

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

TÍTULO: DIFICULTADES PARA CONFORMAR Y MANTENER VÍNCULOS
INTERPERSONALES

Un caso de estudio acerca de la construcción del motivo de consulta y el proceso terapéutico desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve.

Autor: Más, Analia
Tutor: Ignacio Constantino
22/07/2021

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1 Objetivo general:	2
2.2 Objetivos específicos:	2
3. Marco Teórico	3
3.1 Antecedentes del Modelo Sistémico Estratégico Breve.....	3
3.2 Terapia Sistémica Estratégica Breve.....	5
3.2.1 Bases y principios	5
3.2.2 El proceso terapéutico y sus etapas.....	8
3.2.3 Intervenciones Terapéuticas.....	13
3.2.4 Cambio.....	18
4. Metodología	22
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.2 Participantes	22
4.3 Instrumentos.....	22
4.4 Procedimiento.....	23
5. Desarrollo	23
5.1 Presentación del caso	23
5.2 Describir el proceso de co-construcción del motivo de consulta de la paciente desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve	23
5.3 Analizar las intervenciones terapéuticas aplicadas desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve como respuesta al motivo de consulta construido.	27
5.4 Describir los cambios que presenta la paciente a partir de las intervenciones aplicadas a lo largo del proceso terapéutico.	32
6. Conclusiones	35
7. Referencias Bibliográficas	40

1. Introducción

El presente trabajo se realizó bajo el marco de la Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Psicología en la Universidad de Palermo.

La práctica, de aproximadamente 280 horas, se desarrolló durante el segundo cuatrimestre del año 2020 en una Institución de Psicoterapia con enfoque Sistémico Estratégico Breve situada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La institución brinda atención psicológica individual, a parejas, familias, niños y terapia de grupo; ofrece además formación y capacitación profesional a través de su Programa de Iniciación Profesional (PIP).

Sobre las actividades realizadas, se efectuó la observación no participante de sesiones terapéuticas sobre diversas problemáticas, y encuentros teóricos semanales a fin de trabajar la teoría del Modelo Sistémico Estratégico Breve y sus aplicaciones.

En este espacio, se analizó la construcción del motivo de consulta y el proceso terapéutico de una paciente de 29 años de edad con dificultades para conformar y mantener vínculos interpersonales a través de la observación no participante de la cámara Gesell Online, entrevistas a la terapeuta del caso y capacitación sobre el Modelo Sistémico Estratégico Breve (desarrollado por el Mental Research Institute - MRI).

Durante el tratamiento -a pesar de la distancia geográfica- este modelo de terapia, por medio de la utilización de la cámara Gesell Online, permitió observar buenos resultados en la conformación de la alianza terapéutica entre consultante-terapeuta, así como los progresivos cambios conductuales en la paciente a partir de las intervenciones estratégicas implementadas. Por este motivo, este caso resultó de especial interés.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general:

Analizar la construcción del motivo de consulta y proceso terapéutico de una paciente en el marco de una institución de psicoterapia con orientación sistémica.

2.2 Objetivos específicos:

1. Describir el proceso de co-construcción del motivo de consulta de la paciente desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve.
2. Analizar las intervenciones terapéuticas aplicadas desde el Modelo Sistémico Estratégico Breve como respuesta al motivo de consulta construido.

3. Describir los cambios que presenta la paciente a partir de las intervenciones aplicadas a lo largo del proceso terapéutico.

3. Marco Teórico

3.1 Antecedentes del Modelo Sistémico Estratégico Breve

El Modelo Sistémico Estratégico Breve es un modelo de terapia que surge en el año 1966 por parte de investigadores como Paul Watzlawick, Richard Fisch y Jhon Weakland quienes formaron parte del Centro de Psicoterapia Breve del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California, bajo la Dirección Teórica de Gregory Bateson y la Dirección Clínica de Don D. Jackson (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976).

Este modelo no corresponde a una determinada formulación teórica, ya que no cuenta con un cuerpo doctrinal que defina lo sano y lo insano para corregir las anomalías de la mente y la conducta humana (García, 2013). Por ello, se asienta sobre distintas bases teóricas como la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética, la Pragmática de la Comunicación Humana, la Hipnosis Ericksoniana y el Constructivismo (Ceberio, 2016).

A fin de comprender el aporte de las mencionadas bases teóricas, se describe a continuación la injerencia de las mismas.

El Modelo Sistémico Estratégico Breve considera la interacción como un sistema, y la Teoría General de los Sistemas permite comprender la naturaleza de los sistemas interaccionales. Se define a un sistema como un grupo de elementos que se relacionan entre sí de forma interdependiente. A su vez, un sistema está compuesto por sistemas menores o subsistemas, donde lo que sucede con alguno de los elementos pertenecientes a cada sistema, afecta al sistema en su totalidad (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991). Por otro lado, un sistema puede clasificarse como cerrado o abierto. Los sistemas cerrados no intercambian información con el medio; en cambio, los sistemas abiertos son aquellos que sí intercambian información con el medio y, adicionalmente, cuentan con las siguientes propiedades: *totalidad*, refiere a que las partes están relacionadas entre sí y la modificación de una parte modifica la totalidad del sistema; la *retroalimentación o feedback* que hace referencia al proceso mediante el cual un sistema abierto recoge información sobre los efectos de sus acciones con el medio -información que actúa sobre las acciones sucesivas-, ésta puede ser positiva o negativa según haya o no un cambio en el sistema más allá de lo beneficioso o perjudicial que pueda resultar; y la

equifinalidad, relacionada a la producción de los procesos más allá de las condiciones iniciales del sistema, donde el sistema -a partir de distintas condiciones iniciales y por distintos caminos- llega a un mismo estado final (Bertalanffy, 1968).

La Cibernética analiza las retroalimentaciones, las regulaciones, los controles de estabilidad y la naturaleza de la información y su transmisión dentro de los sistemas complejos (Fernández Moya, 2006). Ésta, al ser aplicada a las relaciones humanas y su interacción, contribuyó a la gestación de la *pragmática de la comunicación* (García, 2013).

Watzlawick et al. (1991) en su escrito sobre la Teoría de la Comunicación Humana, señalan el aspecto pragmático de la comunicación, donde toda conducta es comunicación, y toda comunicación afecta a la conducta. Por su lado, Watzlawick (1992, como se citó en García, 2013) expone que desde la visión pragmática, se observa la interacción de la conducta con su contexto, como también las totalidades y patrones de conducta redundantes.

En adición, la Teoría de la Comunicación Humana abarca los cinco axiomas que establecen los principios básicos de la comunicación y la relación entre emisores y receptores: 1. es imposible no comunicar; 2. toda comunicación tiene un aspecto digital y un aspecto analógico, 3. toda comunicación tiene niveles de contenido y niveles de relación, 4. la puntuación de la secuencia de los hechos, y 5. toda comunicación puede ser simétrica o complementaria.

El esbozo de estos axiomas rompe con la visión unidireccional o lineal de la comunicación del modelo lineal de Shannon y Weaver, conocido como el *modelo telegráfico*. Es así como hay un pasaje al *modelo orquestal de la comunicación* propuesto por la escuela de Palo Alto, donde la esencia de la comunicación reside en procesos de relación e interacción; donde todo comportamiento humano tiene un valor comunicativo, y donde los trastornos psíquicos reflejan perturbaciones de la comunicación. A su vez, los axiomas de la comunicación valen para comprender que la comunicación no es sólo cuestión de acciones y reacciones, es algo más complejo y debe pensarse desde un enfoque sistémico a partir del concepto de intercambio (Rizo García, 2011).

La Hipnoterapia Ericksoniana puede pensarse como una extensión lógica de la técnica hipnótica. Esta se basa en la habilidad para observar a las personas y a sus complejos modos de interacción para así motivarlas a que sigan directivas e influir en ellas mediante las palabras, el tono de voz y los movimientos del cuerpo. Este enfoque, alienta la concepción de que los individuos son modificables, y el espacio y el tiempo personal, maleables. Con su perspectiva

relacional aporta eficientes formas de aplicación en el ámbito clínico ayudando a los individuos a ganar mayor autonomía (Haley, 1973).

Por último, el Constructivismo permite entender el modo particular de ver las cosas del sujeto abandonando la visión realista tradicional en cuanto a que las cosas y la realidad existen independientemente del observador; y para quienes el conocimiento no es una copia de la realidad, sino una construcción mental a partir de nuestro propio marco mental, nuestras experiencias, nuestras relaciones, etc. (Serrat Sastre, Kiskeri Aiguabella, Diaz Arnal & Schlanger, 2018).

3.2 Terapia Sistémica Estratégica Breve

3.2.1 Bases y principios

La terapia sistémica estratégica breve es una modalidad de intervención que permite ajustarse a las demandas actuales, orientándose a la efectividad y a acortar el período de psicoterapia (García, 2013).

Con acento en lo pragmático, no solo por la visión de las relaciones humanas y la comunicación, sino por su preocupación en lograr un cambio efectivo en el más corto plazo, la importancia otorgada al paciente y su involucración en la formulación de los objetivos y en la definición del problema, teniendo en cuenta su lenguaje, valores, creencias, expectativas y motivaciones (García, 2013).

La terapia sistémica estratégica breve, como afirman Hirsch y Rosarios (1987), tiene como objetivo la modificación de las conductas en el menor tiempo posible. Es por ello que el tiempo es una limitante que debe tenerse en consideración para evitar que esta se vuelva previsible y menos eficaz. Por estos motivos, este modelo define un límite de 10 sesiones (Cazabat & Urretavizcaya, 2007) y una extensión no mayor a 12 sesiones en busca de promover un cambio y romper la pauta que mantiene el problema y el sufrimiento de la persona, así como la redefinición de la situación y la consiguiente modificación de las percepciones y concepciones del mundo que llevan a la persona a respuestas disfuncionales (García, 2013).

Este modelo de terapia no promueve una simple anulación de la sintomatología del paciente; al mismo tiempo, lo posiciona en otra condición de percibir la realidad y todo lo que ello implica, como destrabar el bloqueo del proceso de crecimiento, reducir la angustia y la

ansiedad, modificar conductas rigidizadas, mejorar los vínculos interpersonales y establecer un bienestar consigo mismo (Ceberio, 2016).

Asimismo, el modelo apunta a un ideal de autonomía e independencia de las personas. Este principio se basa en la convicción de que las personas, si se les da la oportunidad, poseen los recursos necesarios para funcionar por sí mismas (Hirsch & Rosarios, 1987). Es por ello que al consultante se lo considera potencialmente capaz de enfrentar de un modo distinto el problema por el cual consulta y de esta forma obtener resultados deseados (Kopec, 2007).

En este sentido, el enfoque estratégico breve presupone que el consultante reconoce lo que es bueno para él y que posee los recursos para lograr el bienestar, por este motivo el terapeuta recurre a utilizar todo aquello que el individuo es con el fin de ayudarlo a lograr una vida más satisfactoria (Hirsch & Rosarios, 1987).

Lo que hace que una terapia sea estratégica es, según Haley (1973), la actitud del terapeuta, siendo éste quien inicia lo que ocurre en ella y diseña de modo activo un enfoque particular para cada problema. Entonces, la iniciativa y responsabilidad están en el terapeuta, orientándose a influir directamente en el paciente de tal modo que se produzca un cambio.

El terapeuta está orientado a observar la pauta del problema y a romper su rigidez; entendiéndose como problema una construcción cognitiva, una interpretación de hechos y acciones que el sujeto adopta a partir de esa interpretación y que no le permiten resolver la situación de manera favorable (García, 2013).

De esta forma, el terapeuta observa el intercambio circular de información entre los integrantes de un sistema donde una conducta "a" afecta a "b", que a su vez afecta a "c", que produce "d" y que lleva de nuevo a "a". En estos patrones de circularidad, se forma una especie de círculo vicioso en donde la persona se ve afectada por los efectos de estas relaciones interpersonales patológicas sin ser consciente de su responsabilidad. Por tanto, tiende a repetir el mismo patrón desadaptado de conducta (Camacho, Orozco, Ybarra & Campeán, 2015). De esta manera, un problema se sostiene por elementos cognitivos, comportamentales y contextuales que interactúan entre sí autoafirmándose (Wainstein, 2006); y dónde la causa de éste se sitúa en el exterior, en las relaciones interpersonales (Camacho et al., 2015).

Es importante mencionar que según este modelo de terapia, la información sobre el pasado del sujeto representa sólo un medio para disponer de las mejores estrategias para la resolución del problema actual. El terapeuta, desde el primer encuentro con el paciente, en vez

de estudiar el pasado, centrará su interés y valoración en el presente y en la interacción de tres áreas de relación -la relación del sujeto con sí mismo, con los demás y con el mundo- que son componentes inevitables de la existencia y relaciones de todo individuo y donde si una de estas categorías de interacción no funciona bien, las demás dejarán de funcionar correctamente.

También, pondrá foco en cómo funciona el problema en el interior de ese sistema relacional; cómo el sujeto ha intentado hasta el presente resolver el problema, no centrándose en el porqué, sino sobre el *qué* es en la actualidad para luego examinar *cómo* modificarlo a través de diversas intervenciones (Watzlawick & Nardone, 1992).

El terapeuta, luego de co-construir con el paciente el motivo de consulta y definición del problema, analizará el sistema perceptivo-reactivo disfuncional que lo mantiene para luego establecer el objetivo de la terapia y aplicar las estrategias para la resolución del problema presentado (Wainstein, 2006).

Sobre la viabilidad del tratamiento, es primordial que se establezca una *alianza terapéutica*, entendiendo a ésta como una relación consciente que implica colaboración y acuerdo entre el consultante y terapeuta. Esta alianza debe estar basada en tres pilares que le darán fuerza y calidad: el vínculo, las tareas y las metas (Bordin, 1979). Es por esto que la relación consultante-terapeuta requiere de entrega, empatía y calidez (García, 2013).

El tratamiento se lleva a cabo dentro de los sistemas relacionales, donde será necesario entender qué está impidiendo que el problema sea resuelto. El foco de atención ya no es el individuo, sino las características de la organización del sistema al que pertenece. Es por ello, que las personas con vínculos estrechos son un gran recurso para generar el cambio y para mantener los beneficios terapéuticos (Camacho et al., 2015).

Si el tratamiento funciona, se observará una reducción de los síntomas, así como un cambio progresivo en cómo el paciente se percibe a sí mismo, a los demás y al mundo; y donde su observación de la realidad se irá desplazando de la rigidez del sistema perceptivo-relacional que alimentaba el problema, con un progresivo aumento de la autonomía personal y autoestima (Watzlawick & Nardone, 1992).

Asimismo, Whaley (2006, como se citó en Camacho et al., 2015) señala que la terapia sistémica no tiene como objetivo modificar las estructuras de la personalidad, sino focalizar las intervenciones en las relaciones interpersonales que están generando algún problema en el individuo. Se trata entonces de lograr cambios en ciertos comportamientos que generan

sufrimiento en la vida cotidiana, desde una mirada interaccional y no individual (Serrat Sastre et al., 2018).

Cabe destacar, que si bien existen otras metodologías utilizadas por este modelo de terapia para el análisis clínico, la cámara Gesell constituye uno de gran importancia. Se trata de un dispositivo que permite observar la conducta humana a partir de un vidrio de visión unidireccional. Este dispositivo es utilizado en áreas como la supervisión, la docencia y el trabajo en equipo, permitiendo a este último la interacción equipo-terapeuta-sistema consultante. De esta manera, se origina un doble nivel de observación e interacción más eficaz que aquel formado tan solo por el terapeuta-consultante, logrando de esta forma la co-terapia.

Dicha modalidad aporta múltiples beneficios, como la libertad que brinda al terapeuta de sumergirse y/o distanciarse de lo que está sucediendo y sobre todo, la capacidad de poder expresar las emociones en relación con lo que está sucediendo debido a la posibilidad de objetivar una experiencia subjetiva en tanto la misma sea compartida con otros (Flichman, 2007).

Por otra parte, la utilización de la cámara Gesell permite que el equipo terapéutico opere con mayor perspectiva debido al involucramiento más distante. Asimismo, esta herramienta brinda guía y protección al terapeuta, proporcionándole opiniones alternativas y distintos puntos de vista con relación a una misma problemática y a lo que está sucediendo con el caso en particular (Selvini Palazzoli, 1990; Shazer, 2004).

3.2.2 El proceso terapéutico y sus etapas

El proceso terapéutico, al cual puede referirse como sistema consultante, está constituido por un terapeuta y un consultante; es decir, alguien que solicita ayuda, alguien que se presta para darla y que cuenta con las competencias y legitimidad para facilitar la ayuda solicitada, y un marco y entorno adecuados (Wainstein, 2006).

Wainstein (2006) señala que las interacciones entre terapeuta-consultante en el marco del proceso terapéutico suponen ciertos pasos o etapas, las cuales pueden mezclarse entre sí a lo largo del proceso.

La primera etapa consta de la *pre-entrevista*, que abarca el recorrido del consultante hasta llegar a la consulta, quién lo recomendó y qué intención tuvo.

Como segunda etapa, *etapa social o de establecimiento de la relación*, el terapeuta y consultante se conocen y comienzan a establecer cierta confianza. Asimismo, se establecen las reglas del juego y se explica la modalidad de tratamiento.

Durante la tercera etapa, el terapeuta busca *definir y co-construir el motivo de consulta* o problema que condujeron al consultante a pedir ayuda (Wainstein, 2006).

Será de suma importancia iniciar registrando la *queja inicial*, siendo la información en bruto que trae al paciente a la consulta y que manifiesta como aquello que más lo aqueja e interfiere en su vida cotidiana. En esta instancia, el paciente lleva sus dificultades a la consulta y las comunica al terapeuta desde un pre-relato. Este pre-relato plantea la queja inicial del paciente, y sugiere además lo que el paciente está dispuesto a hacer (Casabianca & Hirsch, 2009).

Luego, una vez registrada la queja inicial, entre terapeuta y paciente se co-construye el motivo de consulta determinando el problema que el paciente eligió como más importante o más urgente, el cual puede coincidir parcialmente con la queja inicial (Casabianca & Hirsch, 2009).

Entonces, el proceso de co-construcción del motivo de consulta implica la definición del problema, esto quiere decir, poder plantear, describir y acordar con el paciente -siempre situándose en el contexto social pertinente- las conductas que lo componen, para luego poder incluir una evaluación y ponderar la posibilidad de resolución (Wainstein, 2006).

El terapeuta debe saber cómo formular un problema y resolverlo, teniendo en cuenta la situación social del paciente y su sistema. Se llama *resolución de problemas* a la capacidad de poder reemplazar un procedimiento ya constituido e intentado, que falla, por otro que está en proceso de constituirse y que logre ser exitoso (Haley, 1980).

Es importante mencionar que puede ser necesario más de un encuentro para arribar a la definición particular de la problemática (Watzlawick & Nardone, 1992).

Asimismo, en ciertas ocasiones, el consultante posee inconvenientes para describir el problema o no sabe cómo hacerlo en forma concreta. Los circuitos que definen o perpetúan el problema son más fáciles de comprender si se pueden describir las conductas que los componen. Muchas veces, cuando el terapeuta logra armar el circuito junto con el paciente y se verbaliza, el consultante adquiere otra mirada sobre la queja que lo trajo a terapia (Kopeck, 2007).

En esta etapa, el terapeuta tiene un interrogante que esclarecer: qué ha llevado a esta persona a buscar ayuda en este momento, y para esto realiza generalmente las siguientes

preguntas: “¿Qué lo ha traído hasta acá?”, o bien, “¿Qué desearía contar?” (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

En este contacto, el terapeuta no pregunta cuál es el problema, haciéndolo podría contribuir a una distinción de tipo sano/patológico y, aceptando implícitamente la presencia de un problema, definiría los objetivos futuros (Boscolo & Bertrando, 1987). Tampoco el terapeuta asume una queja como una demanda, ya que una queja del consultante no implica necesariamente que esté pidiendo ayuda respecto a ese tema (Morejón & Beyebach, 1994).

De esta forma, se detecta un núcleo común donde distintos autores concuerdan: es el consultante el que debe realizar una solicitud concreta de ayuda, y quien relata y describe las razones y los problemas que lo han llevado al encuentro.

En casos donde el paciente transmite varios problemas, se le pregunta cuál es la más importante, y con el fin de lograr mayor especificidad sobre el tema se realizan las siguientes preguntas: “¿Qué hace usted debido a su problema que usted quiere dejar de hacer, o hacer de una manera diferente?” y “¿Qué le gustaría hacer y con lo que su problema interfiere para que lo haga ahora?” (Weakland et al., 1974).

También, en esta etapa, el terapeuta indaga sobre los intentos ya realizados para solucionar el problema y sobre los efectos de estos intentos. Como se ha mencionado, desde la visión sistémica la conducta problema sólo persiste cuando es reforzada repetidamente en el curso de la interacción social entre el paciente y otra gente significativa. Es justamente lo que el paciente y aquellos otros están haciendo en sus esfuerzos para tratar con el problema lo que causa la manutención o exacerbación de éste (Weakland et al., 1974).

Por ello, para revertir el problema y reencausar al sujeto y/o al sistema es necesario alterar los patrones redundantes de interacción y percepción como las mismas reglas que lo sustentan (García, 2013).

Como cierre de la etapa, se introducen generalmente preguntas como: “¿Qué espera usted de este encuentro? ¿Qué espera que pueda ocurrir después de todos estos encuentros? ¿Qué desearía que cambiara en su vida?”, o bien, “¿Cuál sería para usted el mínimo suficiente que debiera cambiar? ¿En qué cree usted que yo lo puedo ayudar?”, etc.

Luego, en el caso de que el terapeuta considere la existencia de una indicación como para sugerir la terapia, se lo comunica al consultante y si este lo acepta se prosigue con el contrato terapéutico (Boscolo & Bertrando, 1987).

Morrison (2014) considera esta instancia del proceso terapéutico sumamente importante, donde el consultor requiere técnica y grandes habilidades terapéuticas, siendo un buen entrevistador aquel que con su estilo particular de entrevistar pueda obtener la mayor cantidad de información en el menor tiempo posible

El proceso de co-construcción del problema entre el terapeuta y el paciente debe dar como resultado una definición en términos de conductas que puedan ser observadas, siendo más fácil de comprender el objetivo y evaluar los efectos de la terapia de manera concreta (Kopec, 2007).

Una vez definido el motivo de consulta, debe indagarse cuál es la circunstancia actual, cómo el problema tiene lugar ahora, con quiénes se presenta, con qué intensidad, etc. (Casabianca & Hirsch, 2009). Esto, facilitará el armado y fijación de las metas y objetivos del tratamiento de manera conjunta (Wainstein, 2006). Asimismo, Shazer (1985, como se citó en García, 2013) señala que las descripciones de los consultantes cuando se les pregunta por el motivo de consulta pueden servir para encontrar el tipo de intervención más adecuado.

La cuarta etapa, se centrará en *establecer las metas del tratamiento*. Esto implica el delinear metas y objetivos claros en términos de conducta concreta y observable para minimizar cualquier posibilidad de incertidumbre o negación posterior. Definir las metas y objetivos del tratamiento actúa tanto como una sugerencia positiva que el cambio es factible en el tiempo asignado, otorgando también un criterio de cumplimiento terapéutico para el terapeuta y el paciente (Weakland et al., 1974).

El establecer una meta mínima que lleve hacia el objetivo de la modificación del problema es sumamente importante. Una meta mínima sugiere una acción que involucra un pequeño cambio en dirección al objetivo final, lo cual no implica establecer una reestructuración total de la situación-problema de inmediato, ya que solamente se podrá alcanzar paso a paso. Este último concepto, también denominado *step by step*, es la noción mediante la cual se sostiene que un cambio mínimo en la cadena de acciones del circuito recursivo puede provocar nuevos cambios, ya que se modifica sustancialmente la circularidad del sistema generador del problema. Por otra parte, el *step by step*, como planteo de metas mínimas, posibilita disminuir la atención y ansiedad que genera el tratamiento mismo, ya que el hecho de trazar objetivos mayores puede sentirse muy distante para el paciente, provocando impotencia de concretarlo y aumentando así la resistencia a la modificación del problema (Ceberio, 2016).

Como quinta etapa, una vez fijadas las metas y objetivos, el terapeuta despliega y pone en marcha *las estrategias* más adecuadas para el cambio.

El terapeuta estratégico breve cuenta con una serie de herramientas técnicas con el propósito de intervenir. Éste, ha de valorar caso por caso, si es más eficaz alterar el sistema perceptivo reactivo disfuncional del paciente individual interviniendo directamente sobre él y produciendo, por reacción en cadena, la modificación de todo el sistema relacional interpersonal; o bien, si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales, ampliando la terapia a más sujetos, de modo que, como consecuencia del cambio de las secuencias interactivas de varias personas, cambie también el sistema perceptivo reactivo de la persona individual problemática (Ceberio, 2016).

En esta etapa, el terapeuta actúa como el facilitador de los pasos que llevarán a cumplir los objetivos fijados. En este contexto, se entiende por intervención a aquello que surge de una estrategia deliberada a partir de la cual se escogen ciertos datos y se busca influir en cierta dirección (Wainstein, 2006).

Como etapa final, el terapeuta lleva a cabo *la evaluación y cierre del trabajo*. El cierre de la terapia debe realizarse en un tiempo relativamente limitado teniendo en cuenta los resultados obtenidos y el grado de satisfacción del paciente. Desde el punto de vista del terapeuta, el momento indicado para el cierre es aquel en el cual continuar con el tratamiento ya no traería ningún beneficio adicional al paciente (Figuroa & Hirsch, 2007).

Es aquí donde habrá señales de algún cambio, pudiendo ser positivo, parcialmente positivo, en progreso o totalmente cumplido en lo que respecta al motivo de consulta y objetivos fijados. Asimismo, el cambio puede reflejarse como negativo si el trabajo no ha resultado (Wainstein, 2006).

En esta etapa, el terapeuta realiza una revisión del curso del tratamiento con el paciente, dándole el máximo del crédito por sus logros y advirtiéndole cualquier tema no resuelto. También puede recordarle que su tratamiento no estaba dirigido a conseguir soluciones finales, sino un hallazgo inicial sobre el cual él mismo puede construir posteriormente (Weakland et al., 1974).

Para finalizar, el terapeuta se expresa sobre el probable futuro más allá de la terminación, comúnmente sobre la disposición del paciente para ser contactado para una entrevista de seguimiento en alrededor de tres meses (Weakland et al., 1974).

3.2.3 Intervenciones Terapéuticas

Las estrategias o intervenciones destinadas a la solución del problema son prácticas comunicacionales mediante las cuales el terapeuta orienta modos de facilitar cambios en el paciente (Wainstein, 2006).

Considerando lo mencionado, Watzlawick y Nardone (1992) señalan que la comunicación y la interacción entre paciente-terapeuta representan de por sí una contribución al cambio. Tal es así, que la sola comunicación que se da entre paciente y terapeuta en el transcurso del proceso terapéutico pueden producir efectos terapéuticos, siendo entonces el proceso mismo de la terapia una estrategia de intervención.

Hirsch & Rosarios (1987) definen a las intervenciones como todas las acciones planificadas por el terapeuta con el objetivo de lograr mayor motivación en el consultante y, por lo tanto, un cambio terapéutico. Estos cambios refieren a conductas, creencias y a la organización de las interacciones y relatos a través de los cuales el paciente describe el mundo (Wainstein, 2006).

Un supuesto fundamental del enfoque estratégico de la terapia, se basa en que la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia. Es por esto que el terapeuta al preparar las estrategias de intervención se consignará a las técnicas ya utilizadas con éxito en aquel tipo concreto de problema, pero, partiendo de las características propias del paciente, utilizará los procedimientos para el caso determinado (Watzlawick & Nardone, 1992).

Por otro lado, Haley (1980) plantea que para resolver los problemas del paciente el terapeuta no debe adoptar un enfoque rígido y estereotipado, ya que por más que ciertas intervenciones resulten eficaces para ciertos problemas, ningún método terapéutico puede manejar exitosamente la gran gama de casos que se le presentan. Entonces, el terapeuta necesita flexibilidad y espontaneidad, combinando procedimientos ya conocidos con técnicas innovadoras.

Las más consolidadas estrategias de intervención que se emplean en terapia pueden dividirse en dos grandes categorías: las acciones y comunicación terapéuticas; y las prescripciones de la conducta (Watzlawick & Nardone, 1992).

Dentro del primer grupo, se encuentra el empleo del *lenguaje del paciente*; la aplicación de *anécdotas, relatos y lenguaje metafórico*; *el evitar las formas lingüísticas*; *la reestructuración*; el uso de las *paradojas* y el uso de *la resistencia* (Watzlawick & Nardone, 1992).

Aprender y emplear el lenguaje del paciente es una técnica de comunicación que proviene de la hipnosis ericksoniana. Adoptar el lenguaje del paciente, verbal como no verbal, promueve un entorno de comodidad que posibilita el poder de influir con sugerencias y prescripciones. Normalmente, los pacientes oponen inconscientemente cierta resistencia al cambio, y con esta estrategia de comunicación la probable resistencia disminuye. Para que este procedimiento comunicativo produzca efecto debe llevarse a cabo con gran naturalidad y sin que parezca una maniobra artificiosa (Watzlawick & Nardone, 1992).

Otra importante modalidad de comunicación terapéutica es el uso de metáforas, anécdotas, relatos y breves historias acontecidas a otras personas. Esta estrategia permite la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que una persona pone en práctica ante los personajes y las diversas situaciones de un relato. Esta modalidad minimiza la resistencia, ya que la persona no es sometida a exigencias u opiniones directas sobre su forma de pensar y comportarse, y donde el mensaje llega en forma velada (Watzlawick & Nardone, 1992).

La reestructuración, a la cual Schaefer (2013) refiere como reencuadre o reformulación, es considerada como una de las más sutiles técnicas de persuasión.

El reencuadre o reestructuración consiste en pensar la situación problemática desde nuevos puntos de vista. Esto se logra desplazando el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase, a la pertenencia igualmente válida a otra. Lo que hace que la reestructuración sea un instrumento poderoso de cambio es el hecho de que, una vez percibida la pertenencia alternativa de un miembro a otra clase, ya no se puede volver fácilmente a la sensación de callejón sin salida de la visión de partida (Caliri Picón & Traverso, 2019).

La reestructuración, además, puede tener diversos niveles de complejidad, que abarcan desde simples redefiniciones cognoscitivas de una idea o de un comportamiento hasta complicadas reestructuraciones paradójicas, pasando por el uso de metáforas y sugerencias evocativas (Watzlawick & Nardone, 1992).

Asimismo, los reencuadres pueden realizarse de forma directa o indirecta. Un reencuadre directo se realiza de manera deliberada y explica nuevos significados. Estos pueden efectuarse utilizando dos recursos: la connotación positiva de un aspecto que se considera negativo, o bien, realizando una redefinición en la que se intenta reubicar un hecho en otra categoría conceptual que le permitan al paciente generar nuevos significados. Los reencuadres indirectos se realizan a través

del empleo de analogías, metáforas o historias para provocar nuevas asociaciones (Schaefer, 2013).

Otro tipo de reencuadre es la *reformulación panorámica*. Esta técnica apunta a crear un marco general histórico en el cual los acontecimientos que relata el paciente, muchas veces de modo disperso, son encadenados por el terapeuta de manera tal que desembocan en el presente. De esta manera, se le muestra al paciente el recorrido realizado, la situación actual y las vías posibles de acción. La narración de los hechos por parte del terapeuta crea un clima especial y, a la vez, genera expectativa creciente en el paciente (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).

El evitar las formas lingüísticas negativas, valdrá para evitar que el paciente se sienta culpabilizado, para rehuir a las reacciones de rigidez y rechazo, así como para disminuir la resistencia. Entonces, en lugar de criticar y negar la actuación del paciente, aun cuando ésta parezca errónea o disfuncional, resulta mucho más eficaz gratificar a la persona y, por medio de esta gratificación, impartir órdenes orientadas a la modificación de su conducta (Watzlawick & Nardone, 1992).

El uso de la paradoja representa un medio eficaz en situaciones perceptivo-reactivas y rígidas que se caracterizan por la presencia de sintomatologías comportamentales redundantes. La paradoja posee la propiedad de perturbar los círculos viciosos y recurrentes de soluciones ya intentadas por el paciente, ya que pone en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella (Watzlawick & Nardone, 1992). En esta técnica el terapeuta no trata de modificar de forma abierta ni directa el sistema, sino que lo apoya y respeta la lógica afectiva interna con que se desenvuelve. La paradoja es una técnica que a veces busca que se incrementen los comportamientos no deseables con objeto de hacer evidente la posibilidad de control sobre ellos. Otras veces la paradoja introduce expresiones sorprendentes con objeto de contribuir al distanciamiento del problema (Espinal, Gimeno & González, 2016).

Una de las técnicas derivadas de la paradoja es el aprovechamiento terapéutico de la resistencia. Es beneficioso que la resistencia misma, primero se prescriba paradójicamente y luego se utilice. Esto es posible creando un doble vínculo terapéutico, donde se coloca al paciente en una situación paradójica en la que su resistencia o rigidez para con el terapeuta llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia. De esta forma, la función prioritaria de la resistencia queda anulada y se utiliza su fuerza para promover el cambio. Es así

como la resistencia prescrita deja de ser resistencia y se convierte en cumplimiento (Watzlawick & Nardone, 1992).

Como segundo grupo de estrategias de intervención, las prescripciones de comportamiento han de realizarse fuera de las sesiones terapéuticas. Éstas tienen gran importancia en el camino hacia el cambio, ya que para cambiar hay que pasar por experiencias concretas. Asimismo, desempeñan la función de hacer vivir estas experiencias concretas de cambio y el hecho de que el paciente actúe de forma activa, sin la presencia directa del terapeuta, es la mejor demostración que puede darse a sí mismo sobre su capacidad de cambiar la situación problemática (Watzlawick & Nardone, 1992).

Sobre esta técnica, se emplean las prescripciones de conducta directas e indirectas.

Las prescripciones de conducta directas consisten en indicaciones directas y claras sobre acciones a realizar que tienden a la resolución del problema o al cumplimiento progresivo del objetivo planteado (Wainstein, 2006).

Las prescripciones de conducta indirectas se basan en imposiciones que enmascaran su verdadero objetivo, atrayendo la atención del paciente hacia alguna otra problemática que reduzca la intensidad del problema actual que presenta. Las prescripciones de comportamiento paradójicas resultan muy eficaces al prescribir el comportamiento sintomático mismo, colocando al sujeto en una situación paradójica de realizar voluntariamente aquello incontrolable y que ha intentado evitar (Watzlawick & Nardone, 1992). Al convertir el síntoma en voluntario, este pierde su valor ingobernable y, por consiguiente, su carácter sintomático (Wainstein, 2006).

Accionar sobre las pautas o patrones de comportamiento, es otro de los modos de intervención. Los patrones o modos regulares de hacer las cosas ayudan a las personas a organizar la experiencia, las percepciones y la conducta; y, al mismo tiempo, parecen definir la ocurrencia del problema (Wainstein, 2006). Sobre lo mencionado, Schaefer (2013) señala que las intervenciones tienen como finalidad revertir el problema y reencausar al sujeto y/o al sistema en su funcionalidad, alterando los patrones redundantes de interacción y percepción como las mismas reglas que lo sustentan.

Las pautas y patrones de comportamiento llevan inserto, de forma implícita, toda una carga de valores, normas, creencias, reglas, mitos, etc. (Minuchin, Fishman & Etcheverry, 1984). Entonces, para intervenir sobre estos patrones de conducta, se deben tener en cuenta las creencias y conducta del paciente, así como su lenguaje, creencias, intereses, motivaciones y síntomas.

Accionar sobre estos patrones puede llevarse a cabo de diferentes maneras: cambiar la frecuencia del síntoma; cambiar la duración del síntoma; cambiar el momento en el que ocurre; cambiar la ubicación donde ocurre; cambiar su intensidad; cambiar su secuencia, es decir el orden en el que ocurre; crear un cortocircuito en la secuencia; añadir o sustraer un elemento, fragmentando algún elemento antes unitario en elementos más pequeños; hacer que el síntoma se despliegue sin su pauta; hacer que se despliegue la pauta pero sin el síntoma; invertir la pauta; hasta relacionar la pauta-síntoma con otra pauta, por lo general con una experiencia no deseable (Wainstein, 2006).

Wainstein (2006) describe una serie de intervenciones orientadas hacia las soluciones, las cuales se basan en las cosas que han dado resultado o que empiezan a darlo, como son la *técnica del milagro*, la *ubicación en una escala* y el *uso de la ambigüedad*.

La técnica del milagro ayuda al paciente a concentrarse en una solución viable, de esta forma el terapeuta induce al paciente a pensar que ha ocurrido un milagro que ha hecho desaparecer su molestia, para luego preguntarle qué ocurrió y qué nota de diferente.

La ubicación en una escala es una estrategia que se utiliza para evaluar la motivación y la creencia del paciente en la posibilidad de un cambio. El terapeuta le pide al paciente que se ubique dentro de una escala de 0 a 10, donde 0 representa lo peor y 10 el problema resuelto.

El uso de la ambigüedad busca provocar que el paciente ordene el caos, llegando a la solución del problema a través de recursos propios. Aquí, el terapeuta se comunica de manera ambigua, dando lugar a múltiples interpretaciones.

Casabianca & Hirsch (2009) enuncian otras intervenciones alternativas, *las sugerencias*. Estas son acciones que se proponen, pero siempre dejando un margen para que el paciente no las acepte sin que ello implique una negativa al cambio en el proceso terapéutico.

Asimismo, Wainstein (2006) señala intervenciones donde no se le indica al paciente lo que hay que hacer, ni se les enseña ninguna tarea nueva, sino que se le sugieren tareas que estimulen su creatividad, como *escribir, leer y quemar*, y la *tarea formal para primeras entrevistas*.

La tarea de escribir, leer y quemar busca objetivar las preocupaciones del paciente para que comprenda que tiene cosas más importantes que hacer. Se le pide al paciente que en cierto momento del día escriba aquellos pensamientos que le resulten perturbadores, para luego leerlos y quemarlos.

Por otro lado, la tarea formal para primeras entrevistas busca cambiar el foco de atención del paciente sobre sucesos pasados para centrarse en sucesos presentes y futuros. Esta técnica promueve expectativas para el cambio y está diseñada para cumplir una profecía autocumplidora sobre el curso de acontecimiento futuros. El terapeuta invita al paciente a que observe los acontecimientos de su vida, para luego, en la próxima sesión, pueda comentar lo que le gustaría que siga ocurriendo.

3.2.4 Cambio

Se puede señalar que toda terapia consiste en maniobrar cambios en aquellas modalidades por cuyo medio las personas han construido su realidad de segundo orden, realidad respecto de la cual están convencidos de que es la única verdadera (Watzlawick & Nardone, 1992).

La potencialidad para el cambio sea en la dirección de un cambio de conducta, o en la dirección del cambio de los significados anexos a la misma, encuentra su posibilidad a través de las intervenciones terapéuticas, como también por medio de la valorización de las potencialidades humanas, ya que el terapeuta es directivo en áreas limitadas, no pudiendo imponer normas e ideales de vida (Fernández Moya, 2006).

Siguiendo el proceso terapéutico, una vez que la dificultad o problema del paciente ha sido identificada, el terapeuta concibe la dificultad presentada como un círculo vicioso, ante el cual las soluciones intentadas hasta el momento pueden haber exasperado la dificultad. En busca de un cambio, el terapeuta implementa diferentes estrategias de intervención para interrumpir ese círculo vicioso del sistema que mantiene el problema (Cruz & Moedano, 2016) y para posibilitar a una nueva perspectiva flexible. De esta forma, el cambio de perspectiva produce un cambio en la percepción de la realidad que cambia la realidad misma y, como consecuencia, determina un cambio de toda la situación y de las reacciones a ella. Todo esto conlleva a una percepción elástica y no absolutista de los sujetos y los coloca en condiciones de hacer frente a situaciones problemáticas sin rigidez y sin perseverar en el error. En otras palabras, el sujeto adquiere la capacidad de enfrentarse a un problema recurriendo a todo un repertorio de estrategias resolutivas, aplicando la que parece más idónea para cambiarla por otra, si no funciona, hasta llegar a la aplicación de la solución al problema concreto (Watzlawick & Nardone, 1992).

El proceso de cambio se presenta en dos niveles: *cambio 1* y *cambio 2*.

El cambio 1 refiere al cambio del no cambio. Implica cambiar algo, pero para que todo siga igual. Habrá un cambio aparente pero no sustancial, un cambio de contenido, pero sin llegar a cambiar las estructuras y pautas comunicacionales (García, 2013).

Ante el cambio 2, el verdadero cambio, cambian las estructuras y las reglas de juego del sistema. Este siempre proviene del exterior y resulta incomprensible e ilógico desde el marco del cambio 1. Ya no son cambios aparentes sino cambios en las pautas, y al cambiar las reglas que rigen el sistema, cambia también, en la mayoría de los casos, los resultados obtenidos (García, 2013)

Asimismo, sobre el cambio 2, Watzlawick et al. (1976) postulan los siguientes principios:

- a) El cambio 2 es aplicado a aquello que dentro del cambio 1 parece construir una solución. Dentro de la perspectiva del cambio 2, tal solución se deja ver como la causa del problema que se quiere resolver.
- b) Mientras que el cambio 1 parece asentarse en el sentido común, el cambio 2 es un elemento paradójico del proceso de cambio y aparece como extraño, inesperado e incoherente.
- c) Aplicar técnicas de cambio 2, es abordar la situación en el aquí y ahora, donde las preguntas correctas son qué y no por qué: “qué es lo que aquí y ahora sirve para perpetuar el problema y qué se puede hacer aquí y ahora para efectuar un cambio”
- d) Utilizar técnicas de cambio 2 libera la situación de trampas creadas por la autoreflexividad de la solución intentada y coloca la situación sobre una base diferente.

Asimismo, detectar un cambio, por pequeño que sea, tiene un efecto de bola de nieve, donde estos cambios menores conducen a otros más importantes de acuerdo con las posibilidades del paciente (Watzlawick & Nardone, 1992). Sobre este punto, Ceberio (2016) señala que un pequeño cambio, por mínimo que se considere, por la retroacción misma, abre un nuevo circuito generando la ruptura de la disfuncionalidad mantenida hasta el momento generando un movimiento que produce grandes efectos.

Ceberio (2016) señala que el terapeuta sistémico breve da cuenta de que la gente cambia cuando modifican su perspectiva de lo que consideran problema, construyen una nueva realidad, conciben el espacio terapéutico como un espacio de reflexión, creatividad y aprendizaje, a veces

cambian reglas y significados, bloquean soluciones intentadas, aprenden a actuar de una manera diferente, tienen como objetivo el crecimiento personal, la autonomía y la mejora de las relaciones con ellos mismos, con los demás y con el mundo.

García (2013), sobre el cambio y sus posibilidades, señala ciertos factores de incidencia. El autor postula una investigación realizada por Lambert en 1992 donde se encontró que mayormente los factores explicativos de la varianza del cambio terapéutico se agrupan en factores extraterapéuticos, efecto placebo, técnicas específicas, y factores comunes.

Los factores extraterapéuticos pertenecen al paciente y a su contexto relacional, siendo independientes de la terapia. La fuerza de la red de apoyo social es susceptible de intervenir a través de la terapia. Las investigaciones en torno al apoyo social evidencian que éste tiene tres funciones transcendentales: la emocional, que se refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación; la instrumental, que se relaciona con la prestación de ayuda o asistencia material; y la informacional, que implica consejo, guía o información pertinente a la situación (Huerta, Cuevas & Castillo, 2020). Sobre los vínculos de apoyo social conformados por las diferentes redes sociales del individuo, Barra (2004, como se citó en Huerta et al., 2020) señala una dimensión objetiva, entendida como el apoyo que recibe el individuo por la red social en términos de estructura y acción; y una dimensión subjetiva, concebida como la valoración relativa que tiene el sujeto respecto al apoyo brindado por la red social. En este sentido, la influencia del apoyo social se puede concebir y analizar tanto desde una perspectiva cuantitativa-estructural, que se centra en la cantidad de vínculos en la red social del individuo; como desde una perspectiva cualitativa-funcional, que considera la existencia de relaciones cercanas y significativas, así como la percepción que el individuo tiene de tal apoyo.

Los factores comunes y de relación refieren a aquellas variables compartidas por todas las terapias. Algunos ejemplos son: las actitudes terapéuticas, una relación terapéutica segura, la experiencia emocional y la atmósfera de apoyo que se crea en cualquier tipo de terapia eficaz.

En cuanto a las técnicas, muchos consultantes perciben que las tareas que se llevan a cabo en psicoterapia se relacionan en forma significativa con el resultado obtenido. Sin embargo, el efecto de las técnicas psicoterapéuticas como factores de cambio depende de la interrelación paciente-terapeuta y no de las técnicas en sí. Esto desenmascara la creencia de que es la técnica el principal factor que explica el cambio; si bien se reconoce su impronta, su influencia es menor que la esperada.

Por otro lado, el efecto placebo corresponde a las expectativas del consultante de recibir ayuda y su credibilidad en las técnicas empleadas.

En la figura 1, se expone cómo el cambio extraterapéutico y el efecto placebo, que dependen de variables del paciente, explican un 55% del cambio total; mientras que los factores comunes y las técnicas, que se refieren a los elementos propios de la terapia, explican un 45% del cambio total.

De esta forma, se concluye que es el paciente quien más contribuye al éxito de la terapia.

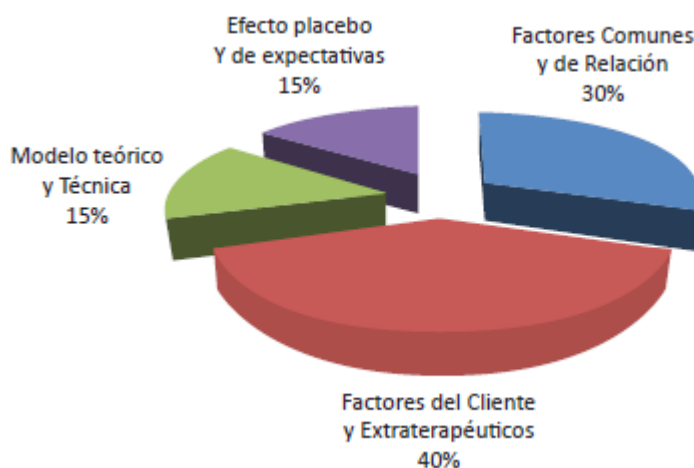


Figura 1: Factores del cambio (Lambert, 1992)

Como ya se ha mencionado, si el proceso terapéutico resulta exitoso, se observa, por lo general, una clara reducción de los síntomas y un cambio progresivo en las maneras como el paciente se percibe a sí mismo, a los demás y al mundo; notándose también un aumento de la autoestima y autonomía (Watzlawick & Nardone, 1992).

El cambio buscado no es el final y definitivo, sino un cambio funcional. Asimismo, se respeta el marco de referencia del paciente, sin que por ello no se busque su ampliación y el logro de mayores posibilidades conductuales (García, 2013).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo. Estudio de caso.

4.2 Participantes

Paciente de 29 años de edad quien llegó a consulta y realizó la entrevista de admisión online en agosto del año 2020. Desde hace dos años reside en España dónde comparte piso con otras personas. A partir de su llegada a España se desempeña como trabajadora sexual.

Psicoterapeuta. Licenciada en Psicología de 38 años de edad, quien forma parte del equipo terapéutico de una Institución de Psicoterapia con enfoque Sistémico Estratégico Breve y pertenece al grupo de terapeutas formados en dicha institución bajo el Programa de Iniciación Profesional (PIP). Este equipo, junto a la directora de la institución, presencié de forma no visible cada sesión de cámara Gesell Online y luego debatió y profundizó sobre las intervenciones aplicadas.

4.3 Instrumentos

El caso se analizó a través de la observación no participante de cámara Gesell online, video-grabaciones de las sesiones y dos entrevistas semidirigidas a la terapeuta quien aportó su mirada acerca del caso y detalles sobre las intervenciones utilizadas a lo largo del proceso terapéutico.

A continuación se detallan los instrumentos utilizados:

.Observación no participante de cámara Gesell Online: las sesiones, de 60 minutos de duración, se llevaron a cabo a través del programa Zoom. Antes de comenzar cada sesión, el equipo terapéutico y directora de la Institución se reunieron para repasar los detalles del caso. Luego, con todo el equipo conectado pero no visible, se dio comienzo a las sesiones entre paciente y terapeuta, donde la terapeuta procedió indagando sobre el problema de la paciente y aplicando las intervenciones necesarias. En cierto punto, cada sesión fue interrumpida y se dejó al paciente en sala de espera. Fue allí donde la terapeuta se reunió con el equipo para discutir el caso y escuchar diferentes opiniones sobre la problemática y formas de intervención. Posteriormente, la terapeuta retomó las sesiones con la paciente y realizó las intervenciones pertinentes.

.Video-grabaciones: se observaron las 10 sesiones grabadas y entrevista de admisión realizada por la directora de la Institución.

.Entrevistas semidirigidas: se realizaron 2 entrevistas semidirigidas a la terapeuta para profundizar sobre el caso, detalles sobre el motivo de consulta y las dificultades en los vínculos interpersonales que presenta la paciente. Asimismo, se indagó sobre las intervenciones aplicadas y evolución del tratamiento.

4.4 Procedimiento

Se observó a la paciente a través de cámara Gesell Online. Posteriormente se accedió a las video-grabaciones de las sesiones y entrevista de admisión. Asimismo, se realizaron dos entrevistas semidirigidas a la terapeuta, de una hora de duración aproximadamente, para obtener detalles sobre el caso, las intervenciones terapéuticas aplicadas y evolución del tratamiento.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

Durante la admisión, la paciente comentó tener 29 años de edad, y que si bien nació en Argentina, hace cinco años que no reside en el país.

Sobre su familia, dijo ser hija de padres separados, que su padre se fue de la casa cuando ella nació y que no lleva su apellido. Su madre y media hermana viven en Argentina.

Relató que en busca de nuevas oportunidades laborales, y que para salir de su situación económica precaria, decidió viajar al extranjero, que vivió en México y Alemania dedicándose al rubro gastronómico y hotelero.

Actualmente es soltera, y al momento de la consulta no tenía pareja estable. Desde hace dos años, dijo residir en España donde comparte piso con una amiga, desempeñándose como trabajadora sexual desde su llegada al país.

5.2 Describir el proceso de co-construcción del motivo de consulta de la paciente desde el

Modelo Sistémico Estratégico Breve

Se desarrollan a continuación los fragmentos de las sesiones que resultaron pertinentes para la co-construcción del motivo de consulta.

La etapa inicial del proceso terapéutico revela información fundamental para el desarrollo la terapia (Casabianca & Hirsch, 2009). A partir de esta, el terapeuta puede realizar la construcción del caso para luego planificar las intervenciones estratégicas pertinentes.

Durante la admisión, y con relación a la queja inicial (Hirsch & Casabianca, 2009), la paciente expresó que aquello que más la aqueja e interfiere en su vida actual es que además de tener varios dolores corporales, no puede consolidar relaciones o vínculos profundos con amigos o personas cercanas a ella. La paciente dijo tener y elegir relaciones “tóxicas”, con quienes no puede tener conversaciones “profundas”. Agregó que tiene “poca paciencia” con quienes la rodean, ya que por lo general los considera “*quejosos, inconformistas y muy demandantes*”. Al respecto afirmó “*mis amigas suelen ser muy tóxicas, son muy demandantes, tienen mucha crítica a todo y siempre les cuesta reconocer ciertos defectos. Tocar ciertos puntos hace que sea difícil llevarnos bien*”

También manifestó que le gustaría contarle a su madre sobre su profesión actual, pero que su comunicación y vínculo ya no es el mismo desde que dejó Argentina, y que piensa que hablar sobre este tema podría ser perjudicial para su relación. Según el relato de la paciente “*si bien teníamos una relación donde le contaba todo, siento que mi mamá está muy cambiada desde la última vez que nos vimos, y toda esta situación me genera mucho estrés*”.

En las siguientes sesiones, la terapeuta asignada al caso, a modo de comprender y definir el problema, indagó sobre por qué la paciente buscaba ayuda y por qué en ese momento específico y no en otro (Weakland et al., 1974), ya que la terapia sistémica en vez de estudiar el pasado centra su interés y valoración en el presente, sobre el qué es en la actualidad y cómo el problema se presenta ahora (Watzlawick & Nardone, 1992).

Luego, la terapeuta expuso que habiendo revisado la entrevista de admisión le gustaría que ella le cuente qué la traía a terapia y preguntó “*¿qué te trae a terapia y por qué ahora?*” (Weakland et al., 1974). En este contacto, la terapeuta no preguntó cuál era el problema, ya que hacerlo podría favorecer una distinción de tipo sano/patológico (Boscolo & Bertrando, 1987).

La paciente relató que al no poder conformar vínculos profundos con sus amigos o personas cercanas, se siente “frustrada” y que lo considera un “fracaso”, que esto está interfiriendo en su vida personal, familiar y laboral. Describió que sus relaciones, por lo general, comienzan “bien”, sea con amigos o compañeros del trabajo, pero que luego se desencadena algo que las torna complicadas.

Asimismo, expresó que se dio cuenta que sus vínculos, a los cuales considera tóxicos e “intensos”, suelen seguir un patrón que se repite en sus relaciones a través del tiempo, que terminan siempre en conflicto y con ella alejándose. Sobre esto, comentó que convive con una amiga que tiene una personalidad “complicada”, que su relación es muy “tensa” y que esto le genera malestar físico y mental, por lo cual estuvo pensando en mudarse si su amiga no se iba de viaje a Francia. Seguidamente, expresó que se da cuenta de que por más que se alejen por un tiempo, el problema no se irá con la partida de su amiga, ya que piensa que continuará eligiendo relaciones o amistades que siguen un mismo patrón. Luego expuso *“el problema es qué hago yo que tengo un “imán” con estas personas, considero que estoy haciendo algo, que no sé qué es, que tendría que cambiar”*.

Consecutivo la terapeuta comentó *“el tema, es que a veces es inevitable encontrarse con estas personas, la cuestión sería ver qué hace uno, qué límites pone uno.”*

La paciente prosiguió y comenta que anteriormente convivía con otra amiga en Bilbao, que tuvieron varios conflictos y que también decidió alejarse y dejar el lugar, que ahora que convive con su otra amiga en Valencia siente que le sucede lo mismo. Indica que se traba mucho cuando se generan situaciones de conflicto y que tiene miedo de hacer o no hacer cosas, ya que ahora le cuesta más hacer un cambio y esto le provoca angustia, enojo, y “desgaste” físico y mental, que siempre que tiene un conflicto con alguien se aleja para luego comenzar de nuevo, y esto se repite una y otra vez.

Desde la visión sistémica, la conducta problema sólo persiste cuando es reforzada repetidamente entre el paciente y otra gente significativa (Weakland et al., 1974). Es por esto que la terapeuta procedió indagando sobre las soluciones intentadas por la paciente para así concebir y analizar qué es lo que la paciente y otros involucrados están haciendo al respecto de las situaciones mencionadas. De esta forma, la terapeuta busca descifrar los circuitos que perpetúan el problema, lo que será más fácil de comprender si se pueden describir las conductas que los componen; y cuando la terapeuta logra armar este circuito junto con la paciente, se vislumbrará qué está causando la manutención o exacerbación de dicho problema (Kopec, 2007; Weakland et al., 1974).

Al respecto, la paciente expresó que en reiteradas ocasiones cuando algo no le gusta se aleja definitivamente de la persona, deja de responder sus mensajes o las “bloquea” en redes sociales. También señaló que hay situaciones en las que le cuesta decir que no, que para no entrar en

conflicto suele hacer lo que no quiere o termina respondiendo con excusas o mintiendo. Según el relato de la paciente *“muchas veces suelo hacer cosas o ir a lugares que no quiero, o miento para no entrar en conflicto con mi amiga de piso o compañeras, también trato de respirar antes de responder para no hacerlos sentir mal con mis respuestas”*.

A partir del pre-relato planteado en la queja inicial y de la posterior información brindada por la paciente -a modo de definir el motivo de consulta, metas y objetivos de la terapia- la terapeuta planteó y acordó con la paciente trabajar sobre la elección de sus vínculos y cómo manejar las relaciones con sus vínculos actuales, ya que debe considerarse como problema a resolver aquello que la paciente eligió como más importante o urgente a partir de las descripciones y conductas observadas por la terapeuta (Casabianca & Hirsch, 2009; Wainsten, 2006).

A modo de revertir el problema y reencausar al sujeto, es necesario alterar los patrones redundantes de interacción y percepción, así como las mismas reglas que lo sustentan (García, 2013). De esta forma, la terapeuta le preguntó a la paciente *“¿qué te gustaría hacer o qué sentís que no estás haciendo para solucionar este problema?”.* La paciente dijo que le gustaría buscar un cambio en ella para evitar situaciones conflictivas con sus amistades y otra gente significativa, y así lograr relaciones más estables para sentirse mejor. También expresó que le gustaría comunicarse mejor ante un conflicto y aprender a decir que no, que si su amiga le dice de salir y ella no quiere -porque no puede gastar dinero o porque simplemente no quiere- poder decirlo y conversarlo sin que se llegue a quebrar la amistad. Asimismo, enunció que le gustaría manejar mejor su ira para comunicarse mejor, ya que cuando se ve envuelta en ciertas situaciones con su amiga de piso o con su amiga que vive en Bilbao, estas la “sacan de quicio” y la “enervan”. A lo que la paciente dijo *“son personas que se quejan de todo, todo el tiempo y para las que todo está mal. Cuando esto pasa cuento hasta diez para no pegarles una piña”*. Agrega que siendo una niña, si bien acudió a un psicólogo para manejar su ira en situaciones de conflicto, actualmente se enoja tanto ante este tipo de situaciones que no puede hacer más que respirar y tratar calmarse.

Shazer (1985, como se citó en García, 2013) señala que las descripciones de los consultantes sobre el motivo de consulta podrán servir para encontrar el tipo de intervención más adecuado.

5.3 Analizar las intervenciones terapéuticas aplicadas desde el Modelo Sistémico

Estratégico Breve como respuesta al motivo de consulta construido.

Durante las siguientes sesiones, y a partir del motivo de consulta construido, la terapeuta trabajó en delinear las metas y objetivos de la terapia en términos de conductas concretas y observables (Weakland et al., 1974), para luego, desplegar y poner en marcha las estrategias más adecuadas para el cambio (Ceberio, 2016). Es dable mencionar que la mera comunicación e interacción entre paciente-terapeuta hacen del proceso terapéutico una estrategia de intervención orientada al cambio (Watzlawick & Nardone, 1992).

Se detallan a continuación algunas de las acciones planificadas por la terapeuta con el objetivo de lograr mayor motivación en la consultante y, por consiguiente, un cambio terapéutico (Wainstein, 2006).

La terapeuta propuso como meta mínima que la paciente pueda ganar control y autonomía poniendo límites en sus relaciones actuales, ya que establecer una meta mínima sugiere una acción que involucra un pequeño cambio hacia al objetivo final (Ceberio, 2016). Al respecto, a través de una prescripción de conducta directa -intervención que permite una acción a realizar tendiente a la resolución del problema y al cumplimiento progresivo del objetivo acordado (Wainstein, 2006)- la terapeuta le indicó a la paciente poner en práctica el establecer límites con su amiga, que diga que no cuando no quiera salir o hacer algo.

Durante la siguiente sesión, la terapeuta indagó sobre el resultado de la tarea asignada. Sobre esto, la paciente relató que si bien tuvo un conflicto con su compañera de piso, el cual aún queda por resolver, cuando otra de las compañeras de piso le pidió de acompañarla a hacer compras, ella por más que no la conocía en profundidad y no sabía cómo iba a reaccionar, pudo decirle que no. Expresó que pudo sentarse con ella y conversar de manera tranquila sin llegar a un conflicto. También explicó que en una situación con un cliente, éste le dijo que parecía tener más edad de la que le había dicho y ella pudo responderle *“bueno, si no te quieres quedar, puedes irte”*.

La terapeuta procedió redefiniendo el resultado (Wainstein, 2006), felicita a la paciente por su accionar y la hace tomar conciencia de la capacidad que ha demostrado. Utilizando la estrategia de ubicación en una escala (Wainstein, 2006), le preguntó *“¿cómo te sentiste cuando dijiste que no, igual, mejor o peor?”*. La paciente respondió que mejor, a lo que la terapeuta le explicó que

esta acción que llevó a cabo, la cual antes quizás le parecía imposible, puede superarse, y que ese es el camino por seguir.

La terapeuta, utilizando la técnica del milagro (Wainstein, 2006), planteó lo siguiente *“Imaginate que te vas a dormir hoy a la noche, y mañana cuando te despertás ocurrió un milagro: tu problema por el cual hoy estas acá desaparece. ¿Qué sería distinto? ¿Cómo te ves en el final de tu terapia?.* La paciente relató que se ve superando muchas cosas, como sus conflictos en las relaciones y regresando a Argentina para comprarse un terreno y tener su propia casa. Asimismo, añadió que se ve escribiendo un libro sobre su profesión. A lo que expresó *“ese sería mi ideal a alcanzar”.*

La terapeuta prosiguió preguntando qué pasos podría dar para lograr estas metas. Al respecto, la paciente dijo necesitar tener más ahorros y que para lograrlo necesitaría generar más dinero, por lo que se estaba planteando si seguir viviendo en Valencia, compartiendo piso con su amiga y trabajando de manera independiente, o bien, mudarse otro sitio para trabajar de manera no independiente y de esta forma evitar gastos de renta. También señaló que está en duda, ya que al trabajar de manera no independiente, si bien los costos son menores, tendría que convivir con muchas personas en un lugar seguramente reducido y perdería parte del confort actual que tiene.

La terapeuta, intervino a través de la prescripción de conducta directa (Wainstein, 2006) y le indicó para la próxima sesión que piense y escriba en un cuaderno los pros y contras de estas dos posibilidades, para así poder alcanzar los resultados deseados en ella y en lo que quiere cambiar.

En la sesión posterior, la paciente comentó que hizo la lista de pros y contras sobre la posible mudanza, y que decidió dejar Valencia, que se mudó a otro sitio, a dos horas de Valencia, para trabajar de forma dependiente. Agregó que en el sitio nuevo -en el cual vive y también trabaja- dispone tan solo dos horas al día para salir, que todo es muy oscuro y precario, y que no se siente cómoda, por lo que piensa irse de ahí.

La terapeuta indagó sobre este cambio y qué pensaba la paciente al respecto, a lo que la paciente expresó *“haciendo hoy los pros y contras, estar en Valencia era la libertad y el confort”*

La terapeuta prosiguió reformulando esta situación problema (Caliri Picón & Traverso, 2019) y utilizando la connotación positiva (Schaefer, 2013), le transmitió a la paciente que, a pesar de lo sucedido, se la veía más despierta y vital, que si bien aún no está donde quiere, se la

ve con “garras” de seguir y no conformarse; y que si bien no está aún en su ideal -utiliza el lenguaje de la paciente- va en dirección a eso.

La paciente expresó que ese viaje le sirvió para valorar lo que tenía antes, y que lo que estaba haciendo iba por buen camino, que hay que perseverar y que los conflictos con su amiga de piso son cosas que se pueden arreglar.

La terapeuta recurriendo a una metáfora, agregó “*a veces hay que chocarse con la pared para lograr un aprendizaje*”. Aquí, la terapeuta realiza una devolución buscando que la paciente no se sienta sometida a exigencias u opiniones directas sobre su forma de pensar y comportarse (Watzlawick & Nardone, 1992).

En las siguientes sesiones, la paciente afirmó que haber hecho ese viaje fue un capricho, que se dio cuenta que se equivocó. También relató que allí conoció a dos chicas muy conflictivas y expresa “*me persigue la intensidad*”.

La terapeuta intervino a modo de sugerencia (Casabianca & Hirsch, 2009) y propuso un cambio en el foco de atención: centrarse en su propio accionar en los vínculos, más que en las expectativas en los demás. Asimismo, expresó que la paciente ya había intentado diferentes cosas que no funcionaron hasta el momento, que pareciera que esperaba que algo cambie desde afuera, pero que uno debe hacer un esfuerzo para que algo de su situación cambie.

La paciente relató que volvió a Valencia y alquiló un cuarto para ella sola en un piso donde comparte baño y cocina con otras chicas. Que si bien tiene un lugar donde quedarse y tiene clientes -debido a las restricciones que hay por la pandemia- las cosas ya no están tan bien porque hay más oferta que demanda, y que al comenzar de nuevo en Valencia también le cuesta generar el dinero que ella quiere y no sabe si mudarse de nuevo y probar en otro pueblo cercano. La terapeuta, recurriendo a la paradoja (Watzlawick & Nardone, 1992), expresó “*quizás sería mejor que no te mudes*”. Asimismo, comentó que si bien ella tiene un proyecto a mediano y largo plazo, sería bueno entender cuál es su objetivo a corto plazo, que aunque ella quiere ahorrar más dinero, ya probó otras formas más incómodas. La paciente dijo que le gustaría lograr vivir sola, ya que las relaciones y convivencia con los demás se le complican mucho, y que quiere sentirse mejor, y mejorar sus dolores de espalda y cuello.

La terapeuta luego le consultó qué otras cosas podría hacer para sentirse mejor en el trayecto hasta llegar a la meta planteada anteriormente. La paciente expresó que quiere retomar sus intereses artísticos, como volver a pintar .

Al respecto la terapeuta intervino y sugirió (Casabianca & Hirsch, 2009) que sería bueno retomar sus intereses artísticos y comenzar a hacer ejercicio para sentirse mejor físicamente y más tranquila. Asimismo, recurrió al reencuadre (Caliri Picón & Traverso, 2019), y expresó *“además de estar bien con uno mismo, uno, como ser humano, muchas veces necesita de los otros. En este camino de conquistarte a vos misma -utiliza el lenguaje de la paciente- estar mejor con vos misma te va a ayudar a manejar mejor con los demás”*

En el transcurso de la terapia, la paciente relató que conoció a un chico y que comenzaron a verse de forma frecuente, que él es menor que ella y que dijo no querer una relación seria por el momento. Agregó que se están conociendo, que van de a poco, y que no tiene altas expectativas. Evitando las formas lingüísticas negativas (Watzlawick & Nardone, 1992), la terapeuta intervino *“es difícil manejar las expectativas, así que ojalá que así sea, está bueno que por lo menos puedas manejar las expectativas con esto que te está sucediendo”*.

La paciente también comentó que tuvo una conversación con su amiga que vive en Bilbao que vino de visita, que su relación siempre fue muy tensa y tóxica, que cada vez tienen menos cosas en común, que cuando la ve o tienen una conversación la situación termina en conflicto y esto la hace sentirse mal y angustiada. La terapeuta recurrió a la reformulación (Caliri Picón & Traverso, 2019) y se expresó de la siguiente manera *“está bueno ser consciente del tipo de relación que uno tiene con los demás, también darse cuenta qué hace uno con eso, y está en uno poder decidir. Parte del camino es sacarse las cosas tóxicas de encima”* -utiliza el lenguaje de la paciente-. A continuación, introdujo la siguiente metáfora (Watzlawick & Nardone, 1992), *“en la medida que vacías el ropero hay lugar para cosas nuevas”*. La paciente expresó que ese sería el trabajo ahora, y que esto le hace pensar que quizás lo mejor sería alejarse de esa relación.

Durante sesiones posteriores, la paciente relató que si bien hace cosas que le hacen bien, que puede mudarse sola y que ahora dispone de dinero, llegó al punto que ella quería pero siente un vacío, que estuvo llorando mucho y se pregunta *“¿cuál es el chiste de la situación?”*

La terapeuta intervino por medio del reencuadre, uso de metáforas y anécdotas (Caliri Picón & Traverso, 2019; Watzlawick & Nardone, 1992), y le expresó a la paciente que posiblemente había logrado conectarse con ella misma. Que si bien construyó una historia para sobrevivir a lo que no quería que le sucediera, ya que anteriormente la paciente había expresado

“yo no quiero vivir una vida podre”, es algo que había logrado, que ahora puede invertir dinero y tiempo en ella, mientras que la gente pobre no puede invertir en nada.

La terapeuta continuó mediante el siguiente extracto: *“lo que también descubriste, es que esto no alcanza, que este no es el final del cuento, que esta no es la meca de la felicidad, y creo que este es el gran llanto. Muchos de nosotros, tenemos la famosa zanahoria a la que seguir: “el día que voy a lograr esto voy a ser feliz”. Entonces, si este cuento que yo me conté, no era el cuento, ¿cuál es? Bueno, hay ciertas metas en la vida que uno tiene que ir logrando para darse cuenta de que no son, e ir por otras”*. Prosiguió interviniendo y expresa que hay gente que llega al matrimonio y dice: *“esto es lo que me decían que era la felicidad, para luego decir ¡qué hice de mi vida!”*, y le explicó que entonces la gente se separa y van en busca de una vida distinta. Luego de un momento de silencio, la terapeuta agregó que le parecía bien que ahora se “llore todo”, porque cree que hay que expresarse, y que por sobre todo hay que hacer otras cosas.

La terapeuta persistió a través de la reformulación panorámica (Cazabat & Urretavizcaya, 2007) a modo de crear un marco general histórico de los acontecimientos relatados por la paciente de manera tal que desembocan en el presente, y al respecto le expresó a la paciente que no es que estuvo mal todo lo que hizo, que había que hacerlo igual, porque esa es la trampa del asunto, ni haciéndolo, ni no haciéndolo. Ya que no haber recorrido todo el camino hubiera sido peor, porque se habría quedado con la duda eterna y el resentimiento. Culmina diciéndole: *“entonces, ahora, hay que dar un paso más”*. La narración de los hechos por parte de la terapeuta crea un clima especial y, a la vez, busca generar expectativa creciente en la paciente (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).

La paciente luego de otro silencio respondió que se sentía “bloqueada”, a lo que la terapeuta intervino por medio del reencuadre (Caliri Picón & Traverso, 2019) y expresó *“ me parece bien, ese bloqueo significa algo, significa que hay algo que está haciendo “ruido”, algo que repensar, que llegaste a un momento de la vida que hay que rever algunas cosas, bueno, si querés”*. Luego añadió, *“hoy contaste que tuviste una charla con un cliente que te hizo bien, bueno, porque te hizo conectar con otra cosa , y creo que hay que buscar esa conexión, buscar eso que te haga sentir esto, y a lo mejor eso implica alguna renuncia”*.

También, utilizando la sugerencia (Casabianca & Hirsch, 2009), le propuso que sería bueno consultar por su dolor de espalda y expresó *“cuando uno no se siente bien físicamente, eso empeora las cosas”*.

5.4 Describir los cambios que presenta la paciente a partir de las intervenciones aplicadas a lo largo del proceso terapéutico.

A partir de las intervenciones aplicadas por la terapeuta y de la valorización forjada sobre las potencialidades humanas de la paciente (Cruz & Moedano, 2016), se desarrollan a continuación los cambios de conducta y los significados anexos a la misma como resultado del proceso terapéutico.

En las entrevistas realizadas a la terapeuta, se informó que la paciente, de forma progresiva, logró el cumplimiento de ciertas metas establecidas a lo largo del proceso terapéutico.

Al respecto, pudo establecer límites con sus relaciones vinculares en ciertas situaciones que le resultaban complejas de resolver. Se señalan a continuación los siguientes ejemplos.

Con su amiga con quien compartía piso en Valencia y con otras compañeras con las cuales convivió en otros sitios, logró decir que no en circunstancias donde no quería hacer algo o salir. Cuando una compañera de piso le dijo de salir y ella no se sentía con ganas de hacerlo, le pudo decir que no, consiguió conversar en forma fluida y calmada sin llegar a un distanciamiento en la relación o que se genere conflicto alguno. En relación con lo mencionado, la paciente expresó: *“me siento mucho mejor y más segura con el tema de poner límites”*.

Según lo mencionado por Watzlawick y Nardone (1992), detectar un cambio, por pequeño que sea, tiene un efecto de bola de nieve, y al respecto, la terapeuta expresó que la paciente pudo replicar estas acciones en otras situaciones.

En una discusión con su compañera de piso decidió entablar una conversación para establecer límites en su relación, conversando sobre las cosas que ella necesitaba y a las cuales no estaba dispuesta a acceder para continuar la relación. Agregó que logró establecer reglas en la relación para ser más independiente y que esto la hizo sentir mucho mejor y comenzar la relación desde otro lugar.

De igual manera, la paciente relató que recibió una oferta para trabajar en un piso donde ganaría más dinero, pero que en ese sitio el trabajo era más complicado, debido a las condiciones del lugar y que las chicas que trabajan allí suelen “drogarse” continuamente, por lo que decidió decir que no a esta oferta laboral.

Sobre estos cambios mencionados, la terapeuta dijo reconocerle a la paciente su capacidad para llevar a cabo estas acciones, conductas ahora observables que fueron logradas

como resultado de las intervenciones conductuales directas y reestructuraciones impartidas en el transcurso de la terapia (Wainstein, 2006), acciones que resultaron en establecer límites sin llegar a una confrontación.

La terapeuta informó cierta mejoría en la paciente en sus vínculos interpersonales y en su tendencia a la explosividad en situaciones de conflicto. En cuanto a las relaciones tóxicas mencionadas por la paciente, pudo alejarse de ciertas personas.

La paciente decidió alejarse de su amiga que vivía en Bilbao, expresó que ya no tenían cosas en común, que la personalidad de su amiga era muy intensa, demandante y que se la pasaba criticando todo y a todos, inclusive a ella, que cada encuentro terminaba en discusión y ella sintiéndose angustiada.

Asimismo, comentó que hubo una discusión vía telefónica con su relación de pareja y que luego pensó en enviarle un mensaje de texto excesivamente extenso e intenso, pero que decidió no hacerlo, ya que prefirió encarar la situación de una manera más positiva y que a ella tampoco le hubiera gustada recibir ese tipo de mensaje, entonces solo le propuso encontrarse en persona y conversar de manera tranquila. Expresó que esto le sirvió de ejemplo para manejarse en otras situaciones. Finalmente, decidió distanciarse de la relación de pareja, ya que dijo aspirar a algo más serio, que no se puede construir algo si no hay una base en común y que estar en esa posición no la hacía sentir bien con ella misma.

Igualmente, en una charla telefónica con su amiga de piso que se había ido de viaje, hubo un desacuerdo. La paciente dijo que antes de entrar en discusión y que la situación terminara en un conflicto mayor, decidió no discutir y le propuso a la amiga conversar a su regreso, que aprovecharan la distancia para pensar las cosas y después charlar tranquilas.

Durante el transcurso de la terapia, la paciente le escribió una carta a su madre contándole sobre su profesión, expresó que si bien le hubiese gustado hablarlo en persona, decidió llamarla por teléfono y leérsela. Relató que si bien fue un momento que le costó mucho y le generó mucha angustia y llanto, a partir de esto se sintió mucho mejor. La terapeuta informó que, como resultado, la relación con la madre está mucho mejor, se comunican de forma más seguida, le cuanta varias cosas sobre sus días y también sobre su trabajo, pero sin entrar en tanto detalle. Que ahora cuando habla con la madre no se generan las sensaciones negativas que solía sentir.

Sobre sus dolores corporales y estrés que decía presentar, la paciente decidió comenzar a hacer yoga y pilates, aunque no es muy constante. También, esporádicamente, acude a sesiones

de masajes, pero lo realiza cuando ya está demasiado dolorida y esto le impide descansar bien. Asimismo, retomó sus intereses artísticos, dedicando parte de su tiempo a pintar. Al respecto, dijo que esto la hizo sentir mucho mejor, que puedo dedicar parte del dinero que gana -sin desviarse de sus objetivos- a su persona, que esto la hace sentirse mejor con ella misma y, por consiguiente, con los demás.

Como resulta de las entrevistas realizadas a la terapeuta, se informó que, si bien la paciente está en proceso hacia un cambio 2, hoy se encuentra atravesando un proceso de cambio tipo 1. Este nivel de cambio implica cambiar algo, un cambio aparente pero no sustancial, sin llegarse a cambiar las estructuras (García, 2013).

Si bien la paciente comenzó a realizar varias actividades para sentirse mejor, como hacer yoga, pilates y retomar sus intereses artísticos pintando, esto refleja un movimiento hacia adelante, un paso para sentir un cambio del no cambio, manteniendo la homeostasis en la que encuentra, ya que su estado actual –sigue conservando su trabajo, sintiéndose “mal”- y sus conflictos interpersonales no se terminan de plasmar como cambio concreto.

La terapeuta, como otro ejemplo del proceso hacia un cambio de tipo 2, informó que aunque mejoró en su forma de comunicarse en ciertas situaciones con sus vínculos de amistad más cercanos, ella misma, durante una de las sesiones expresó que cambiaron ciertas cosas, pero que no siente haber cambiado realmente, ya que sigue sintiéndose inmersa y eligiendo relaciones tóxicas, con poca paciencia al momento de interactuar con otros. También expresó que siente que la gente con la que se rodea es muy intensa y no puede solucionar este problema del todo.

Al respecto, la terapeuta informó que la paciente sigue depositando en el exterior la causa de este problema y que, si bien van por buen camino, queda trabajo por realizar respecto a este tema. Sobre esto, la paciente aún no logra demostrar cambios en las pautas que cambien también los resultados obtenidos (García, 2013; Watzlawick et al., 1976). De igual manera, la terapeuta observa la presencia de una retroalimentación negativa, proceso mediante el cual la paciente no logra aun recoger información sobre los efectos de sus acciones con el medio, información que actúa sobre las acciones sucesivas (Bertalanffy, 1968).

Sin embargo, la terapeuta informó la presencia de un cambio de tipo 2 en cuanto a la relación con la madre. La paciente, aunque en un comienzo pesaba que esto era imposible de hacer, pudo cumplir su meta de contarle sobre su profesión, que si bien ella pensaba que esto produciría más “roces” y distanciamiento entre ellas, como resultado se desencadenó una

relación más sincera y fluida, y en donde los pensamientos y sentimientos que antes decía tener sobre su madre y su relación ya no están presentes. Este cambio, apareció como un elemento paradójico del proceso de cambio, como inesperado e incoherente y logró liberar la situación de las trampas creadas por la autoreflexividad (Watzlawick et al., 1976).

6. Conclusiones

El objetivo del presente trabajo constó en analizar la construcción del motivo de consulta y proceso terapéutico del caso de una mujer de 29 años de edad con dificultades para conformar y mantener vínculos interpersonales a partir del modelo sistémico estratégico breve desarrollado por el MRI.

Para responder al objetivo del trabajo, se efectuó la observación no participante de la cámara Gesell Online, se realizaron dos entrevistas a la terapeuta asignada al caso, y se desgrabaron y observaron las sesiones disponibles.

Sobre esta base, se puede analizar las diferentes etapas que componen el proceso terapéutico (Wainstein, 2006), desde la entrevista de admisión con su queja inicial, pasando por la construcción del motivo de consulta, establecimiento de metas y objetivos, intervenciones estratégicas, hasta llegar a los cambios progresivos que fue realizando la paciente.

La terapeuta asignada al caso, con acento en lo pragmático, es decir, considerando la importancia de las relaciones humanas, la comunicación y en busca de lograr un cambio efectivo en el más corto plazo, ha llevado a cabo el proceso terapéutico involucrando a la paciente en la construcción del motivo de consulta, logrando de esta forma la co-construcción del mismo, así como en la formulación de las metas y objetivos, sin dejar de lado su situación social, lenguaje, valores, creencias, expectativas y motivaciones (García, 2013).

Es importante mencionar que se observó, de forma positiva, cómo la terapeuta y equipo de profesionales tuvieron en cuenta las distintas demandas que fue presentando la paciente, las cuales se fueron revisando y reformulando a lo largo del proceso terapéutico, y por medio de estas se establecieron las metas del tratamiento y expectativas del mismo.

La paciente, de forma progresiva, logró el cumplimiento de ciertas metas establecidas a lo largo del proceso terapéutico. Consiguió establecer límites con sus relaciones vinculares en ciertas situaciones que le resultaban complejas de resolver y alcanzó cierta mejoría en sus vínculos interpersonales y tendencia a la explosividad en situaciones de conflicto.

Si bien se observan cambios de tipo 1 en la paciente, la terapeuta informó que se encuentra en proceso hacia un cambio de tipo 2, por lo que el proceso terapéutico aún sigue en curso con el objetivo de obtener cambios en las estructuras y en las pautas de interacción y comunicación (García, 2013), y con el fin interrumpir el círculo vicioso que mantiene el problema, para posibilitar en la paciente una nueva perspectiva flexible (Cruz & Moedano, 2016).

Adicionalmente, la terapeuta informó que la paciente sigue depositando en el exterior la causa de sus problemas y que si bien van por buen camino, queda trabajo por realizar en lo que refiere a este tema. Al respecto, la terapeuta seguirá trabajando con la paciente en los patrones de circularidad presentes en sus interacciones con los demás -sean amigos, compañeros de trabajo u otras personas significativas- donde resulta afectada por las formas de las relaciones que establece sin ser consciente de su responsabilidad, repitiendo de esta manera el mismo patrón desadaptado de conducta (Camacho et al., 2015).

Por consiguiente, la terapeuta continuará trabajando con la paciente en alterar el sistema perceptivo reactivo disfuncional individual interviniendo directamente sobre él y buscando producir, por reacción en cadena, la modificación de todo el sistema relacional interpersonal (Ceberio, 2016).

Asimismo, Whaley (2006, como se citó en Camacho et al., 2015) señala que la terapia sistémica no tiene como objetivo modificar las estructuras de la personalidad, por lo que la terapeuta seguirá focalizando sus intervenciones en las relaciones interpersonales que están generando el problema en la paciente, y de esta forma potenciar cambios en ciertos comportamientos que generan sufrimiento en su vida cotidiana (Serrat Sastre et al., 2018).

Teniendo en cuenta lo mencionado, hubiera resultado de especial interés la observación de la etapa de evaluación y cierre del trabajo a fin de poder dar cuenta del proceso terapéutico en su totalidad, habiéndose podido observar un posible afianzamiento o un mayor progreso en la paciente hacia un cambio de tipo 2, con la consecuente mejoría en las relaciones con ella misma, con los demás y con el mundo (Ceberio, 2016; Kopec, 2007). Pero debe tenerse en cuenta, que desde el punto de vista del terapeuta, el momento indicado para el cierre es aquel en el cual continuar con el tratamiento ya no traería ningún beneficio adicional al paciente (Figuroa & Hirsch, 2007), no siendo este el caso.

Según lo planteado, el tratamiento analizado demuestra un éxito parcialmente positivo y en progreso en lo que respecta al motivo de consulta y objetivos fijados (Wainstein, 2006), ya que se observa un cambio progresivo pero no total en las maneras como la paciente se percibe a sí misma, a los demás y al mundo; notándose también cierto aumento de la autoestima y autonomía (Watzlawick & Nardone, 1992).

El cambio conseguido en la terapia no es el final y definitivo, pero si funcional, y el trascurso de la terapia continuará en busca de lograr mayores posibilidades conductuales (García, 2013).

Es de importancia mencionar, que a partir de la mejoría en la relación de la paciente con su madre y con su amiga con quien convivía, esto ha incrementado su red de apoyo social.

Al respecto, la paciente ha mencionado sentirse más contenida fuera del ámbito de terapia, donde también ha encontrado otro espacio en donde buscar apoyo y charlar sobre sus problemas.

Se puede inferir que según lo señalado por García (2013) se acentúan en este caso, factores que pertenecen al paciente y a su contexto relacional y red de apoyo -factores extraterapéuticos independientes de la terapia- susceptibles de haber intervenido en el curso de la misma. Mencionado esto, las intervenciones realizadas por el terapeuta no serían el principal factor que explica el cambio en la paciente; si bien se reconoce su gran impronta.

Siguiendo un supuesto fundamental del enfoque sistémico estratégico, donde la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia, siempre partiendo de las características propias del paciente (Watzlawick & Nardone, 1992), el terapeuta en busca de resolver los problemas del paciente, no debe adoptar un enfoque rígido y estereotipado, necesita flexibilidad y espontaneidad (Haley, 1980). Al respecto, en un principio, la terapeuta ponía en práctica sus intervenciones y devoluciones de manera confrontativa y “cruda”, por lo que, a partir de un acuerdo con el equipo terapéutico, y en pos de favorecer la alianza terapéutica (Bordin, 1979), la terapeuta cambió su posición adoptando una forma más conciliadora, favoreciendo de esta forma los avances ya mencionados a lo largo del proceso terapéutico.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, se puede señalar la dificultad para encontrar material bibliográfico específico sobre el modelo sistémico estratégico breve respecto a la metodología a utilizar para llevar a cabo el proceso terapéutico, más allá del sugerido por el tutor y por la institución en que se realizó la práctica. Asimismo, resultó privativo hallar papers e

investigaciones actuales que aborden cómo intervenir sobre las dificultades en la conformación o mantenimiento de vínculos interpersonales bajo una mirada sistémica.

Otra limitante a mencionar es que la totalidad de las sesiones entre terapeuta-paciente no fueron grabadas, y no todas se encontraban disponibles para ser observadas, lo cual hubiera resultado de gran interés para analizar más detalles sobre el caso, progreso e intervenciones realizadas por la terapeuta.

Cabe destacar las limitaciones del dispositivo de cámara Gesell Online percibidas por los profesionales de la institución, como es la incomodidad de ciertos pacientes y/o terapeutas, dada la exposición que genera (Flichman, 2007), así como las dificultades técnicas que este dispositivo conlleva. Sobre esto, la institución, en su Programa de Iniciación Profesional, podría llevar a cabo la implementación de ejercicios que incrementen la confianza y seguridad de los terapeutas; así como adelantarse a las posibles dificultades técnicas que puedan surgir teniendo planes de acción para afrontar las mismas.

En adición, el modelo de terapia sistémica estratégica breve no cuenta con un cuerpo doctrinal que defina lo sano y lo insano para corregir las anomalías de la mente y la conducta humana (García, 2013), es decir, no realiza una evaluación diagnóstica que se ajuste a los parámetros categoriales tradicionales, donde a partir de los síntomas se busca reconocer una enfermedad, sino que busca indagar las formas en que la paciente y las personas significativas para ésta han intentado resolver el problema por el que consulta, elaborándose un diagnóstico circular (Kopec, 2007).

Asimismo, este modelo de terapia aplica la misma metodología de tratamiento, la cual es independiente de la sintomatología del paciente, ya que no existen tratamientos específicos que se adapten a diferentes patologías.

Con relación a nuevas líneas de investigación, sería interesante y de gran aporte para investigaciones en psicoterapia evaluar la eficacia de los tratamientos abordados a partir de este modelo, poniendo en relación los objetivos planteados al inicio del tratamiento con los cambios evidenciados en las conductas de los pacientes. Igualmente, otra línea de investigación posible sería el abordaje de los conflictos para conformar y mantener relaciones interpersonales desde el Modelo MRI y posibles estrategias para su tratamiento.

La práctica pre-profesional propició un espacio más que favorable para nutrirse del modelo MRI y profundizar conocimientos, tanto teóricos como prácticos, indispensables en toda

formación de un terapeuta clínico. En adición, esta práctica y profesionales de la institución dieron lugar a los pasantes a presenciar casos clínicos, realizar consultas y opinar sobre los diversos casos observados.

Si bien la práctica resultó sumamente enriquecedora, surge como interrogante si esta formación teórico-práctica consigue que una persona recién recibida se pueda desempeñar como profesional clínico.

Por otra parte, este espacio generó mayor conocimiento sobre el funcionamiento de la cámara Gesell y su aplicación de manera online, el cual fue detalladamente explicado por la coordinadora de la institución. Los casos observados a través de este dispositivo fueron analizados y debatidos por todo el equipo de la institución y los pasantes de diversas universidades que se encontraban presentes.

Se encontró sumamente beneficioso el uso del dispositivo de cámara Gesell Online, el cual posibilita el trabajo co-terapéutico, y brinda soporte y guía a los terapeutas, los cuales obtienen distintos puntos de vista sobre una misma problemática, logrando intervenciones más asertivas a lo largo del proceso terapéutico (Flichman, 2007). Adicionalmente, se evita el aburrimiento y la soledad que suele generar la práctica clínica

Sobre el programa de atención propuesto por la institución, el cual se maneja bajo la modalidad de cámara Gesell solo para pacientes a quienes cobra un módica suma de dinero -ya que generalmente son personas con escasos recursos económicos- cabe preguntarse si los pacientes acceden a esta modalidad porque así lo deciden o porque no tienen otras alternativas de atención bajo los mismos costos.

Asimismo, según este programa, si la terapia se extiende más allá de las 10 sesiones, el terapeuta continúa el tratamiento sin hacer uso del dispositivo de cámara Gesell. Como se ha mencionado, este dispositivo constituye un instrumento fundamental en el aprendizaje del quehacer terapéutico. Al respecto, se manifiestan ciertos interrogantes sobre cómo se desarrollan las sesiones subsiguientes, acarreando la pérdida de visibilidad del caso y resultado del proceso terapéutico. Cabe también preguntarse cuál es el peso del uso del dispositivo dado por la institución, si es utilizado como un recurso más de aprendizaje o si realmente buscan ponderar sus beneficios, como el de la co-terapia (Flichman, 2007).

7. Referencias Bibliográficas

- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1987). La terapia sistémica de Milán. En A. Roizblatt (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (pp. 224-243). Santiago: Mediterráneo.
- Camacho-Mata, D. Y., Orozco-Ramírez, L. A., Ybarra-Sagarduy, J. L., & Compeán-Ortiz, L. G. (2015). Paradigmas en Psicología Clínica: Perspectiva intrapsíquica e interpersonal de modelos de intervención psicológica apoyados en la evidencia. *Ciencia UAT*, 9(2), 59-67. doi: 10.29059/cienciauat.v9i2.704
- Caliri Picón, M. C., & Traverso, G. (2019). *Intervenciones sistémicas en el tratamiento de disfunciones sexuales*. Póster presentado en XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Buenos Aires, Argentina.
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.* Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Cazabat, E. & Urretavizcaya, A. (2007). La reformulación panorámica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 91-100). Buenos Aires: Dunken.
- Ceberio M.R. (2016). *Terapia breve sistémica: una breve introducción*. Póster presentado en las Jornadas provinciales de Psicología, Trenque Lauquen, Argentina.
- Cruz, B. Y. O., & Moedano, B. B. (2016). Proceso De Terapia Sistémica Aplicado En Un Caso De Autoestima. *Huella de la Palabra*. Recuperado de <http://www.lasallep.edu.mx/revistas/index.php/huella/article/view/384>
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2016). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, 14(4), 21-34. Recuperado de http://www.observatoriosocial.org.ar/images/articulos/Material_de_Consulta/El_Enfoque_Sistemico.pdf
- Fernández Moya, J. & Colaboradores. (2006). *En busca de resultados, una introducción a las terapias sistémicas*. Mendoza: Universidad de Aconcagua.

- Figueroa, E. & Hirsch, H. (2007). Sobre los cierres. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 129-136). Buenos Aires: Dunken.
- Flichman, A. (2007). Cámara Gesell, Qué es, Para qué sirve, y otras yerbas. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 117-126). Buenos Aires: Dunken.
- Foerster, V. H. (1973). Cybernetic of Cybernetics. Physiology of revolution. *The Cybernetician*, 3, 30-32. doi: 10.1007/0-387-21722-3_13
- García, F. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago: RIL.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hirsch, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir.
- Huerta, C. C. Z., Cuevas, S. M. Á., & Castillo, R. F. P. (2020). Terapia Sistémica y apoyo social. Una intervención psicoterapéutica ante el divorcio. *Reflexiones*. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/35183>
- Kopec, D. (2007). El diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 21-30). Buenos Aires: Dunken.
- Minuchin, S., Fishman, H. C., & Etcheverry, J. L. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Morejón, A. R., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241-290). Valencia: Promolibro.
- Morrison, J. (2014). *La entrevista psicológica*. Bogotá: Manual Moderno.
- Rizo García, M. (2011). Reseña de "Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. *Razón y Palabra*. Recuperado de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=199518706028>
- Selvini Palazzoli (1990). En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.

- Schaefer, A. (2013). La terapia estratégica breve: Fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En García Martínez, F. (Comp.), *Terapia sistémica Breve: fundamentos y aplicaciones* (pp. 29-62). Santiago: RIL.
- 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. *Apuntes de Psicología*, 36(3), 173-180. Recuperado de <http://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/748>
- Shazer, S. D. (2004). *Claves en psicoterapia breve: una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (1992/2012). *El arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976/2015). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. A. U. L., & Bodin, A. (1974). Terapia breve: centrada en la resolución de problemas. *Family Process*, 13, 141-168. doi: 10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x