

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**  
**Carrera de Psicología**  
**Trabajo Final Integrador**

Descripción de caso único sobre dificultades en vínculos interpersonales y baja autoestima abordado desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve.

Alumna: Juárez, Jeannette Romina

Tutor: Ignacio Constantino

19 de Julio de 2021

## Índice

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Introducción</b> .....   | 2  |
| <b>2. Objetivos</b> .....  | 2  |
| 2.1. Objetivo general.....   | 2  |
| 2.2. Objetivos específicos.....  | 2  |
| <b>3. Marco teórico</b> .....  | 3  |
| 3.1. Terapia Sistémica Estratégica Breve.....  | 3  |
| 3.1.2. Problemas y Cambio.....   | 5  |
| 3.1.3. Proceso Terapéutico.....  | 7  |
| 3.1.4. Intervenciones estratégicas.....  | 10 |
| 3.2. Vínculos Interpersonales .....  | 12 |
| 3.3. Autoestima.....   | 15 |
| <b>4. Metodología</b> .....  | 18 |
| 4.1. Tipo de estudio .....   | 18 |
| 4.2. Participantes.....  | 18 |
| 4.3. Instrumentos.....   | 18 |
| 4.4. Procedimiento.....  | 18 |
| <b>5. Desarrollo</b> .....   | 19 |
| 5.1. Presentación del caso.....  | 19 |
| 5.2. Describir las dificultades en los vínculos interpersonales y la baja autoestima de la paciente, en el marco del Modelo Sistémico Estratégico Breve, al inicio del tratamiento terapéutico.....      | 19 |
| 5.3. Analizar las intervenciones realizadas por la Psicoterapeuta, en referencia a los vínculos interpersonales y la baja autoestima de la paciente, en base al enfoque Sistémico Estratégico Breve..... | 22 |
| 5.4. Identificar los cambios producidos en los vínculos interpersonales y la baja autoestima de la paciente, luego de las intervenciones realizadas.....   | 26 |
| <b>6. Conclusiones</b> .....   | 28 |
| <b>7. Referencias bibliográficas</b> .....   | 31 |

## **1. INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo se llevó adelante en el marco de las Prácticas de Habilitación Profesional correspondientes a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, en una Institución de Psicoterapia ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La misma brinda atención psicológica tanto individual, como a parejas, familias, niños y terapia de grupo. Asimismo, ofrece capacitaciones y supervisiones desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve.

Las prácticas se realizaron durante el segundo cuatrimestre del año 2020 y tuvieron una duración de 280 horas aproximadamente. En ellas tuvo lugar la observación no participante de sesiones terapéuticas y se coordinaron reuniones semanales a fin de trabajar sobre formación en la teoría del Modelo Sistémico Estratégico Breve.

El caso seleccionado para llevar a cabo este Trabajo Final Integrador, corresponde a una paciente de 27 años de edad, que presenta dificultades en los vínculos interpersonales y la autoestima. Teniendo en consideración que las relaciones interpersonales juegan un papel fundamental en la vida de las personas, resulta de gran interés desarrollar las características de dichas interacciones y cómo el nivel de autoestima puede encontrarse influenciado por ellas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General**

Describir el proceso terapéutico de una paciente adulta joven que presenta dificultades en vínculos interpersonales y baja autoestima, abordado en una Institución desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Describir las dificultades en los vínculos interpersonales y la baja autoestima de la paciente, en el marco del Modelo Sistémico Estratégico Breve, al inicio del tratamiento terapéutico.
2. Analizar las intervenciones realizadas por la psicoterapeuta, en referencia a los vínculos interpersonales y la baja autoestima de la paciente, en base al enfoque Sistémico Estratégico Breve.
3. Identificar los cambios producidos en los vínculos interpersonales y la baja autoestima de la paciente, luego de las intervenciones realizadas.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Terapia sistémica estratégica breve

La *terapia sistémica estratégica breve*, nace en el año 1966, de la mano de los investigadores Watzlawick, Weakland y Fisch quienes trabajaron en el Centro de Psicoterapia Breve del *Mental Research Intitute* (MRI) de Palo Alto, California, bajo la Dirección Teórica de Bateson y la Dirección Clínica Jackson (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976). Estos investigadores, pioneros de la Terapia Sistémica, crearon su modelo en base a la Teoría General de los Sistemas, la Hipnosis Ericksoniana, el Constructivismo, la Pragmática de la comunicación humana y la Cibernética (Ceberio, 2016).

La teoría general de los sistemas aborda las interrelaciones que surgen dentro de los mismos, por ello se encuentra íntimamente vinculada con la terapia sistémica estratégica en tanto que ésta se sirve de las características estructurales y funcionales de las relaciones e interacciones humanas dentro de un sistema determinado (De la Peña & Velázquez Ávila, 2018). La definición de sistema, refiere a un conjunto de elementos que interactúan entre sí de modo tal que conforman una unidad. Según von Bertalanffy (1987) en dicha interacción se presenta el principio de totalidad, es decir, de ella emergen características que trascienden las personales o individuales de cada miembro que la compone, en otras palabras, el todo es diferente a las partes. Asimismo, cada sistema tiende a conservar su identidad (entropía) pero cuando se produce un cambio en uno de sus miembros, éste afectará a los miembros restantes (sinergia). La retroalimentación dentro del sistema, actúa constantemente a través de los diversos modos de comunicación (von Bertalanffy, 1987).

Por su parte, Erickson, poseedor de un enfoque terapéutico estratégico, resultó de gran influencia para el modelo sistémico, debido a su modo de aplicación de la hipnosis, hizo uso de ella de forma tan trascendental que la llegó a convertir en un particular modo de comunicación ya que, para él, la misma se trata de una forma de intercambio entre dos personas y no refiere al estado de sólo una de ellas (Haley, 1980). De este modo, el modelo presta especial atención al proceso relacional del sistema al que el sujeto pertenece, y a sus modos de comunicación. Debido a que la comunicación funciona como matriz en donde se constituyen las relaciones humanas, resulta un determinante en los procesos de interacción, al mismo tiempo que resulta inevitable que genere una influencia tanto positiva o bien negativa a nivel sistémico (Arango, Rodríguez, Benavides, & Ubaque, 2016).

Asimismo, la estructuración de la comunicación de todo sistema genera determinados patrones que buscarán mantener la estabilidad interna más allá de su funcionalidad (Watzlawick et al., 1976). Esta tendencia a conservar la homeostasis puede dar lugar a una retroalimentación negativa, lo que se denomina en cibernética como *feed-back* negativo, lo que significa un intercambio recursivo de la información del sistema y del medio donde se encuentra que mantiene su status quo. Por el

contrario, cuando el sistema se encuentra en proceso de cambio, atraviesa una retroalimentación positiva (Villarreal Zegarra & Paz Jesús, 2015). Se puede notar cómo la pragmática de la comunicación humana, es decir, la influencia de la comunicación sobre la conducta es parte esencial de este modelo. Sin embargo, esto también alcanza al constructivismo, ya que el ser humano construye su realidad y al mismo tiempo, se construye mediante el lenguaje, a través de él no sólo se conforman sus redes vinculares, sino también sus percepciones, su cultura y en gran parte, su modo de ser (Valdés Gallego, Ruiz Garro, Restrepo Ríos & Cardona Muñoz, 2017).

Ahora bien, todo sistema presenta patrones de comportamiento derivados de la interrelación e interdependencia de los miembros que lo constituyen. Cuando dichos patrones se vuelven rígidos, puede generarse una desadaptabilidad en la estructura (Castillo Sotelo, Brito Sánchez & Vargas Jiménez, 2018). Los problemas de las personas suelen estar determinados por las acciones y retroacciones que efectúan frente a determinada problemática. De este modo, las soluciones ensayadas tras una dificultad, desencadenan y mantienen el problema, generando a su vez pautas relacionales y comportamentales dentro del sistema. (Calderon, 2009)

Nardone definió a la terapia breve como el arte de resolver problemas complejos mediante soluciones aparentemente simples esto se debe a que, desde esta perspectiva, los problemas persistentes no deben obligatoriamente implicar soluciones extensas o complejas (Nardone & Fiorenza, 2004). Se trata de una estructura terapéutica que tiene por fin que el consultante tome conciencia de los comportamientos que dan lugar al problema, trabajar en sus herramientas y motivaciones que permitan modificar tales conductas y los problemas que subyacen a ellas (Castillo Sotelo et al., 2018). Para Nardone, el cambio terapéutico no posee una naturaleza casual, no se trata de una iluminación mental, sino que tiene una direccionalidad hacia el alivio del malestar del consultante, se trata en definitiva, de un cambio sobre aquello que desequilibra al sistema. Para ello se trabaja sobre las percepciones, para lograr así un cambio en las reacciones y por ende en el comportamiento y la cognición (Pérez & Rodríguez, 2010)

La terapia sistémica estratégica se la denomina breve, debido a que sugiere una extensión no mayor a 12 sesiones, sin embargo, esto aplica a una utilización ortodoxa de la misma (Ceberio, 2016). Suele pensarse que dicha brevedad corresponde a paliar factores económicos de los consultantes, sin embargo, su razón está sujeta a motivaciones clínicas (Castillo Sotelo et al., 2018). La brevedad de la terapia no es una meta en sí misma, sino una consecuencia de las premisas sobre la naturaleza y conducción de los problemas, los cuales serán resueltos una vez cambiada o bien eliminada la conducta que los mantiene, más allá de su origen, naturaleza o duración (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

Desde este modelo, el marco de referencia del consultante es protagonista, ya que esto conduce a hacerlo partícipe tanto de lo que se juzga correcto o incorrecto, como de lo que se debe modificar. De esta forma, no hay un sólo modo de hacer terapia, dependerá en todos los casos de la individualidad del paciente, de sus creencias, valores, motivaciones y expectativas (García Martínez, 2013). Por otra parte, el modelo no aborda los síntomas en términos de patologías individuales, por el contrario, hace foco en las habilidades de cada paciente a fin de menguar el malestar a través de sus propios recursos y al mismo tiempo, incrementar su sentido de autoeficacia (Castillo Sotelo et al., 2018).

Finalmente, si bien se considera de suma importancia la historia del paciente para construir su historia clínica, la mirada se pone en el aquí y ahora por sobre el pasado y en el proceso por sobre el contenido. Esto se debe a que este enfoque es fundamentalmente pragmático, por lo que la búsqueda del por qué sólo conduciría a percepciones individualistas y racionalistas que alejarían el trabajo terapéutico del foco sobre el sistema de interacción e influencia al que pertenece el consultante y del problema que posea en el presente (Weakland et al., 1974). Dicho esto, Watzlawick et al. (1976) sostienen que al momento de observar una persona o grupo envuelto en un problema persistente y repetitivo es imperante el surgimiento de dos preguntas: *¿Cómo es que persiste esta indeseable situación?* y *¿Qué es preciso para cambiarla?*.

### **3.1.2. Problemas y cambio**

Se puede colegir que el objetivo principal de la terapia estratégica breve, es la resolución de problemas dados por una circularidad en el comportamiento de determinado sistema o grupo que pese a haber intentado soluciones en el pasado, estas sólo han dado lugar a la persistencia del conflicto (Ceberio, 2016).

A lo largo de la vida, los seres humanos se enfrentan a dificultades diversas, las cuales o deben sobrellevar por determinado tiempo o bien, deben enfrentar mediante determinadas estrategias. Muchas veces, el modo de enfrentarlas puede convertirlas en problemas, los cuales suelen vistos como situaciones sin salida, generando grandes crisis (Watzlawick et al, 1976). Asimismo, como sostiene Watzlawick (1992), hay que considerar que existen dos tipos de realidades, la llamada de primer orden la cual puede ser observada y en cierta forma medida ya que refiere a determinados acontecimientos de la vida, como puede ser la pérdida de un empleo. Sin embargo, sobre esta realidad, la persona construirá una realidad de segundo orden, que estará constituida por la valorización y significado que le otorgue a dicho suceso. El trabajo terapéutico será entonces realizar modificaciones en ese nivel.

De este modo, los problemas se sostienen por factores contextuales, cognitivos y comportamentales que se relacionan entre sí. Son, en definitiva, construcciones cognitivas dadas por una interpretación de determinado hecho que generan asimismo una acción. Podría decirse entonces que se tratan de una estrategia fallida en donde se relacionaron medios y fines de forma equívoca o bien, un modo erróneo de organizar la realidad (Wainstein, 2006).

La desviación respecto a determinada norma es la que genera un cambio. Se puede pensar en la época invernal, en donde para minimizar el frío, se utilizan abrigos y calefacción. De ser estos insuficientes, se aumentará su cantidad. Sin embargo, en muchas situaciones de la vida, aplicar “más de lo mismo” para solucionar un problema puede generar que éste se intensifique en vez de resolverse. Esto se puede observar en los casos donde se aplica la prohibición frente al alcoholismo o bien, un optimismo exacerbado sobre una persona que sufre depresión. Como mencionan Watzlawick et al. (1976), esto invita a recordar el proverbio francés que sostiene que cuanto más cambia algo, más permanece de igual modo. A esta interdependencia de los contrarios, Heráclito la llamó *enantiodromia*. En otras palabras, si bien persistencia y cambio tienen diferente naturaleza, pueden ser considerados en conjunto, ya que los pensamientos y percepciones son relativos.

Es necesario tener en consideración que una de las características de los sistemas homeostáticos es que luchan por mantener una suerte de status quo, pese a que ello requiera mantener ciertas conductas que puedan dar lugar a diversas dificultades (García Martínez, 2013). De este modo, todo sistema posee una coherencia y persistencia internas que le otorgan cierta identidad. Al generar un cambio dentro del mismo un fragmento de su identidad se rompe con él (Wainstein, 2006). Por esta razón, con frecuencia los cambios son vistos como amenazantes y esta percepción da lugar a que se establezcan ciertas resistencias por temor a perder aquello con lo que el sujeto se identifica (Florez & Ceballos, 2020).

Parece prudente hacer una distinción entre dos tipos de cambio. Por un lado, existe el tipo de cambio 1, mediante el cual se puede compensar una alteración sin que varíe la estructura. Ahora bien, en muchas situaciones esto resulta insuficiente, ya que se debe actuar sobre la propia estructura para llegar a un cambio deseado y esto sólo puede lograrse mediante el nivel de cambio 2. Este último se aplica desde el aquí y ahora, se enfoca más bien sobre las consecuencias de determinada situación y no sobre sus posibles causas (Watzlawick et al, 1976). En otras palabras, el cambio 1 se da dentro del sistema y sus elementos como sus reglas no sufren modificación, por lo que remite más bien a una persistencia, mientras que el cambio 2 es aquel que suele resultar ilógico o bien incomprensible, se aplica desde el exterior y da lugar a una modificación de las reglas que rigen el sistema, es decir da lugar al verdadero cambio (García Martínez, 2013).

Ahora bien, la dificultad de una persona puede convertirse en un problema por tres razones. Puede ocurrir que la persona no ejecuta acción alguna cuando debería hacerlo, es decir, niega la existencia del problema. Por el contrario, también puede ocurrir que la situación no requiera una acción, pero se lleva adelante y ésta empeora la dificultad. Finalmente, puede que se emprenda un cambio 1, cuando es necesaria una modificación de la estructura de la situación o bien, se realiza un cambio 2 cuando es necesario un cambio 1. En otras palabras, se actúa en un nivel de cambio erróneo. En todos los casos, se ordena al mundo bajo tales premisas, dando lugar a un fracaso que la persona atribuirá a factores externos o a sí mismo, pero no juzgará a la premisa por más errónea que resulte. Es fundamental realizar la distinción entre las premisas y los hechos, a fin de comprender las dificultades del cambio (Watzlawick et al., 1976).

Para resolver un problema en primer lugar hay que lograr definirlo claramente y ubicarlo en el contexto dentro del cual se produce. El paso siguiente será explorar las potenciales resoluciones, es decir considerar la situación inicial para plantear un objetivo de cambio que será alcanzado paulatinamente (Wainstein, 2006). El objetivo entonces, es generar estrategias acertadas, que den lugar a pequeños cambios, los cuales se sucederán a lo largo del tratamiento y permitirán cambios mayores sobre la situación actual del paciente (Watzlawick et al., 1976).

Según Prochaska (1999) el cambio es un proceso constituido por diferentes fases que se suceden a lo largo del tiempo. La primera fase la denomina *pre-contemplación* en la cual no hay un interés en modificar la situación a corto plazo, debido a una falta de motivación. Una vez identificadas las ventajas que puede generar el cambio, la persona se encuentra en la fase *contemplativa*, en donde vacila entre dar o no un primer paso. La fase siguiente es la de *preparación*, aquí se comienza a construir un plan a futuro inmediato que dará lugar a la siguiente fase, la *acción*, es decir lleva a cabo el plan mediante modificaciones observables. Esto da lugar a la fase de *mantenimiento* en donde se trabaja para evitar la recaída y una vez la persona se sienta segura del cambio alcanzado llega a la última etapa, a la *finalización*. Es de suma importancia que el terapeuta identifique en cuál etapa del cambio se encuentra el consultante para que el proceso terapéutico resulte satisfactorio.

### **3.1.3. Proceso terapéutico**

Teniendo en consideración lo expuesto, es necesario indicar que un punto esencial para que el proceso terapéutico pueda llevarse adelante es el vínculo y compromiso que se entable entre el terapeuta y el consultante. La alianza terapéutica permite la construcción y posterior alcance de los objetivos pautados (Florez & Ceballos, 2020). En otras palabras, la aceptación y el *rapport* son indispensables para alcanzar un clima de confianza que permita al consultante aceptar los reencuadres y prescripciones (García Martínez, 2013).

El gran desafío para llevar adelante una terapia breve, consiste en que el paciente se atreva a abandonar sus soluciones intentadas en el pasado para actuar de un nuevo modo que puede resultarle ilógico o extraño. Para ello, es de gran importancia la postura del paciente, ya que sus creencias y valores determinarán en parte su modo de actuar, al mismo tiempo que le permitirán al terapeuta escoger la forma de indicar sugerencias al paciente a fin de evitar reticencias (Fisch, Weakland & Segal, 1984). Dicho eso, en el primer encuentro con el paciente hay que realizar una valoración de las interacciones del sujeto para consigo mismo, los demás y el mundo, ver cómo es el funcionamiento del problema informado (Ceberio, 2016). Todo problema o motivo de consulta suele implicar una preocupación manifestada por el paciente ya sea por una conducta propia o bien por una conducta de otra persona con la que se encuentra íntimamente relacionado. Esta conducta, desviada de determinada norma se percibe como un potencial o real malestar que pese a haber intentado solucionar, continúa (Calderon, 2009).

Es importante aclarar que frecuentemente la queja inicial que informa el paciente, puede diferir con respecto al motivo de consulta construido luego del encuentro con el terapeuta. En los primeros encuentros se debe registrar qué malestar informa el paciente, debido a que puede ser difuso o bien pueden ser diversos, es relevante determinar un orden de prioridades. Una vez establecido el problema a resolver, se debe averiguar cuándo comenzó, en cuales circunstancias irrumpe, que limitaciones genera el problema y qué ha intentado para cambiarlo (Casablanca & Hirsch, 1987). Para indagar sobre ello, hay que escoger acertadamente las preguntas que conduzcan a la información requerida, no hay que subestimar la elección de las mismas, ya que no sólo allanan el camino para comprender la dolencia del paciente, sino que serán parte esencial a lo largo del tratamiento terapéutico por ser una herramienta que da lugar a la interacción y permite a su vez construir nuevos significados a través de la comunicación entre paciente y terapeuta (Pulgarín Jaramillo & Fernández Vélez, 2019). Asimismo, la entrevista debe ser semiestructurada, es decir es el terapeuta quien guía la conversación a fin de que esta tome el camino requerido para obtener la información desde lo abstracto a lo más concreto (García Martínez, 2013)

Por otra parte, la planificación de la terapia debe contener una nítida comprensión de cuál es el problema que el paciente desea resolver, tener en cuenta las soluciones intentadas y lo que no se debe hacer es clave para poder generar estrategias apropiadas (Fisch et al., 1984). Para que la situación pueda ser modificada de forma breve y eficaz se deben establecer objetivos claros con el consultante, es importante fijar metas mínimas y concretas ya que una secuencia de cambios mínimos da lugar a nuevos cambios y como consecuencia, a una reestructuración de la circularidad del sistema generador del problema-queja (Ceberio, 2016).

Durante el tratamiento, es importante que el terapeuta mantenga una posición de no experto (*one down*) a fin de que el paciente explique de forma clara su dolencia y sea partícipe del trabajo terapéutico (García Martínez, 2013). Por otra parte, una herramienta de suma utilidad es el uso del lenguaje condicional, ya que éste permite proponer estrategias al paciente de modo tal que, si el resultado no es el esperado, no genere un impacto negativo. Asimismo, en ocasiones los pacientes pueden informar una problemática vincular y buscar que el terapeuta de una respuesta mostrando un posicionamiento que tal vez, no sea oportuno tomar. En estos casos, el uso del lenguaje condicional dará al terapeuta la posibilidad de responder a tal solicitud, pero sin realizar una suerte de elección de bando, manteniendo de este modo su capacidad de maniobra para poder virar de posición cuando sea necesario (Fisch et al., 1984).

La capacidad de maniobra que posea el terapeuta es fundamental, ya que una cuestión es saber cuál es la estrategia correcta en determinado caso y otra diferente, tener la libertad para aplicarla. La piedra angular de esta capacidad reside en el hecho de que el paciente necesita del terapeuta más de lo que éste último lo necesita a él. Todo terapeuta debe tener presente que siempre está la opción de poner fin al tratamiento y ello resulta fundamental al momento de encontrarse con diversas resistencias que el consultante podría tener, de este modo es menos factible que deba tomar tal decisión. Más bien, el terapeuta deberá procurar tener la flexibilidad necesaria para cambiar de estrategia o de posición en los casos que la adoptada no funcione, haciendo un uso acertado de oportunidad y ritmo, es decir, teniendo en consideración las opiniones del paciente y avanzando paso a paso, sin perderlas de vista (Fisch et al., 1984).

A diferencia de otros tipos de psicoterapia, desde este modelo, la finalización del tratamiento no suele ser un acontecimiento especial, debido a que la focalización en la solución y la brevedad de la terapia no permite crear un vínculo de naturaleza tal que implique una separación que angustie al paciente. En caso de que la finalización le quite tranquilidad al paciente, puede continuarse por un breve periodo de tiempo a fin de otorgar seguridad. Puede ocurrir, que el paciente presente cierta incertidumbre con respecto a los logros alcanzados, sobre todo si es muy dedicado a que todo funcione a la perfección. En estos casos, es importante aclarar al paciente que pueden presentarse dificultades a futuro esperables, a fin de evitar que sus miedos den lugar a una profecía autocumplida (Fisch et al., 1984), es decir a que sus suposiciones frente a un acontecimiento esperado, pasen de ser una hipótesis a una realidad (Watzlawick & Nardone, 2000). Para ello, el terapeuta puede anticipar una recaída propia de todo proceso de cambio (García Martínez, 2013). De un modo u otro, una vez alcanzadas las metas propuestas, se realiza una revisión del tratamiento y en caso necesario se advierte al paciente de temas no resueltos. Por otro lado, se realiza una entrevista de seguimiento a los tres meses de concluido el proceso terapéutico (Weakland et al., 1974).

### 3.1.4. Intervenciones estratégicas

Si bien el terapeuta interviene desde el primer contacto con el paciente, debido a que todo acto es una intervención, una vez identificado el problema y pactado los objetivos, el terapeuta se servirá de intervenciones planificadas que darán lugar a la estrategia e impulso del tratamiento. Cabe mencionar que, a fin de influir sobre el paciente para solucionar su dolencia, el terapeuta puede intervenir para modificar la conducta que perpetua el problema, o bien, en casos adecuados, rectificando la opinión que el paciente tiene sobre el mismo (Fisch, Weakland & Segal, 1984). De un modo u otro, uno de los primeros y más importantes movimientos estratégicos será bloquear las soluciones intentadas en el pasado que forman parte del circuito recursivo de conductas, las cuales mantienen el problema debido a la ineficacia de su resultado (Ceberio, 2016).

Asimismo, el problema informado debe definirse en términos de conductas observables para poder así lograr una mejor comprensión de los circuitos de interacción que lo generan o bien, que lo mantienen. A su vez, hablar en términos de conductas posibilita realizar una evaluación de los resultados (Kopeck, 2013). Otro punto de gran relevancia se encuentra en considerar la idiosincrasia del paciente, ya que de ella dependerá el tipo de intervenciones que pueden realizarse (García Martínez, 2013). El uso de intervenciones directivas es ampliamente eficaz en consultantes colaboradores que presentan poca resistencia al cambio. Por medio de estas prescripciones de comportamiento, se busca modificar determinada actividad del sujeto para orientar la conducta hacia la meta deseada. Sin embargo, frente a determinadas situaciones en donde se presenta cierta resistencia, es de gran utilidad el uso de intervenciones indirectas (Wainstein, 2006).

Accionar sobre la pauta de comportamiento habitual que suele mantener el problema es una intervención que puede resultar muy valiosa. Los modos frecuentes de hacer las cosas, o pautas, permiten organizar las percepciones, la experiencia y la conducta, intervenir sobre ellas significa alterarlas mediante su opuesto o bien mediante pautas diferentes que desarmen el mantenimiento del conflicto (Wainstein, 2006). Como se mencionó anteriormente, en ocasiones se presentan dificultades que sólo pueden corregirse espontáneamente. Sin embargo, muchas personas buscan una solución que sólo potencia la dolencia, convirtiéndola en un problema mayor. A modo de ejemplo, esto puede notarse en los casos donde no se puede conciliar el sueño, allí la persona suele buscar diversas formas de alcanzar el sueño y fracasa frente a todo intento de logro. En estas situaciones, lo conveniente es pedir implícitamente al sujeto que renuncie en tanto que se le sugiere cambiar la conducta que perpetúa el problema en otra que sea su contrario (Fisch et al., 1984).

Esto permite pensar en las paradojas, las cuales se conforman como imposibilidades lógicas que implican contradicción, puede ilustrarse en un ejemplo donde se le pida a una persona que sea

espontánea, cuestión contradictoria ya que la espontaneidad no puede surgir a través de un pedido ni tampoco por medio de la propia voluntad. Las paradojas, no sólo son generadoras de diversos problemas personales e interpersonales, sino también pueden ser utilizadas al servicio de generar un cambio en la conducta del paciente como la mencionada anteriormente, en caso de no lograr dormir, se le sugiere al paciente que no duerma, para lograr hacerlo (Fisch et al., 1984). En otras palabras, se trata de pedirle al consultante que realice algo con el fin de que no lo cumpla, actuando de este modo, por la vía de la oposición. Asimismo, se trata de una influencia indirecta, una prescripción de determinado síntoma considerado por el sujeto ingobernable, que al momento de llevarlo adelante voluntariamente pierde su naturaleza de ingobernabilidad (Wainstein, 2006).

Se debe tener en cuenta que a fin de que una persona pueda cambiar sus percepciones básicas, es decir, aquellas que dan lugar a sus creencias, es menester que exista una toma de conciencia con respecto a que la propia realidad puede no ser como se cree que es (Bateson, 1998). La reestructuración como técnica es una intervención de suma importancia, ya que permite modificar los marcos cognitivos que organizan la conducta. Asimismo, puede introducirse una connotación positiva debido a que además de brindar fortaleza y ánimo al paciente, colabora con la reestructuración, la cual tiene como fin que se produzca en el consultante un cambio de perspectiva desde lo perceptual y emocional con respecto al problema (Ceberio, 2016). Dicha reformulación es una maniobra central dentro del proceso terapéutico ya que se lleva adelante mediante un proceso de construcción de significados alternativos o perspectivas del consultante que dan lugar a un reencuadre del problema (Wainstein, 2006). De este modo, se opera en un nivel de meta-realidad, es decir, la situación permanece inalterada pero el sentido que se le da a la misma es lo que genera un cambio (Watzlawick et al., 1976).

Asimismo, durante el proceso terapéutico es importante validar al paciente. Si bien puede ocurrir que una conducta determinada contribuya a mantener un problema, el terapeuta debe evitar el uso de enunciados negativos respecto de esta, ya que el objetivo no es generar culpa o rechazo al paciente. A modo de ejemplo, frente a padres hiper-protectores se pueden validar sus grandes esfuerzos de cuidado y señalar que, si bien lo han hecho muy bien hasta ahora, de seguro lo harán mejor a fin de que su hijo adquiera autonomía y responsabilidad. De este modo, luego de la validación se prescribirán acciones contrarias a la conducta precedente (Nardone & Watzlawick, 1992).

Por otra parte, puede utilizarse la denominada pregunta del milagro, en la que se le plantea al paciente qué debería pasar si a futuro ocurriera un milagro que sea capaz de solucionar sus problemas, es decir, de qué se trataría ese milagro, a fin de tomar conocimiento sobre sus objetivos futuros y las conductas necesarias para lograr un cambio determinado (Cornejo Troche, 2021). Finalmente, el terapeuta puede servirse del uso de anécdotas, metáforas o analogías con la intención de re-enmarcar

determinada situación (Wainstein, 2006). Estos recursos narrativos, no sólo permiten brindar una nueva visión respecto a un acontecimiento definido, sino que también pueden aportar información valiosa sobre los síntomas y particularidades del paciente y son por otra parte, grandes aliadas en la construcción conjunta de significados en el proceso terapéutico (Cardona Galeano & Osorio Sánchez, 2015).

A través de lo expuesto, se puede inferir que este modelo presta especial atención al problema que informa el paciente, qué lo mantiene y cómo modificar tal situación a través de diversos tipos de intervención. Estas intervenciones generarán un cambio en el paciente que dará lugar a la reorganización del sistema relacional, por esta razón el trabajo terapéutico no debe realizarse obligatoriamente con todo el grupo, ya que una modificación tanto en la relación, interacción, percepción o comunicación de un miembro trae como consecuencia, un cambio en la respuesta de los miembros restantes (Serrat Sastre, Kiskeri Aiguabella, Diaz Arnal & Schlanger, 2018).

### **3.2. Vínculos interpersonales**

Los vínculos interpersonales se encuentran en la base de la existencia humana ya que las personas se desarrollan valiéndose de ellos (Romero Iribas & Martínez Priego, 2017). Mediante las experiencias personales e interpersonales, las personas configuran su subjetividad, identidad, cultura y realidad personal, a través de las interacciones e intercambio de significados (Arango Cálad, 2003). Sin embargo, comprender que ocurre cuando las personas se relacionan unas con otras puede resultar un desafío debido a que cada sujeto es un sistema perteneciente a otros sistemas, los cuales se encuentran inmersos en determinado contexto en el que confluyen diversos factores. Esto genera que tanto las personas como sus relaciones interpersonales sean sistemas de gran complejidad, en donde no sólo juegan los sistemas de creencias de cada individuo, sino también las diferentes conexiones que se dan en la dinámica relacional y la tendencia que posee todo sistema a mantener su estabilidad (Asfora, 2015).

Según Wainstein (2006) las relaciones humanas se encuentran estructuradas como un lenguaje, por esta razón, muchos problemas que ellas presentan se deben a fracasos comunicacionales, en tanto que toda conducta es comunicación y toda comunicación es influencia. Por ello, resulta importante tener en consideración los axiomas de la comunicación aportados por Watzlawick, Beavin y Jackson (1985) en su libro *Teoría de la Comunicación Humana*, es decir a sus condiciones inherentes. En ellos se sostiene que es imposible no comunicar cuando las personas comparten un mismo espacio y tiempo, más allá de las intenciones de estas. Asimismo, toda comunicación posee un aspecto de contenido y un aspecto relacional, siendo el segundo a través de componentes no verbales, un clasificador del primero y volviéndose de este modo, una meta-comunicación. Por otra parte, de toda relación depende

de la puntuación de las secuencias de comunicación, es decir que cada comunicante tiene su propia interpretación de los hechos que configuran la relación y la misma siempre tenderá a ser coherente con el accionar propio de cada una de ellas, desestimando todo aquello que pueda generar contradicción. Es dable mencionar que las personas se comunican de forma tanto digital, que remite a lo que se dice, como analógicamente, es decir a cómo se dice. Finalmente, los intercambios comunicacionales pueden ser simétricos, cuando el intercambio es igualitario, o bien complementarios cuando existe una relación de diferencia en los participantes (Laso Ortiz, 2015).

De este modo, la comunicación no tiene como fin único la transmisión de información, sino que también actúa como mecanismo de complejización de las relaciones y al mismo tiempo, como instrumento dentro del proceso terapéutico ya que permite dar cuenta del actuar, el sentir y el pensar del paciente como también hacer lo propio al terapeuta. En este punto hay que considerar que lo que la persona exprese verbalmente debe tener una coherencia con lo que, al mismo tiempo, exprese de forma no verbal. En otras palabras, se puede hablar de comunicación como un sistema de comportamiento integrado, por medio del cual se mantienen las relaciones del sistema y que, al tratarse de un sistema abierto, el impacto relacional que genere la comunicación no sólo afectará al interior de este sino también al entorno dentro del contexto en que se encuentre (Rodríguez Bustamante, 2016).

Además de lo expuesto, se debe considerar que si bien el desarrollo de todo ser humano se enmarca en una serie de diversos sistemas según los distintos escenarios de interacción, uno de los más cruciales es el sistema familiar debido a que influye en la configuración de la persona desde su nacimiento y a lo largo de la vida. Para comprender las características de cada sistema familiar, hay que tener en cuenta que las mismas no pueden ser definidas por los rasgos individuales de cada miembro, ya que cada sistema posee su propia identidad y contexto. De este modo, cuando se presentan problemáticas dentro de la familia, la causa no se debe a uno de sus miembros, sino a los patrones de interacción que se sostienen entre ellos (Espinal, Gimeno & González, 2004).

Si bien para comprender el núcleo familiar y ciertas características de sus miembros, resulta crucial conocer las transacciones que éstos realizan entre ellos en el marco de su dinámica vincular (Platone, 2007), otro factor que interviene en la matriz familiar y en las configuraciones vinculares en la vida adulta, es la naturaleza de los vínculos de apego establecidos en la niñez. Cuando el sujeto nace, llega al mundo sin la capacidad de satisfacer sus necesidades básicas y regular sus reacciones y emociones. Es el cuidador principal quien debe cubrir dichas necesidades y brindar seguridad al niño. Cuando la figura de apego ofrece los cuidados necesarios, se muestra disponible y otorga una base afectuosa sólida para el desarrollo, habrá lugar para un tipo de apego seguro (Martínez Álvarez, Fuentes, Orgaz, Vicario Molina & González Ortega, 2014). Los tipos de apego, se clasifican en apego

seguro, ansioso, evitativo o desorganizado. Quienes hayan desarrollado un apego seguro en la niñez, en la vida adulta experimentan satisfactoriamente sus relaciones vinculares, poseen confianza en el otro y gran capacidad frente a la resolución de conflictos. Por el contrario, los que poseen un tipo de apego evitativo no se implican en demasía con el otro, son independientes, poseen poca confianza en el otro y rechazan todo tipo de cercanía e intimidad (Sánchez, 2017). Frente al apego desorganizado se considera que hay poca previsibilidad en la vida adulta, sin embargo se han hallado correlaciones positivas con indicadores de autolesiones y adicción (Cornellà Font, Viñas Poch, Juárez López, & Malo Cerrato, 2018; Leiva Pereira & Concha Landeros, 2019). En cuanto a los que poseen un tipo de apego ansioso, presentan grandes miedos frente al abandono o al rechazo de los otros, dando lugar a una extrema dependencia donde se presenta una profunda necesidad de unión y reciprocidad debido a una sensación de inseguridad. De este modo, puede decirse que el estilo de apego configura el tipo de autoconcepto en el sujeto y repercute en los modos de relacionarse en la vida adulta (Sánchez, 2017).

De este modo, la familia debe facilitar apoyo, amor y protección a fin de contribuir al desarrollo de sus miembros. La convivencia dentro de un sistema familiar es muy relevante, ya que enseña roles y posicionamientos y ofrece una percepción de qué es el afecto, creando creencias y costumbres que actuarán como determinantes de la vida en pareja futura. Puede notarse que hay una conexión pareja-familia ya que la elección de la pareja no sólo estará influenciada por premisas biológicas, de atracción, la cultura y la percepción que tenga la persona de sí misma, sino que las dinámicas de relaciones primarias en la infancia y adolescencia aportarán en la configuración de relaciones futuras (Quintana Arias, Cardona García, Bolívar Restrepo & Higueta Moreno, 2020).

La relación de pareja adquiere notable relevancia en la vida adulta por ser la que configura el proyecto familiar, distribuyendo roles y planteando metas. El vínculo en este tipo de relación invita a una construcción conjunta de proyectos de vida que sólo puede llevarse adelante si existe un intercambio recíproco de afecto, comprensión, respeto y valoración. Por esta razón, las parejas que presentan altos niveles de reciprocidad logran estabilidad y bienestar emocional (Espinal et al., 2004). Además, el tipo de comunicación puede contribuir a la armonía, si esta se da en un espacio en donde se pueda dialogar clara y abiertamente respecto a los propios sentimientos y necesidades (Castillo, 2015). Asimismo, como se mencionó, hay que tener en cuenta que, si bien existen diversas formas de relacionarse con una pareja, los individuos tienden a mantener los modos de comunicación y mecanismos aprendidos a edades tempranas (Quintana Arias et al., 2020).

Por otra parte, y como ya se ha expuesto, todo sistema vincular construye una serie de reglas que conforman su estructura mediante múltiples interacciones. Estas reglas se mantienen constantes a lo largo del tiempo y sirven para que cada integrante del sistema sepa qué se debe hacer y que no

para lograr aceptación. Por esta razón, las relaciones que emergen del sistema pueden lograr estabilidad y brindan a sus miembros cierta seguridad de pertenencia (Eguiluz et al., 2003). Sin embargo, esta búsqueda de pertenencia puede llevar a diversos modos de vinculación, resultando algunos poco satisfactorios.

En este sentido y en relación con el tipo de apego inseguro, se puede hablar de la dependencia, entendida como un patrón de necesidades insatisfechas cuyo inicio se encuentra en la niñez y se traslada a la vida adulta en donde la persona intenta satisfacerlas mediante sus relaciones con otros y al mismo tiempo revoca el amor propio y el auto-respeto (Castelló, 2000). La dependencia, puede llevar a su vez a relaciones co-dependientes. Si bien la co-dependencia puede ser definida en diversos sentidos y contextos, se trata en definitiva de un patrón de conducta por medio del cual el sujeto realiza grandes esfuerzos para ajustarse a los otros en sus relaciones, a fin de alcanzar su aprobación y encontrar así seguridad, autoestima e identidad. Este modo de vincularse posee una tendencia a asumir las responsabilidades ajenas, dando lugar a una hiperreacción frente a las necesidades de las personas significativas para el sujeto y por ende, una hiporreacción hacia las propias necesidades (Mansilla Izquierdo, 2002). De este modo, esta conducta emocional, psicológica aprendida, da lugar al que la persona sienta las responsabilidades del otro como propias y al mismo tiempo a ignorar las propias responsabilidades para consigo mismo (Castillo, 2015). La persona que posee este modo de vincularse percibe a las interrelaciones amenazantes debido a que se posiciona entre la necesidad de proteger al otro y el miedo al abandono. La expresión sintomática de la co-dependencia se traduce en una baja autoestima, un autoconcepto negativo y gran dificultad en poner límites. Para trabajar en este modo de vinculación, es necesario fortalecer las habilidades relacionales, potenciar un positivo auto-concepto y redirigir la energía en las necesidades propias (Mansilla Izquierdo, 2002).

A través de lo expuesto, se puede decir que las relaciones interpersonales influyen en el bienestar general del individuo, de forma positiva o negativa, dependiendo de sus patrones comunicacionales, del tipo de vínculo y de la proximidad e importancia de este (Arango Cálad, 2003). En otras palabras, todo vínculo es un proceso psicológico fundamental que afecta el desarrollo humano a lo largo de la vida (Fonagy, 1993). Tiene sentido entonces que la terapia sistémica estratégica breve perciba a las relaciones interpersonales como participantes de todo conflicto, desde esta perspectiva, el problema es concebido en términos de un sistema de relaciones y conductas que lo mantienen (Weakland et al., 1974).

### **3.3. Autoestima**

Se puede inferir que las relaciones vinculares pueden afectar entre otras cosas, a la autoestima, dando lugar a diversas problemáticas que suelen ser consideradas en parte, como síntomas del patrón

comunicacional y dinámica del sistema en el que está inmerso el sujeto, por lo que para comprender el nivel de autoestima de un consultante será necesario considerar el modo de interacción de dicho sistema (Ordoñez Cruz & Moedano, 2016).

La autoestima, es entendida como la representación afectiva que el sujeto tiene de sí mismo (Ordoñez Cruz & Moedano, 2016). Si bien su conformación es multifactorial, Beauregard, Bouffard y Duclos (2005) sugieren que la misma se construye mediante las retroalimentaciones positivas que el sujeto recibe de su entorno, las cuales le propician a la persona una determinada imagen de sí mismo, capaz de impactar en la vida en general. Es necesario mencionar que, si bien autoestima y autoconcepto suelen nombrarse como sinónimos, son constructos distintos. Mientras que el autoconcepto es un juicio de las propias capacidades desde un punto cognitivo, la autoestima es la valoración afectiva global que la persona realiza de sí misma. De este modo, al ser la autoestima multidimensional, ésta comprende al auto-concepto (Vargas Rubilar & Oros, 2011).

Molina (1997) sostiene que la autoestima se define a partir de cuatro componentes. En primer lugar, se constituye en una actitud, en tanto refiere a los modos de actuar, amar, sentir y pensar que la persona tiene consigo misma. A su vez, se encuentra el componente afectivo, por medio del cual se realiza la propia valoración según los sentimientos favorables o desfavorables que la persona tenga sobre ella. El tercer componente es el cognitivo, remite a las creencias, opiniones ideas, percepciones y procesamiento de la información que la persona posee de sí misma. Finalmente, el conductual, el cual refiere a intención y decisión de actuar en forma consecuente (Naranjo, 2007).

Por su parte, Voli (2001) sostiene que la valoración que el sujeto realiza de sí mismo se encuentra influenciada por cinco factores, entre ellos el auto-concepto. El segundo factor es el sentido de seguridad el cual posee un rol fundamental en la motivación y sentimiento de logro. La motivación, junto con la competencia son relevantes ya que determinan la forma en que la persona actuará frente a determinado objetivo. Finalmente, la pertenencia o sentido de integración también contribuyen a la propia valoración, ya que remite al modo de vincularse con los otros y a la manera en que la persona se siente en dicha integración. Asimismo, una vez más, estos componentes se encuentran influenciados por las opiniones y valoraciones que las personas reciben de quienes los rodean.

La autoestima comienza a conformarse a temprana edad, dentro del vínculo familiar y luego en el ámbito escolar y social. Al ser la familia el primer contexto en donde se desarrolla el auto-concepto, tanto el contexto, como el vínculo afectivo, el contacto físico y los modos de interacción y comunicación dentro del clima familiar son fuertes determinantes en el modo que la persona se percibirá a sí misma (Navarro, Tomas & Oliver, 2006). En la infancia, los sujetos aprenden a relacionarse con uno mismo y con los demás, esto involucra a los ya mencionados estilos de apego, se debe considerar que una baja autoestima está dada por cuidados y garantías insuficientes en la

niñez, generando entre otras cosas una escasa auto-confianza y patrones de vinculación poco satisfactorios (Hernández, Santiago & Gijón, 2021).

Asimismo, el nivel de autoestima está dado por una comparación que realiza el sujeto sobre su imagen de sí mismo y sus valores referidos a un auto-concepto ideal, si la misma es satisfactoria es probable que la persona posea una autoestima alta, la cual ayuda a sostener un bienestar general, en tanto que colabora con el manejo del estrés, el control de la ansiedad, brinda una positiva percepción de la autoimagen, de la vida y el futuro, como también da lugar a modos satisfactorios de relacionarse. Por el contrario, si dicha comparación presenta determinada distancia, puede dar lugar a una baja autoestima, donde se disminuye la autoconfianza pudiendo generar timidez, evitación o alienación (Góngora, & Casullo, 2009). A su vez, la baja autoestima puede dar lugar a sentimientos de indefensión, actitudes pesimistas, infelicidad, ansiedad, depresión o bien conflictos de comunicación. De este modo, una autoestima positiva es fundamental para sentirse seguro, motivado y tener la capacidad de auto-respeto, como así también exigir el respeto de terceros (Aguilar, 2002). Esto se refleja también en las relaciones de pareja, ya que el grado de confianza y seguridad que el sujeto perciba tanto de sí mismo como del otro modularán en gran parte la relación (Beltran & Spuler, 2019).

Si bien cada persona valora diversos aspectos de sí misma, los más relevantes suelen ser los sociales, familiares, académicos, la autoestima global y la imagen corporal (Rius, Contreras & Ribera, 2000). En este punto debe considerarse que la imagen corporal negativa y su correlación con la baja autoestima, da lugar a una imposibilidad de lograr apreciar otras características propias, como cualidades, inteligencias o destrezas propias, al margen de la percepción corporal (Raich, 2000). Esto ocurre porque la persona que tenga una valoración negativa de un área que no resulte significativa para ella, puede racionalizarla mediante distorsiones cognitivas que disminuyan el impacto de tal infravaloración. De igual modo, si esto sucede en un aspecto que es relevante para sí misma, afectará de sobremanera su autoestima. En otras palabras, el auto-concepto y la autoestima se retroalimentan de modo tal, que un desarrollo positivo en el auto-concepto implica un desarrollo positivo en la autoestima y viceversa (Rius et al., 2000).

Es dable aclarar que quien posea una autoestima alta, pese a tener una visión satisfactoria de sí misma, también posee una mirada realista de sus defectos, es decir, se enfoca en mejorar determinados aspectos en donde no se encuentra satisfecha. Esta autocrítica la realiza de modo benévolo, su confianza en sí misma le permite trabajar en dicho cambio aún si no lo logra en el primer intento (Rius et al, 2000).

Por lo expuesto, se puede concluir que el modo en que una persona se perciba a si misma afecta de modo decisivo todos los aspectos de su vida. Toda respuesta frente a cualquier acontecimiento estará determinada por lo que el sujeto piensa sobre qué es y cómo es (Branden, 1995).

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1. Tipo de estudio**

El estudio realizado fue de tipo cualitativo de caso único.

### **4.2. Participantes**

El presente trabajo, abordó el caso clínico de una paciente de 27 años de edad, quien al momento del tratamiento residía en Zona Sur y vivía con su hermano. Era estudiante de Contabilidad y trabajaba en el área de Auditoria de una Empresa. La paciente concurría a terapia manifestando inconvenientes en el vínculo con la madre. Posteriormente indicó dificultades en relaciones amorosas y finalmente se infirieron problemas en la autoestima.

La Psicoterapeuta, Licenciada en Psicología de 33 de edad, era parte del equipo de una Institución de Psicoterapia que trabaja desde el modelo sistémico estratégico breve.

### **4.3. Instrumentos**

- Entrevistas semiestructuradas a la profesional del caso clínico, a fin de indagar sobre el motivo de consulta inicial, la identificación de las dificultades en los vínculos interpersonales y la autoestima de la paciente, las intervenciones realizadas con las que se trabajó en dichas dificultades y la evolución del tratamiento.
- Observación no participante de sesiones mediante Cámara Gesell Online.
- Videos de sesiones pasadas del caso, realizadas en Cámara Gesell.
- Historia Clínica de la paciente, en la cual se reflejan sus datos, queja inicial, motivo de consulta, intervenciones y respuesta a las mismas.

### **4.4. Procedimiento**

Se realizó la observación no participante de las sesiones mediante Cámara Gesell Online. Posteriormente se accedió a las grabaciones de las mismas a fin de analizar el tratamiento psicoterapéutico a detalle. Por otra parte, se consideró la Historia Clínica de la paciente. Finalmente, se realizaron dos entrevistas semiestructuradas de una hora de duración aproximadamente a la

profesional del caso, con el objetivo de obtener información relevante sobre motivo de consulta, la identificación de problemas específicos, las intervenciones realizadas y evolución del tratamiento.

## **5. DESARROLLO**

### **5.1. Presentación del caso**

A continuación, se desarrollará el caso de la paciente C, el cual fue abordado desde el modelo estratégico breve y tuvo una duración de cuatro meses aproximadamente en los que se llevaron adelante un total de 12 sesiones, realizando las últimas cada 15 días.

Según su Historia Clínica, la paciente posee dos hermanos mayores por parte del padre y una hermana menor de 14 años, por parte de la madre. Asimismo, C no tiene relación con el padre, en cuanto con la madre manifiesta un vínculo conflictivo. Por tal motivo, según la terapeuta, C a los 16 años deseaba independizarse, a los 18 años ya tenía el dinero para hacerlo, pero fue a los 23 años que se fue a vivir con uno de sus hermanos. Finalmente informa no haber realizado tratamiento terapéutico en el pasado.

### **5.2. Describir las dificultades en los vínculos interpersonales y la baja autoestima de la paciente, en el marco del Modelo Sistémico Estratégico Breve, al inicio del tratamiento terapéutico.**

En el presente objetivo, se detallarán las dificultades que presenta la paciente C en relación a sus vínculos interpersonales y baja autoestima al inicio del tratamiento en las áreas familiar, laboral, de pareja y aspecto físico.

Según la Historia Clínica, y en relación con sus vínculos familiares, se informó como queja inicial “problemáticas respecto a la relación con la madre”. Según las palabras de C, “la madre carga mucho peso” en ella. Al momento de preguntarle por qué consulta ahora, informó que la madre se separó de la en ese entonces, actual pareja debido a que este presentaba problemas con el consumo de alcohol al mismo tiempo que la engañó con otra mujer. Por esta razón, la madre de C comenzó a salir por las noches, según informó la paciente, para salir “a bailar”, dejándole el cuidado de su hermana menor frecuentemente. Asimismo, C mencionó que la madre posee dependencia económica de sus parejas, por lo que al separarse, la responsabilidad de pagar las cuentas del hogar fue atribuida a C, pese a no convivir en el mismo domicilio que su madre.

La paciente mencionó que esta situación ya había ocurrido en el pasado cuando fue a vivir con su abuelo materno y debía cuidarlo y sostener económicamente el hogar que compartía con él.

Cuando C logró independizarse, su abuelo fue a vivir con la madre y esta le pedía que vaya a su casa para continuar con su cuidado.

Al indagar sobre el motivo de consulta, la paciente C mencionó que “hay algo que no la conforma”, por lo que la terapeuta preguntó a qué se refería y C contestó que siente gran “impotencia por no poder manejar las situaciones”, al mismo tiempo que siente un “bloqueo emocional” que “no la deja avanzar en su vida”. Se puede inferir, tal como mencionan Casablanca y Hirsch (1987) que la paciente inicia el tratamiento presentando una queja inicial clara, sin embargo, luego de indagar al respecto el motivo de consulta difiere de esta.

Con respecto a los modos de comunicación, que puede impactar de modo negativo en las relaciones (Wainstein 2006), la paciente mencionó que en situaciones que no le gustan, o bien cuando nota que algo le “hace mal”, demora mucho tiempo en “decirlo y en cortarlo”. En esta línea la paciente dijo a modo de ejemplo, que debía tramitar la escritura de la casa en la cual convivía con su hermano, además ambos tenían pensado realizar modificaciones en el hogar, pero como él no tenía dinero para tal fin debía encargarse ella y no le gustaba. La terapeuta indagó en sesiones subsiguientes la razón por la cual no dice lo que siente en estas circunstancias y la paciente dijo que no quiere “quedar mal con la gente”. De este modo se pactó como primer objetivo, que le afecten menos las responsabilidades de terceros a fin de volcar su energía en ella misma.

En cuanto al área laboral, se puede ver según las sesiones grabadas, que al poco tiempo C informó que obtuvo un ascenso en su trabajo, sin embargo, dijo no sentirse merecedora de tal logro ya que duda estar a la altura, al mismo tiempo mencionó que tiene “miedo” de enfrentarse a sus nuevas jefas si se presentan situaciones en donde algo no le guste. En este punto se puede observar que la paciente realiza una valoración negativa respecto a sus propias capacidades, dando cuenta de una característica de su autoestima (Molina, 1997). Por otra parte, C contó que en el pasado renunció a un trabajo para iniciar uno nuevo, en el que fue desvinculada el primer día por no tener los conocimientos necesarios pese a haber informado que no contaba con tal experiencia. Según informó la terapeuta, C presenta una dificultad al momento de imponerse a los otros por temor a cómo pueden reaccionar y a la mirada que pueden tener sobre ella. Este temor se encuentra en línea con lo que sostiene Voli (2001), ya que las opiniones de los otros determinan en gran parte la autoestima del sujeto.

Además del mencionado ascenso, C propuso anotarse en tres materias para poder avanzar en cuanto a lo académico. Al mismo tiempo, informó que envió solicitud a búsquedas laborales para conocer cómo está el mercado. Frente a ambos acontecimientos, se le mencionó que estaba yendo en una dirección que implicaba avanzar en su vida pese a haber informado que sentía lo contrario. Sin

embargo, C aseguró que ella siente que no avanza “en lo emocional”, y comenzó a llorar. Esto ofrece dos puntos importantes, por un lado, la relevancia de escoger las preguntas correctas para llegar a una clara comprensión del problema de la paciente, tal como informan (Pulgarín Jaramillo & Fernández Vélez, 2019). Por otro lado, según lo sostenido por Rodríguez Bustamante (2016), la terapeuta se sirve de la información verbal de la paciente, como de la no verbal, habiendo congruencia en ambas.

En alusión a sus relaciones amorosas, la paciente C, relató que en el momento del tratamiento se encontraba en una relación con A, quien sólo quería una amistad. Si bien ella manifestó a la terapeuta que tenía sentimientos hacia él, informó que él se veía con otras chicas y ella no creía que pudieran “avanzar”, no se animaba a expresarle lo que sentía por que tiene “miedo a que él no la quiera volver a ver”. De este modo, se puede inferir que la paciente posee un apego ansioso, por lo que se presenta miedo al rechazo o abandono (Sánchez, 2017). Esta relación concluye mediando el proceso terapéutico ya que C tenía la sensación de que “sólo la llama para pedirle cosas”.

Cuando se indagó respecto a sus relaciones en el pasado, C comentó que nunca tuvo una pareja formal. Antes de conocer a A, tuvo dos relaciones, la primera de ellas con L, quien según informó C, le pedía dinero constantemente y le decía que quería estar con ella pero justificaba que no podía mantener una relación seria “porque tenía un hijo y su prioridad era ser padre”. En su segunda relación con U, también se presentaron prestamos de dinero o bien compras de cosas, que ella realizaba a pedido de él. La paciente informa que U, decía quererla pero sin embargo “desaparecía todo el tiempo”. Finalmente, C informó que se siente “angustiada” ya que nunca la hicieron partícipe de su vida como tampoco la han mostrado en redes sociales. Se puede colegir que C, mantiene patrones vinculares aprendidos en el seno familiar que se extrapolan en sus relaciones amorosas tal como sostienen Quintana Arias et al. (2020). En el caso de C, la atención y el afecto del otro se obtienen momentáneamente, tras una transacción de tipo económica.

Otro punto a tener en cuenta es que C informó en las sesiones, que las personas con las que tuvo algún vínculo amoroso, al tiempo de romperse este, volvían a aparecer como fue el caso de L, quien le escribió meses después asegurando que “había desaparecido porque estaba enfermo”, justificación que le generó dudas a C, ya que dijo que “debe ser una excusa para verla en este contexto de Pandemia”. Si bien, C no quería tener diálogo con L, le respondió los mensajes y finalmente le dijo que no quería volver con él. A la semana, C informó que vio una foto de L en redes sociales con otra chica. La paciente aseguró que estas situaciones la “angustian”, porque “no la valoran cuando la tienen” y porque “siente que no la eligen”. Aquí se observa lo definido por Arango Cálad (2003), en relación a cómo las experiencias interpersonales forjan determinada subjetividad y realidad personal.

Por otra parte, durante el tratamiento y según lo visualizado en la observación no participante por cámara Gesell, C dijo tener una “necesidad de proyectar el futuro” con cada compañero que ha conocido pero trata de “ponerse un freno”. Cuando la Terapeuta indagó sobre las posibles causas de esta necesidad, la paciente dijo creer que se debe a la “inseguridad” que ellos le generaban. En este sentido, desea conocer a alguien que la “apoye y acompañe”, es decir, “con quien pueda salir a reuniones familiares y con amigos sabiendo que va a estar ahí”. Aquí se puede identificar cómo el tipo de seguridad o confianza que hay en una pareja puede modular la relación (Beltran & Spuler, 2019). Al mismo tiempo, se puede inferir que la baja autoestima de C, la lleva a sentir gran ansiedad respecto a sus proyectos futuros (Aguilar, 2002).

Según lo informado por la Terapeuta en las entrevistas y en relación a lo comentado por C durante el tratamiento, las tres relaciones que mantuvo la paciente carecían de compromiso de sus parejas, quienes al final del día sólo la quería como amiga. Se puede indicar que la falta de reciprocidad en las relaciones no sólo afecta su estabilidad sino el bienestar emocional (Espinal et al., 2004).

En este sentido, la Terapeuta en las entrevistas mencionó que C, realizaba préstamos de dinero o compra de regalos a fin de obtener la atención de ellos y mantener la relación en cada caso hasta que la situación se volvía emocionalmente insostenible. La Terapeuta informó que C presenta dificultades en sus vínculos interpersonales relacionados al mismo tiempo con una autoestima baja. De este modo se puede inferir cierta codependencia de C, quien se ajusta en sus relaciones a los otros a fin de obtener seguridad y mayor autoestima (Mansilla Izquierdo, 2002).

Asimismo, en cuanto a la percepción de C respecto a su imagen corporal, la paciente manifestó sentir que “nunca es ella la elegida y eso la angustia”, pero trata de pensar que “no hay nada malo” en ella. Por tal razón, la Terapeuta le preguntó si se siente conforme con ella misma, a lo que C respondió que “quiere iniciar un tratamiento con un nutricionista y ejercicio a fin de trabajar sobre su aspecto corporal, pero que su problema es la constancia”. De esta forma, se pacta un nuevo objetivo, trabajar en la constancia a fin de alcanzar una imagen corporal que la haga sentir mejor con ella misma. Esto tiene sentido, respecto a la correlación positiva que informa Raich (2000) entre una percepción negativa de la propia imagen y una autoestima baja.

**5.3. Analizar las intervenciones realizadas por la Psicoterapeuta, en referencia a los vínculos interpersonales y la baja autoestima de la paciente, en base al enfoque Sistémico Estratégico Breve.**

Las intervenciones realizadas por la Psicoterapeuta fueron diversas, sin embargo, teniendo en consideración que la paciente resultó ser colaborativa y no presentó resistencia al cambio dichas intervenciones fueron mayormente de tipo directivas (Wainstein, 2006). Dicho eso, una de las herramientas más utilizadas fue la validación, ya que además de validar los sentimientos de la paciente, tuvo por fin evitar culpa o rechazo (Nardone & Watzlawick, 1992). Según la Historia clínica, en la primera entrevista, se le validó el gran sentido de responsabilidad que posee C, ya que esto hablaba de lo confiable que puede resultar para su entorno. Sin embargo, se le advirtió que esto le quita tiempo y energías para ella misma. Se puede indicar que las observaciones de la terapeuta concuerdan con lo mencionado por Castillo (2015), respecto a los vínculos codependientes en donde la persona se enfoca en las responsabilidades ajenas y desestima las propias necesidades. A fin de trabajar en este punto, la terapeuta le encomendó a C, pensar qué cosas puede hacer para volver la energía hacia ella misma, mediante pequeños pasos que la lleven a grandes resultados, lo cual hace referencia a lo planteado por referentes del modelo sistémico estratégico, en donde los pequeños cambios dan lugar a grandes modificaciones (Watzlawick et al., 1976).

A su vez, cuando C informó su ascenso y la inseguridad que este le genera, debido a sus experiencias en el pasado, la Terapeuta realizó una reestructuración de dicha visión, dando cuenta de todo lo aprendido en su puesto laboral y sobre sus capacidades por ser ascendida. De esta forma la terapeuta generó en C un cambio de perspectiva (Ceberio, 2016). A su vez, cuando C comentó que inició una búsqueda laboral y que esto le generaba cierto temor, la Terapeuta, utilizó una analogía, “las entrevistas son como las parejas, a veces hay que ver o ir a varias hasta encontrar la que corresponda a uno”. Así, logró brindarle una nueva visión sobre la situación (Cardona Galeano & Osorio Sánchez, 2015).

Por otra parte, la Terapeuta se posicionó en muchas ocasiones en *one down*, a fin de comprender con exactitud las palabras de C (García Martínez, 2013). En tal sentido, ha indagado a que se refería la paciente cuando sentía un bloqueo emocional, ser apoyada por una pareja o bien qué significaba que no avanzaba emocionalmente. En este último punto, se le preguntó qué debía pasar para lograr avanzar, esto resulta de gran utilidad ya que como menciona García Martínez (2013) esto da lugar a hacer partícipe a la paciente, como también facilita la evaluación de resultados (Kopeck, 2013).

Con respecto a la sensación de C de que sus relaciones fueron experiencias negativas, la Terapeuta trabajó sobre una reestructuración, al mencionar que era muy pronto a los 27 años de edad, juzgar a las experiencias como negativas, ya que de ellas logró aprender qué quiere y que no le hace bien, por tal motivo, le han otorgado la libertad de elección. De esta forma, la paciente pudo cuestionar

su percepción sobre la propia realidad (Bateson, 1998). Al mismo tiempo dichas experiencias perdieron el sentido de ingobernabilidad y la sensación de control volvió a la paciente, dando cuenta que si bien la situación permaneció inalterada, hubo un cambio tras la reestructuración (Watzlawick et al., 1976).

Por otra parte, según la observación no participante de las sesiones, la Terapeuta utilizó la *pregunta del milagro*, a fin de conocer sus objetivos futuros (Cornejo Troche, 2021). La respuesta de C, fue que ella sentiría sus problemas resueltos si lograba estar con A. En este sentido, en las entrevistas realizadas a la Terapeuta, comentó que el gran miedo de C era la soledad, por lo que tenía la sensación de que tener un compañero cualquiera sea, le daría a ella una utópica sensación de satisfacción. Nuevamente, las observaciones de la terapeuta dan la pauta del apego ansioso de la paciente por su profunda necesidad de unión (Sánchez, 2017), como también, de una disminuida autoconfianza la cual modula inevitablemente sus relaciones (Beltran & Spuler, 2019).

En este sentido y en línea con los aportes de Wainstein (2006) respecto a la importancia del lenguaje en las relaciones, la Terapeuta decidió trabajar con los modos de comunicación de C, y le propuso que comience a decir qué siente en determinadas situaciones a fin de realizar algo distinto que le otorgue libertad. Esto lleva a C, a comunicarle a su último compañero A, lo que sentía y al poco tiempo a finalizar por decisión propia dicha relación. Esto se reflejó también con L, quien apareció luego de terminada la relación y en donde C dudó de volver a verlo. Frente a esta disyuntiva, la Terapeuta le preguntó si verlo la haría avanzar o retroceder emocionalmente, por lo que C confirmó que la haría retroceder y decidió no continuar en contacto con él. De esta manera, se logró cambiar una conducta que generaba el problema por otra contraria (Fisch et al., 1984).

Cuando C mencionó que trata de “ponerse un freno” con sus sentimientos, la Terapeuta le sugirió que quizá se cuidaba de sus sentimientos por temor a que el otro no sienta lo mismo. Sin embargo, le indicó que no es posible manejar los sentimientos, pero sí qué se hace con ellos. Y agregó: “Quizá este es el freno que te impide avanzar emocionalmente”. Lo dicho hace alusión a la persistencia de determinados problemas cuando la persona realiza un tipo de cambio 1 cuando es necesario un cambio 2 (Watzlawick et al., 1976).

Asimismo, a lo largo del tratamiento se le ha preguntado a C si sentía que la terapia la estaba ayudando a lo que ella respondía que sí, ya que adquiriría herramientas que antes no tenía, tales como manejar las situaciones de modo diferente y enfocarse más en ella. De este modo, mediante la capacidad de maniobra de la terapeuta, se tuvo en cuenta la opinión de la paciente a fin de averiguar si las estrategias pautadas hasta el momento eran las correctas o debían ser modificadas (Fisch et al., 1984).

El segundo objetivo de la terapia se alcanza, luego de que la Terapeuta interviniera preguntando a C si había algo de ella que no le gustara. Frente a la respuesta de la paciente de no sentirse bien con su cuerpo, la Terapeuta validó que haya ido al punto y agregó que durante mucho tiempo se enfocó en los demás distrayéndose de sus propios problemas y necesidades. De este modo su poca satisfactoria autoconfianza no sólo le generó problemas de vinculación (Hernández et al., 2021), sino que sus necesidades insatisfechas en la niñez le generaron una dependencia (Castelló, 2000), que la llevó a enfocarse en las necesidades de los demás e ignorar las propias (Castillo, 2015).

Frente al nuevo objetivo, la Terapeuta informó en las entrevistas que la angustia e inseguridad de C, se debían en gran parte a esta inconformidad respecto a su propia imagen que afecta su autoestima. Cabe mencionar que para la paciente la percepción respecto a su imagen corporal es relevante por lo que afecta de sobremanera su autoestima (Rius et al., 2000). A su vez, la terapeuta mencionó que a fin de procurar el éxito en este sentido, se le informó a C que el camino para lograrlo sería “sinuoso”, pero que lo importante frente a posibles caídas es tener la constancia de levantarse y seguir. De este modo, al informar sobre posibles dificultades en el camino, se evitó que los miedos de la paciente den lugar a una profecía autocumplida (Fisch et al., 1984), utilizando una intervención de anticipación de recaída (García Martínez, 2013).

Según lo observado en los videos grabados de las sesiones, la Terapeuta le preguntó a la paciente si deseaba realizar ese trabajo en terapia o bien de otra manera, dándole un abanico de opciones y la posibilidad de elección. La paciente respondió que deseaba continuar con el tratamiento, por lo que la terapeuta encomendó a C la tarea de realizar un registro de todas las cosas expresadas en conductas que la llevarían al nuevo objetivo, agregando un detalle de lo logrado y lo no logrado con su justificación. De este modo se podría visualizar con más facilidad dónde habría que trabajar (Kopec, 2013), al mismo tiempo que se hace partícipe a la paciente lo que da como resultado mayor autonomía e implicación (Castillo Sotelo et al., 2018). Una vez realizado el registro, se le pidió a C que realice una evaluación del mismo, otorgando una puntuación de 1 a 10 respecto a cuán satisfecha está con su desempeño, la respuesta de la Paciente fue 6.5.

Nuevamente, se intervino valorando los grandes esfuerzos de C y la realización tanto del registro como de las actividades que constaban en él, ya que 6.5 se considera un buen puntaje, pese a que se debe seguir trabajando en ello, así, mediante esta connotación positiva se logró trabajar en la fortaleza de la paciente (Ceberio, 2016).

En las sesiones siguientes, según lo informado por la Terapeuta y en línea con la fase de mantenimiento anunciada por Prochaska (1999), se continuó trabajando con la constancia, alcanzando óptimos resultados. Sin embargo, la Terapeuta informa que C, suspendió el tratamiento

por cuestiones laborales. De todos modos, al mes la Terapeuta se comunicó con C a fin de saber cómo se encontraba, realizando de este modo el seguimiento del paciente, propio del enfoque sistémico estratégico (Weakland et al, 1974).

#### **5.4. Identificar los cambios producidos en los vínculos interpersonales y la baja autoestima de la paciente, luego de las intervenciones realizadas.**

Los cambios producidos en C se reflejan claramente al visualizar los videos de las sesiones terapéuticas. Uno de los primeros cambios producidos en cuanto a sus vínculos interpersonales fue el de poner límites a su madre. Al poco tiempo de iniciado el tratamiento, C informa que comenzó a “decir que no” frente a los pedidos de la madre y que eso le dio “tranquilidad”. De esta manera se refleja un cambio dentro de la vinculación codependiente ya que se disolvió la dificultad de poner límites a los otros impactando de forma positiva en el bienestar y autoestima de C (Mansilla Izquierdo, 2002). Por otra parte, en relación con el primer objetivo, C comenzó a virar las energías a ella misma, anotándose en más materias en la Facultad y enfrentando las nuevas responsabilidades que conllevan el ascenso laboral. Lo expuesto da cuenta que C pudo vencer las resistencias frente al miedo de perder aquello con lo que se identificaba y lograr un cambio (Florez & Ceballos, 2020). Asimismo, en sesiones presenciadas mediante observación no participante, C informó que la madre ya no la llamaba para pedirle dinero, ni para que cuide a su hermana menor, sino para saber cómo estaba. Esto da cuenta que cuando un miembro de determinado sistema cambia, impacta en los miembros restantes (Serrat Sastre et al., 2018).

Con respecto a las pautas de comunicación de C, se puede decir que fueron modificadas en todos sus ámbitos. En sesiones presenciadas mediante observación no participante, C informó que había logrado hablar con sus jefas a fin de hacerles saber que se sentía relegada y deseaba obtener más responsabilidades. Por otra parte, cuando reapareció L en su vida, C abandonó la pasividad y comunicó a L que no quería darle otra oportunidad. Con respecto a A, hizo lo propio y terminó la relación debido a que para ella el tipo de vínculo no le resultaba suficiente. Asimismo, decidió no realizar los trámites de escrituración y modificaciones en la casa que compartía con el hermano esta que él pudiera aportar económicamente al proyecto conjunto, asegurando que “no era sólo su responsabilidad” y que ella no tenía por qué “banca todo”. De este modo, resulta evidente que los cambios en los patrones comunicacionales de C, generaron una retroalimentación positiva (Villarreal Zegarra & Paz Jesús, 2015).

Estos cambios, le permitieron a C conocer a J, un chico que al final del tratamiento estaba comenzado a conocer y con el que se propuso “ir de a poco”. En este sentido, C abandonó la necesidad de vivir en el futuro de la relación, para disfrutar el presente. A su vez, la paciente informó que con J había reciprocidad, él se comunicaba con ella para saber cómo estaba, había conocido a su familia y no sentía la inseguridad que vivió en el pasado. Dicha reciprocidad le otorgó a C bienestar y seguridad (Espinal et al., 2004) y al mismo en línea con lo sostenido por Castillo (2015) mediante este tipo de vinculación la pareja puede alcanzar la armonía.

De este modo, según lo mencionado por la Terapeuta en las entrevistas, C logró grandes cambios y el primer objetivo fue alcanzado. La Paciente cambió la dinámica del vínculo con la madre, comenzó a poner límites a las personas. Asimismo, modificó sus patrones de comunicación y empezó a expresar sus sentimientos, notando gran alivio al hacerlo. Esto a su vez, le permitió recuperar el control sobre sí misma, sobre sus relaciones y estar al tanto de sus emociones, de lo que desea y lo que no desea.

A raíz de lo expuesto, la Terapeuta aseguró que “el terreno estaba listo para el segundo objetivo”. La terapeuta hizo uso de oportunidad y ritmo (Fisch et al., 1984) y trabajaron sobre la inconformidad de C con su imagen corporal y el alcance de la constancia. Los resultados en este punto fueron satisfactorios, C comenzó un tratamiento con un nutricionista, y cuando rompía la dieta tenía claro que volvería a ella al día siguiente. A su vez, comenzó a hacer ejercicio tres veces por semana, salía a caminar con su prima y tenía planeado iniciar zumba. En las últimas sesiones visualizadas por medio de las grabaciones, C comentaba que semana a semana había logrado perder peso. Según las grabaciones de las sesiones, se puede notar que C realizó un cambio estético en su cabello y estaba maquillada de modo diferente, por esta razón la terapeuta le indicó que estaba “diferente, con mucha luz”, a lo que la paciente dijo que se sentía bien, aunque sabía que aún había cosas para hacer y debía mantenerse en esa dirección. De este modo, se puede inferir que C logró mejorar su autoconfianza y ello le permitió tener una mirada positiva de sí misma y a su vez tener presente que podía seguir trabajando en aquello que deseaba mejorar (Rius et al., 2000).

Asimismo, en los videos de las sesiones grabadas, la terapeuta le informó a la paciente sobre sus “grandes logros”, ya que C, se permitía decir no frente a lo que no deseaba y no le correspondía hacer, había logrado poner límites en situaciones que para ella lo requerían y se encontraba enfocada en sus necesidades, poniendo energía en sus estudios, su trabajo y su imagen. De hecho, en una sesión presenciada mediante observación no participante, C había mencionado que dejaría de realizar préstamos económicos a terceros ya que ella tenía planeado comprarse un auto el próximo año. Finalmente, en una entrevista la terapeuta informó que la suma de todos los pequeños cambios

expuestos anteriormente, brindaron a C una mejor autoestima, ya que ella había modificado su autoconcepto y al mismo tiempo sus modos de vinculación. De esta forma, mediante soluciones aparentemente simples (Nardone & Fiorenza, 2004), la paciente tomó conciencia de las conductas que generaban los problemas y al modificarlas alcanzó el cambio (Castillo Sotelo et al., 2018).

## 6. CONCLUSIONES

El objetivo general de este trabajo fue describir el proceso terapéutico de la paciente C, que presenta dificultades en vínculos interpersonales y baja autoestima, abordado en una Institución desde el modelo sistémico estratégico breve.

Mediante los instrumentos informados, se realizó una descripción de la problemática de la paciente en cuanto a sus vínculos interpersonales y baja autoestima, dando cuenta que C, ponía sus energías en los otros y no en ella misma, tomando de este modo las responsabilidades ajenas y desestimando sus propias necesidades (Castillo, 2015). Al mismo tiempo, se infirieron modos de comunicación que reforzaban este conflicto, ya que daban lugar a relaciones sin reciprocidad y en donde la paciente no era en ningún caso prioridad (Wainstein, 2006). Finalmente, a lo largo del proceso terapéutico se logró echar luz sobre uno de los factores preponderantes en su baja autoestima, su disconformidad con la percepción de su cuerpo (Raich, 2000).

Por otra parte, se llevó a cabo un análisis de las intervenciones realizadas por la terapeuta, dentro de las cuales, la piedra angular fue la validación, herramienta clave para validar sus sentimientos y al mismo tiempo evitar rechazo o culpas. Asimismo, esta intervención permitió dar lugar a intervenciones subsiguientes de carácter directivo (Nardone & Watzlawick, 1992). En este sentido, la terapeuta alentó a la paciente a realizar acciones distintas a las acostumbradas, permitiendo de este modo que los resultados sean diferentes (Ceberio, 2016). Por otra parte, la terapeuta tuvo en cuenta en todo momento las opiniones de la paciente, tomando su marco de referencia y haciéndola partícipe en cada estrategia (García Martínez, 2013). A su vez, se realizó una revisión de los logros alcanzados y se pactaron nuevos objetivos, demostrando la flexibilidad necesaria para llevar adelante el proceso terapéutico (Fisch et al., 1984).

Por último, se identificaron los cambios producidos en la paciente, en donde queda claro que C, pudo modificar sus patrones relacionales, poniendo límites a los otros, dándose prioridad a ella misma y enfocando sus energías en sus propios deseos y necesidades (Mansilla Izquierdo, 2002). Sus modos de comunicación fueron modificados, comenzó a expresar lo que sentía en el momento que lo requería y a decir no, frente a lo que no deseaba realizar, generando de este modo un cambio en sus vínculos (Rodríguez Bustamante, 2016). Estos movimientos, le permitieron identificar su

disconformidad con su imagen corporal e iniciar un nuevo camino para dedicarse a ello (Rius et al., 2000). En las últimas sesiones se trabajó con la constancia de acuerdo a las conductas que la llevarían a lograr su objetivo sin embargo, la paciente abandonó el tratamiento por lo que no se puede brindar mayor información en cuanto a cómo mantuvo este punto a lo largo del tiempo.

Respecto a las limitaciones del presente trabajo, se puede mencionar que a raíz del abandono del tratamiento por parte de la paciente, no se tuvo la oportunidad de evaluar su desempeño sobre la constancia en los nuevos hábitos implementados.

Por otra parte, si bien se obtuvo información de la primera entrevista mediante las entrevistas y la historia clínica, hubiera sido óptimo contar con la grabación de la misma considerando la relevancia que posee el primer encuentro con el paciente en cuanto a la información que brinda y las valoraciones fundamentales que surgen en este (Ceberio, 2016). En referencia con el contacto de seguimiento que realiza la terapeuta luego de finalizado el tratamiento, se observa un aspecto positivo ya que dicha comunicación es relevante y propia del modelo sistémico estratégico (Weakland et al., 1974), sin embargo, emerge un interrogante respecto a la información que se hubiera obtenido si se hubiera indagado sobre el desenvolvimiento de la paciente en cuanto a la constancia que debía mantener en el último tiempo.

Es importante mencionar que la experiencia de esta pasante al llevar a cabo el presente trabajo, fue completamente enriquecedora. Se valoran de sobremanera las herramientas y aportes recibidos tanto por la Institución Terapéutica como por la Institución Académica. Sin embargo, teniendo en consideración que tanto los modos de vinculación como la autoestima de las personas presentan diversas problemáticas que se rigen a través de patrones comunicacionales disfuncionales (Ordoñez Cruz & Moedano, 2016), surge la pregunta si estos podrían trabajarse e incluso en alguna medida hasta evitarse, si a nivel educativo se implementaran herramientas que brinden la posibilidad de aprender pautas comunicacionales satisfactorias a fin de mantener vínculos más saludables, como también identificar las potencialidades individuales y las propias capacidades para fortalecer la autoestima. Sobre todo, si se tiene en cuenta que lo que el sujeto perciba de sí mismo impactará en diversos aspectos a lo largo de su vida (Branden, 1995), al mismo tiempo que los vínculos son procesos psicológicos que influyen en el desarrollo humano (Fonagy, 1993).

Siendo que tanto la autoestima como las relaciones interpersonales resultan campos complejos y complementarios que determinan el bienestar general del individuo, sería un gran aporte que se realicen nuevas líneas de investigación respecto a los modos en que tales políticas de promoción puedan llevarse adelante en el ámbito educativo. Quizá una posible propuesta pueda ser la de crear un espacio en los contenidos curriculares escolares, donde pueda trabajarse con el auto-concepto ideal

que posea la persona (Góngora & Casullo, 2009) a fin de evitar que surja de éste una comparación que arroje una exigencia tal, que implique objetivos poco realistas, dando lugar a la frustración y minoración de la autoestima. Al mismo tiempo, sería oportuno llevar adelante estrategias que permitan entrenar la asertividad, ya que se encuentra íntimamente relacionada con la autoestima e impacta directamente en los vínculos interpersonales. La asertividad es entendida como la acción de comunicar de forma adecuada lo que la persona piensa o siente de manera consciente y directa, siendo congruente respecto a lo que dice y hace, como a su vez responsable sobre lo que su comunicación puede generar en el otro (Leal & Vidales, 2019). En otras palabras, la persona asertiva posee confianza en sí misma, acepta sus sentimientos y puede expresar oposición y afecto de forma sincera, haciéndose responsable de ellos y los da a conocer sin que se produzca ansiedad o agresividad, ya que defiende sus propios derechos pero también los de los demás (Naranjo Pereira, 2008). Para entrenar esta habilidad social podrían implementarse juegos de roles a fin de identificar pautas comunicacionales disfuncionales y proveer posibles nuevos modos de comunicación que le permitan a la persona mantener vínculos satisfactorios, respetando sus propios sentimientos y los de terceros.

Para concluir, es oportuno mencionar que la relevancia que poseen tanto la filiación como la estima, son puntos que han sido abordados desde numerosos enfoques, llegando todos a la conclusión que ambos impactan en el desarrollo y bienestar de las personas. Sin embargo, sería prometedor que la totalidad de los ámbitos educativos ofrezcan recursos para trabajar sobre reales y potenciales impactos negativos desde la niñez, ya que, como mencionan Milicic y Marchant (2020) la escuela como agente de enseñanza y socialización debería posibilitar un ambiente permeable al desarrollo del bienestar emocional, siendo necesario que las instituciones ejerzan un rol activo para la prevención y promoción de la salud mental. De este modo y considerando las limitaciones que éstas poseen al respecto, sería próspero invitar a recordar las preguntas de Watzlawick et al. (1976) *¿Cómo es que persiste esta indeseable situación?* y *¿Qué es preciso para cambiarla?*.

## 7. REFERENCIAS

- Aguilar, E. (2002). *Familias con autoestima. Cómo lograr el conocimiento y confianza en uno mismo*. Árbol Editorial. México.
- Arango Cálad, C. A. (2003). Los vínculos afectivos y la estructura social. Una reflexión sobre la convivencia desde la red de promoción del buen trato. *Investigación & Desarrollo*, 11(1), 70-103.
- Arango, M., Rodríguez, A., Benavides, M., & Ubaque, S. (2016). Los Axiomas de la Comunicación Humana en Paul Watzlawick, Janet Beavin, Don Jackson y su Relación con la Terapia Familiar Sistémica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 3(1), 33-50. doi: 10.21501/23823410.1887
- Asfora, A. (2015). La Complejidad de las Relaciones Humanas. *Revista Trazos*. Recuperado de: <http://revistatrazos.ucse.edu.ar/index.php/2015/10/27/relaciones-humanas-i/>
- Bateson, G. (1998). *Pasos Hacia una Ecología de la Mente*. Lohlé – Lumen: Buenos Aires.
- Beauregard, A., Bouffard, R. & Duclos, G. (2005). *Autoestima. Para quererse más y relacionarse mejor*. Narcea, S.A. de Ediciones: Madrid.
- Beltran, E. & Spuler, K (2019). Desde la Teoría del Apego Adulto a los vínculos afectivos. La Autorreflexión como recurso en terapia de pareja. *Revista Redes*, 39, 37-49
- Von Bertalanffy, L. (1987). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica: México
- Branden, N. (1995) *Cómo mejorar su autoestima*. Editorial Paidós: Barcelona.
- Calderón, P. C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con autodaño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología*, 18(1), 83-101. doi:10.5354/0719-0581.2009.17129
- Cardona Galeano, I. L. & Osorio Sánchez, Y. L. (2015). Uso de la metáfora en terapia familiar. Aportes al enfoque narrativo. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (44), 15-35.
- Casabianca R. & Hirsch H. (1987). *Como equivocarse menos en terapia*. Centro de publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Castelló, B. (2000). *Dependencia Emocional*. Editorial Alianza: Madrid.
- Castillo, M.E. (2015). Incidencias de Conductas Codependientes en la Comunicación Asertiva. *Revista Arbitrada del Cieg*, 20 177-191.

- Castillo Sotelo, M., Brito Sánchez, A.I. & Vargas Jiménez, R. (2018). Enfoque Breve Estratégico: un camino simple y efectivo para solucionar problemas complejos. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 257-271.
- Ceberio, M.R. (2016) Terapia breve sistémica: una breve introducción. Artículo presentado en las Jornadas provinciales de Psicología. *Cómo pensar las prácticas psicológicas: desafíos actuales*. Colegio de Psicólogos de la provincia de Bs As. Colegio de Psicólogos Distrito II: Trenque Lauquen. Argentina.
- Cornejo Troche, M. (2021). Terapia Breve Centrada en Soluciones en un Caso de Trastorno de Estrés Post Traumático. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 19(1), 160-194.
- Cornellà Font, M. G., Viñas Poch, F., Juárez López, J. R., & Malo Cerrato, S. (2018). El temperamento y el apego como factores predictivos del riesgo de adicción a sustancias en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23, 10.
- De la Peña Consuegra, G. & Velázquez Ávila, R. M. (2018). Some Reflections about General Theory of Systems and Systemic Approach in Scientific Research. *Revista Cubana de Educación Superior*, 37(2), 31-44.
- Espinal, I., Gimeno, A & Gonzalez, F. (2004). El Enfoque Sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, 14, 21-34.
- Eguiluz, L., Mendoza, A., Perez, J., Martínez, A., Osnaya, M., Herrera, J. & Rangel, A. (2003) *Dinámica de la Familia. Un enfoque Psicológico Sistémico*. Editorial Pax: México
- Fisch R. Weakland J. & Segal L. (1984) *La Táctica del Cambio*. Herder: Barcelona.
- Florez, E. V. & Ceballos J. W. (2020). *Perspectivas teóricas sobre relación terapéutica y cambio*. Universidad Católica de Pereira. Colombia.
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H. & Higgitt, A. (1993). Midiendo el fantasma en la guardería: un estudio empírico de la relación entre las representaciones mentales de las experiencias infantiles de los padres y la seguridad del apego de sus bebés. *Revista de la Asociación Psicoanalítica Estadounidense*, 41(4), 957-989.
- García Martínez, F. E. (2013). *Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y Aplicaciones*. RIL Editores: Chile

- Góngora, V. C., & Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(27), 179-194.
- Haley, J. (1980). *Terapia No Convencional. Las Técnicas Psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu: Buenos Aires.
- Hernández, M. A., Santiago, E. D. & Gijón, M. A. (2021). Apego y Relación de Pareja en jóvenes de 18 a 27 años. *Revista de Psicología de la Salud* 9(1). doi: 10.21134/pssa.v9i1.706.
- Kopec D. (2013). Qué y Cómo. *El diseño de la terapia estratégica*. Editorial Dunken: Buenos Aires.
- Laso Ortiz, E. (2015). Cinco Axiomas de la Emoción Humana: una Clave Emocional para la Terapia Familiar. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 143-158.
- Leal, K. M. & Vidales, M. B. (2019). Integración de la Terapia Cognitivo Conductual y Terapia Centrada en Soluciones en un Taller para el Aumento de la Autoestima y Asertividad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22 (2), 42-71.
- Leiva Pereira, J. E., & Concha Landeros, A. M. (2019). Autolesiones no suicidas y su relación con el estilo de apego en una muestra no clínica de adolescentes chilenos. *Salud & Sociedad*, 10(1), 84-99.
- Mansilla Izquierdo, F. (2002). Codependencia y psicoterapia interpersonal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (81), 9-19.
- Martínez Álvarez, J. L., Fuentes Martín, A., Orgaz Baz, B., Vicario Molina, I. & González Ortega, E. (2014). Vínculos afectivos en la infancia y calidad en las relaciones de pareja de jóvenes adultos: el efecto mediador del apego actual. *Anales de psicología*, 30, 211-220.
- Milicic, N. & Alcalay, L. (2020). Educación Emocional en el sistema escolar chileno: un desafío pendiente. *Horizontes y propuestas para transformar el sistema educativo* (pp. 53-62). Ediciones: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile
- Rius, M., Contreras, M. & Ribera, B. (2000). Aportaciones sistémicas sobre autoestima y autoconcepto en Educación para la Salud. *Revista Internacional de Sistemas*, 10, 25-38.
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3).

- Naranjo Pereira, M. L. (2008). Relaciones Interpersonales adecuadas mediante una Comunicación y Conducta Asertivas. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 8(1), 1-27.
- Nardone, G. & Fiorenza, A. (2004). *La intervención estratégica en los contextos educativos*. Herder: Barcelona.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El Arte del Cambio*. Herder: Barcelona.
- Navarro E., Tomás, J.M. & Oliver A. (2006), Factores Personales, Familiares y Académicos en Niños y Adolescentes con Baja Autoestima. *Boletín de Psicología* 88, 7-25.
- Ordoñez Cruz, B.Y. & Moedano, B.B., (2016). Proceso de terapia sistémica aplicado en un caso de autoestima. *Revista de Investigación Huella de la Palabra*, 10, 39-50.
- Pérez, C. y Rodríguez, P. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone Terapia Breve Estratégica: Una Realidad Inventada que Produce Efectos. *Clínica Contemporánea*, 1(1), 61-66.
- Platone, M. L. (2007). El Enfoque Ecosistémico en Terapia de Familia y de Pareja. *Artículos* (26) - 1.
- Prochaska, J. (1999). ¿Cómo cambian las personas, y como podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas más personas?. Centro para el desarrollo de la psicoterapia estratégica breve. *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*, p. 227-255.
- Pulgarín Jaramillo, A. E., & Fernández Vélez, E. E. (2019). La pregunta por la pregunta en la terapia familiar sistémica posmoderna. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, (3), pp.127-150. doi: 10.21501/25907565.3262
- Quintana Arias, D., Cardona García, L. M., Bolívar Restrepo, M. & Higueta Moreno, P. A. (2020). Pareja y familia. Construcciones en contexto. *Poiésis*, (38), 43-62. doi: 10.21501/16920945.3554
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal, conocer y valorar el propio cuerpo*. Pirámide: Madrid.
- Rodríguez-Bustamante, A. (2016). La comunicación familiar. Una lectura desde la terapia familiar sistémica. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 8, 26-43.
- Romero Iribas, A. M. & Martínez Priego, C. (2017). Topografía de las relaciones interpersonales en la postmodernidad: amistad y educación. *Revista Española de Pedagogía*, 75(267), 309-322. doi: 10.22550/ REP75-2-2017-08
- Sanchez, S. (2017). Apago Adulto y Satisfacción Afectiva-Sexual : ¿Cómo influye la familia de origen?. *Comillas*: Madrid

- Serrat Sastre, L., Kiskeri Aiguabella, A., Diaz Arnal, G. & Schlanger, K. (2018) Terapia breve y trauma complejo a través de un caso clínico en el Centro de Terapia Breve del Mental Research Institute. *Revista Apuntes de Psicología*, 36(3), 173-180.
- Vargas Rubilar, J. A. & Oros, L. B. (2011). Parentalidad y Autoestima de los hijos: Una revisión sobre la importancia del fortalecimiento familiar para el desarrollo infantil positivo; Universidad Peruana Unión; *Revista Apuntes Universitarios*, 1(1), 155-171
- Valdés Gallego, A. V., Ruiz Garro, G. E., Restrepo Ríos, J. A. & Cardona Muñoz, L. M. (2017). Aportes del constructivismo y la cultura matrizica a la terapia familiar sistémica. *Revista Universidad Católica Luis Amigó*, 1, pp. 276-292. doi: 10.21501/25907565.2660
- Villarreal Zegarra, D., & Paz Jesús, A. (2015). Terapia familiar sistémica: una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Revista Interacciones*, 1(1), 45-55. doi: 10.24016/2015.v1n1.3
- Voli, F. (2001). *Autoestima y Vida*. Editorial PPC: Madrid.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. JCE Ediciones: Buenos Aires.
- Watzlawick, P. (1992). *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación*. Herder: Barcelona.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1985). *Teoría de La Comunicación Humana*, Herder: Barcelona.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia Breve Estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de realidad*. Editorial Paidós: Barcelona
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1976). *Cambio*. Herder: Barcelona.
- Weakland J, Fisch R, Watzlawick P & Bodin A. (1974) Terapia breve: centrada en la resolución de problemas. *Family Process*, 13, 141-68.