.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

- Watzlawick, P. (1992). *La Coleta del Barón de Munchhausen*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1997). La técnica psicoterapéutica de la reestructuración. En P. Watzlawick, & G. Nardone. *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 131-138). Barcelona: Editorial Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (1997). Prólogo. En P. Watzlawick & G. Nardone. *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 17-22) Barcelona: Editorial Paidós.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., Bodin, A. M. (1974). Terapia breve: Centrada en la resolución de problemas. *Revista Family Process*. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x>
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Witzeaele, J. J., & García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Editorial Herder S.A.