



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

“El proceso terapéutico desde el modelo estratégico de terapia breve, aplicado a las dificultades en la comunicación de pareja”

Potochnik, Taina Sofía Reina

Tutor: Traverso, Gregorio Martín.

Buenos Aires, 1° de Junio de 2020

## Índice

1. Introducción .....	2
2. Objetivos .....	3
2.1 Objetivo General .....	3
2.2 Objetivos específicos .....	3
3. Marco teórico .....	3
3.1 Cambios producidos sobre la imagen del hombre y sus consecuencias en la práctica clínica .....	3
3.1.1 De una estructura estática a una modelización dinámica .....	5
3.2 Comunicación .....	8
3.2.1 Teoría de la Comunicación Humana .....	9
3.2.2 Formas patógenas de comunicación .....	11
3.3 Modelo Estratégico de Terapia Breve .....	13
3.3.1 Primera entrevista .....	15
3.3.2 El proceso de co-construcción .....	16
3.3.3 Intervenciones del terapeuta .....	17
3.4 Cambio .....	21
3.4.1 El alcance de metas .....	22
4. Metodología .....	24
4.1 Tipo de estudio .....	24
4.2 Participantes .....	24
4.3 Instrumentos .....	25
4.4 Procedimiento .....	25
5. Desarrollo .....	26
5.1 Presentación del caso .....	26
5.2 La queja inicial y el proceso de co-construcción del motivo de consulta ...	26
5.3 Intervenciones terapéuticas seleccionadas para el tratamiento .....	31
5.4 Cambios producidos en las dificultades de comunicación de la pareja .....	36
6. Conclusiones .....	40
7. Referencias bibliográficas .....	43

## **1 - Introducción**

La práctica profesional fue realizada en una institución del barrio de Belgrano en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dedicada a la atención clínica abordada desde el modelo estratégico de terapia breve. La misma ofrece tratamiento psicoterapéutico individual, de pareja, familias y niños. A su vez, se dirige a la formación de profesionales y alumnos avanzados de las carreras afines a la salud mental a través de un Programa de Iniciación Profesional para aquellos que deseen cambiar de enfoque o disponer de otras herramientas.

La carga horaria de la práctica fue de 285 horas, que han sido distribuidas principalmente en los días martes y viernes de 10 a 13 hs. Considerando la particular situación atravesada a nivel mundial producto de una pandemia (COVID-19), las actividades se desempeñaron de forma virtual abarcando video-grabaciones de la directora y coordinadora del equipo, presentación de casos de forma oral, asistencia virtual a supervisión de casos y lectura grupal de material bibliográfico. También se desarrollaron tareas fuera del horario establecido como ser la desgrabación de videos y subtitulado de los mismos, transcripción de textos y elaboración de material didáctico para presentar al resto de los pasantes.

En el presente trabajo integrador (TFI) se han analizado las dificultades de comunicación que presenta una pareja y cómo tal temática fue abordada desde el enfoque psicoterapéutico del modelo estratégico de terapia breve. El interés surgió en profundizar la aplicación de un modelo que propone resolver una problemática de implicancia fundamental como es la comunicación, a partir de un número de 10 sesiones pactadas. El proceso se llevó a cabo con el material dispuesto por los terapeutas integrantes de la institución a partir de su experiencia profesional con el caso.

## **2 – Objetivos**

### **2.1 – General**

Analizar el proceso terapéutico y las intervenciones profesionales del terapeuta desde el modelo estratégico de terapia breve, aplicado a las dificultades en la comunicación de una pareja.

### **2.2 - Específicos**

1. Analizar el proceso de co-construcción que realiza el terapeuta, partiendo de la queja inicial de la pareja.
2. Describir las intervenciones del terapeuta, frente al circuito autoperpetuante que mantiene las dificultades de comunicación en la pareja.
3. Analizar cómo las intervenciones del terapeuta, promueven el cambio ante las dificultades de comunicación de la pareja.

## **3 - Marco teórico**

### **3.1 - Cambios producidos sobre la imagen del hombre y sus consecuencias en la práctica clínica**

Fundamentalmente existen dos contenidos diferentes de la percepción humana. Por un lado, los objetos, que si se pregunta por cuyas propiedades es posible un consenso. Y en oposición, las relaciones que no son reales en el mismo sentido que los objetos, sino que tienen realidad en la visión del interlocutor y esta misma realidad es más o menos compartida por los otros. Uno de los interlocutores tiene razón y el otro no, se podría decir también que uno es *normal* y otro está *loco*. Sucede que los datos pragmáticos no se dejan determinar objetivamente. Si esto se intenta, se descuidan los fenómenos relacionales y se atribuyen propiedades hipotéticas que no pueden ser demostradas (Watzlawick, 1992).

Desde una perspectiva monádica el comportamiento cobra sentido si detrás hay una causa, ya sea por un instinto, una necesidad o un rasgo del carácter que se constituyen como principios explicativos de ese comportamiento (Watzlawick, 1992). Según esta perspectiva teórica todo tipo de explicación de un acontecimiento debería recurrir al análisis del pasado. Es así que solo la comprensión del pasado puede llevar a la modificación eventual del presente. El concepto de causalidad, en estos modelos, es de tipo lineal (Nardone & Watzlawick, 2007). Pero investigaciones posteriores han demostrado que es posible sistematizar

desarrollamientos del comportamiento sin preguntar por el motivo, el origen ni la causa, sino que la pregunta es qué sucede aquí y ahora. Cuando aparecen conflictos de relación la culpa no se encuentra en uno mismo y la mala intención es adjudicada a la locura del otro, puesto que no puede darse una tercera posibilidad. En tanto esto sea abordado monádicamente, se hablará de enfermedades mentales, mientras que desde una perspectiva pragmática se considerará la existencia de trastornos del comportamiento como una función de las relaciones humanas y no de psiques enfermas. Lo que en una perspectiva monádica pudiera ser considerado como una *enfermedad específica* de una determinada psique, en la nueva imagen del mundo que tiene la ciencia se evidencia como el resultado de complejos modelos de interacción entre personas, como uno de los posibles resultados de la causalidad circular de cualquier relación (Watzlawick, 1992).

Las respuestas de un sistema a la entrada de información, pueden ser lineales o no lineales. Una relación causal se denomina lineal cuando no intervienen procesos de retroalimentación, es decir, cuando la secuencia de causa y efecto no regresa al punto de partida. En las relaciones que mantienen las personas entre sí, las experiencias pasadas y las expectativas basadas en esas experiencias pueden ser confirmadas o modificadas en el presente con respecto a las relaciones interpersonales, por lo tanto, se produce un efecto de retroalimentación, y el pensamiento o la conducta antiguos pueden corregirse (Simon, Sherlin & Wynne, 1984). El comportamiento ha dejado de cobrar sentido solo porque detrás hay una causa. Es secundario cómo, cuándo y por qué se han elaborado en el pasado ciertas actitudes básicas de los partners. El significado de los comportamientos está relacionado con la utilización que hacen de ellos, los partners, en un contexto determinado. La esencia de una relación se manifiesta como un fenómeno complejo cuyas propiedades no se pueden reducir ni a uno ni a otro partner (Watzlawick, 1992).

Esta transición de una concepción monádica, introspectiva, retrospectiva e intrapsíquica de la escuela clásica de terapia hacia una visión sistémica, ha desarrollado también una nueva imagen del hombre. Los cambios producidos sobre la imagen del hombre, la mente y las prácticas de la psicología clínica han ido constituyendo el enfoque sistémico caracterizado por representar a la realidad como un sistema en sí mismo, desde una perspectiva holística e integradora, donde el eje de análisis lo constituyen las relaciones y los componentes que de este sistema emergen (Droeven, 1997). Se hace evidente el punto de vista innovador y alternativo de la teoría sistémica respecto de las concepciones psicológicas clásicas orientadas al análisis de lo intrapsíquico y el pasado remoto como causa determinista y unidireccional de la conducta actual de una persona (Nardone & Watzlawick, 2007). Uno de los aportes

fundamentales del modelo sistémico a las ciencias sociales y a la psicoterapia, reside en haber puesto de manifiesto la importancia del contexto para entender y explicar la conducta, proponiendo un cuerpo teórico que permite hacer formulaciones contextuales de los problemas humanos, dando primacía a los aspectos relacionales por sobre los puramente individuales e intrapsíquicos (Montesano, 2016). Si bien este enfoque se basa en la interacción, la mayoría de las sesiones terapéuticas se realizan con individuos o con dos o tres personas seleccionadas, cuyo motivo es de orden estratégico y táctico (Fisch, Weakland & Segal, 1984). Lo importante es cómo se encarar los problemas y no si la sesión se lleva a cabo con uno o dos individuos. Es fundamental entender que la idea de interacción no debe borrar la noción de sujeto, sino complejizarla desde una perspectiva dinámica y multidimensional. El abordaje sistémico lo que hace es valorar más lo individual dentro del sistema para lograr desde esta mirada, concebir al ser humano entramado en sus relaciones (Droeven, 1997).

### **3.1.1 - De una estructura estática a una modelización dinámica**

En la década del '50 se inició la terapia familiar que rompió de forma abrupta con el modelo psiquiátrico tradicional, organicista e individualista para plantear como unidad de análisis a la relación humana tal como se da en la vida familiar. En una primera etapa, el concepto clave fue la homeostasis, situando el foco atencional en el mantenimiento de la organización. La observación centraba su interés, por un lado, en las redundancias y reglas que tendían a estabilizar el sistema. Y, por otro lado, focalizaba en las conductas y pautas perturbadoras que provocaban la inestabilidad y desataban la crisis. El sistema era entendido como algo dado y el terapeuta intervenía, desde afuera, para provocar el cambio. En este período, el sistema tomó relevancia por encima del individuo y la comunicación opacó las singularidades (Droeven, 1997).

Considerando que la modelización clínica está siempre relacionada con la forma de pensar la complejidad humana y la vida social en un contexto histórico, es necesario destacar, además de las ya mencionadas teorías, la influencia del estructuralismo. Con las investigaciones de Lévi-Strauss (1988) sobre la estructura de las relaciones de parentesco, se abrió el interés por buscar cuáles eran las invariantes estructurales y cómo éstas producían efectos en el sistema familiar. A partir de esto, fue posible distinguir un modo de relación que provenía de la familia de origen y que se repetía en otro lugar con otros participantes. Hasta este momento, la identidad era concebida de forma estática y se suponía que algo ya determinado era lo que garantizaba la permanencia del sistema a través del tiempo. Sin embargo, las teorías de Maturana y Varela (1973), entre otras, permitieron hacer un giro desde

esta concepción estructuralista hacia una versión más dinámica que incluía la pregunta por el observador, el contexto social, las relaciones de poder y el devenir histórico. Este pasaje de una modelización a otra, estuvo influido por un cambio en la concepción sistémico-cibernética en el que la cibernética de segundo orden dejó al descubierto un personaje que hasta entonces había sido echado de lado. La pregunta sobre quién pregunta abrió paso al observador, quién no solo es parte necesaria, sino que afecta lo que observa. Estos aportes han contribuido a confirmar el rol del observador como parte activa del sistema.

Este giro epistemológico coincidió con que muchos investigadores comenzaron a cuestionarse que la estabilidad y el equilibrio, si bien eran aspectos fundamentales de los sistemas, no daban cuenta de sus peculiaridades ya que tanto las personas como las sociedades, no se mantienen estables eternamente, sino que se transforman, cambian e incluso mueren. Así es cómo el estudio del cambio estructural y de las transformaciones ha constituido un nuevo dominio y la búsqueda comenzó a orientarse hacia la comprensión del cambio (Droeven, 1997). Maturana y Varela (1973) advirtieron la necesidad de tomar en cuenta que la vida es fundamentalmente intercambio, mantenimiento y transformación a un mismo tiempo, lo que los condujo a pensar la estabilidad y el cambio conjuntamente en un sistema.

Si se observa el comportamiento de un individuo en términos sistémicos y cibernéticos, es decir, considerado como entidades que interactúan dentro de un sistema de relaciones en un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de información entre entidades, esto modifica ampliamente la perspectiva clásica del estudio de la personalidad y la conducta humana. El análisis de la persona en sí, y no en función de sus interacciones con los demás y el ambiente que lo rodea, se hace insostenible (Nardone & Watzlawick, 2007). El modelo sistémico resalta la centralidad que tienen los patrones de interacción en el proceso terapéutico. Desde este punto de vista, se entiende que los problemas residen fundamentalmente en las dinámicas de interacción de los sistemas relacionales y es así que los terapeutas focalizan su actividad en desafiar tales patrones capaces de mantener o disolver el problema. (Montesano, 2016).

Estos progresos en la modelización permitieron pensar a la tarea terapéutica desde un lugar que impide la caída en un círculo vicioso. Las situaciones críticas no implican cambios en el sentido habitual, sino que se relacionan con transformaciones extra-ordinarias que amenazan la identidad del sistema. Los mandatos y las reglas que han dado coherencia y cohesión al sistema, pueden llegar a oprimirlo y conducirlo a una crisis. Con los nuevos aportes teóricos, se abre una dimensión del pensamiento estructural que se aleja de la rigidez y se acerca a la dinámica de los seres vivos, en la que conviven estabilidad y cambio (Droeven, 1997).

Para completar este pasaje del pensamiento sobre estructura, Edgar Morin (1994) se propuso interrogar a fondo la idea de sistema y se encontró con que, si bien toda organización implica la aparición de propiedades emergentes, al mismo tiempo supone constreñimientos, pérdida de grados de libertad de las partes e inhibición de ciertas potencialidades. Con esto puso de relevo que la idea de unidad global se había impuesto a tal punto que llegó a borrar la noción de sujeto en lugar de complejizarla desde una perspectiva dinámica y multidimensional.

El abordaje sistémico ha intentado superar esta ceguera holística y ha comenzado a valorar más lo individual dentro del sistema, concibiendo al ser humano entramado en sus relaciones. Los seres humanos dentro de un sistema, intercambian palabras, acciones y pasiones. Las características de dicho intercambio dependen del lugar y de la función que cada uno tiene dentro de él, las cuáles deberían evolucionar con el tiempo, pero sucede que a veces se estancan y producen sufrimiento. El objetivo central de la clínica sistémica es que el sujeto tome conciencia y acceda al saber de su lugar y función en el sistema, de forma tal que pueda participar en un cambio que se mantenga desde un querer cambiar compartido. Para ser efectivo, cualquier cambio necesita de relaciones a partir de las cuales pueda surgir y nutrirse (Droeven, 1997).

Todos los miembros de un sistema están expuestos a permanentes estímulos impredecibles que producen una mezcla de sucesos, de orden y caos. El primero de ellos va a estar dado por los sistemas de creencias y reglas que se mantienen de una generación a otra, mientras que el caos se va a disparar frente a situaciones nuevas que pueden ser provocadas por acontecimientos, tanto internos como externos al sistema, e impactar en él. Prigogine (1996) con su modelo de estructuras disipativas permitió desarrollar un nuevo concepto que integra el cambio, el azar y la necesidad, el mantenimiento y la transformación. En sus investigaciones encontró que en situaciones lejos del equilibrio se forman estas estructuras, que muestran que no existe una única trayectoria evolutiva en un sistema, como era antes el equilibrio, sino que aparecen diferentes opciones, los caminos se bifurcan y aparece el azar. Al amplificarse las fluctuaciones, el sistema se desordena y entra en un período de caos, sin embargo, este caos no es un mero desorden sino que se presenta como condición de posibilidad de nuevas estructuras y pautas de organización. Es decir, el desequilibrio deja de ser fuente exclusiva de sufrimiento para pasar a ser parte de un proceso de complejización y abre una nueva dimensión de las relaciones en las que el conflicto también es oportunidad. Esto ha impactado fuertemente en la terapia familiar.

Acompañado de este pasaje de una estructura estática a una modelización dinámica, las miradas y el mundo se van transformando con ello. Las dimensiones en las que se piensa el

sistema han cambiado, no hay linealidad posible y la recursividad es la norma. De esta forma es que comienza a vislumbrarse el paisaje de la complejidad. El enfoque complejo es visto como un modo de tratar la diversidad que reconoce las diferencias y el valor de mantenerlas. Así es como el terapeuta, toma contacto con las semejanzas y diferencias, y se abre a lo indeterminado, deja de buscar explicaciones acabadas y mecanismos causales para descubrir comienzos y procedencias (Droeven, 1997).

### **3.2 – Comunicación**

La información no puede ser transmitida, así como tampoco la comunicación es el proceso de transmisión pasivo de paquetes significativos. La información emerge del proceso comunicativo, siendo los conocimientos o los significados, creados en la comunicación (Droeven, 1997).

La pareja constituye un sistema social, en el cual para la resolución de conflictos o toma de decisiones hacia el interior de la misma, ambos miembros deben seguir criterios consensuados y compartidos. Para llegar a la toma de una decisión, es necesario un proceso de comunicación que deje al descubierto las necesidades, pensamientos y sentimientos de las personas que integran la pareja, para luego sopesarlos y traducirlos en una conclusión conjunta en la que se vean incluidos ambas partes (Costa & Serrat, 1982). Ser comprendido por otro significa que el otro comparte el propio punto de vista de la realidad interpersonal, lo cual es de importancia fundamental para la salud psíquica de las personas. Esto constituye un tema fundamental de la comunicación y es el origen de la mayoría de los conflictos humanos. Se trata de un proceso continuo de ofrecimiento, aceptación, rechazo, descalificación y reformulación de definiciones de relación (Watzlawick, 1992).

Aunque algunas parejas son capaces de resolver sus desacuerdos con palabras comprensivas, lo más frecuente es que haya tensión. Hay un indicativo que Gottman (2000) desarrolla, que es el de planteamiento violento, para hacer referencia a aquellas discusiones en las que predominan las críticas y el sarcasmo como una expresión de desprecio. Esto incluye palabras negativas sobre el carácter y la personalidad del otro, lo que implica disgusto y aumenta el conflicto. Las investigaciones muestran que, si una discusión tiene un planteamiento de este tipo, terminarán inevitablemente con una nota negativa y acusadora. Tanto las críticas y el desprecio, como así también la actitud defensiva como modo de culpar al otro, constituyen una carrera de relevos en la que cada uno se afianza en su posición sin poder poner fin a este ciclo. Mientras que piensan en estar buscando una solución, lo que hacen es desechar todas las ideas que el otro ofrece. Puede suceder también que, durante una

conversación entre las dos personas, el receptor no ofrece señales de reconocimiento y aparta o baja la mirada sin pronunciar una palabra. Es decir, actúa de forma evasiva como si no le importara en absoluto lo que el otro está diciendo o inclusive como si ni siquiera lo estuviese oyendo.

La peculiar característica de todos los seres vivientes que se hallan dentro de un sistema de comunicación, es la de no ser simples emisores o receptores de información, sino que dan y reciben siempre una retroacción en relación con el mensaje emitido o recibido. De este modo se produce una forma de causalidad circular de informaciones e influjos recíprocos en el interior de la cual, no existe una relación de causa y efecto perfecta sino una forma más compleja de causación entre las variables en juego (Nardone & Watzlawick, 2007).

Es importante revisar la concepción clásica del conocimiento que ha llevado a negar la legitimidad de los actos que no coinciden con el propio y resulta ser un obstáculo para el pensamiento del devenir y la diversidad. Frente a los modelos positivistas que pensaban y publicitaban una racionalidad única y metódica, garantía de infalibilidad y conocimiento verdadero, se desarrollan las nuevas perspectivas que plantean la existencia de diversas racionalidades y todas ellas legítimas. Cuando un discurso se constituye en fundamento de lo real, cierra las puertas al diálogo, al cambio y a la evolución (Droeven, 1997).

Entre lo que un sujeto dice y lo que el otro entiende no hay un lazo invisible acerca de la identidad de lo expresado. Lo que existe es la posibilidad de llegar a conmovier al otro para que puedan emerger significados compartidos, lo cual no quiere decir idénticos sino compatibles. La pregunta que surge es cómo construir un diálogo entre distintas racionalidades. El primer gran paso es considerar la diversidad y mantener las distinciones para posibilitar un intercambio fructuoso, y al mismo tiempo hay que reconocer que ninguna de las perspectivas particulares es completa ni puede ser reducida a la otra, queda aceptar la incertidumbre. “Desde este lugar, cuando podemos aceptar el no saber de sí y del otro, se instala la posibilidad de la diferencia y con ella la pérdida de la ilusión de completud y certeza” (Droeven, 1997, p. 56). Al tomar los pares de opuestos, surgen de ellos nuevos planos de realidad para explorar y de los cuales enriquecerse. Se trata entonces de sostener un espacio de diálogo que permita construir nuevos sentidos y aceptar el vértigo de la transformación (Droeven, 1997).

### **3.2.1 – Teoría de la Comunicación Humana**

Watzlawick (1967) en su libro “La teoría de la comunicación humana” desarrolla en cinco axiomas aquellas propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas.

En primer lugar, hay una propiedad de la conducta que desde luego es la más básica, pero no por eso menos importante, que es que no hay nada que sea lo contrario de conducta. Es decir, es imposible no comportarse. Si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene valor de mensaje, y por tanto es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente es imposible no comunicar. Ya sea en palabras o en silencios, tendrán siempre el valor de mensajes influyendo sobre los demás y quienes a su vez no dejarán de responder y también terminarán por comunicar (Watzlawick, 1967). En el contexto de la terapia, es imposible no formular. Todo lo que el terapeuta hace o no hace, dice o no dice es una intervención que puede tener diversos efectos en el paciente (Montesano, 2016).

Una comunicación no solo va a transmitir información, sino que, al mismo tiempo, va a imponer conductas. Esto se conoce como el aspecto de contenido, refiriéndose a cualquier cosa que sea comunicable, y el aspecto de relación que refiere al tipo de mensaje que debe entenderse que es. Dos niveles diferentes en los cuales el último clasifica al primero. Cuánto más espontánea y sana es una relación, el aspecto de la comunicación vinculado a la relación se pierde en el trasfondo. En cambio, en las relaciones más *enfermas* hay una constante lucha acerca de la naturaleza de la relación que hace menos importante al aspecto de contenido (Watzlawick, 1967).

La siguiente característica de la comunicación, de gran relevancia para el modelo sistémico, se refiere a la interacción entre comunicantes. Tratándose de una puntuación que organiza los hechos, resulta vital más allá de si es buena o es mala. Pero al ser una operación arbitraria efectuada por uno de los comunicantes, la falta de acuerdo con la manera de puntuar suele ser la causa de incontables conflictos en las relaciones (Watzlawick, 1967).

En la comunicación humana es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas, uno mediante una semejanza autoexplicativa, como puede ser un dibujo, y otro mediante una palabra. Esto es equivalente a los conceptos de las computadoras analógicas y digitales. La comunicación digital se lleva a cabo mediante la palabra y resulta la más adecuada para transmitir noticias, intercambiar información sobre los objetos y transmitir conocimiento. Por su parte, la comunicación analógica tiene sus raíces en períodos más arcaicos de la evolución refiriéndose a todo lo que sea comunicación no verbal, incluyendo la postura, los gestos, la expresión facial, entre otras cosas de las que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción (Watzlawick, 1967).

Para finalizar, se puede hablar de interacción simétrica y complementaria. La primera se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, es decir, los participantes tienden a

igualar su conducta. En la segunda, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, por lo que está basada en un máximo de diferencia. En una relación complementaria hay dos posiciones distintas, ocupando uno de ellos una posición superior y el otro una posición inferior. Estos términos son de igual utilidad en tanto no se los identifique como algo bueno o malo. Es importante destacar el carácter de mutuo encaje en una relación en la que ambas conductas desiguales pero interrelacionadas, favorecen cada una a la otra (Watzlawick, 1967).

### 3.2.2 – Formas patógenas de comunicación

Como ya se ha mencionado anteriormente, las definiciones de relación no son ni verdaderas ni falsas, sino más o menos compartidas. Esto constituye un tema fundamental en la comunicación y es el origen de múltiples conflictos humanos, pudiendo ser agrupadas las formas descalificadoras de comunicar, en tres grupos.

En primer lugar, está la *tangencialización*, que confirma la recepción de la comunicación de un individuo a otro, pero descalifica tanto su contenido como su aspecto de relación (Ruesch, 1957 como se citó en Watzlawick, 1992). En segundo lugar, están las *mistificaciones* mediante las cuales se produce una contradicción entre la comunicación y el contexto en el que tiene lugar el curso de la comunicación. En las personas que confían en sus propias percepciones esto puede resultar insignificante, pero en las relaciones de vital importancia o en situaciones extremas esto puede ubicar al receptor en una posición insostenible (Watzlawick, 1992). Por último, hay una forma de comunicar que contiene en sí su propia contradicción como las clásicas *paradojas* donde el individuo se encuentra sometido a dos órdenes contradictorias vehiculizadas por el mismo mensaje. Si la persona no logra desvincularse de este doble vínculo, su respuesta será un comportamiento interactivo patológico y una vez que se llega a una comunicación paradójica, es difícil anular su efecto y de aquí que los participantes queden prisioneros en ella. Esto conduce al constructo del *doble vínculo* que había sido observado por el grupo de Bateson, anteriormente mencionado. Un sujeto atrapado en el interior de un sistema de comunicación psicopatológico entra en un estado de disonancia y culpa frente a la estructura del mensaje recibido que no le da la posibilidad de hallar una vía de salida no ansiógena o culpabilizadora (Nardone & Watzlawick, 2007).

Cualquier intento por ejercer influencia en sistemas de relación patógenos y patológicos, choca contra la tenaz fuerza de inercia de tales estructuras. Aquí entra en juego el concepto de homeostasis, según el cual un sistema una vez constituido mantiene su estabilidad por medio de procesos de regulación que tienen vida propia y obedecen a leyes propias (Watzlawick, Beavin Bavelas & Jackson, 1981). Lo importante para la influencia práctica de un sistema

semejante es lograr ver desde una perspectiva empírica, que el comportamiento parece estar dirigido por reglas hipotéticas y que una violación de las mismas provoca reacciones específicas en el sistema. Aquellos que funcionan bien se caracterizan por una mayor flexibilidad y por un mayor repertorio de reglas, mientras que los sistemas conflictivos disponen de reglas escasas y rígidas. A su vez, estos sistemas carecen de otra propiedad importante y es que no disponen de suficientes metarreglas, es decir, de reglas para el cambio de sus reglas. Por lo tanto, es un sistema que no puede desenvolverse en una situación para la cual sus reglas son inadecuadas, pero tampoco es capaz de crear, a partir de sí mismo, nuevas reglas para superar la situación en cuestión. Se encuentra encerrado en un círculo vicioso, bajo el nombre de juego sin fin (Watzlawick, 1992). Los círculos viciosos podrían definirse como las dinámicas de relación en las que se incita o acrecienta el malestar, la negatividad y el sufrimiento de las personas que lo conforman, sintiéndose entrampadas sin saber cómo salir. La crítica suele ser el arma principal del que se hacen valer los miembros del sistema, lo cual resulta una invitación hacia la otra parte, a responder con una actitud defensiva que al mismo tiempo promueve más crítica. Desde el punto de vista sistémico, se entiende a los participantes atrapados en un patrón de interacción negativo, sin importar qué miembro ocupa qué lugar de esa interacción, sintiéndose dominados por la dinámica (Montesano, 2016).

Es cometido manifiesto de una terapia eficaz, introducir desde afuera estas reglas en el sistema. El terapeuta, como agente de influencia, entra en comunicación con los miembros del sistema y ejerce una influencia transformadora ofreciendo otras alternativas que no están contenidas en él (Watzlawick, 1992).

Cada pareja está conformada por dos individuos con sus propias opiniones, valores y personalidad, por eso no es de extrañar que a menudo se sientan abrumados por diversos conflictos, los cuales pueden ser clasificados en dos categorías. Por un lado, los que pueden ser resueltos y, por otro lado, los perpetuos que de un modo u otro formarán parte de la vida. Una vez lograda esta identificación, es posible elaborar estrategias para afrontarlos (Gottman, 2000).

Según Gottman (2000), la mayoría de los conflictos se inscriben en la categoría de perpetuos. Lo que sucede es que algunas parejas, aunque el problema no les guste son capaces de vivir con él, de evitar situaciones que lo empeoren y de desarrollar estrategias y métodos que los ayuden a tratar con él. Estas parejas son aquellas que entienden, de forma intuitiva, que hay problemas que forman parte inevitable de la relación y, más allá de que la situación a veces mejore y otras empeore, logran prosperar. En cambio, en las parejas inestables los problemas de este tipo acaban por matar la relación. Ellos no logran tratar el problema de forma efectiva

y allí se quedan estancados, sosteniendo las mismas conversaciones una y otra vez moviéndose en círculos que no conducen a ninguna parte. Esto los hace sentir frustrados y rechazados por el otro, y el afecto va desapareciendo. Los socios no logran negociar un intercambio justo de respuestas preferidas entre ellos, y esta sensación de injusticia alimenta el conflicto de relaciones crónicas (Carr, 2014). Cada uno se va encerrando en su posición hasta sentirse totalmente abrumados, y cualquier intento de aislar el problema, acaba en el distanciamiento del uno con el otro siendo esto el inicio de llevar vidas paralelas y una inevitable soledad. Las discusiones sin fin lo que simbolizan son una profunda diferencia entre los individuos que requiere ser definida para poner el problema en su lugar.

Los problemas solubles, aunque parecen sencillos comparados con los otros, pueden causar mucho sufrimiento. Cuando esto sucede es porque la pareja no ha aprendido las técnicas más efectivas para solucionarlo, sin necesariamente ser la culpa total de ellos, sino que muchas veces las soluciones sugeridas no son sencillas de aplicar. Una manera de identificar este tipo de problemas, es que la discusión se concentra solo en un dilema o en una situación particular sin existir un conflicto subyacente que intensifique la disputa (Gottman, 2000).

En el caso que no se llegue a un acuerdo sobre el problema, la frustración probablemente aumente y los individuos se hallen cada vez más arraigados en sus respectivas posiciones. El conflicto se hará más profundo, asumiendo un significado cada vez más simbólico. Por lo que podría convertirse en un problema irresoluble (Gottman, 2000).

### **3.3 - Modelo Estratégico de Terapia Breve**

En el año 1959, D. Jackson funda junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el Mental Research Institute (MRI). Unos años atrás, la preocupación de Bateson por encontrar los fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación, lo había llevado a conformar un grupo con el cual realizaron una serie de publicaciones de importancia decisiva para la evolución de la terapia sistémica. Si bien el MRI no tiene una continuidad institucional con el Grupo Bateson, representa una continuación en sus ideas, como así también de sus integrantes. Hacia fines de 1959, se incorporó Paul Watzlawick, un psiquiatra de origen austríaco quién poco tiempo después se convirtió en un símbolo de las ideas del MRI. En este marco, Jay Haley desarrolló su modelo Estratégico de resolución de problemas y abandona el MRI. En 1967, Richard Fisch, M. D. le propuso a Jackson la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Este proyecto dio origen al Brief Therapy Center, al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin, y quienes desarrollaron lo que se conoce como el Modelo de Palo Alto generando un cambio radical en la psicoterapia caracterizado por

ser un modelo breve, simple y efectivo. Es así que los integrantes se propusieron promover activamente un cambio en los consultantes, fijando de modo arbitrario un límite de diez sesiones. Hacia fines de los '70 dirigía el MRI Carlos Sluzki, psiquiatra argentino y figura en el mundo sistémico, quién abrió las puertas de la psicoterapia interaccional a otros dos argentinos llamados Celia Elzufán y Hugo Hirsch. Ellos fueron, junto con Weakland, quienes durante años se dedicaron a difundir las ideas del MRI en la Argentina (Cazabat, 2007).

La tarea principal de un procedimiento estratégico consiste en influir sobre el paciente para que enfrente su problema de una manera distinta y lo que busca hacer es bloquear las soluciones intentadas. Con esto se entiende, a interrumpir el circuito hecho por el paciente modificando el encuadre del problema que él mismo ha hecho hasta entonces. Para lograrlo, las intervenciones estarán orientadas a la reestructuración del modo de percibir la realidad y a producir un cambio evidente de las acciones comportamentales consecuentes. Inicialmente, el modelo propone una descripción previa y adecuada de los circuitos comportamentales que mantienen vigentes el problema para luego poner en marcha la interrupción, en algún punto, de los mismos (Wainstein, 2006). La premisa fundamental es que el problema persiste solamente si es mantenido por el funcionamiento actual de la conducta del paciente y otros con los que interactúa. En correspondencia con esto, si tal conducta de manutención del problema es apropiadamente cambiada o eliminada, el problema será resultado o desaparecerá, sin consideración de su origen y duración (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976).

El camino para llegar a esto consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del consultante. Es decir, el terapeuta debe poder adaptar su lenguaje y sus acciones, al estilo cognitivo y comunicacional del paciente con el objetivo de disminuir la resistencia al cambio. Además, debe definir si el problema se manifiesta en la interacción entre subsistemas del individuo mismo, en sus relaciones con los otros o en contextos más amplios (Wainstein, 2006). Son muchas las posibilidades de actuar el lenguaje del paciente en el uso de preguntas, de lo que se trata es de no sobreactuar, sino de acompañar de manera sutil el contenido de la pregunta en pos de mayor impacto (Ceberio & Rodriguez, 2019). En los últimos casos, el terapeuta debe apuntar a cambiar el funcionamiento del sistema, es decir, tomar una acción deliberada para alterar el funcionamiento empobrecido en las pautas de interacción de manera tan poderosa y eficiente como sea posible (Watzlawick et al., 1976). Entonces, dicha información le permitirá al terapeuta elegir entre si es más eficaz alterar el sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema interviniendo directamente sobre el paciente individual, o si bien debe intervenir sobre los otros significantes provocando un cambio en las secuencias interactivas y, por ende, en el paciente (Wainstein, 2006).

### 3.3.1 – Primera entrevista

El primer contacto con el paciente constituye un momento muy importante para el tratamiento. En esta fase de apertura de la terapia, el objetivo primario es crear una relación entre terapeuta y paciente que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual pueda llevarse a cabo tanto la investigación diagnóstica como las primeras maniobras de intervención (Nardone & Watzlawick, 2007). Lo que en este modelo se llama primera entrevista, es el tiempo dedicado por el terapeuta y paciente hacia el establecimiento de un vínculo que favorezca el trabajo del problema (Wainstein, 2006).

Fundamentalmente, la estrategia va a consistir en observar, aprender y hablar el mismo lenguaje del paciente, porque solo aceptando lo que la persona está ofreciendo y entrando en sintonía con sus modalidades de representación, se logra establecer ese clima de contacto interpersonal que hace posible cambiar el rumbo de sus acciones (Nardone & Watzlawick, 2007). Desde los años '80 en adelante, la importancia del lenguaje y los procesos de construcción de significado, han pasado a ocupar un lugar primordial en la teoría. Con el fin positivo de introducirlo a una gran motivación y confianza, el terapeuta asume su capacidad de circunvalar en el paciente la resistencia al cambio (Montesano, 2016).

Wainstein (2006) describe las etapas y aspectos que recorre la entrevista en su desarrollo. Una primera etapa social en la que se establece el primer vínculo y se accede a los primeros datos. Luego la etapa en la que se infiere acerca del problema presentado mediante la pregunta de por qué han venido o qué los aqueja y se da lugar a las intervenciones propiamente dichas. En esta etapa, es fundamental aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Esta operación no siempre resulta fácil de realizar en poco tiempo, porque las personas son a menudo vagas en las descripciones, pero una vez conseguida una imagen clara del problema, resulta más factible hallar una solución rápida y eficaz (Nardone & Watzlawick, 2007). Esto se sigue de una etapa de fijación de meta en la que se solicita a los que consultan que especifiquen los cambios que desean lograr, teniendo en cuenta que lo mejor es centrar la atención en el síntoma. Asimismo, al programar la terapia es muy importante que el terapeuta construya una escala gradual y progresiva de pequeñas metas que generen en el paciente reacciones positivas de colaboración, dando así la impresión de que se trata de una praxis sistémica y precisa, con objetivos alcanzables y no excesivamente apremiantes (Nardone & Watzlawick, 2007). Finalmente, concluye la entrevista con la concertación de una nueva cita y, de ser necesario, se acuerda la concurrencia de otro miembro. Además, se les puede pedir que realicen alguna tarea comprometiéndose así a las sucesivas sesiones. La tarea fundamental es acceder al problema de quien consulta, determinando qué

experiencia de su vida en términos de conducta, le gustaría suprimir o al menos reducir. El énfasis estará colocado en las soluciones intentadas, orientando, por lo tanto, las evaluaciones del problema al presente y al futuro.

### **3.3.2 – El proceso de co-construcción**

Desde la perspectiva sistémica el paciente va a cambiar en tanto acepte lo que se entiende como redefinición y su correspondiente dirección de acción. Es decir, el terapeuta le va a ofrecer un nuevo sentido a la situación para situar al paciente en otra estructura que no va a cambiar al hecho en sí sino el sentido atribuido a esa situación. Tanto las intervenciones del terapeuta como los problemas que el consultante trae, no serán datos objetivos sino una construcción atravesada por las ideas propias de quien las enuncia y quien las escucha. Cuando el paciente entra en comunicación directa con el terapeuta, las expectativas respecto a su problemática se irán moldeando de acuerdo a lo que el terapeuta considere trabajable, seleccionará ciertos datos destacando la importancia de algunos y minimizando la de otros. Aquí se abre la distinción entre el paciente que puede cambiar y aquel que tiene una idea absolutamente definida y no modificable acerca de su padecimiento. Cuando el paciente se abre a esta red posible de redefiniciones y direcciones de acción, el terapeuta realiza un proceso de co-construcción de modo que establece una situación abordable desde el esquema referencial del paciente y este último se encuentra dispuesto a escuchar algo nuevo (Hirsch & Rosarios, 1987).

En el proceso terapéutico el terapeuta y el consultante van a co-construir el problema, entre la queja inicial que trae el paciente y la expresión de lo que está dispuesto a hacer en el proceso (Hirsch & Casabianca, 1992). Inicialmente, es necesario un proceso en el tratamiento para definir el objetivo y que sea posible, alcanzable y evaluable. Asimismo, una vez definido, es importante establecer los pasos necesarios para alcanzarlo, siempre teniendo en cuenta que deben ser lo suficientemente mínimos y significativos para el paciente de manera tal, que sean posibles de ser alcanzados y tenga sentido esforzarse para ello. El proceso de co-construcción del problema entre el terapeuta y el paciente debe poder dar como resultado una definición en términos de conductas que puedan ser observables, facilitando así la comprensión del objetivo y la posterior evaluación de los efectos de la terapia de manera concreta (Cazabat, 2007).

El centro del diálogo terapéutico está puesto en las preguntas y no en las respuestas, ya que no se trata de llenar con una nueva certeza ese vacío que lleva a la consulta sino de entrar en ese núcleo del no saber. Sin embargo, no se entra allí en busca de algo ya dado sino para dar lugar a la emergencia de nuevos significados, a través de preguntas abiertas (Droeven, 1997).

Las hipótesis y formulaciones construidas en el contexto terapéutico no deben ser entendidas como verdades objetivas, sino como construcciones que en menor o mayor medida serán consensuadas, válidas y efectivas para facilitar el cambio. El proceso comienza desde la primera interacción (Montesano, 2016).

La creatividad terapéutica se trata, entonces, de sostener un espacio de diálogo que permita construir nuevos sentidos. Tanto el consenso como el disenso son parte fundamental del diálogo y de los procesos de construcción de los mundos simbólicos. Es importante esta consideración para no echar por la borda el análisis sistemático de las relaciones de poder y de la historia vincular en pos de un consenso vacío. Como profesional, se necesitan desarrollar las habilidades dialógicas entre la teoría y la práctica posibilitando la relación entre el pensamiento global y la situación contextual específica, dejando de lado las explicaciones apriorísticas y universalistas. Esto da cuenta de una participación activa en la construcción de modelizaciones que evalúen procesos y no estructuras. Lo cual coincide con el abandono de los enfoques de la simplicidad y la verdad eterna (Droeven, 1997).

En este sentido, los desafíos de la clínica actual tienen que ver con los nuevos lugares que el terapeuta es capaz de tomar respecto de la producción de sentido en el contexto de la terapia y de la vida. Mientras que antiguamente, las palabras claves eran modelo y estructura, hoy en día los términos son mucho menos determinantes, aunque no menos potentes, y van tomando gran relevancia la creatividad, la responsabilidad y la comunidad de intercambios que es la que decide qué pertenece o no a su dominio cognitivo o paradigma (Droeven, 1997).

### **3.3.3 - Intervenciones del terapeuta**

Desde siempre, la historia recuerda bajo la tradición escrita y oral, un papel en el cual *alguien* es llamado por *otro* que siente que algo le ha pasado o le está pasando. Ese alguien es a quien Wainstein (2006) denomina consultor y ese otro es el consultante, una persona cuyos pensamientos y situaciones se le han vuelto ingobernables, escapan a sus expectativas o se separan de las normas convirtiéndose para ellos en algo problemático. Entienden que su sufrimiento es arbitrario, en contra de su voluntad y que si tiene un sentido éste es difuso y difícil de definir. Esto constituye el sistema consultante, es decir, la consulta es entendida como un sistema en el que el consultor va a facilitar la exploración y la resolución de situaciones y problemas, presentados por el consultante que solicita su ayuda.

Las intervenciones ocurren en el marco de una entrevista cara a cara y van a suponer ciertos pasos en los que se incluyen la pre-entrevista que describe el recorrido del consultante hasta llegar a la consulta, el establecimiento de la relación mediante el cual se conocen y

establecen ciertas reglas de juego, la etapa definitoria de motivos que condujeron a solicitar la ayuda y preferentemente fijación de objetivos. Luego se pone en marcha la estrategia de cambio para finalmente concluir con la evaluación y cierre del trabajo, que puede tener un sentido negativo o bien positivo y en progreso. Hay un último paso, que no siempre se cumple, que es el seguimiento y evaluación de la persistencia del cambio, lo cual garantiza los resultados de la tarea a largo plazo (Wainstein, 2006). El objetivo principal de cualquier intervención, no es tanto el de proporcionar una explicación sobre el problema sino el de seleccionar y ordenar la información de manera tal que permita orientar el proceso terapéutico (Montesano, 2016).

Para el logro de los objetivos, en la terapia breve centrada en la resolución de problemas, se puede intervenir de manera más directiva u optar por las instrucciones paradójicas. Éstas últimas, pueden ser entendidas como lo contrario a seguir los cursos de acción que conducen solo a más problemas. Lo que se busca es romper con el ciclo que cristaliza la problemática en cuestión, orientando al paciente hacia la conducta sintomática u otra indeseable el lugar de disminuirla o tenerla bajo control. Esto junto con una explicación motivante resulta tener éxito y aumenta la confianza del paciente en el tratamiento y en el terapeuta (Wainstein, 2006).

Por su parte, aquellas alternativas de acción propuestas por el terapeuta, que no llegan a solicitarle al paciente un cambio determinado, sino que le ofrecen un margen de elección, lo constituyen las sugerencias, en tanto que pueden ser rechazadas sin que esto implique una idea subyacente de desobediencia (Casabianca & Hirsch, 2009).

Otro tipo de intervención característica de este modelo es el uso de interpretaciones. Esto puede parecer un intento de impartir *insight* pero no lo es ya que, la idea aquí no es descubrir o reconocer la verdad, sino redefinir una conducta etiquetada desfavorable (Wainstein, 2006). El objetivo es desanclar aquellas conductas fallidas que se establecen en torno a la situación planteada como problemática (Casabianca & Hirsch, 2009). Las intervenciones que se realicen, tendrán como fin la interrupción del circuito de comportamiento y la alteración del ciclo que mantiene el problema (Nardone & Watzlawick, 2007).

Por último, un punto muy importante, es considerar las relaciones interpersonales ya que cualquier intervención hecha con el paciente debe tener en cuenta las probables consecuencias para los otros involucrados. Inclusive puede resultar efectivo centrar los esfuerzos terapéuticos en otro que no es el paciente identificado y provocar mejores cambios en el sistema (Wainstein, 2006). En la terapia que integra a otros significativos, el terapeuta interviene para minimizar el conflicto destructivo y maximizar la comprensión y empatía de las diferentes características de cada uno. Hay un fuerte énfasis en construir tolerancia para los comportamientos negativos de la otra persona y la aceptación de diferencias irresolubles (Carr,

2014). Desde el modelo estratégico de terapia breve, el recurrir a informaciones sobre el pasado del sujeto representa solo un medio para disponer de mejores estrategias de resolución de los problemas actuales. Tal es así que, el terapeuta va a centrar su atención y su valoración, en primer lugar, en aquello que sucede en el interior de los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto mantiene consigo mismo, con los demás y con el mundo. En segundo lugar, en cómo funciona el problema que se presenta en el seno del sistema relacional, para luego interrogarlo acerca de las soluciones intentadas para combatirlo, y finalmente focalizar en cómo es posible cambiar esa situación problemática de la manera más rápida y eficaz (Nardone & Watzlawick, 2012).

En apartados anteriores se describieron las dinámicas de relación en las que prima la negatividad y el sufrimiento, más conocidas como círculos viciosos, frente a las cuales existe otro patrón de interacción que puede disolver el problema, más conocido como círculo virtuoso. Este tipo de dinámicas lo que hacen es facilitar el bienestar tanto relacional como individual, mejorando la competencia de sus miembros y devolviendo una imagen positiva a aquellos que sostienen la dinámica. En el contexto de una terapia, adoptan la forma de dinámicas contrarias a la problemática suscitada y se definen por suponer una innovación en el repertorio relacional del sistema, bloqueando los efectos nocivos del patrón problemático. La intención estratégica de la tarea, estará dirigida a promover un tipo de interacción que disuelva la actitud crítica-defensiva y resalte el reconocimiento positivo de los miembros (Montesano, 2016).

En la mayoría de los casos, el esfuerzo terapéutico se ve obstaculizado por el temor de los pacientes de que el problema vaya a empeorar. La capacidad de maniobra va a estar relacionada con la libertad del terapeuta, de poner en práctica lo que considere lo más apropiado en el transcurso del tratamiento. Esto implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los inconvenientes que se puedan presentar. Para ello el terapeuta necesita mantener abierta su capacidad de operar, a medida que avanza la terapia, modificando necesariamente su curso de acción. De esta manera, le es posible direccionar el tratamiento no como un mero propósito sino como una responsabilidad intrínseca que de otro modo perjudicaría al paciente. Es por eso, que existen algunos medios para aumentar la maniobrabilidad terapéutica (Fisch et al., 1984).

La primera de ellas tiene que ver con la capacidad del terapeuta para ajustar sus comentarios a las respuestas que manifieste el paciente. Si de modo apresurado asume una postura definida puede resultar contraria a la sensibilidad, a los valores o a algún punto de vista muy arraigado del paciente y, consecuentemente, disminuirá su credibilidad. Ante la aparición de pequeños indicios de que la estrategia no está funcionando, el rumbo debe cambiar sin

esperar a que se produzca una resistencia obvia y sólida, para conservar la disponibilidad del paciente. No menos importante es que el terapeuta se tome el tiempo necesario para pensar y planificar el tratamiento. De lo contrario, si realiza su trabajo sometido a la presión y desesperación del paciente, es probable que termine tan desconcertado como él, lo cual no ayuda a ninguna de las dos partes. En muchos momentos del tratamiento, puede suceder que el terapeuta desea realizar una intervención específica o encargarle algo al paciente, pero no sabe si funcionará la estrategia sobre la que se basa la intervención y no quiere que su credibilidad dependa del éxito o fracaso de esta última. Frente a esto, la alternativa consiste en responder de una manera condicionada conservando su capacidad de maniobra, es decir, manteniendo diversas opciones abiertas y al mismo tiempo, dando una sensación de haber adoptado una postura concreta (Fisch et al., 1984).

La información vaga puede significar problemas en cualquier fase del tratamiento, por lo tanto, tiene primacía ayudar al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas (Fisch et al., 1984). Resulta fundamental el logro de una clara definición del problema y de la interacción disfuncional que facilita su perpetuación. De igual importancia, se considera el acuerdo respecto a los objetivos de la terapia, resultando de gran utilidad para guiar al terapeuta y, asimismo, permitiendo al paciente sentirse parte activa del proceso, facilitando su colaboración y favoreciendo su motivación (Nardone & Watzlawick, 2007). Es común que si se presenta una pareja a consultar, muestren formulaciones diferentes y opuestas acerca del problema que los trae, así como también el modo que tienen de resolverlo. Por eso es que una de las principales tareas del terapeuta, en las fases iniciales del tratamiento, consiste en generar una formulación que sea lo suficientemente compleja para captar las distintas perspectivas, pero también lo suficientemente simple para que pueda ser útil y manejable por el profesional. Esto facilita la direccionalidad y el sentido de las intervenciones, y consecuentemente allana el camino del cambio (Montesano, 2016).

La terapia estratégica consiste en un tipo de intervención terapéutica que tiene por fin la solución del problema presentado por el paciente, mediante la reestructuración de las reacciones comportamentales y del modo particular de percibir la realidad de la situación (Nardone & Watzlawick, 2007). El éxito del tratamiento va a depender, en gran medida, de la capacidad del terapeuta para que el paciente le comunique información estratégica y que logre llevar a la práctica las sugerencias o tareas encomendadas, pudiendo optar por una posición más igualitaria o bien, autoritaria e intimidante (Fisch et al., 1984).

Basándose en las observaciones de los efectos, el terapeuta tiene la posibilidad de corregir su intervención. Esto significa que la eficacia no se mide únicamente entre el principio

y el final de la terapia, sino que se evalúa gradualmente a través de cada sencillo movimiento o maniobra. La estrategia se adapta y se moldea sobre la estructura del problema y su persistencia, experimentando cambios en su aspecto comunicativo y relacional, pero conservando el aspecto estratégico de solución del problema (Nardone & Portelli, 2013).

Para promover el cambio que conduce a la meta específica seleccionada, este modelo coloca el énfasis en la relación terapeuta-paciente, permitiendo recordar que el resultado del tratamiento va a depender tanto de uno como del otro. Identificar este estilo de relación ayuda a determinar cuál será la intervención terapéutica con más probabilidades de producir la cooperación y participación del paciente, y, por lo tanto, la disminución de la duración del tratamiento. Esto contrasta fuertemente con el modelo tradicional en el que se piensa que el resultado depende en mayor medida del consultante, ya que el tratamiento, en líneas generales, es el mismo para cualquier persona (García Martínez, 2013).

Por su parte, están las tareas terapéuticas, que se refieren a aquellas propuestas que el terapeuta realiza a sus consultantes entre una sesión y otra. Estas tareas pueden ser individuales o incluir a varias personas, a su vez pueden ser directas, indirectas o paradójales, e inclusive pueden estar dirigidas a promover soluciones o a bloquear secuencias problema. Sin embargo, todas comparten la misma idea que es promover que los pacientes que acuden a la terapia, continúen los cambios fuera de la sesión, en el sentido deseado. Con frecuencia, las tareas son el puente necesario mediante el cual el trabajo realizado a lo largo de una sesión terapéutica trasciende las paredes del espacio profesional y se traslada en forma de cambios concretos y tangibles a la vida cotidiana de los pacientes (Beyebach & Herrero de Vega, 2016).

Cambios aparentemente menores en la conducta manifiesta son suficientes para iniciar desarrollos progresivos, de modo que un pequeño cambio en un elemento clave del sistema produce efectos en otras partes de él. El establecer una meta, actúa como una sugestión positiva de que el cambio es factible en el tiempo asignado y a su vez es un criterio de cumplimiento terapéutico para el terapeuta y el paciente. Por lo tanto, es importante establecer metas claras en término de conductas concretas y observables para minimizar cualquier posibilidad de incertidumbre o posterior negación al tratamiento. Luego, la tarea es intervenir para promover el cambio que conduce a la meta específica seleccionada (Watzlawick et al., 1976).

### **3.4 – Cambio**

El cambio terapéutico es un proceso interaccional que va a implicar tanto al paciente como al terapeuta, es decir, no es algo que el terapeuta realiza con el paciente como si este último fuera un receptor pasivo. Los problemas no llegan a la consulta rotulados, sino que, por

el contrario, serán expuestos a un proceso de redefinición en el que paciente y terapeuta construyen conjuntamente la realidad de ese problema, tal como se detalló en el apartado de proceso de co-construcción. Desde esta perspectiva, se puede decir que es el paciente mismo quien inicia el proceso de cambio por el solo hecho de estar presentando su problema a un terapeuta, haciéndolo público, de modo tal que ya queda sujeto al cambio. El paciente declara, de manera implícita, que él no puede resolverlo y la nueva definición debe ser tal que haga posible la solución. Por lo tanto, no es el terapeuta quién hallará la solución, sino que solo hará del problema algo resoluble, mientras que el paciente será quién deba hallarla. El modelo estratégico de terapia breve, pone el énfasis en que promover la conducta de respuesta es una tarea que le compete a los terapeutas, en lugar de ver la cooperación como iniciada y definida por las respuestas del paciente (De Shazer, 1991). Es por eso también que este modelo enfatiza, desde la primera sesión, en establecer una buena relación para promover la cooperación. La eficacia de una estrategia depende, en gran medida, del marco de sugestión con que se la presenta al paciente para inducirlo a una colaboración terapéutica, es decir, a una predisposición para el cambio (Nardone & Watzlawick, 2007). El cambio es un proceso continuo e inevitable, y el terapeuta lo que necesita hacer es darle forma a ese proceso, de modo tal que los pacientes puedan resolver los problemas llevados a la consulta (De Shazer, 1991).

Un sistema es capaz de cambiar de dos maneras. Por un lado, en un ambiente relativamente estable, los valores necesarios de un sistema pueden mantenerse constantes mientras se producen cambios cuantitativos en la conducta del sistema. Ashby (1960) se refirió a estos cambios continuos y correctivos al mismo tiempo, con el nombre de cambio de primer orden, y se caracterizan por tener lugar dentro de un sistema que en sí mismo se mantiene igual. Frente a esto, el mismo autor, refiere también al cambio de segundo orden que va a modificar el sistema mismo, cualitativamente y de forma discontinua. Los sistemas que tienen la capacidad de variar de esta manera, se reconocen como más capaces de adaptarse a las alteraciones de su ambiente. Un sistema que solo es capaz de experimentar cambios de primer orden podrá mantener su estabilidad en un medio estable, pero a fin de sobrevivir, el cambio de segundo orden es necesario para adaptar las estructuras internas al ambiente modificado sin alterar la coherencia interna del sistema que es su identidad.

### **3.4.1 – El alcance de metas**

Lograr que el paciente abandone su propia solución y se decida por un enfoque diferente, constituye un factor decisivo para realizar con brevedad la terapia. La razón es porque la solución que ampara, la que provoca el problema, está determinada por lo que él considera

como la única cosa razonable y salvadora para hacer. Es por eso que lograr influir sobre el paciente para que afronte su dolencia de otro modo, es una tarea primordial de la terapia que, a su vez se va a enfrentar con aquellos a quienes intente influir (Fisch et al., 1984).

Los pacientes son personas con sus propios valores, creencias y prioridades, fuertemente consolidadas, que van a determinar su modo de actuar. Es la postura la que va a representar la inclinación interna de los pacientes, que será de utilidad para poner en práctica las directrices del tratamiento. Las personas se pueden definir a sí mismas como pacientes, o bien definirse como individuos preocupados por alguien más o siendo víctimas de un malvado. En tales casos, puede asumir una postura en la que el cambio se vuelve urgente por necesidad o bien significar un estado indeseable que pretende un cambio, pero no con el mismo nivel de urgencia. Además, cualquiera que sea el problema, podrán manifestar una postura pesimista con respecto a la solución del problema o tener una opinión más esperanzada o inclusive asumir una elevada expectativa con respecto a lo que puede conseguir (Fisch et al., 1984). Lo que hace que una terapia sea estratégica es la actitud del clínico, en cuanto es él quien diseña de modo activo un enfoque particular para cada problema. La iniciativa y responsabilidad están en el terapeuta, orientándose a influir directamente en las personas, de modo tal que se produzca el cambio (García Martínez, 2013).

La comunicación y la interacción paciente-terapeuta representan una contribución al cambio. De hecho, la sola comunicación y el proceso mismo de la terapia son de por sí una estrategia terapéutica. Asimismo, es indispensable reafirmar el supuesto fundamental del modelo estratégico basado en la adaptación de la terapia al paciente y no al revés. Es necesario aprender el lenguaje del paciente y presentar la intervención en ese mismo lenguaje o sistema representativo, siendo modificada de acuerdo a cada individuo (Nardone & Watzlawick, 2007). La eficacia de la intervención para promover el cambio, va a depender directamente del grado en que los patrones de interacción sean capaces de representar y legitimar los modos en que los individuos construyen su experiencia. Una intervención sistémica completa dará cuenta de la relación entre lo interaccional y la experiencia particular de cada miembro (Montesano, 2016). El terapeuta para poder influir en la dirección esperada, deberá basarse en algo que el sujeto pueda aceptar cotidianamente, sobre hechos que no pueda discutir en su sistema de valores (Hirsch & Rosarios, 1987).

Otro punto importante en relación a la planificación de las tácticas para producir el cambio, tiene que ver con centrar la atención del paciente en cambios triviales en apariencia, es decir, pequeños detalles de la situación. Estas acciones mínimas seleccionadas por el terapeuta, en realidad van a producir un cambio mucho mayor al previsto por el paciente,

provocando un desequilibrio y posterior modificación en el interior del sistema. Lo primero que hay que lograr es que el paciente esté motivado al cambio, es decir, que se encuentre dispuesto a realizar los esfuerzos que sean necesarios para conseguir resultados útiles. Mientras que esta progresión en pequeños cambios, conduzca al individuo a la modificación de sus acciones disfuncionales y de sus imágenes del mundo, la terapia ha de haber alcanzado su objetivo (Nardone y Watzlawick, 2007).

Ya sea que los casos hayan llegado al límite de sesiones establecidas, o las metas hayan sido alcanzadas más pronto, lo que se suele hacer es una breve revisión del curso del tratamiento con el paciente, apuntando siempre a darle el máximo crédito por sus logros y también advirtiéndolo de cualquier tema no resuelto. Preferentemente se le remarca la posibilidad de una futura entrevista de seguimiento, alrededor de los tres meses, y en esta misma conversación se le sugiere acerca de mejorías ulteriores. Cabe recordar, que el tratamiento no está dirigido a conseguir soluciones finales, sino un hallazgo inicial sobre el cual ellos mismos, puedan seguir construyendo posteriormente (Watzlawick et al., 1976).

## **4 - Metodología**

### **4.1 - Tipo de estudio**

Descriptivo. Estudio de caso.

### **4.2 - Participantes**

Los participantes fueron un matrimonio, quienes se han denominado ficticiamente Ana y Juan, y los profesionales de la institución con los que el pasante tuvo contacto.

Ana (66) y Juan (71) al momento de la consulta llevan 45 años de casados y tienen dos hijos en común. Ana es pedicura y siempre trabajó de forma autónoma en el rubro de la estética. Los últimos años, ha decidido trabajar desde su casa. Juan, jubilado en el rubro de camioneros, presenta problemas en la audición y utiliza audífonos hace ya unos años.

Ana llegó a la consulta manifestando cierta angustia relacionada con su marido, refiriéndose específicamente a una mala comunicación entre ellos, en lo que la dificultad auditiva de Juan había tenido implicancia. La que acudió inicialmente a la terapia fue Ana, y posteriormente se planteó una terapia de pareja con la misma terapeuta que atendía a Ana de forma individual.

Los profesionales con los que el pasante ha tenido contacto fueron, la directora fundadora de la institución, psicóloga con una extensa trayectoria de más de 35 años de

profesión, especialista en terapia de pareja. Ha sido la terapeuta a cargo de la primera entrevista. Otra profesional, quién ha tomado el caso, llevando a cabo sesiones en pareja y también de forma individual. Y, por último, una psicóloga más, quién forma parte de la institución desde el año 2018, y ha sido partícipe del espacio de supervisión. Ambas se han capacitado sobre la atención clínica desde el modelo estratégico de terapia breve, a través del programa para profesionales que ofrece la misma institución.

#### **4.3 - Instrumentos**

El caso fue analizado a través de diversos instrumentos dispuestos por la institución que han permitido profundizar sobre el caso. Los mismos se detallan a continuación.

Video-grabaciones de cuatro sesiones realizadas por cámara Gesell en las que se desarrolló la terapia. La primera correspondió a la entrevista de admisión en la que se muestran los datos referentes a la queja inicial y a la circunstancia actual de la pareja, se informan tratamientos anteriores y se registra el clima motivacional entre otras observaciones que el admisor considera pertinentes. En lo que respecta al resto de las sesiones, se observó cómo las dificultades presentadas fueron abordadas desde el modelo estratégico de terapia breve, focalizando el objetivo de la terapia y ajustándose a las posiciones y lenguaje de la pareja, de lo cual han partido las intervenciones. Las video-grabaciones permitieron recuperar datos claves de pautas comunicacionales.

Entrevista virtual semi-estructurada a la psicóloga a cargo del caso. La entrevista estuvo dirigida a comprender el funcionamiento de una terapia interaccional indagando en el proceso terapéutico que se llevó a cabo en el caso. Los ejes temáticos abordados fueron la práctica del enfoque y la estrategia elaborada por la profesional, como así también las respuestas de la pareja a dichas intervenciones.

Entrevista virtual semi-estructurada a la directora de la institución y a la psicóloga que supervisa el caso a través de cámara Gesell. La entrevista hizo foco en registrar las maniobras terapéuticas para construir el foco del tratamiento y cómo han logrado el establecimiento de las metas. Además, cómo han elaborado conjuntamente las maniobras de cierre del tratamiento.

#### **4.4 - Procedimiento**

El trabajo integrador se llevó a cabo a partir de numerosos encuentros virtuales con los profesionales de la institución, a través de un sistema de videoconferencia que permitió el intercambio de información y el acceso a los instrumentos detallados en el anterior apartado. En una primera instancia, se dio a conocer el abordaje de la institución a través de los relatos

de la directora. Luego se dio lugar a la presentación del caso, a través de video-grabaciones de cuatro sesiones, mediante las cuales se hizo visible el concepto de queja inicial y se observaron las intervenciones terapéuticas. Finalmente, se realizó una entrevista semi-dirigida a la terapeuta a cargo del caso y posteriormente, a la directora de la institución, quien ha realizado un seguimiento del caso, y a una profesional más que lo ha supervisado. Las entrevistas se llevaron a cabo de forma individual, a través de video-llamada, con una duración aproximada de 30 minutos cada una.

## **5 – Desarrollo**

### **5.1 – Presentación del caso**

Ana y Juan son un matrimonio de más de 40 años de casados y tienen dos hijos en común. Juan actualmente está jubilado y Ana realiza, de forma espaciada, trabajos de pedicuría desde la casa. Esto conlleva a que gran parte del día estén juntos. Ana es quién llega a la primera consulta habiendo contactado el espacio por medio de una amiga de la hija, a través de una conversación en la que Ana cuenta acerca de una angustia que la venía perturbando hacía ya mucho tiempo y contra la cual no podía luchar sola.

En la primera entrevista, Ana menciona haber contraído matrimonio de muy joven, y aquí es donde comienza a destacarse el lugar de Juan en la terapia. Específicamente, ella hace referencia a una mala comunicación entre ellos, en la que una dificultad auditiva de Juan tiene implicancia.

En lo que respecta al tratamiento, se realizaron 10 sesiones de terapia bajo el plan solidario que consiste en una opción que ofrece la misma institución, más económica y en cámara Gesell. Se ha llevado a cabo a través del Modelo estratégico de terapia breve, del cual han surgido las intervenciones terapéuticas y el consecuente cambio producido en la comunicación de la pareja. Algunas de las sesiones han sido de forma individual, entre ellas la primera consulta y la última, y otras en forma conjunta, con Ana y Juan.

### **5.2 – La queja inicial y el proceso de co-construcción del motivo de consulta**

A partir del acceso a la video-grabación de la primera entrevista y con el refuerzo del relato de la directora de la institución, quien al mismo tiempo es la terapeuta a cargo del primer contacto con Ana, se configura el siguiente apartado que se propone analizar el proceso de co-construcción que realiza la profesional partiendo de la queja inicial de la pareja.

Desde la perspectiva sistémica, el proceso de co-construcción es de vital importancia en el tratamiento ya que permite, en una primera instancia, dar cuenta de si el paciente está dispuesto a cambiar respecto a su problemática o si se encuentra en una posición inamovible frente a su padecimiento. El proceso comienza desde la primera interacción, sosteniendo un espacio de diálogo que permite la emergencia de nuevos significados (Hirsch & Rosarios, 1987). Este primer contacto con la paciente, lo configura la primera entrevista en la que se evidencian la queja inicial y el motivo de consulta como elementos fundamentales. Ana asiste a la consulta, motivada a buscar una solución a un problema que considera no poder ocultar más, en el que la tristeza y la angustia la acechan y expresa *“estoy para atrás”*. Frente a esta declaración, la terapeuta entiende que Ana ha de ser la persona portadora del problema. Seguidamente se interroga acerca de su grupo de convivencia y otros significativos, en los que aparece Juan como su marido y conviviente, dos hijos a los que se refiere como *“el rebelde”* y *“la más normal”*, y dos hermanos de nacionalidad española con quienes no tiene contacto. Hace unos años, Ana viajó junto con su marido a la tierra de sus padres, conoció familiares allí y esto asegura haberla movilizado mucho, al punto de pensar por qué no había vivido en España. Estos vínculos, principalmente el contacto fallido e impenetrable con su hijo varón y el desencuentro con sus hermanos, han influido en las conductas disfuncionales de Ana en tanto expresa sentirse frustrada y sola.

Luego se retoma al pedido de ayuda terapéutica y se configura la queja inicial. *“Nunca me sentí feliz, siempre busqué en el otro lo que en verdad me faltaba a mí. Necesito estar bien conmigo a solas”*, son las palabras de Ana que expresan las razones de la consulta. Entendiendo que es posible sistematizar desenvolvimientos del comportamiento sin tener que preguntar por el motivo ni la causa (Watzlawick, 1992), la pregunta de la terapeuta es *“¿qué te trae hoy aquí?”*, para dirigirse a aquellas circunstancias que han desencadenado que la consulta surgiese en este momento y no en otro. La respuesta de Ana es que su edad la ha puesto en alarma, entra en pánico por todo y está muy negativa respecto a la vida. *“No me aguanto en este papel”*, expresa.

El motivo de consulta, como el problema más urgente que la paciente elige, puede coincidir solo parcialmente con la queja inicial, explica la directora. La pregunta es, *“¿qué de todo esto te preocupa en primer lugar?”*. Frente a lo que Ana declara, *“siempre fantaseé con mi vida y nunca quise saber en qué se iba a convertir mi matrimonio. Ahora que estamos envejeciendo, se acentuaron los defectos de cada uno y estar todo el tiempo con él es como tener un fósforo y nafta juntos”*. La definición del problema va a implicar necesariamente un proceso de co-construcción para la terapia. Las formulaciones y las hipótesis construidas en

este contexto no son entendidas como verdades objetivas, sino que se trata de construcciones que, en mayor o menor medida, son consensuadas y efectivas para facilitar el cambio (Montesano, 2016). Cuando Ana entra en comunicación directa con la terapeuta, sus expectativas respecto a la solución del problema se van moldeando de acuerdo a lo que la terapeuta considera trabajable (Hirsch & Rosarios, 1987). Tal es así que la terapeuta destaca la importancia de indagar más acerca de la situación matrimonial de Ana y Juan, minimizando otras cuestiones como ser el temor a la inseguridad y el pánico, que en algún momento Ana menciona. Resulta que el matrimonio no ha sido nunca del todo bueno, ellos son muy opuestos y Juan al ser tan distraído, se recostó sobre Ana y fue ella quien tomó las riendas de la relación. Así es cómo Ana lo manifiesta y agrega: *“Juan tiene dificultades auditivas. Usa audífonos, pero a la noche se los saca y me dice que no le hable porque no me escucha”*. Comprendiendo la imposibilidad de no comunicar (Watzlawick, 1967), el silencio por el cual opta Juan todas las noches, tiene el valor de mensaje para Ana influyendo en ella con un alto grado de impotencia y una consecuente puntuación del hecho en la que interpreta lo que ocurre como un grave problema de comunicación entre ellos que la lleva a alejarse cada vez más de él. La causa está puesta en el otro.

En esta fase de apertura de la terapia, la terapeuta logra crear una relación de confianza y sugestión positiva con Ana para adentrarse en lo que son las primeras maniobras de intervención. Ana se abre a la posibilidad de redefinir su modo de percibir la problemática y a producir un cambio en las acciones comportamentales consecuentes. Fundamentalmente, la paciente se encuentra dispuesta a escuchar algo nuevo y la terapeuta convierte a la problemática en una situación abordable desde el esquema referencial de Ana y decide darle un empujón, *“tuviste mucha energía para poder llegar hasta acá, existe la intención de no sentirte más así, lo estas intentando y es valorable”*. Lo que hizo la terapeuta aquí, es posicionarse junto con Ana y hablar su mismo lenguaje. Respetando su identidad, decide mantener su autoestima y entiende cómo Ana decide ser vista, *“estoy triste, gris, negativa, no me reconozco. Yo soy una mujer fuerte y activa”* expresa Ana. La terapeuta adapta su lenguaje y sus acciones al estilo cognitivo y comunicacional de la paciente, con el objetivo de disminuir la resistencia al cambio (Wainstein, 2006).

Entre los aspectos que recorre la primera entrevista en su desarrollo, se hace referencia a la importancia de aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene (Nardone & Watzlawick, 2007). Ana manifiesta ser consciente de cómo son las cosas, de que su marido es diferente a ella y que no se corre de ese lugar necio e incomprensible. A lo que la terapeuta infiere que ella tampoco se corrió del lugar de seguir

esperando que él cambie, *“no renuncias a la esperanza, seguís haciendo lo mismo y te enojas. Repasá lo que haces mal y aceptá lo que hay”*. Así es como la terapeuta intenta interrumpir el circuito hecho por Ana, modificando el encuadre del problema que la misma paciente ha hecho hasta entonces. El problema de Ana persiste en la medida que es mantenido por su conducta actual, sujeta a falsas expectativas y a la queja absurda.

El procedimiento estratégico, explicita la directora, lo que busca hacer es bloquear las soluciones intentadas, es decir, aquellas conductas concretas mediante las cuales se intentó solucionar el problema. Es por eso que la terapeuta comienza a indagar en aquellos esfuerzos que hizo Ana para mejorar en relación al motivo de consulta, *“¿es la primera vez que consultas?”*. Frente a lo que ella responde, *“no, no es la primera vez que vengo a terapia, pero las veces que fui nunca hablé de mí, sino de lo que yo esperaba de mi marido y él no me daba”*. Ana agrega que no seguía las sugerencias recibidas en tratamientos anteriores porque se le imposibilitaba llevarlas a cabo, siendo su marido y ella muy distintos como para concretar cosas juntos. A su vez, asegura que el haber trabajado siempre de forma independiente, no le permitió generar muchas amistades. La terapeuta argumenta que a veces, las expectativas son más altas de lo que se puede conseguir y decide atender a estas palabras de Ana, entendiendo que la eficacia de la estrategia va a depender, en gran medida, del marco de sugestión con que se la presenta a la paciente para inducirla a que colabore (Nardone & Watzlawick, 2007), por tanto, decide profundizar y pregunta, *“¿crees que estaba en lo cierto tu psicóloga cuando te sugería abrir tu círculo de amistades?”*. Ana considera que sí, pero le es muy difícil ejecutarlo y entre lágrimas manifiesta, *“estoy cada vez más cerrada, no hago el camino, me aísla”*. Aquí se dividen aquellas soluciones fracasadas que están manteniendo el problema, como ser insistir en coincidir con su marido, de aquellas que pueden llegar a ser exitosas si se utilizan o se retoman, como es el caso de realizar otro tipo de actividades y conectarse con amistades nuevas.

En la primera entrevista, hay una siguiente etapa de fijación de meta en la que se solicita a los que consultan, que especifiquen los cambios que desean lograr. Cuando se programa la terapia, la terapeuta construye una escala gradual y progresiva de pequeñas metas que hacen que Ana reaccione de forma positiva a colaborar, dando así una impresión de que se trata de una práctica precisa con objetivos alcanzables y no excesivamente apremiantes (Nardone & Watzlawick, 2007). Ante esto es importante revisar la motivación del paciente, para qué cree que le puede servir la terapia. Ana entiende lo que le pasa y busca tener con quién expresarse. Pero, por otro lado, también está lo que espera que haga el terapeuta. Este último, lo que hace es elaborar una estrategia de principio a fin teniendo en cuenta a qué objetivos se quiere llegar y en qué medida son o no posibles. En palabras de Ana, *“pensé que iba a llegar lejos, pero*

*mira dónde llegué. No puedo perdonarme haberme casado tan chica*”, a lo que la terapeuta insiste con que mover se movió y en el mismo lugar que antes ya no está, *“no estás reconociendo algunas de tus mejores facetas, vayamos paso a paso”*. Ana está declarando de manera implícita que no puede resolver su problema, por lo que la nueva definición que construyan debe ser tal que haga posible la solución. Por lo tanto, no es la terapeuta quién hallará la solución, sino que solo hará del problema algo resoluble, mientras que la paciente será quién la halle (De Shazer, 1991).

La tarea fundamental es acceder al problema de Ana determinando qué experiencia de su vida le gustaría suprimir o al menos reducir. Para ello, el proceso de co-construcción del problema entre la terapeuta y la paciente, debe poder dar como resultado una definición en términos de conductas que puedan ser observables, facilitando así la comprensión del objetivo y el proceso terapéutico (Cazabat, 2007). Lo que la terapeuta pretende es describir cuál es el cambio de actitud buscado por Ana y qué tipo de conductas indicarían que dicho cambio se produjo. Retomando el motivo de consulta, la terapeuta interroga, *“¿en algún momento la historia tuya con Juan fue diferente?”*, a lo que Ana argumenta que nunca fue tan distinta pero que al menos antes Juan no pasaba tanto tiempo dentro de la casa. Sucede que la dificultad auditiva de Juan ha hecho que su tono de voz se elevara, pero Ana igualmente agrega, que inclusive utiliza un tono muy imperativo. Comienza a evidenciarse un problema de comunicación en la pareja en el que Ana y Juan, no logran ser comprendidos uno por el otro. El no compartir el propio punto de vista de la realidad interpersonal, constituye el origen de su conflicto caracterizado por un continuo proceso comunicativo de rechazo y descalificación (Watzlawick, 1992). Ana expresa, *“estoy insistiendo en algo que no tiene solución, es algo absurdo”*, y la terapeuta intenta clarificar el objetivo, *“¿estás insistiendo en algo que no tiene reparación?, ¿eso decís?”*. Es decisivo que la terapeuta insista en conseguir un informe claro, ya sea de la descripción del problema como así también la forma en que se ha intentado afrontarlo. Es así que, hace hincapié en establecer metas claras en términos de conducta concreta para minimizar cualquier posibilidad de incertidumbre o posterior negación al tratamiento y sostiene, *“me da la sensación que no es que tienen mala voluntad, sino que no logran entenderse, cada uno se quedó en una posición”*.

Finalmente, la entrevista concluye con la concertación de una nueva cita y, ha sido necesario acordar la concurrencia de otro miembro (Wainstein, 2006). La terapeuta decide darle un cierre a la primera consulta de la siguiente manera, *“lo que te surja traelo, porque con lo que no hay no se puede hacer nada, pero con lo que hay se puede hacer mucho”*, enfatizando así el aspecto observable de una conducta. Se pacta el día del siguiente encuentro y

posteriormente, la terapeuta le sugiere a Ana que considere oportuna la idea de que Juan pueda asistir a alguna de las sesiones más próximas. Es decir, elige intervenir también sobre el otro significativo para provocar un cambio en la secuencia interactiva y, por ende, en la paciente también. La respuesta de Ana, es que él no cree en la terapia pero que igualmente se lo iba a proponer.

Ante el conflicto de relación que enfrenta Ana, la culpa no la encuentra en ella misma y la mala intención le es adjudicada a la locura de su marido Juan, puesto que no existe una tercera posibilidad. Bajo una perspectiva monádica se hablaría de enfermedades mentales, pero desde el punto de vista innovador y alternativo de la terapia sistémica, se considera la existencia de este problema de comunicación, en función de lo interpersonal. La paciente influye activamente en su entorno y, al mismo tiempo, el entorno influye en ella (Watzlawick, 1992). Sucede en Ana que, lo que hasta al momento le era funcional, hoy ya no lo es. Se enfrenta con un matrimonio de 46 años en el que, ambos basados en una concepción clásica del conocimiento, niegan la legitimidad de los actos que no coinciden con el propio y de este modo cierran las puertas al diálogo, al cambio y a la evolución (Droeven, 1997). Por lo tanto, la terapia va a estar dirigida a intervenir sobre este circuito interactivo que perpetúa el problema para construir un diálogo que considere la diversidad y posibilite un intercambio fructuoso, reconociendo que ninguna de las perspectivas particulares es completa.

### **5.3 - Intervenciones terapéuticas seleccionadas para el tratamiento**

Habiendo tenido acceso a la video-grabación de una sesión conjunta de Ana y Juan, y con el refuerzo de la entrevista a la terapeuta a cargo del caso, se configura el siguiente apartado que intenta describir las intervenciones de la profesional frente al circuito autoperpetuante que mantiene las dificultades de comunicación en la pareja.

Cada pareja, Ana y Juan inclusive, está conformada por dos individuos con sus propias opiniones, valores y personalidad. Es por eso que, no es de extrañar que a menudo se sientan abrumadas por diversos conflictos. La mayoría de estos conflictos se inscriben en la categoría de perpetuos, pudiendo acabar con una relación (Gottman, 2000). Al inicio de la sesión Ana expresa, *“fue una semana horrible, la pasé tan mal”*. La terapeuta interviene, *“¿Juan, estás de acuerdo con lo que dice Ana?”*, a lo que Juan declara, *“sí, pero son pavadas. Cuando yo hablo ella dice que la incrimino, pero es que yo hablo así, fuerte”*. Lo que aquí acontece es un tipo de descalificación en la comunicación, al que Ruesch (1957, como se citó en Watzlawick, 1992) denomina *tangencialización*, en la que Juan confirma la recepción del mensaje de Ana, pero descalifica tanto su contenido como su aspecto de relación. Seguidamente, Ana declara,

*“él no se da cuenta de nada, ni si estoy cansada, ni si estoy mal porque me dijo algo ofensivo”* frente a lo que la terapeuta se dirige a Juan y le pregunta si él registra este tipo de cosas en su esposa, pero Juan afirma, *“sí, pero no es para tanto”*. No es posible hablar de *mistificación*, ya que, si bien Juan está minimizando la dimensión de la problemática comunicacional y bloquea en gran medida el cambio, no descalifica la autopercepción de Ana respecto a la terrorífica semana. De la mano de las *mistificaciones*, suele existir una relación asimétrica de poder en la que uno se posiciona por encima del otro y este último acaba confundido y cediendo. Pero tampoco es algo que se evidencie en este caso.

Ana y Juan no logran tratar el problema de comunicación de forma efectiva y allí se quedan estancados, sosteniendo las mismas conversaciones una y otra vez, asentándose en una posición que les impide avanzar. Consecuentemente, esto los hace sentir frustrados y rechazados por el otro, y el afecto comienza a desaparecer. En la sesión anterior, la terapeuta les había encomendado una tarea que proponía traer por escrito una serie de argumentos positivos respecto a la otra persona, pero Juan declara no haberlo realizado por motivos de caligrafía que le daba vergüenza exponer. Pero en seguida, Ana manifiesta que una buena intención en Juan no dura más de 24 horas y que, por lo tanto, difícilmente vaya a realizar la tarea algún día. Ante esto, Juan argumenta la imposibilidad de convivir con una persona que siempre que se le habla piensa que la están atacando. La tarea terapéutica no resuelta demuestra que los cambios no están siendo sostenidos en el tiempo (Beyebach & Herrero de Vega, 2016). Cualquier intento por ejercer influencia en sistemas de relación patógenos, choca contra la tenaz fuerza de inercia de tales estructuras (Watzlawick et al., 1981) por lo que, para influenciar en un sistema semejante, la terapeuta debe entender que se encuentra frente a un círculo vicioso bajo el nombre de juego sin fin. Aquellos sistemas que funcionan bien, se caracterizan por presentar una mayor flexibilidad y un mayor repertorio de reglas para superar determinadas circunstancias. En el caso de Ana y Juan, no pueden desenvolverse en una situación para la cual sus reglas son inadecuadas, pero tampoco son capaces de crear, a partir de sí mismos, nuevas reglas para superar el problema en cuestión. Juan evidencia esta dinámica de relación cuando manifiesta *“cuando yo le pregunto algo, ella me contesta que ya me lo dijo. Lo hace en un mal tono, y culpa de su tono es mi tono”*. Posteriormente, Ana utiliza el concepto de toxicidad para referirse a su vínculo con Juan. Como agente de influencia, la terapeuta entra en comunicación con los miembros e intenta introducir desde afuera estas reglas en el sistema. *“¿Ana, podrá ser que esperas que Juan te hable como lo hacía hace mucho tiempo atrás?”*, a lo que ella responde que no, porque nunca había sido un trato amoroso. Ante la aparición de este pequeño indicio de que la estrategia no está funcionando, el rumbo de la intervención debe

cambiar sin esperar a que se produzca una resistencia obvia y sólida, y así conservar la disponibilidad de Ana. La terapeuta vuelve a intervenir, “*entonces, ¿qué conclusión sacan de todo esto?*”, es decir, decide no asumir una postura definida por el momento. Es importante que la terapeuta se tome el tiempo necesario para pensar las estrategias, de lo contrario es posible que termine tan desconcertada como los involucrados (Fisch et al., 1984).

Continuando con la sesión, sucede en un momento, que a Juan se le pide que relate una situación que habían vivido durante el fin de semana, y de repente interrumpe su relato dirigiendo la mirada hacia Ana, y expresa “*te estas tapando los oídos*”, frente a una posición en la que ella se encontraba con una mano a cada lado de la cabeza y para ser exacta, muy cerca de los oídos. Ana lo niega. En la comunicación humana (Watzlawick, 1967), es posible expresarse mediante la palabra, lo cual resulta lo más adecuado para intercambiar información y transmitir conocimiento, pero la comunicación también incluye la postura, los gestos y la expresión facial, entre otras cosas. Tal es así, que Juan interpreta la posición de Ana como no dispuesta a escucharlo y alude a que ésta es la manera en la que ella evade el problema de la comunicación. Ana se defiende, “*él busca culpables todo el tiempo, siempre está enojado y dice malas palabras. Me pone mal y no me deja disfrutar de nada*”. Aunque algunas parejas son capaces de resolver sus desacuerdos con palabras comprensivas, lo más frecuente es que haya tensión (Gottman, 2000). Hay un indicativo en Ana y Juan, que Gottman (2000) desarrolla y es el de planteamiento violento, para hacer referencia a este tipo de discusiones en las que predomina la crítica y el sarcasmo como una expresión de desprecio. Juan cuenta que cada vez que le pregunta a Ana qué le pasa, ella responde con “*nada*” y él debe adivinar qué se está cruzando por sus pensamientos. Pero Ana lo enfrenta y declara, “*cada vez que intento acercarme, vos me devolves lo peor de vos*”. Estas palabras negativas sobre el carácter y la personalidad del otro, implican disgusto y aumentan el conflicto. Lejos de encontrar la solución, describe la directora, lo que hacen es perpetuar el problema, afianzándose cada uno en su posición sin poder poner fin a este ciclo. Aquí interviene la terapeuta interrogando a Ana acerca de si considera que todo lo que Juan hace es inútil, y propone lo siguiente, “*si tuvieran que ponerle un puntaje a la pareja, ¿qué número le pondrían?*”. Frente a estas dinámicas de relación en las que prima la negatividad y el sufrimiento, existe otro patrón de interacción que puede disolver el problema y es el círculo virtuoso. La intención estratégica de la terapeuta con esta pregunta, es promover un tipo de interacción que disuelva la actitud crítica-defensiva de Ana y Juan, para devolverles una imagen positiva de ellos mismos reconociendo algunos de los aspectos más positivos de cada uno (Montesano, 2016). Juan responde con un seis mientras

que Ana puntúa con un dos y agrega, *“cuando estamos con gente jugamos a que somos una buena pareja, pero en la vida real cuando llegamos a casa no es así”*.

La resignación parece haberse apoderado del clima terapéutico, pero es cuando la terapeuta interviene y cuestiona si es que existe algo que pueda hacer Juan para cambiar la situación, *“si él pudiera hacer algo, ¿serviría?”*. Juan interrumpe y expresa que lo que ella quiere no es posible porque hay varias cosas que lo obstaculizan, *“ella quiere que sea todo amoroso, y se olvida que a mí también me molestan las cosas”*. Esta actitud defensiva por parte de Juan, como modo de culpar al otro, afianza la posición negativa y acusadora en la cada uno se halla. La terapeuta retoma y sugiere que lo que Ana quisiera es que algunas cosas que se dicen se cumplan, e inmediatamente pide el aval de Ana, *“¿es así?”*. El éxito de un tratamiento depende en gran medida, de la capacidad del terapeuta para que el paciente le comunique información estratégica y en vista de eso, la terapeuta opta por una actitud igualitaria lejos de verse autoritaria e intimidante, entendiendo que la paciente ya se encuentra abrumada por la situación como para someterla a más presión (Fisch et al., 1984).

En un momento del tratamiento, sucede que la terapeuta desea realizar una intervención específica pero no está segura de que vaya a funcionar. Ante la posibilidad de perder credibilidad decide, primeramente, ahondar en las posiciones de Ana y Juan respecto a la problemática y expresa, *“me pregunto si fue un error esperar algo que no va a ocurrir, me está dando la impresión de que no tiene sentido ¿me equivoco?”*. Al mismo tiempo, la terapeuta argumenta haber hecho uso del recurso de las paradojas para intervenir. Lo que busca es romper con el ciclo que cristaliza la problemática, orientando a Ana hacia la conducta indeseable en lugar de tenerla bajo control. Ana alude a que Juan dice una cosa, pero luego hace otra, y Juan insinúa no saber qué es lo que ella quiere. Frente a esto, la terapeuta responde de un modo condicionado manteniendo abiertas las opciones, *“no sé, la palabra la tienen ustedes, nosotros lo que hacemos es proponer. Hoy no se están encontrando y no pienso que sea porque no quieran, sino que no encuentran la manera”*. Es decir, aunque no asume al momento una postura definida, da una sensación de haber adoptado un posicionamiento concreto (Fisch et al., 1984). Luego la terapeuta agrega, *“no queremos obligar a nadie a hacer cosas que no quieran, nuestra tarea es ayudarlos a que hagan algo mejor”*. Nuevamente hace hincapié en que se encuentren motivados a cambiar.

Ana y Juan se afianzan a la idea de que están parados en el mismo lugar que hace semanas atrás. La dificultad de comunicación entre ellos persiste en la medida que es mantenida por las críticas, el desprecio y la consecuente actitud defensiva o evasiva que acaba inevitablemente en una discusión de características negativas y acusadoras. En

correspondencia con esto, la terapeuta intenta cambiar tal conducta de manutención para que el problema finalmente sea resuelto, siendo la tarea principal de un procedimiento estratégico influir sobre los pacientes, interrumpiendo el circuito comportamental que mantiene vigente el problema (Wainstein, 2006). Luego aclara que la idea es que estén mejor parados, no igual. En seguida les propone, “*quizá tendrían que buscarse algo para hacer y no estar tanto tiempo en casa*”. En este caso la terapeuta, con el uso de la sugerencia, no llega a solicitarle a los miembros un cambio determinado, sino que le ofrece un margen de elección, en tanto que puede ser rechazada sin que esto implique una idea subyacente de desobediencia (Casabianca & Hirsch, 2009).

Es así como toma una acción deliberada para alterar el funcionamiento empobrecido de comunicación de Ana y Juan. Cabe recordar que, si bien es Ana sola quien llega a la primera consulta, la terapeuta a la hora de direccionar el tratamiento opta por alterar el sistema perceptivo que mantiene el problema, interviniendo sobre Juan como otro significativo y provocando un cambio en las secuencias interactivas y, por ende, en Ana también.

Lo que convierte a una relación en un juego sin fin, o en un círculo vicioso, es precisamente la imposibilidad de ver desde el interior del círculo, las alternativas que no están contenidas en él (Watzlawick, 1992). Cuando alguien llama la atención sobre eso, el juego comienza a verse diferente y los participantes ya no pueden jugar de manera tan ingenua, explica la terapeuta. Existe un tipo de intervención, precisamente en este modelo, que es el uso de interpretaciones (Casabianca & Hirsch, 2009). En medio de un momento de la sesión de terapia en la que se oían críticas, broncas y culpas, Ana y Juan comienzan a relatar una anécdota de la semana pasada y cuentan que fueron juntos a realizarse chequeos anuales para los que debían permanecer en ayunas. Ana siempre lleva un paquete de galletitas para luego de los análisis ir comiendo en el viaje, pero resultó ser que Juan ya se las había comido. Ana utiliza el relato para resaltar la actitud egoísta y ansiosa que había tenido Juan, pero lo hace entre risas, que son devueltas por Juan y el relato continúa risueño. La terapeuta interviene, “*el tema es por qué es un problema, si es algo que podría ser gracioso*”. Esta interpretación del hecho, genera un efecto terapéutico que, si bien no alcanza para esclarecer del todo la dinámica comunicativa disfuncional, redefine la conducta etiquetada como desfavorable (Wainstein, 2006).

En el desarrollo del proceso terapéutico se observa cómo, a medida que avanza la terapia, la profesional va modificando necesariamente su curso de acción optando por lo que considera más apropiado en ese momento. Basándose en las observaciones de los efectos, tiene la posibilidad de corregir su intervención, evaluando gradualmente su eficacia a través de cada

sencillo movimiento o maniobra (Nardone & Portelli, 2013). La profesional, explica que fue muy difícil generar la alianza terapéutica con la paciente y que más de una vez, el esfuerzo terapéutico ha sido obstaculizado por el fervor de Ana de direccionar ella misma el tratamiento. Entendiendo a partir del axioma de Watzlawick (1967) que describe la imposibilidad de no comunicar, en el contexto de la terapia es imposible no intervenir. Es así como la terapeuta se configura como agente de influencia y se responsabiliza de cada una de sus formulaciones, facilitándole la resolución del problema a Ana, quien solicita su ayuda. El objetivo principal que persigue con sus intervenciones no es el de brindar una explicación a los hechos, sino el de seleccionar y ordenar la información de manera tal, que permita direccionar el tratamiento. La sesión cierra con palabras de la terapeuta, *“con todo lo que trajeron el día de hoy, les propongo que en la semana hagan algo juntos, que encuentren un espacio en común que sea saludable. Al mismo tiempo les sugiero que se busquen actividades para realizar, cada uno en forma independiente, fuera de casa”*. Juan, no deja pasar la oportunidad y expresa *“siempre se puede encontrar un camino”*.

### **5.2.3 - Cambios producidos en las dificultades de comunicación de la pareja**

Para la formulación del siguiente apartado se accedió a la video-grabación de la penúltima sesión individual de Ana, y se la contrastó con la primera entrevista y una sesión de mitad del tratamiento, a partir de lo cual se pudo hacer visible el cambio. Asimismo, se reforzó con el material dispuesto por las entrevistas a las profesionales para conseguir visibilizar y analizar cómo las intervenciones terapéuticas han promovido un cambio en las dificultades de comunicación de la pareja.

*“Me cambió el humor”*, así comienza la sesión con Ana. La terapeuta no deja pasar la oportunidad de resaltarle la importancia de que Ana se sienta así. Como se ha evidenciado desde la primera entrevista, el problema de Ana no llegó rotulado a la consulta, sino que, por el contrario, ha sido expuesto a un proceso de redefinición en el que paciente y terapeuta, construyeron conjuntamente la realidad de ese problema. El grupo de terapeutas coincide en que el hecho de que Ana esté revelando su problema frente a ellas, haciéndolo público, indica que el proceso de cambio ha sido iniciado. Ana cuenta, *“me costó mucho estar nuevamente en terapia, cada vez que lo pensaba me ganaba la desazón”*. Si el cambio es entendido como un proceso continuo e inevitable, la terapeuta lo que necesitó hacer con ello es darle forma (De Shazer, 1991). La terapeuta, agrega que muchas veces la gente no cambia por diferentes causas. En primer lugar, porque no puede. Esto puede darse, ya sea por factores biológicos o por falta de voluntad que lo desmoraliza. En segundo lugar, porque no quiere. Esto se debe a que, por

el momento, le pesan más los beneficios de seguir actuando igual que las contras por dejar de hacerlo. En tercer lugar, sucede que no saben cómo hacerlo y continúan creyendo que el terapeuta es quien deberá hacerlo por ellos. Y, por último, agrega que con frecuencia se presentan pacientes obligados, por otros, a que cambien y esto genera mucha resistencia.

Lograr que Ana abandone su propia solución del problema y se decida por un enfoque diferente, no fue tarea nada fácil. La razón es porque la solución que ampara, la que provoca el problema, es lo que ella considera como la única cosa razonable y salvadora para hacer (Fisch et al., 1984). En palabras de Ana, *“sé que siempre pude haber hecho las cosas diferente, pero me ganaba la razón, la discusión, lo absurdo”*. La terapeuta, como agente de influencia, logró que la paciente afronte su dolencia de otro modo. Los pacientes son personas con sus propios valores y creencias fuertemente consolidadas (Fisch et al., 1984), como en el caso de Ana que reiteradas veces hizo referencia a la dinámica relacional de su familia de origen en la que todo era llevado a discusión y, donde los malos modos y desacuerdos eran moneda corriente, *“me acuerdo que con mi papá todo era discusión y hablar uno por encima del otro, yo aprendí a ponerme en esa postura y recién hoy me doy cuenta que esto no me sirve”*. Todo esto determina, entre otras cosas, el modo de actuar de Ana y consecuentemente configura su postura frente al tratamiento. Asimismo, de esto se vale la terapeuta para poner en práctica las directrices del tratamiento. En sus relatos, la terapeuta asegura haberle costado mucho lidiar con las inclinaciones internas de Ana. Ella se define a sí misma como paciente, frente a un estado indeseable de mucha angustia y tristeza que pretende cambiar, y desea un cambio impostergable que culmina con su edad. Frente a la pregunta de la terapeuta sobre qué es lo que la hizo cambiar, Ana expresa, *“los años, me preocupa no tener mucho más tiempo para disfrutar”*. Respecto a la solución del problema, en un principio denotó una opinión poco esperanzada, pero a la par del progreso terapéutico comenzó a asumir una expectativa más elevada respecto a lo que podía llegar a conseguir. La iniciativa y la responsabilidad asumida por la profesional describe el modo en el que logra influir activamente sobre la paciente (García Martínez, 2013). Ana declara que en un comienzo supo que se había ubicado como una *“niña caprichosa”*, pero que al día de la penúltima sesión ha conseguido calmarse y dar lugar a una convivencia respetuosa.

Es indispensable reafirmar el supuesto fundamental del modelo estratégico breve, basado en la adaptación de la terapia al paciente y no al revés (Nardone & Watzlawick, 2007), ya que para la terapeuta fue necesario aprender el lenguaje de Ana para poder presentarle la intervención dentro de su sistema representativo, en el que ella demostraba tener el control de todo y arreglárselas por sí sola. Basándose en los recursos y no en las deficiencias, la terapeuta

resalta estas cualidades de Ana, “*sos una mujer fuerte y muy activa*” y consigue influir en la dirección esperada. Ana le cuenta inclusive, que está involucrándose en un proyecto de radio muy interesante y que había ido con su marido Juan a conocer el lugar. La terapeuta rescata, además, el buen gesto de Juan de acompañarla, algo que antes no sucedía y Ana manifiesta, “*sí, dejé de lado esa idea fantasiosa e idealista de las parejas y dejé de ser tan caprichosa*”.

Otro punto importante en la producción del cambio, tuvo que ver con haber centrado la atención de la paciente en cambios triviales en apariencia, que en verdad produjeron un cambio mucho mayor al previsto (Nardone & Watzlawick, 2007). Ana relata una situación con Juan, en la que a él se le cae un frasco de la mano y comienza a decir malas palabras. En otro momento, Ana refiere a que hubiese seguido por el camino del ataque y la provocación, pero hoy considera que eso es una pérdida de tiempo y dice, “*lo único que hice fue cambiar el foco, pensar rápido qué es lo que me haría bien en este momento*”. La terapeuta explica que los objetivos cortos, están dirigidos a aumentar la sensación de autoeficiencia y conseguir que se produzca un efecto en cadena. Sucede que pequeños cambios en apariencia, producen efectos deseados dentro del sistema (Watzlawick et al., 1976). Se evidencia en Ana de la siguiente manera, “*si me enojo es por un rato, después entiendo que el enojo no me sirve. Pensar así me ayudó con mi problema del sueño, ahora duermo mejor*”.

Observando el paso de una sesión a otra, Ana se muestra con recursos y estrategias que ha ido desarrollando a lo largo del proceso terapéutico, lo cual asegura estar ayudándole para concretar nuevos proyectos como el de la radio e inclusive realizar un viaje a Córdoba con su marido. Una vez que se logran conseguir las metas construidas, lo que se hace es un breve recorrido de lo que ha sido el tratamiento con la paciente, aludiendo siempre a darle el máximo crédito por sus logros y, al mismo tiempo, advirtiéndole de cualquier tema no resuelto (Watzlawick et al., 1976). La terapeuta expresa, “*pensamos en que llegaste con mucha angustia, y en la lucha contra eso fuiste aprendiendo a ser más sabia*”. Ana declara, “*yo nunca me había corrido de ese lugar del cual era responsable, hoy me dejo llevar por lo que tengo ganas de hacer y si me pasa algo malo, no me quedo ahí*”.

En algún punto del desarrollo, se hizo hincapié en la clasificación de Gottman (2000) respecto a los conflictos en la pareja y se hizo referencia al matrimonio de Ana y Juan, como siendo parte de aquellas parejas que conviven con un problema y que no logran tratarlo de forma efectiva. La terapeuta explica que cuando esto sucede, muchas veces es porque no han aprendido las técnicas necesarias para solucionarlo o mismo porque las soluciones sugeridas no son sencillas de aplicar. Tal es así, que al día de la penúltima sesión, Ana y Juan han logrado prosperar como matrimonio siendo capaces de vivir con un problema, evitando aquellas

situaciones que lo empeoran y desarrollando estrategias y métodos que los ayudan a tratar con él. La terapeuta expresa, *“es aprender y aceptar vivir de la mejor manera con lo que hay, y disfrutar de los momentos”*.

Desde la primera entrevista, Ana dejó en claro que era consciente de su realidad y que su dificultad estaba en aceptarlo. La terapeuta ha seleccionado la estrategia, con el objetivo de que Ana tome conciencia y acceda al saber de su lugar y su función en el sistema relacional con su marido, de forma tal que pueda participar del cambio esperado (Droeven, 1997). Así es cómo se contrastan sus ideas al principio del proceso terapéutico y finalizando el mismo. Aquí se configuran las dos maneras en las que es posible que un sistema cambie (Ashby, 1960). En sus primeras sesiones, Ana revelaba ser parte de un grupo con actividades para adultos, tomaba clases de yoga, clases de teatro y brindaba ayuda a un comedor infantil, entre otras cosas. Pero sucedía que estos cambios continuos y correctivos al mismo tiempo, lo que hacían era que Ana siempre vuelva al punto de inicio en el que se resguardaba bajo la queja absurda y el aburrimiento. Hasta aquí, se presentan solo ideas bajo el nombre de cambios de primer orden (Ashby, 1960). A la par de la terapia, Ana consigue correrse del lugar en el que ella misma se había posicionado, acepta y decide continuar. Sus palabras son, *“me siento una mejor persona, y sé que Juan está mejor también, porque ya no tiene a nadie remarcándole que hace todo mal”*. Este cambio de segundo orden, le permite a Ana adaptar sus estructuras internas al paso del tiempo, al ambiente modificado sin alterar la coherencia interna del sistema (Ashby, 1960). La terapeuta asegura haber visto un cambio emocionalmente evidente en la paciente.

Ana había llegado a la primera consulta, con un estado de angustia y tristeza tal, que se había apoderado de ella. Luego de 46 años al lado de su marido, decidió por primera vez, enfrentarse con aquello en lo que su matrimonio se había convertido. La pareja, entendida como sistema social con criterios consensuados y compartidos, ya no se valía de un proceso de comunicación que deje al descubierto las necesidades, pensamientos y sentimientos de cada uno (Costa & Serrat, 1982). Habían dejado de ser comprendidos uno por el otro. Frente a esta dificultad, el equipo de terapeutas decidió reconocer en la pareja, una dinámica relacional bajo el nombre de juego sin fin (Watzlawick, 1992), en que debían intervenir para interrumpir un tipo de interacción fallida que a ningún lugar conducía. Ana pretendía modificar todo lo vivido hasta el momento, deshaciendo la idea de haberse casado a sus 17 años con un hombre totalmente opuesto a ella. Desde la primera consulta, la terapeuta remarcó, *“te tiene amargada la expectativa, estas esperando que algo cambie, ¿y si te dieras cuenta que no va a cambiar? solo te faltaría aceptarlo”*. Lo que ella buscaba en cada una de sus intervenciones, era que Ana pudiera dejar de lado la queja absurda, aceptar de una vez su realidad y empezar a hacer algo

diferente. Muy cerca de la última sesión, Ana logra manifestar “*acepté y me di por vencida, hoy veo la realidad con anteojos distintos*”.

## **6 – Conclusiones**

El presente trabajo, ha sido realizado a partir de la integración teórico-práctica, en el que se describe el proceso terapéutico de una paciente, protagonista de un matrimonio, que presenta dificultades en la comunicación. La temática ha sido abordada desde el modelo estratégico de terapia breve, y configurada con el aporte de diversos autores sistémicos especializados. Asimismo, tales contribuciones han podido ser constatadas mediante el acceso a las video-grabaciones del caso en cuestión y dándole valor al material dispuesto por las profesionales de la institución.

Los objetivos propuestos como eje de este trabajo, han tenido como finalidad, analizar la implicancia del proceso de co-construcción para la definición del problema en la terapia, describir las consecuentes intervenciones terapéuticas seleccionadas por las profesionales, y finalmente, dar cuenta del cambio producido, en términos de metas alcanzadas. En lo que respecta al cumplimiento de los mismos, se lo ha podido conseguir de un modo satisfactorio, logrando una exitosa articulación entre el material bibliográfico y el caso estipulado.

El orden en que fueron presentados, responde a la intención de establecer un análisis detallado de las diferentes etapas que componen al modelo estratégico de terapia breve.

El proceso comienza desde el primer contacto con la paciente, es decir, con la primera entrevista, hacia la creación de un vínculo que favorece el trabajo del problema. Ana, designada como la persona portadora del problema, asegura sentirse insatisfecha con su vida y lejos de la felicidad, cargando con una profunda angustia y tristeza que no puede ocultar más. A partir de la queja inicial que trae la paciente, junto con la terapeuta comienzan a co-construir el problema, de modo que se establece una situación abordable desde el esquema referencial de Ana y se halla dispuesta a escuchar algo nuevo. Se ha puesto de manifiesto la importancia del contexto de Ana, para entender y explicar su conducta, dándole primacía a los aspectos relacionales por sobre los puramente individuales e intrapsíquicos (Montesano, 2016). Este proceso también involucra, el pasaje de una estructura estática hacia una modelización dinámica, en la que se confirma el rol del observador como parte activa del sistema (Maturana & Varela, 1973). Fue posible visibilizar el proceso de co-construcción del problema, a partir de la información proporcionada por la video-grabación de la primera entrevista y los aportes de la profesional, a través de una serie de preguntas dirigidas a comprender la estrategia para construir el foco del tratamiento y el posterior establecimiento de las metas. Sin embargo, en

este punto es importante reconocer, que hubiese sido enriquecedor disponer de la historia clínica de la paciente, en la que se registran detalladamente cada uno de los aspectos que recorre la entrevista en su desarrollo.

La terapeuta logra crear una relación de confianza y sugestión positiva con la paciente, para adentrarse en lo que son las maniobras de intervención. Si bien este enfoque se basa en la interacción, la mayoría de las sesiones terapéuticas se realizan de forma individual o con algunas personas seleccionadas (Fisch et al., 1984). En este caso, se han llevado a cabo algunas sesiones conjuntas con Juan, el marido de Ana, por un motivo de orden estratégico y táctico. Sucede que no logran tratar el problema de la comunicación de forma efectiva, sostienen las mismas conversaciones una y otra vez, moviéndose en círculos que no conducen a ninguna parte. Los progresos en la modelización clínica, han permitido pensar a la tarea terapéutica desde un lugar que impide la caída en un círculo vicioso (Droeven, 1997). A medida que la terapia fue avanzando, la terapeuta ha ido modificando su curso de acción haciendo relevante cierta información y soslayando otra, adoptando una estrategia en lugar de otras. En lo que respecta a las cuestiones referentes a este circuito autoperpetuante, se han dejado en evidencia las conductas de manutención del problema, y las consecuentes intervenciones de la terapeuta orientadas a reestructurar el modo de percibir la realidad de la paciente y bloquear las soluciones intentadas. Además, en este punto fue posible identificar aspectos particulares que hacen al trabajo específico con parejas y se profundizó en la cuestión comunicativa.

En correspondencia a los cambios en las dificultades de comunicación en la pareja, se ha intentado presentar al lector una imagen clara de la manera gradual en que se han sucedido las transformaciones, siguiendo el orden real de lo trabajado en cada una de las sesiones. Este modelo enfatiza, desde la primera sesión, establecer una buena relación que promueva la cooperación del paciente (De Shazer, 1991), dependiendo en gran medida de esto, la eficacia de la estrategia. La terapeuta asegura no haberle sido tarea fácil, generar la alianza terapéutica con Ana y da cuenta, de que reiteradas veces el proceso se habría visto obstaculizado por el fervor de la paciente, de direccionar el tratamiento. Sin embargo, esto no ha podido ser visibilizado con elocuencia, ya que el acceso a las video-grabaciones ha sido limitado, seleccionando solo aquellas sesiones afines a los objetivos.

Cabe destacar que en virtud de las medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio, tomadas por el Gobierno Nacional Argentino mediante DNU 297/20, a través del cual se ha prohibido el desplazamiento de las personas, a fin de prevenir la propagación del COVID-19, se han presentado ciertas limitaciones al realizar el presente trabajo. Bajo esta premisa, se destaca la imposibilidad de haber concurrido a la institución, y consecuentemente

no haber conseguido el acceso a un instrumento fundamental como es la historia clínica, y menos aún presenciar una sesión en vivo en la que se consoliden las intervenciones terapéuticas. El acceso a un mayor número de video-grabaciones se vio restringido, pero, de todas formas, las sesiones visualizadas fueron muy puntuales y, junto con las entrevistas y los relatos de las profesionales, vía sistema de videoconferencia, configuraron parte esencial del cuerpo de información disponible para comprender el proceso terapéutico de modo conciso.

Desde la perspectiva crítica, como pasante, se destaca el concepto de brevedad ilustrado como una reducción en cantidad de intervenciones del terapeuta y un consecuente aumento de participación, por parte del paciente. En función de esto mismo, es que el tratamiento propone centrar la atención en cambios triviales en apariencia que producen un cambio mucho mayor al previsto por el paciente, incrementando la sensación de autoeficacia y provocando un auténtico efecto en cadena (Nardone & Watzlawick, 2007). Cabe destacar que, debido a la clara estructura que subyace a un modelo estratégico, puede llegar a considerarse que su práctica resulta fácil y sumamente eficaz si se respetan los pasos pautados como base. Sin embargo, el abordaje del caso clínico revelado, pone de manifiesto, entre otras cosas, la dificultad de generar una alianza terapéutica con la paciente, lo cual obstaculizó gravemente la dirección del tratamiento. En efecto, la práctica demuestra la difícil y desafiante tarea que conlleva aplicar la estrategia seleccionada.

En función del cuerpo teórico de referencia y el análisis conformado, surge el interrogante acerca de la consolidación de los resultados obtenidos durante la acción. A lo largo del proceso terapéutico presentado, se declaró estar frente a un modelo dirigido al cambio, basado en conductas observables, que denotaron el funcionamiento o no de la terapia. Asimismo, se trabajó en aquello que la paciente estuvo dispuesta a hacer durante el proceso y se enfatizó en que el objetivo sea posible, alcanzable y evaluable (Cazabat, 2007). Ahora bien, ¿cómo se trabaja para prevenir una posible recaída y qué criterio se utiliza para dar cuenta de que la paciente se ha comprometido de forma consistente con su nuevo comportamiento? Es decir, no se ha evidenciado ninguna intervención, por parte de la terapeuta, que sugiriera una anticipación a los desafíos que podrían provocar una regresión en la paciente.

En relación al aporte personal, la elaboración de este trabajo ha permitido esclarecer el valor de lo individual dentro del sistema, concibiendo al ser humano entramado en sus relaciones. Sucede que el modelo sistémico resalta la centralidad que tienen los patrones de interacción en el proceso terapéutico, y es así que los profesionales focalizan su actividad en desafiar tales patrones capaces de mantener o disolver el problema (Montesano, 2016). En el caso expuesto, si bien los objetivos propuestos conciernen a la pareja, Ana es quien llega a la

consulta y se la distingue como persona portadora del problema, por tanto, las intervenciones terapéuticas están dirigidas a producir un cambio evidente en sus acciones comportamentales, pero que al mismo tiempo repercuten en una mejoría de comunicación en el sistema relacional. No se pone de relevo si la sesión fue llevada a cabo solo con Ana, o con Juan inclusive, sino que lo importante es cómo se encararan los problemas. Es decir, si bien este enfoque se basa en la interacción, es fundamental entender que esta idea, en lugar de borrar la noción de sujeto, lo que hace es complejizarla desde una perspectiva dinámica y multidimensional (Droeven, 1997).

Para el desarrollo de nuevas líneas de estudio, surge desde el lugar de pasante, conseguir ampliar el eje del tratamiento, de modo tal que no quede reducido solo a desanclar pautas repetitivas y a modificar comportamientos de manutención del problema, sino que también logren considerarse aquellas cualidades y experiencias del sujeto que quedan por fuera de ese diagnóstico, entendido como circuito autoperpetuante. Entendiendo que todos los miembros de un sistema están expuestos a permanentes estímulos impredecibles (Prigogine, 1996), podría resultar enriquecedor valerse de esta mezcla de sucesos para descubrir nuevos comienzos y procedencias.

## 6 – Referencias bibliográficas

- Ashby, W. R. (1960). *Design for a brain: The origin of adaptative behavior*. Londres: Chapman & Hall.
- Beyebach, M. & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Carr, A. (2014). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 158-194. Doi: 10.1111/1467-6427.12033
- Ceberio, R.M. & Rodriguez, S.E. (2019). Las neuronas espejo: una génesis biológica de la complementariedad relacional. *Papeles del Psicólogo*, 40(3), 226-232. doi:10.23923/pap.psicol2019.2900
- Costa, M. & Serrat, C. (1982). *Terapia de parejas. Un enfoque conductual*. Madrid: Alianza Editorial.
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Ed.). *Qué y cómo*. (pp 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Droeven, J. (1997). *Más allá de pactos y tradiciones*. Buenos Aires: Paidós Argentina.

- Fisch, R., Weakland, J.H. & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- García Martínez, F. (2013). Terapia breve centrada en la solución: Hacia una psicoterapia positiva. En F. García Martínez (Ed.), *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 63-96). Santiago de Chile: Ril editores.
- Gottman, J.M. (2000) *Siete reglas de oro para vivir en pareja*. Barcelona: Plaza & Janés Editores S.A.
- Hirsch, H. & Casabianca, R. (1992). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Buenos Aires: Gabas editorial y asociados.
- Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Levi-Strauss, C. (1988). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.
- Maturana, H. & Varela, F. (1973). *De Máquinas y Seres Vivos. Autopoiesis: la Organización de lo vivo*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Morín, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. México: Gedisa.
- Morris, C. & Maisto, A. (2005). *Introducción a la Psicología*. Duodécima edición. México: Pearson Educación.
- Montesano, A. (2016). *El diagrama circular en terapia de pareja: Un mapa relacional para guiar el proceso terapéutico*. *Revista de Psicoterapia*, 27 (104), 59-82.
- Nardone, G. & Portelli, C. (2013). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2007). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2012). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- Prigogine, I. (1996). *El fin de las certidumbres*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- Simon, F., Sherlin, H. & Wynne, L. (1984). *Vocabulario de la terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General System Theory; Foundations, Development, Applications*. Nueva York: George Braziller.
- Wainstein, M. (2000). *Intervenciones con individuos, parejas, familias y organizaciones*. Buenos Aires: Eudeba.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P. (1992). *La coleta del barón de Munchhausen. Psicoterapia y realidad*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. & Jackson, D.D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.