

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Establecimiento de límites con parejas en terapia individual desde el modelo de  
terapia breve centrada en la resolución de problemas

Charles Guzmán, Karen Clavel  
Tutor: Gregorio Traverso

Buenos Aires, 26 de julio de 2021

## Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos Específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	4
3.1. Antecedentes de la teoría sistémica.....	4
3.2. Teoría sistémica.....	7
3.3. Modelos Teórico -Clínicos.....	9
3.2.1. Modelo de Palo Alto.....	10
3.2.2. Modelo Estructural.....	10
3.2.2.1. Noción de límites .....	11
3.4. Terapias breves .....	12
3.4.1. Centrada en la resolución de un problema.....	13
3.4.1.1. Definición del problema.....	14
3.4.2. Centrada en soluciones.....	16
3.5. Intervenciones.....	17
3.6. La pareja y problemáticas más comunes referidas por sus miembros en psicoterapia.....	20
3.7. Desafíos y limitaciones para los terapeutas en el tratamiento de dificultades en el establecimiento de límites con parejas.....	26
4. Metodología.....	29
4.1. Tipo de estudio.....	29
4.2. Participantes.....	29
4.3. Instrumentos.....	30
4.4. Procedimiento.....	31
5. Desarrollo.....	31
5.1 Definición del problema en el abordaje de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en terapia individual desde la perspectiva de la terapia breve centrada en la resolución de problemas.....	32

5.2 Intervenciones realizadas en el marco de terapia breve centrada en la resolución de problemas dirigidas a fomentar el cambio en el establecimiento de límites con parejas en terapia individual.....	36
5.3 Desafíos y limitaciones para los terapeutas en el tratamiento de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en la terapia breve centrada en la resolución de problemas en el contexto actual de aislamiento por COVID-19.....	40
6. Conclusiones.....	44
7. Referencias bibliográficas.....	48

## **1. Introducción**

La práctica y habilitación profesional fue realizada de manera virtual en una institución especializada en la atención clínica desde el modelo sistémico de terapia breve centrado en la resolución de problemas ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; la cual, además de ofrecer psicoterapia en distintos formatos -individual, grupal, parejas, familia, y niños- también ofrece distintas capacitaciones. Por una parte, tiene un programa de iniciación profesional para licenciados en psicología recién egresados que permite adquirir herramientas de atención a pacientes respecto al qué hacer y el cómo; por otro, posee un programa de pasantías para estudiantes de psicología de distintas universidades ofreciendo, además, cursos en temas puntuales como mindfulness, trastornos de la conducta alimentaria y herramientas para ser un buen terapeuta estratégico.

Las actividades desarrolladas en la institución se orientaron, desde lo teórico, en la lectura de material bibliográfico y discusiones teóricas del enfoque sistémico breve centrado en la resolución de problemas, con la conducción de personal del centro, lo cual se realizó mediante un encuentro semanal de dos horas vía zoom los días jueves desde las 15 hasta las 17 horas; y desde lo práctico, se presenciaron sesiones de psicoterapia con el uso de la cámara Gesell online, los días lunes, martes y jueves en horario variable de acuerdo a la agenda semanal de la institución.

Desde el modelo de terapia breve centrado en la resolución de problemas esta investigación se propuso describir el abordaje de las dificultades en el establecimiento de límites con parejas desde la terapia individual en casos clínicos de consultantes de diferentes géneros. Esto, motivado a que es una sintomatología que se repite en distintos consultantes de la institución que son víctimas de conductas controladoras por parte de sus parejas sentimentales llegando incluso a la violencia física. Lo anterior constituye un problema de salud pública de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2021), la cual afirma que en los últimos tiempos se ha incrementado esta problemática debido al compartir prolongado de espacios y tiempos en pareja a lo que se le suman los acotados servicios de ayuda disponibles debido a los confinamientos por COVID-19, lo que a la vez, ha aumentado las teleconsultas en la institución.

## **2. Objetivos**

### **2.1.Objetivo General**

Describir el abordaje de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en terapia individual desde el modelo de terapia breve centrado en la resolución de problemas en el contexto actual de aislamiento por COVID-19, y las intervenciones dirigidas a fomentar el cambio.

### **2.2.Objetivos Específicos**

**2.2.1.** Analizar el proceso de definición del problema en el abordaje de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en terapia individual desde la perspectiva de la terapia breve centrada en la resolución de problemas.

**2.2.2.** Describir las intervenciones realizadas en el marco de terapia breve centrada en la resolución de problemas dirigidas a fomentar el cambio en el establecimiento de límites con parejas en terapia individual.

**2.2.3.** Indagar cuáles son los desafíos y limitaciones para los terapeutas en el tratamiento de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en la terapia breve centrada en la resolución de problemas en el contexto actual de aislamiento por COVID-19.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1. Antecedentes de la teoría sistémica**

La psicoterapia sistémica tiene tres momentos históricos: el de la epistemología sistémica; el de los primeros modelos sistémicos Teórico-Clínicos durante la segunda mitad del siglo XX; y a finales del siglo XX cuando surgieron las primeras terapias posmodernas (Del Rio, 2012).

La epistemología sistémica fue constituida con aportes de distintas teorías como la general de los sistemas, la cibernética y la pragmática de la comunicación humana. La primera fue presentada en 1937 por Von Bertalanffy, para quien un sistema es un conjunto de elementos en interacción que forman una entidad funcional. El comportamiento del mismo dependerá de cómo se relacionen sus partes entre sí, lo que favorecerá la emergencia de ciertas propiedades que no podrán atribuírsele a ninguno de sus elementos por sí solos,

sino que las mismas corresponderán a la interacción entre ellos (Wainstein, 2006b). De esta forma, un sistema incluye una estructura a la que le agrega propiedades en sus interacciones, afectándola, y cuyos intercambios también lo afectan a él en sus propiedades y comportamientos, por lo que es indivisible en su descripción y su desempeño dependerá de cómo se relaciona el mismo con su medio. La complejidad de un sistema se da al estar formado por varios elementos que tienen funciones especializadas, que interactúan de forma circular a través de un patrón, y cuyos valores son cambiantes y aleatorios. Por lo tanto, ese sistema definirá sucesos que son el resultado de un sin número de circunstancias (Wainstein, 2006a).

Tanto la cibernética de Wiener de 1948 como la teoría de la información de Shannon y Weaver a finales de la década de los 40', surgieron como modelos matemáticos referidos a relaciones de elementos entre los cuales ocurrían fenómenos de interacción y constituyeron las disciplinas teóricas que funcionaron como herramientas del pensamiento para indagar a los sistemas vivos. La cibernética se refiere al recorrido completo y circular que describe y explica lo que sucede en el sistema. La primera cibernética explicaba los términos de la estabilidad de los sistemas mediante el control y la comunicación, hasta que Maruyama (1960 como se citó en Wainstein, 2006a) aportara la noción de cambio, indicando que un sistema podía cambiar su estructura mutando a una nueva forma que la habilitara a adaptarse al nuevo ambiente. A esto se le llamó cibernética de segundo orden, donde además se incluía al observador del sistema en la construcción del conocimiento de lo que sucedía en él, considerando que existen operaciones cognitivas que crean significado y anticipan situaciones que no han ocurrido en la realidad, pero que se posibilita en la mente individual y subjetiva (Wainstein, 2006a).

La teoría pragmática de la comunicación de 1967 también sirvió como base de la teoría sistémica al indicar que toda conducta es comunicación y toda comunicación afecta la conducta; y, de la misma forma, toda comunicación afecta al receptor y su reacción afectará al emisor del mensaje. Para este enfoque no solo el lenguaje hablado es comunicación, también lo es lenguaje corporal y es por esto por lo que los fenómenos de la conducta humana se basan en las conductas observables de la relación dentro de un determinado contexto (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1981).

Esta teoría expone cinco axiomas: El primero se refiere a que no es posible no comunicar o no producir conductas, por lo que la comunicación no se da solo intencionalmente. El segundo indica que toda comunicación contiene un aspecto de contenido, del mensaje en sí, y otro relacional, que tiene que ver con la relación entre las personas que participan en el proceso; por lo tanto, se trasmite la relación entre los individuos. El tercero hace referencia a cómo se organizan las ideas comunicativas y en cómo los patrones de comunicación utilizados tienen un efecto sobre el vínculo comunicacional. El cuarto da cuenta de los aspectos verbales y no verbales de la comunicación, y en cómo ambos conforman la interacción en la misma. El quinto axioma establece que existe una simetría o complementariedad en toda comunicación, basada en la igualdad o diferencia de los participantes, lo cual definirá las acciones de los mismos en el acto de comunicar (Watzlawick et al., 1981).

Por otra parte, tanto las ideas del constructivismo como las del construccionismo social postularon que no hay una realidad absoluta sino que es construida. Desde el primero, con la visión de que lo hace el ser humano a partir de sus esquemas asimilados e interactúa en lo social mediante el lenguaje, y desde el segundo, afirmando que existe la influencia social en el proceso de construcción de la realidad, donde el lenguaje también asume un papel fundamental ya que a través de él las personas intercambian información con el mundo, por lo que el conocimiento es relativo al contexto donde pertenecen (Celis & Rodríguez, 2016).

Siguiendo a Del Rio (2012), durante el segundo momento histórico de la psicoterapia sistémica emergieron los primeros modelos Teórico-Clínicos cambiando de la visión monódica de causalidad lineal - centrada en un individuo donde lo que le había ocurrido en el pasado explicaba su presente - a la visión relacional. Entre estos, cabe destacar al modelo estratégico, la escuela de Roma y la escuela de Milán; y los que se describen en el siguiente apartado, el modelo de Palo Alto y el estructural. Luego, a finales del siglo XX, e influenciadas por la noción de cibernética de segundo orden, conforman el tercer momento de la psicoterapia sistémica las terapias posmodernas, entre las que nombra el autor a las terapias narrativas, la individual, la conversacional y la feminista. Sin embargo, también destacan las terapias breves cuyo proyecto fue iniciado por Fish en 1966 y tuvo un gran

efecto sobre el posterior desarrollo de los enfoques breves que serán descritos más adelante, en los que Haley acuñó el término de *terapia estratégica* al pasar su foco de atención desde el proceso a la forma de la terapia, indicando que la misma podía considerarse estratégica si el terapeuta diseñaba un enfoque particular para cada problema adaptando la terapia al caso particular y no el caso a una forma de terapia (Cade, 1995).

### **3.2. Teoría sistémica**

Bateson fue un antropólogo inglés especialista en comunicación, quien en 1948 con la intención de encontrar fundamentos teóricos que dieran bases a una teoría sistémica de la comunicación integró las teorías descritas anteriormente en la epistemología. Es así como en 1952 fundó lo que llamó “Proyecto Bateson”, donde junto a Weakland, Haley y Don Jackson investigaron dentro del proceso comunicacional los niveles de abstracción y los efectos de las paradojas sobre el mismo (Cazabat, 2007).

Para Bateson la mente posee las mismas propiedades de un sistema, al cual sintetiza y caracteriza con propiedades exclusivas mediante la abstracción y formas de relación. Es por esto que, de la misma forma como funciona cualquier otro sistema cibernético, la mente se comunica a través de los mensajes o lenguajes transformados en códigos que se trasladan mediante circuitos circulares con distintos niveles de complejidad, los cuales están ordenados en jerarquías y van a tender a mantener la estabilidad interna, por lo que valorará como mejores las correcciones que la lleven a su propio equilibrio guardándolas para tomarlas luego como autorreferencia (Wainstein, 2006a).

La sistémica estudia el todo para entender las partes teniendo en cuenta sus interrelaciones, sus propiedades emergentes y sus reglas de funcionamiento. Y desde esta premisa, un sistema consultante está constituido por un consultor, quien al contar con un marco y entorno adecuado facilitará la exploración, el reconocimiento de recursos y la búsqueda de soluciones; y un consultante que es quien solicita la asistencia (Wainstein, 2006b).

De acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009) y Watzlawick et al., (1981), los modelos sistémicos comparten la idea de que la conducta de un miembro del sistema tiene relación con las del resto. Por lo tanto, si el comportamiento de un miembro cambia,

indefectiblemente cambiará la conducta del resto así como lo explican las diferentes nociones de la teoría de sistemas, la cibernética y la teoría pragmática de la comunicación. De la misma forma, los miembros del sistema con relaciones estables en el tiempo categorizan las conductas como parte del mismo y las significan en su interior según un orden de interdependencia y jerarquía. Y dentro del mismo, operan dos fuerzas opuestas entre sí, una a favor de mantener la estabilidad y otra que tiende al cambio.

Según Wainstein (2006a) para la sistémica, el cambio de primer orden de la cibernética se relaciona con la noción de retroalimentación negativa, referida a cuando el sistema busca mantener estable su equilibrio. Cuando el sistema familiar como un todo, o alguna de sus partes se encuentra en desequilibrio, ocurrirán las acomodaciones que sean necesarias para volver a la homeostasis familiar (Castrillón, 2008). Del mismo modo, Minuchin (1997) sostiene que cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, habitualmente los miembros de la familia considerarán que alguno no está cumpliendo con sus obligaciones y hará requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad a fin de volver a la estabilidad. Para Watzlawick, Weakland y Fisch (1995) este tipo de cambio es el que mantiene el problema, ya que hace un llamado a la lógica o al sentido común.

Por el contrario, el cambio de segundo orden equivale a la retroalimentación positiva, cuando los desequilibrios generan cambios en el sistema tendiendo a aumentar la desviación. Es decir, es un cambio que realiza un movimiento en la estructura del que consulta resultándole extraño y desconcertante (Wainstein, 2000a). Según Watzlawick et al., (1995), que un terapeuta aplique técnicas que tiendan a este tipo de cambio, implica abordar la situación en el presente aplicando estrategias sobre los efectos, en lugar de sobre las causas posibles, lo que colocará la situación sobre una base distinta.

El cambio estructural que es a donde apunta la cura, implica una serie de transformaciones en el sistema. Estos cambios son de perspectivas, de interpretaciones de la realidad, de comportamientos, de formas de organización en el sistema o de cómo interactúan sus miembros, modificando las pautas transaccionales mediante la innovación (Wainstein, 2006b; Watzlawick et al., 1995).

Según Wainstein (2006b) suele ocurrir que el consultante por motivos que puede o no conocer, se resiste al cambio, aun cuando solo es él quien puede crear o aportar los recursos que lo habiliten. El terapeuta, considerando lo anterior, deberá carismáticamente propiciar estrategias para la resolución del problema, solicitando cambios mínimos y sin grandes exigencias para evitar resistencias. También deberá anticipar posibles trayectorias o comportamientos del sistema Espacio-Temporales (Wainstein, 2006a). Siguiendo a Nardone y Watzlawick (1992) el terapeuta deberá utilizar la comunicación sugestiva basada en la pragmática de la comunicación y evitando connotaciones negativas. Si esas estrategias funcionan y se obtiene participación, en corto tiempo debe observarse una clara disminución en los síntomas y un cambio progresivo en cómo el consultante se ve a sí mismo, a los otros y al entorno, lo que repercutirá en su autonomía para operar y en su autoestima.

Por último, desde la sistémica es importante entender al sistema como observador, lo que presupone la limitación perceptiva del mismo de acuerdo con un modelo a partir del cual seleccionará lo que considera relevante poniendo en riesgo la realidad misma del evento. El modelo del observador es un sistema conceptual abstracto que crea la experiencia subjetiva en la simbología del lenguaje de lo que el mundo es, suministrando formas o patrones con los cuales el observador ordena lo que percibe de la realidad, entendida como una construcción cuya precisión dependerá de sus creencias (Wainstein, 2006a).

### **3.3. Modelos Teórico-Clínicos:**

De acuerdo con Del Rio (2012) y como fue descrito en los antecedentes, existen diferentes modelos Teórico-Clínicos que surgieron de la teoría sistémica y si bien muchos de ellos comparten las anteriores proposiciones - como la noción de sistema o de cambio-, adjudican una importancia relativamente variable a cada una de ellas. Es por esto que cada uno de ellos fue desarrollando principios y formas de psicoterapia característicos que le son propios, en cuanto al foco de análisis y de intervención, el objeto y lugar de cambio, el tipo de intervenciones y el tipo de comunicación que privilegia (Casabianca & Hirsch, 2009).

### 3.3.1. Modelo de Palo Alto

El Mental Research Institute de California (MRI) fue fundado en marzo de 1959 por una parte de los científicos del Proyecto Bateson, a saber, Jackson, Satir y Riskin, a quienes se les sumó poco tiempo después el psiquiatra austriaco Watzlawick quien llegó a ser símbolo de las principales ideas del instituto (Cazabat, 2007).

Durante 1967 en el Brief Therapy Center de los Estados Unidos de América, fundado por el MRI de la mano de Fisch, Jackson, Watzlawick, Weackland y Bodin, fue desarrollado lo que se conoce como modelo de Palo Alto el cual hace foco en la conducta observable y donde la intervención es sobre el sistema vigente (Barreira, 2016). Este modelo se trata de una forma de psicoterapia breve y eficaz, la cual debe realizarse en un máximo de 10 sesiones mediante una cámara Gesell y con la meta de producir un cambio (Cazabat, 2007). Posee un abordaje sistémico en tanto posee los principios siguientes: (1) la estabilidad de la relación entre miembros de un sistema es lo que hace que formen parte del mismo, (2) la conducta de un miembro modificará así el comportamiento del resto, (3) las conductas de uno son significadas por el resto y se organizan en torno a la interdependencia y a la jerarquía, y (4) todo sistema está sometido a fuerzas de cambio y estabilidad (Casabianca & Hirsch, 2009).

En este modelo el foco de análisis es el proceso de interacción, es decir la secuencia de conductas que van unas seguidas de otras donde el comportamiento que resulta problemático aparece, esto con el fin de modificar el circuito. Para esto, se selecciona a los miembros del sistema que son los más motivados en resolver el problema y, privilegiando la comunicación verbal, se intervendrá sobre ellos para desanclar los procedimientos fallidos en relación con el problema y estimular nuevas alternativas de solución (Casabianca & Hirsch, 2009).

### 3.3.2 Modelo Estructural

Influenciado por el Modelo de Palo Alto, Salvador Minuchin crea el modelo estructural en los Estados Unidos de América en la década de los años 60' (Del Rio, 2012). Al trabajar en casos de familia propone tres conceptos clave: (1) *estructura*, definida por las demandas funcionales que organizan los patrones de interacción entre los miembros de la familia; (2) *subsistemas*, referidos a la organización funcional entre los miembros (padres,

hermanos, hijos, pareja conyugal); y (3) *fronteras*, las que regulan el contacto y el intercambio transaccional con los miembros de la familia y fuera de ella (Wainstein, 2006b).

Se trata de un tipo de psicoterapia sistémica, que no especifica un límite en el número de sesiones ya que dependerá de cómo se va logrando el objetivo terapéutico. El foco está puesto en cómo los procesos del sistema se organizan en torno a la interdependencia y la jerarquía. Busca averiguar quién decide qué en el sistema y quién le hace qué a quién y de qué forma, lo que habilita al terapeuta a vislumbrar las reglas de ese sistema y a intervenir para modificar la organización o estructura mediante el cambio en la relación entre los miembros en la sesión (Casabianca & Hirsch, 2009).

Este modelo no se aborda desde lo individual. Minuchin (1997) afirma que el terapeuta encauzado hacia la terapia individual suele considerar al sujeto como el asiento de su patología y reúne los datos que solo vienen de él, dejando por fuera el contexto y la relación. En este sentido, expone que la terapia estructural es una terapia de acción, en la que el terapeuta debe unirse al sistema familiar para transformarlo, y si logra cambiar la posición de los miembros en la estructura, cambiará también sus experiencias subjetivas. De esta forma, la familia debe ser vista como un sistema de estructuras abierto y transformable, que se desplaza con las etapas del ciclo vital, lo que exige siempre una reestructuración. Por lo tanto, la familia debe adaptarse a situaciones cambiantes manteniendo su continuidad y a su vez, fomentando el crecimiento de sus miembros.

### **3.3.2.1 Noción de límites**

Minuchin (1997) desde su modelo estructural estableció conceptos específicos; entre los cuales la noción de límites es uno de ellos. Este autor indica que para que una familia funcione correctamente es importante tener límites claros, y los define como aquellos constituidos por reglas que definen quiénes participan en qué y de qué forma, estableciendo la diferenciación entre una familia y otras, y dentro de la misma familia, demarca el espacio entre los mismos miembros.

Los límites deben ser claros y definidos para permitir el contacto correcto entre subsistemas y el desarrollo de las funciones de cada uno sin interrupciones. En ocasiones, algunos sistemas familiares (o dentro de la misma familia, un subsistema) se repliegan sobre

sí mismos desarrollando un microcosmos propio e incrementando la comunicación y la preocupación entre sus miembros. Esto ocasiona la disminución de las distancias y que los límites se hagan difusos. En consecuencia el sistema se sobrecarga y se queda sin recursos para adaptarse en situaciones de estrés lo que define el autor como *aglutinamiento*. Por otro lado, existen familias que se desarrollan con límites demasiados rígidos dificultando la comunicación, por lo que las funciones de protección entre los familiares se hacen perjudiciales, y lo define como *desligamiento* (Minuchin, 1997).

Toda familia se encuentra en algún punto del continuum entre los límites difusos y los rígidos, aunque la mayoría se encuentran en lo que sería el espectro normal en una campana de Gauss. De acuerdo con Fishman (1990), antes de realizar una intervención familiar es necesario que el terapeuta conozca los patrones de interacción que resultan disfuncionales en ese sistema, y si son varios, reconozca cuál de ellos predomina más para intervenir sobre él. Para este autor, al establecimiento de límites es uno de ellos e indica que si los mismos son difusos, acercan al sistema a dos problemas posibles: (1) la *intrincación*, definida como la excesiva proximidad entre los miembros que se demuestra en la continua anulación de alguno de ellos al no respetarse su intimidad o autonomía causando en muchos casos problemáticas en la comunicación, conductas controladoras o violencia; o (2) la *desvinculación* de alguno de sus miembros, causando en el caso de parejas, la separación (Espinal, Gimeno & González, 2006).

Minuchin (1997) sostiene que los miembros de subsistemas o familias aglutinadas se ven afectados ya que su exagerado sentido de pertenencia les hace abandonar su autonomía lo que desalienta la exploración y el dominio independiente de los problemas. Por el contrario, los miembros de familias desligadas pueden funcionar con autonomía, pero carecen de sentido de lealtad y pertenencia por lo tanto no piden ayudan cuando lo necesitan con un desproporcionado sentido de independencia.

### **3.4. Terapias breves**

Las primeras terapias breves fueron instituidas en 1967 en el Brief Therapy Center de los Estados Unidos de América fundado por el MRI producto de la investigación del equipo sobre comunicación y terapia familiar; y con la contribución técnica de la

hipnoterapia de Milton Erickson. En Palo Alto se creó la terapia breve estratégica centrada en la resolución de un problema (Barreira, 2016). Mas tarde, en los años 80', Shazer junto a su equipo en la escuela de Milwaukee desarrollaron una nueva forma de terapia breve centrada en soluciones (Loera, Canul & Andrade, 2019), a la par de Haley y Madanes en Washington, quienes desarrollaron la terapia familiar estratégica apuntando a reorganizar los juegos de poder dentro de la jerarquía familiar y sus dinámicas de comunicación (Nardone & Portelli, 2013).

#### **3.4.1. Terapia breve focalizada en la resolución de un problema**

De acuerdo con lo puntualizado anteriormente, poco tiempo después del surgimiento de los principales modelos Teórico-Clínicos sistémicos, nació a finales de los años 60' la terapia breve focalizada en la resolución de problemas en el MRI. Entre sus creadores figuran Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin. Se trata de una psicoterapia interpersonal, sistémica y constructivista que parte de la proposición de que un problema persiste cuando es reforzado por conductas o comportamientos que intentan resolverlo repetidamente en la interacción entre el paciente identificado y la gente significativa para él (Kiskeri, Serrat, Díaz & Schlanger, 2018).

Siguiendo a Casabianca y Hirsch (2009) esta terapia considera que el consultante tiene la capacidad de definir y acotar su problema y que tiene los recursos para solucionarlo; considerando un tiempo limitado para lograr la meta mínima y el convencimiento de que podrá realizar cambios tomando nuevos caminos y soluciones. Sin embargo, Wainstein (2006b), afirma que cuando la persona consulta normalmente lo hace desmoralizada ya que no ha podido resolver la situación con todos los procedimientos intentados, y en ese contexto, este tipo de terapia le permitirá reemplazar los procedimientos constituidos, intentados y fallidos por otros potencialmente exitosos para reducir el síntoma.

En este enfoque, la terapia se centra en las soluciones intentadas para resolver el problema con el fin de detenerlas o incluso invertir las por más lógicas que parezcan (Cade, 1995). Wainstein (2006b) indica que en la terapia breve centrada en la resolución de un problema se deben reemplazar esos procedimientos fallidos por otros, sin embargo, esto solo

será posible después de hacer una adecuada definición del problema que se presenta mediante la Co-Construcción del mismo entre el terapeuta y el paciente.

#### **3.4.1.1. Definición del problema**

Ante una determinada situación que requiere solución o la adaptación a la misma, se realiza cognitivamente una interpretación que va a dar lugar a acciones para resolverla o adaptarse de forma favorable. Es así como un hecho problemático posibilita diferentes formas de situarse ante él para afrontarlo mediante el uso de un procedimiento o serie de conductas. Cuando el procedimiento elegido funciona es guardado en la mente como conductas funcionales para resolver esa situación, pero en situaciones similares esos procedimientos pueden no funcionar y deberán ser reemplazados por otros nuevos. Cuando es posible reemplazar un procedimiento conocido y fallido por otro exitoso, se resuelve el problema, pero para esto es necesario definir de mutuo acuerdo y de forma clara los conceptos con los que está planteado el mismo, y cómo se relaciona con el contexto en el que ocurre evaluando la situación y si ésta admitirá o no solución, y, de ser viable se deben establecer las reglas básicas de búsqueda de resolución (Wainstein, 2006b). En coherencia, Casabianca y Hirsch (2009) plantean que el problema debe construirse entre el terapeuta y el consultante, ya que la *queja inicial* de la situación problemática como la ve el consultante debe hacerse que tome forma de modificación de conductas en tres aspectos: (1) cognitivo, lo que él sabe y entiende sobre la situación y cree que debe cambiar; (2) afectivo, cómo se siente con respecto a ella, su malestar profundo; y (3) conativo o de acción, qué cree que puede hacer diferente, quién lo hará y para qué. De la misma forma, Nardone y Watzlawick (1992) sostienen la importancia de la Co-Construcción del problema con el fin de llegar a un acuerdo sobre el motivo específico y sus objetivos, ya que ambos, terapeuta y consultante, deben tener claro cuál es la meta que se quiere alcanzar evitando apuntar a temas diferentes que luego no satisfagan las expectativas.

Casabianca y Hirsch (2009) establecen que, tanto desde la visión del terapeuta como del consultante, es necesario que el problema sea importante, pertinente, que respete la urgencia y que sea de solución factible para el consultante. Para esto, debe Co-Construirse el mismo desde la queja inicial y proponen tres preguntas necesarias a la hora de definir el

problema en la primera sesión. ¿Qué lo trae por aquí?; con esta pregunta, afirman los autores, se abren posibilidades de obtener datos que van dando lugar a otras preguntas y al mismo tiempo permite al terapeuta realizar procesos internos de reconocimiento o clasificación de la temática con información propia que le puede dar pistas a seguir para el abordaje terapéutico. A esta pregunta, el consultante suele responder con su malestar y puede implicar una situación problemática o varias asociadas entre sí; pero deberá elegirse un tema o foco y no varios, para lo cual el terapeuta deberá precisar al consultante preguntando cuál de las situaciones es la prioritaria en este momento. Si el foco es bien elegido es posible que lo que se defina como problema se mantenga hasta que se planteen las posibles formas de resolución. Sobre esta línea, Wainstein (2006b) refiere que permitir ramificaciones en problemáticas y objetivos múltiples y dispersos conduce al agotamiento. Al no tener límites precisos y alcanzables no se perciben mejoras con la terapia; menos aún, si se van abriendo nuevas problemáticas, ya que nunca se terminará ni alcanzará alguna meta terapéutica. Además, fijar objetivos en la terapia, en base a un problema específico y no en varios, sirve como guía y baja las expectativas en relación con la parte del proceso en la que se encuentra la terapia. Nardone y Watzlawick (1992) también concuerdan en que el hecho de contar con un problema definido y objetivos precisos en base al mismo permite ir controlando la progresión del tratamiento al ir revisando los avances durante el mismo, lo que refuerza al consultante al aumentar su confianza en la psicoterapia y al sentir un rol activo en el proceso.

Siguiendo a Casabianca y Hirsch (2009), la siguiente pregunta para definir el problema es ¿por qué ahora?, en orden de saber cuál es el disparador que hace que el consultante llegue al consultorio o qué desencadenó que la consulta surgiese en ese momento y no en otro, lo que da cuenta del contexto en sí. La tercera pregunta va a depender del motivo de consulta que se ha ido Co-Construyendo; debe ser ¿qué quiere dejar de hacer? o ¿qué quisiera hacer y no puede?, lo que informa cuál es el motivador del proceso de cambio y el límite posible del mismo, y, por otra parte, dará cuenta sobre quién debe intervenir.

Por otro lado, estos autores plantean un segundo nivel de Co-Construcción referido a la meta, la cual deberá tener en cuenta dos variables: tiempo y modificaciones mínimas del estado inicial del problema. Es Co-Construída ya que se desarrollará en base a los que se definió como problema y hacia un aspecto en particular, que ambos, consultante y terapeuta,

deben acordar como índice de evaluación en un tiempo determinado con el fin de orientar las acciones hacia ella, evaluando y corrigiendo si es necesario con las nuevas informaciones que se obtengan con el transcurrir del proceso ya que es posible que las necesidades cambien y se requiera recontratar otra meta que sea percibida o satisfaga el índice de avance hacia el objetivo. En un último nivel de Co-Construcción se encuentra el de las nuevas soluciones, en la que estos autores plantean tres posibles caminos: (1) la persuasión al sistema consultante a realizar procedimientos diferentes, (2) el incremento de la dificultad de resolución de forma de que el sistema ponga en marcha otras acciones, o (3) la modificación de la percepción del problema instando a modificar las conductas fallidas para resolverlo. Sobre este aspecto, Wainstein (2006b) destaca el procedimiento medios/fines, el cual busca establecer cuál es la situación inicial y a la que se quiere llegar, estableciendo un paso intermedio que acorte la brecha entre ambas; o explorar las acciones que se acerquen más al objetivo evitando las que se alejen, para lo que es necesario ahondar en las acciones intentadas para resolverlo, sin pasar por alto que todo problema es complejo en tanto que involucra diferentes elementos y relaciones que varían, reglas de funcionamiento y un contexto específico.

#### **3.4.2. Terapia breve centrada en soluciones**

Shazer (1991) afirmó que después de varios años aplicando y estudiando la terapia breve, concluyó que para lograr un cambio mediante una intervención no era necesario conocer detalladamente la queja ni cómo el problema se mantiene; lo único mandatorio es que el consultante haga algo diferente. De esta manera, desarrolló junto a Insoo Kim Berg y su equipo de trabajo, la terapia breve centrada en soluciones en los años 80' en el Brief Family Therapy Center de Milwaukee; basándose en gran medida en el trabajo de terapia breve de Milton H. Erickson (Loera et al., 2019).

Según Beyebach (1999) en este tipo de terapia breve el terapeuta no hace foco en el problema, en la historia o en el diagnóstico del consultante, tampoco asume la posición de experto intentando psicoeducar o corregir los defectos que visualiza, en su lugar refuerza las cualidades que disminuyen el problema promoviendo soluciones alternas; y puede trabajar con un consultante, con una familia o con los miembros interesados en conseguir el cambio

utilizando sus propios recursos, con el propósito de alcanzar el bienestar psicológico. Para esto, el terapeuta guiará al consultante mediante intervenciones ubicándolo en el futuro próximo de su vida donde no existe el motivo de consulta; y a partir de la definición del continuo Problema-Solución formulará una hipótesis de ajuste relacional que permitirá pronosticar cómo dicho ajuste repercutirá en los resultados posibles de la terapia. También el terapeuta formulará preguntas en lugar de interpretaciones para lograr que el consultante sea el generador de sus propias soluciones mediante sus respuestas (de la Fuente, Alonso & Vique, 2019).

Como es posible notar, la terapia breve centrada en la resolución de un problema difiere de la centrada en soluciones en cuanto al foco de intervención, aunque ambas apuntan al cambio mediante el uso de intervenciones específicas (Nardone & Portelli, 2013), las cuales serán descritas a continuación.

### **3.5. Intervenciones**

Una vez definido el problema, el terapeuta estratégico deberá planear las intervenciones que le van a permitir dirigir las conductas hacia el cambio esperado. Las intervenciones son aquellas que manan de una estrategia deliberada donde se buscará influir en una determinada dirección una vez que se han seleccionado ciertos datos de la definición del problema. Para esto, el terapeuta se hace parte del sistema y de sus propiedades emergentes, participando, negociando, y consensuando mediante el uso del lenguaje (Wainstein, 2006b).

Propias del modelo familiar estratégico de Haley (1980) destacan en las terapias breves las intervenciones estratégicas; entre las cuales es necesario destacar las utilizadas para adecuar medios y fines, es decir, las que están dirigidas al logro de los objetivos que son convenidos previamente con el consultante y que están en relación con la resolución del problema (Wainstein, 2006b). Las intervenciones tendrán lugar sobre la *solución intentada fallida*, modificando el encuadre que se ha hecho hasta el momento del problema interrumpiendo el circuito de conductas intentadas por el consultante que evidentemente no le dan resultado y mantienen el problema. Con este fin podrán utilizarse las *prescripciones directas*, en las que se pide al consultante que realice una determinada acción; Haley (1980)

indica que impartir prescripciones directas puede realizarse de forma implícita, ya sea con un ademán, por una inflexión en la voz, o solo haciendo un silencio en el momento adecuado. La función de las mismas es que el consultante las cumpla, o no, como en el caso de la intervención paradójica entre las que resalta la *prescripción del síntoma* que tiene la finalidad que el paciente realice el cambio por la vía de la oposición.

Entre otras intervenciones indirectas y más propias de la terapia centrada en la resolución de un problema, puede destacarse el *reenmarcamiento*, *reestructuración* *redefinición o reformulación* de la visión que se tiene del problema en la actualidad, trabajando sobre las creencias. Para esto, el terapeuta puede usar anécdotas, metáforas y relatos o comunicación paralela, o el accionar sobre el patrón de comportamiento o *pattern*, cambiándolo (Wainstein, 2006b). Sobre esta línea Haley (1980) afirma que lo que se cambia en una reestructuración, es el sentido de atribución a la situación, el punto de vista del consultante sobre el problema, y no la situación en sí. De la misma forma, Casabianca y Hirsch (2009) indican que las mismas se refieren a las adjudicaciones de significado que el terapeuta hace a las conductas o actitudes relacionadas al motivo de consulta pretendiendo modificar la percepción que tiene el sistema consultante.

También son muy utilizadas las intervenciones centradas en el futuro propias de la terapia centrada en soluciones como, por ejemplo, la *técnica del milagro*, *la bola de cristal*, o uso de *la ambigüedad*, las cuales invitan al consultante a imaginar que el problema ya fue resuelto y que indique las conductas que realizó que lo llevaron hasta allí (Wainstein, 2006b).

De acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009) en el modelo de Palo Alto, al privilegiarse la intervención verbal, se instrumentan mayormente las redefiniciones y preguntas que posibiliten desanclar conductas fallidas en relación con lo definido como problema. Las preguntas pueden ser (1) directas, sobre acciones realizadas sobre la situación presente; (2) reflexivas, pensamientos sobre posibles acciones futuras; o (3) circulares, sobre pensamientos o creencias de otros del sistema.

También en este modelo, con el fin de estimular nuevas alternativas de resolución se utilizan las *sugerencias*, las cuales se refieren a alternativas de acción de conductas o actitudes que propone el terapeuta, permitiendo al consultante la posibilidad de aceptación

o rechazo; y las *prescripciones*, ya sean directas o paradójales, referidas a indicaciones explícitas para ser cumplidas o desafiadas (Casabianca & Hirsch, 2009).

Por otra parte, se encuentran las intervenciones estructurales del modelo de Minuchin, el cual comparte muchas de las intervenciones ya mencionadas como las redefiniciones, las sugerencias y las prescripciones, pero agregando foco en modificar la organización o estructura a través de los patrones interactivos de los consultantes mediante la *escenificación* o *puesta en acto* de los mismos e incluyéndose el terapeuta en el aquí y ahora de la sesión. Para ello puede usarse el aumento de la intensidad en la interacción o prolongar el tiempo de escenificación, hacer uso del espacio y/o cambiar la distancia entre los miembros en orden de producir cambios en las reglas que regulan la interdependencia y jerarquía (Wainstein, 2006b).

Del mismo modo y propias de diferentes modelos, en terapias breves se pueden incluir intervenciones constructivas entre las que destaca la *narración*, con la puesta en palabras de la meta o un hecho a ser alcanzado o evitado que estará cargado de valor para el consultante y con acento en el significado y en los procesos de generación de los mismos a partir del relato. Además, se encuentran el *arte de preguntar* de parte del terapeuta, la *externalización del problema*, y la *deconstrucción del poder y del saber*. Con el uso de la espontaneidad y la creatividad es posible realizar intervenciones con procedimientos psicodramáticos; en cuya escena se promueven interacciones entre los miembros que recrearán los patrones de conductas pasados y cuya finalidad será rectificarlos en las acciones presentes. En este grupo es posible nombrar al *soliloquio*, que consiste en expresar los pensamientos o sentimientos propios o del sistema del que se es parte, sobre lo que se percibe en ese momento de la escena; el *cambio de roles*, que consiste en asumir la posición de otra persona del sistema en la escena pudiendo hacer uso del soliloquio en ese momento; la *concretización*, referida al desdoblamiento de un aspecto ideativo, tensional o afectivo convirtiéndolo en un personaje y dándole lugar en la escena permitiéndole interacción; y la *amplificación*, que permite exagerar un aspecto, emoción, tono de voz o movimiento. Cualquiera que sea la intervención que se planea de forma estratégica, su finalidad es que algo cambie con relación a aquello que motivó la consulta (Wainstein, 2006b).

Haley (1980) describe que las técnicas o intervenciones, si bien son la puerta de entrada al cambio de segundo orden, solo serán efectivas si se siguen dos reglas. La primera es que el objeto de cambio es la solución fallida; por lo tanto, es la conducta o comportamiento repetitivo lo que se debe buscar cambiar mediante la adecuada intervención. La segunda es que la intervención a realizar debe ser hecha en el propio lenguaje y sistema de representación del consultante. Esto quiere decir que deben presentarse en el modo que el consultante conceptualiza su realidad de manera de convencerlo de aceptar y cumplir la instrucción. Si esto no se cumple, la intervención será una fuente potencial de fracaso. O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) también afirman la importancia de que el terapeuta tome y utilice el lenguaje propio del consultante o el grupo familiar para orientar al cambio.

### **3.6. La pareja y sus problemáticas más comunes referidas en psicoterapia**

La familia debe entenderse como un sistema donde sus miembros son los elementos que lo componen y al estar en interrelación y siendo interdependientes, crean patrones de comportamiento (Castillo, Brito & Vargas, 2018). Dentro del ámbito familiar, la pareja es una institución social conformada por una diada de intercambio sentimental, económico, corporal e ideativo (Wainstein & Wittner, 2004), y combina las necesidades de cada uno de los individuos que la componen y las necesidades propias que han sido generadas por la misma relación (Castrillón, 2008). Por su parte, Biscotti (2006) concibe a la pareja como una construcción relacional no solo de intercambios y necesidades, sino que le agrega las definiciones que cada miembro se da a sí mismo y le da al otro, más la que reciben de su par; y, en ese sentido, tiene un contexto individual y otro social en permanente interacción.

Las parejas se organizan en torno a ideas y creencias compartidas entre sus miembros; sin embargo, cada uno de éstos posee creencias previas gestadas en las familias de origen que influyen fuertemente en la construcción de la relación. Según Walsh (1993 como se citó en Castrillón, 2008), una pareja funcional se caracteriza por el mantenimiento de una relación mediante el apoyo, el respeto mutuo y el compartir equilibrado de las responsabilidades y el poder, mediante habilidades de comunicación, de resolución de problemas y de proyección individual e independiente, sin que esto se convierta en agendas discordantes entre sus miembros.

Minuchin (1997) relata que, en la relación de una pareja recién constituida, los miembros deben acomodarse mutuamente a nuevas rutinas, lo que hacen a través de pautas transaccionales que constituyen una trama de demandas complementarias e invisibles, que regulan diversas situaciones familiares. Según el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2014) durante el año 2013 se registró la preferencia de la unión libre en la forma de iniciar una pareja y construir la familia en la ciudad, como periodo de prueba antes de optar por la unión legal. De esta forma, se registró el 34% de parejas en unión de hecho que no habían legalizado la relación ante el Registro Civil.

De acuerdo con Biscotti (2006), en los últimos 60 años ha habido diversos cambios relacionales en el modelo de pareja occidental, entre los que se pueden nombrar: mayor sistematización, autonomía económica, autonomía en decisiones, expresión de crisis, disposición a la disolución del vínculo y disminución de la estereotipia sexual. Estos han generado nuevas estructuras, modalidades, contradicciones y crisis en las parejas. De acuerdo con Castillo et al., (2018) y Wainstein (2002), cuando en la interacción entre los miembros de la pareja los patrones de comportamiento se rigidizan volviendo la estructura desadaptativa, aparecen los problemas.

En el consultorio la queja inicial varía según cada caso, pero entre las principales problemáticas por las cuales una pareja consulta con un terapeuta pueden nombrarse las crisis familiares, los síntomas individuales de alguno de los miembros, el hijo de ambos, o para pedir recomendaciones sobre la vida en pareja o matrimonio (Haley, 1980). Empero, Biscotti (2006) refiere que el motivo que genera la consulta siempre está ligado tanto al contexto como al momento del ciclo vital por el que transita la pareja, y plantea una serie de temas más amplios y específicos que toma de su experiencia en la clínica; entre ellas: la decisión de casarse, la maternidad, los mandatos familiares, el contexto económico, las familias ensambladas, los y las exparejas, la infidelidad, el reconocimiento de su homosexualidad de parte de alguno de los miembros y edades desparejas de los miembros.

Según Castrillón (2008), un alto porcentaje de consultantes llegan ante un terapeuta desde lo individual, pero la causa de la consulta es por dificultades maritales entre los que destaca la insatisfacción sexual o la infidelidad. Acerca de esta última, definida por actos sexuales extraconyugales con o sin vinculación emocional, algunos autores concuerdan que

son los más perjudiciales en una relación de pareja y son las principal causa de disolución vincular (Fish, Pavkov, Wetchler & Bercik, 2012; Miner & Schackelford, 2010; Platt, Nalbone, Casanova & Wetchler, 2008); a diferencia de Gottman & Silver (2006) quienes plantean la temática como uno de los mitos que en sus experiencias en la clínica han podido develar. Según estos autores menos del 27% de los divorciados refieren las relaciones extramaritales como parte de la causa de sus divorcios.

Por otra parte, suele ser muy común en parejas las dificultades con la toma de decisiones respaldadas por problemas de comunicación, lo que limita el establecimiento de objetivos y el reconocimiento y la evaluación de necesidades de los miembros (Wainstein & Wittner 2004). Los problemas de comunicación suelen observarse en conductas de descalificación de un miembro hacia el otro, sintomatología en el nivel de la relación, discrepancias en las puntuaciones de secuencia de hechos durante la interacción, malinterpretaciones de gestos o conductas y/o interacciones complementarias que no alternan en ningún área o dominio (Watzlawick et al., 1981).

También emergen problemas cuando la estructura jerárquica del sistema no es clara, no hay flexibilidad, existen límites difusos, o cuando la simetría o la complementariedad es rígida en la relación (Castrillón, 2008). Para Haley (1980) la dinámica central de la relación de pareja gira en torno al control y al poder. Wainstein y Wittner (2004) agregan a este par la influencia y las proponen sobre diferentes temáticas como, por ejemplo, en el manejo del dinero, las relaciones sociales y los quehaceres, lo cual facilita el desarrollo de patrones de dominación que crean conflictos entre los miembros. El poder se expresa en la asimetría de la relación y corresponde a la influencia que uno cede al otro y que ese otro ejerce sobre las acciones o comportamientos del primero (Hernández, 2006). Las conductas controladoras son una forma de maltrato psicológico que puede desplegarse mediante lenguaje soez o coercitivo con imposición de conductas restrictivas y el acoso continuado, cuando la víctima decide poner fin a la relación. Según Echeburúa y Muñoz (2016) este tipo de conductas están facilitadas actualmente por el uso de nuevas tecnologías en las que destaca principalmente el WhatsApp, en consonancia con los estudios de Caviglia y Walsh (2019), donde se concluyó que existen problemáticas de relaciones de pareja relacionadas a la ausencia del

lenguaje no verbal, al exceso de comunicación e incertidumbre que generan informaciones incompletas sujeta a interpretaciones con el uso de redes sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define la violencia de pareja como todo hecho de intimidación de una pareja o expareja, que resulte en daño físico, psicológico o sexual; incluyendo las amenazas de dichos actos, y/o las conductas de control hacia su par, sea que se produzcan en lo público o en lo privado. Según datos de esta institución, la violencia contra la mujer constituye un problema de salud pública ya que casi un tercio de las mujeres de entre 15 y 49 años que han estado en una relación romántica, informan haber sido víctima de violencia física o sexual por parte de su compañero. Y en todo el mundo, alrededor del 38% de los femicidios son cometidos por sus parejas; mayormente por hombres contra mujeres. Sin embargo; de acuerdo con Echeburúa y Muñoz (2016), la violencia en la pareja es un fenómeno bidireccional, multicausal, heterogéneo e independiente del género, lo que concuerda con el estudio de Cáceres (2004) quien analizó la intensidad de las formas de violencia denunciadas por hombres y mujeres encontrando que, en cuanto al género, las diferencias referidas a violencia psicológica denunciada no alcanzaron significación estadística, y que un 26% de los hombres y un 34,1% de mujeres manifestaron tener miedo a sus parejas. De la misma forma, Carr (2018) reporta que encuestas sólidas analizadas en sus estudios, muestran que la violencia cometida por parejas no es exclusivamente un proceso que va desde el hombre hacia la mujer.

En Argentina existe la ley N° 26485 de protección integral contra las violencias (2009, como se citó en Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2019a) que incluye en sus artículos cuarto y quinto la descripción de diversas manifestaciones de violencia como, la física, la psicológica, la sexual, la económica o patrimonial y la simbólica, las cuales se encuentran descriptas como violencias de género, es decir, impulsadas desde hombres contra mujeres. Según datos de la OMS (2021) los confinamientos durante la pandemia por COVID-19 han repercutido en lo social y económico incrementando la exposición particular de las mujeres a sus parejas, siendo víctimas de comportamientos abusivos y con acceso limitado a servicios de ayuda, a lo que se le suman las crisis humanitarias y los desplazamientos. Según los estudios de Wainstein (2020), en Argentina, a 80 días desde el inicio del confinamiento se registró el empeoramiento de la percepción en la relación de

pareja en un 46% de las parejas no convivientes, y en un 38,7 % en las parejas que convivían con hijos a consecuencia de peleas o discusiones y a causa del aislamiento social al no poder tener vínculos amorosos presenciales los primeros, y por el compartir de pequeños espacios habitacionales los segundos.

Entre los factores asociados a la violencia de pareja pueden nombrarse: (1) el bajo nivel de instrucción de alguno de los miembros, (2) la exposición de ambos o alguno al maltrato infantil o haber presenciado maltrato entre sus padres o familia cercana, (3) el abuso de alcohol u otras sustancias, (4) los trastornos psicológicos, (5) la infidelidad, (6) el estar insertos en sociedades que otorgan privilegios a un género sobre otro, (7) escaso acceso a la mujer de un empleo remunerado, (8) la discordia o la insatisfacción marital, (9) las dificultades de comunicación, y (10) los comportamientos controladores de uno de los miembros sobre el otro (OMS, 2021).

Como puede notarse, diversos autores coinciden con ciertas problemáticas entre las que por orden de repetición destacan las asociadas al control y al poder o conductas controladoras de un miembro de la pareja hacia el otro (Haley, 1980; Minuchin, 1997; OMS, 2021; Wainstein & Wittner, 2004), la infidelidad o insatisfacción sexual (Biscotti, 2006; Castrillón, 2008; OMS, 2021), la violencia física como consecuencia última de las conductas asociadas al control (Castrillón, 2008; OMS, 2021), y los problemas de comunicación (OMS, 2021; Wainstein & Wittner, 2004).

Todas estas problemáticas generan en los miembros de la diada mayor predisposición a sufrir trastornos de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, enfermedades orgánicas y conductas de riesgos (Castrillón, 2008; OMS, 2021). Wainstein & Wittner (2004) en sus estudios sobre el enfoque psicosocial de la pareja concluyeron que la terapia breve centrada en la solución de problemas aplicada sola o agregada a otras terapias resulta eficaz para diferentes tipos de problemáticas.

Ante las situaciones mencionadas muchas parejas toman la decisión de separarse. Gottman & Silver (2000) plantean seis señales que en sus experiencias en la terapia de pareja son predictoras del divorcio, siendo estas: (1) forma violenta de plantear una discusión, (2) interacciones negativas compuestas por críticas, desprecio y actitud defensiva o evasiva entre los miembros durante la comunicación, (3) sentimiento de agobio ante las interacciones

negativas anteriores, (4) cambios físicos como aumento del ritmo cardiaco, la presión sanguínea o sudoración durante una discusión, (5) cuando pasan desapercibidos los intentos de desagravio de uno con el otro que se realizan con el fin de mitigar la tensión durante una disputa, y (6) recuerdos negativos de la pareja o de la relación en lugar de lo positivo.

De acuerdo con la Dirección General de Estadísticas y Censos en cuanto a los divorcios en la Ciudad de Buenos Aires del año 2018, en la mayoría de los casos registrados, el estado civil de los cónyuges anterior al matrimonio era soltero (varones 90,4 %, mujeres 93,3%); la duración del matrimonio que se disolvió indicó que en más de las dos terceras partes superaban los 9 años de convivencia y la edad promedio al momento del divorcio era de 48 años en el varón y de 46 años en la mujer (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2019b).

Ante la decepción de afrontar una realidad sin la expareja a la que se le había colocado múltiples expectativas, afloran sentimientos de dolor y enojo debido en muchos casos a la esperanza de retorno y a la activación de emociones negativas (Argyle & Furnhan, 1983).

En los estudios de Sánchez & Martínez (2014) sobre etapas del duelo amoroso, indican que diversos autores concuerdan describirlas de la siguiente forma: (1) etapa de la *negociación*, donde existe la pretensión cognoscitiva y conductual de llegar a un acuerdo de reconciliación con la expareja, acompañada de sentimientos de extrañamiento y negación de lo ocurrido pudiendo causar depresión y ansiedad; (2) *hostilidad*, definida como una etapa de reacciones del tipo nombrado ante otras personas y hacia la expareja, con invención de situaciones no ocurridas y deseos de venganza, aislamiento y sintomatología depresiva; (3) etapa de la *desesperanza*, definida como un conjunto de emociones negativas sin percepción de alguna positiva; y (4) la *Pseudo-Aceptación*, referida a pensamientos de desprecio y/o arrogancia hacia la expareja, resignación e intentos de adaptación al nuevo contexto.

Estas autoras, en sus investigaciones, encontraron que las personas que acababan de tener una ruptura amorosa intentaban algún tipo de estrategia de negociación con la expareja debido a la negación de la ruptura, y que en los casos donde se había producido la ruptura por infidelidad, los participantes referían experimentar mayor hostilidad y desesperanza que

ante el rompimiento por diferencias o por enfriamiento de la relación (Sánchez & Martínez, 2014).

### **3.7. Desafíos y limitaciones del terapeuta en consultas por dificultades en el establecimiento de límites en el contexto actual de aislamiento por COVID-19**

De acuerdo con Haley (1980), el terapeuta debe unirse al sistema familiar confiando en las propiedades de la familia y asumiendo que al transformar la estructura o la posición de los miembros cambiarán también sus experiencias subjetivas resolviendo así el motivo de consulta. Si el problema que aqueja al sistema es debido a límites difusos o rígidos, las intervenciones estructurales permitirán influir en la dirección de cambio de los patrones comportamentales definidos en el motivo de consulta y, en ese sentido, es posible incluir todas las que el consultor considere necesarias (Wainstein, 2006b).

Minuchin (1997) sostiene que en una pareja cada uno necesita del otro para refugiarse de las demandas de la vida; por lo tanto, el terapeuta estructural deberá resguardar los límites del subsistema conyugal ante la interferencias de otros subsistemas, anulándolas en la misma sesión. Si el problema es de la relación de pareja, el foco debe estar puesto en las características de la comunicación que tienen ambos, procurando modificar aquellos patrones rígidos y disfuncionales de comunicación en el presente (de la Espriella Guerrero, 2008), y según Haley (2002), evitando referirse demasiado al pasado en búsqueda de aumentar las interacciones gratificantes y evitando las negativas entre los miembros. De acuerdo con Fisch, Weakland y Segal (1984), en ciertos casos puede ocurrir que consulte un miembro del sistema con la intención de que el terapeuta le ayude a que el compañero o *paciente identificado* concurra a la terapia cuando éste no tiene la motivación de acudir; y/o intente crear alianzas o pactos con el terapeuta en contra del otro, lo cual si es aceptado, limitará la capacidad de maniobra del terapeuta. Ante estas situaciones, los mencionados autores proponen no entrar en ese circuito tratando el caso desde la terapia individual; estableciendo objetivos individuales y realizando intervenciones estratégicas. Con este fin, el terapeuta necesitará hacer énfasis en la observación y en las formas de comunicación del consultante empleando intervenciones directivas o paradójales, y entre sesiones, deberá revisar las tareas otorgadas evaluando cambios, y si es necesario, introducir nuevas

estrategias que lo habiliten (de la Espriella Guerrero, 2008). O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), reportan entre los mitos de la terapia de pareja que han corroborado en su experiencia, que no es necesario trabajar con ambos miembros de la diada para obtener resultados positivos, ya que no es cierto que ambos necesiten procesar sus sentimientos y dificultades conjuntamente para lograr el cambio. Estos autores proponen una serie de pasos para trabajar con un solo miembro de la pareja desde la terapia centrada en soluciones, entre los cuales afirman que con el arte de preguntar se debe explorar el objetivo del miembro que asiste a terapia orientado a la solución futura, escuchar su perspectiva e identificar el problema desde la perspectiva del miembro ausente sin dejar de lado las soluciones fallidas. Y que, por la vía de la excepción, se debe intentar develar en qué situaciones el problema no ocurre, o si alguna de las soluciones intentadas funcionó excepcionalmente. También sugieren la intervención del *brainstorming* proponiendo al miembro presente pensar en soluciones ilógicas o atípicas para resolver la situación. En los estudios de Loera et al., (2019), se encontró que la terapia breve centrada en soluciones aplicada a la violencia dentro del noviazgo disminuyó las interacciones violentas entre los miembros de la pareja e incrementó el bienestar psicológico del consultante. En consonancia, en los estudios de Karakurt, Whiting, Esch, Bolen y Calabrese (2016) se encontró, que la terapia de pareja centrada en soluciones, la psicoeducación y la terapia comportamental obtienen mejores resultados promedios después del tratamiento que el 80% de los casos con tratamientos alternativos. Por lo tanto, se concluyó que la terapia de pareja es apropiada para tratar la violencia de parte de la pareja sentimental cuando es de leve a moderada, evita que se convierta en violencia severa y no es apropiada cuando la violencia es considerada severa desde el inicio.

Desde otra perspectiva, el terapeuta debe reconocer que no es omnipresente y que los cambios que pueden devenir de sus intervenciones son limitados e inciertos ya que no dependen de él, si no del consultante (Hernández, 2006).

De las principales problemáticas con parejas indagadas referidas por diversos autores, a saber, conductas de control de un miembro hacia el otro, violencia, infidelidad y comunicación, las dos primeras pueden ser consecuencias de límites difusos entre los miembros de la pareja. Ante estas situaciones, Hernández (2006) refiere que el terapeuta

debe fortalecer los límites y ayudar al consultante a cuestionar las pautas transaccionales planteándole desafíos. Las intervenciones de reestructuración deben ser los pilares de la terapia breve centrada en la resolución de un problema para incitar al cambio, en el que el éxito dependerá de una alianza terapéutica firmemente establecida.

El terapeuta estratégico debe diseñar un enfoque particular para el problema definido y ante sufrimientos por violencia o conductas de control exageradas desde un miembro de la pareja hacia el otro, éticamente, debe influir al consultante de forma directiva para dirigirlo hacia la autonomía. Es importante empezar por pequeños cambios aunque las propuestas parezcan ilógicas en favor del empoderamiento del consultante. Siguiendo a Lamer (1999), el terapeuta no debe renunciar a su conocimiento y al poder que un contexto de terapia le otorga; debe conectar ambos términos a una ética de responsabilidad, partiendo además del hecho de que en muchos países existe la obligación de parte de los profesionales de la salud de poner en conocimiento a las autoridades de la existencia de violencia.

Una limitación muy específica para operar como terapeutas se encuentra en casos donde la falta de límites ente los miembros de la pareja recae en la violencia. Siguiendo a Echeburúa y Muñoz (2016), esto puede deberse a que las víctimas estén impregnadas de la idea malentendida del amor romántico y, por tanto, creen en que hay que preservar a la pareja a cualquier precio o permitir todo cuando se ama. En otros casos, la víctima puede no percibirse como tal, y creer que sus conductas son las provocadoras de los comportamientos abusivos. Por otra parte, en muchos casos los consultantes pueden estar atravesando alguna etapa de duelo amoroso, por lo que aun llegando a establecer algún tipo de límites o dándose la separación, pueden sentir desesperación por extrañamiento y buscar al agresor, o ceder al pedido de volver a la relación.

A todo lo anterior es posible sumar el contexto mundial actual de la pandemia por COVID-19, la cual fue declarada por la OMS en marzo de 2020 y a más de un año de su declaración en más de 188 países, aun se vive situaciones de aislamiento o distanciamiento social preventivo. Esto ha traído como consecuencia que psicoterapeutas clínicos se vieran en la necesidad de cambiar la forma de atención presencial por alguna modalidad virtual mediante el uso diferentes tecnologías o *teleconsultas* para lo cual terapeutas y pacientes deben estar entrenados. También al prescindirse el contacto presencial, es posible que exista

dificultad de establecer una buena *alianza terapéutica*, definida como un factor de la relación entre el consultante y terapeuta que implica un vínculo emocional y que posee firme evidencia empírica de eficacia clínica (Traverso & Salem, 2020).

Según Inchausti, MacBeth, Hasson-Ohayon y Dimaggio (2020), entre las limitaciones y desafíos del contexto actual de aislamiento por COVID-19, lo cual ha incrementado las teleconsultas, también se suman: (1) la adaptación de las intervenciones a la tecnología, (2) la dificultad de la precisión de diagnósticos, (3) el mantenimiento del encuadre y (4) la dificultad de atender e intervenir sobre el lenguaje no verbal que escapa de lo observado. Burgoyne y Cohn (2020) añaden la pérdida de la fase de preparación y procesamiento que suceden antes y después de la sesión cuando se acude al contacto presencial, así como también, el engorroso cobro de honorarios posterior a las sesiones mediante medios digitales. Y, por otra parte, se debe reconocer que no siempre los medios tecnológicos acompañan, ya que en ocasiones existen deficiencias de conectividad y de la retroalimentación verbal que suele modificar el flujo natural de la comunicación restando feedback con el uso de aplicaciones.

#### **4. Metodología:**

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

Estudio descriptivo de casos, cualitativo.

##### **4.2. Participantes**

Los participantes de esta investigación fueron dos consultantes de la institución: (1) un consultante varón de 38 años, quien será llamado Pedro para preservar su identidad, y (2) una consultante mujer de 30 años, quien será llamada Romina a los efectos de esta investigación.

También formaron parte de los participantes de esta investigación cuatro psicoterapeutas de la institución formadas en terapia breve focalizada en la resolución de problemas: (1) la directora de la institución -quien será llamada Ana- cuenta con más de 30 años de experiencia en terapias breves sistémicas familiares y de pareja; es entrenadora de

psicólogos en la práctica sistémica de atención a pacientes, (2) la coordinadora de pasantes de la institución -Belén- quien posee 2 años de experiencia en la misma, y (3) dos psicoterapeutas mujeres quienes poseen 2 años de experiencia tanto en la profesión como en la institución, donde están siendo formadas en terapia breve focalizada en la resolución de problemas: Carolina es la terapeuta de Pedro y Dinora, la terapeuta de Romina.

#### **4.3. Instrumentos**

El registro se realizó mediante la observación del material audiovisual de 14 sesiones psicoterapéuticas de ambos consultantes las cuales fueron grabadas mediante la herramienta Zoom por la institución. De la misma forma, fueron tomadas notas de campo en las observaciones no participantes de las sesiones de psicoterapia sincrónicas mediante el uso de la cámara Gesell online vía Zoom.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres psicoterapeutas de la institución - Ana, Belén y Dinora. Las mismas constaron de tres ejes de estudio sobre el establecimiento de límites con parejas en terapia individual desde la perspectiva de la terapia breve centrada en la resolución de problemas. El primer eje trató sobre la definición del problema, donde fueron indagadas acerca de las preguntas específicas que realizan en la práctica clínica con el fin de definir el problema y pautar las metas de tratamiento, el segundo eje abordó la temática sobre cuáles son las intervenciones dirigidas a fomentar el cambio en problemáticas de establecimiento de límites con parejas; de la misma forma, se ahondó cómo selecciona el terapeuta qué tipo de intervención hacer y cuándo y hacia qué tipo de cambio apunta. Por último, en el tercer eje, se indagó sobre los desafíos y limitaciones que enfrentan los terapeutas en el tratamiento de dificultades en el establecimiento de límites con parejas desde la terapia individual en el contexto actual de aislamiento por COVID-19, lo cual ha incrementado las teleconsultas.

Se elaboró un cuestionario que constó de los mismos tres ejes de la entrevista a fin de enviar vía WhatsApp a Carolina, quien solicitó este instrumento en lugar de la entrevista.

### **Procedimiento**

Para la presente investigación, se realizó la observación del material audiovisual de las primeras cuatro sesiones psicoterapéuticas de Pedro; y de 10 sesiones psicoterapéuticas de Romina que fueron grabadas mediante la herramienta Zoom por la institución. Cada una tuvo una duración promedio de 1 hora.

Además, fue posible realizar observación no participante de seis sesiones sincrónicas de la psicoterapia de Pedro, mediante el uso de la cámara Gesell online; lo cual se realizó los martes a la noche vía Zoom de acuerdo con la planificación semanal realizada por la institución. Cada una tuvo una duración promedio de una hora.

Por otra parte, fueron realizadas entrevistas semiestructuradas a tres psicoterapeutas de la institución vía zoom: una de forma individual a Dinora, y otra con Ana y Belén en paralelo, quienes son la directora y coordinadora de la institución. Ambas entrevistas tuvieron una duración promedio de 30 minutos. Por último, se envió y recibió vía WhatsApp, un cuestionario a Carolina, ya que por motivos de tiempo prefirió este medio en lugar de la entrevista.

## **5. Desarrollo**

La institución donde fue realizada la práctica profesional ofrece psicoterapia sistémica en distintos formatos y capacitaciones desde el modelo estratégico del MRI de Palo Alto. En sus instalaciones disponen de una cámara Gesell donde son llevadas a cabo las psicoterapias y entrenamientos usualmente, pero motivado por la pandemia por COVID-19 se adaptaron al uso de plataformas virtuales. Por otra parte, el aislamiento decretado por el gobierno nacional en distintas fases generó un mayor número de consultas online o teleconsultas, relacionadas a diversas problemáticas familiares motivadas mayormente a las nuevas formas de convivencia.

De esta forma, se analiza el abordaje de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en terapia individual desde el modelo de la terapia breve centrado en la resolución de problemas en dos casos clínicos diferentes: Pedro y su esposa María; y Romina

y su novio Juan, las intervenciones dirigidas a fomentar el cambio en ambos casos, y las limitaciones y desafíos que enfrentan los terapeutas en el tratamiento de este tipo de dificultades en el contexto actual de aislamiento por COVID-19, lo cual ha incrementado las teleconsultas.

### **5.1. Definición del problema en el abordaje de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en terapia individual desde la perspectiva de la terapia breve centrada en la resolución de problemas**

En la institución, la entrevista de admisión está a cargo de la directora del centro, quien con su experiencia suele lograr en esa sesión la definición del problema a través de preguntas y con escucha activa de la queja inicial de los consultantes. Ambas entrevistas se observaron del material audiovisual de la institución, las cuales permitieron analizar el proceso de definición del problema en cada caso. Además fueron realizadas preguntas abiertas en la entrevista a la admisoras de la institución - Ana- a fin de conocer la estrategia que utiliza para definir el problema en las admisiones.

Pedro en la consulta de admisión refiere tener problemas en la relación con su esposa María, lo que afecta en gran medida su bienestar psicológico. Cuando se le pregunta qué clase de problemas exactamente, indica que ella maneja su teléfono celular y sus redes sociales, no le permite tener agendados contactos de mujeres, le controla su salario, él debe pedirle permiso para comprarse artículos personales como ropa o perfumes y adicionalmente debe llevarle las facturas de compras; además, no puede llegar más de 40 minutos después de que termina su jornada laboral si desea evitar escenas de celos, las cuales han llegado a lesiones físicas.

Por su parte, Romina cuenta en la consulta de admisión su historia personal relatando diversas insatisfacciones actuales con su vida, entre las que refiere que, a sus 30 años no ha podido ejercer su profesión en Argentina - donde vive desde hace cinco años - debido a que no ha revalidado el título que le fue conferido en su país de origen por el gasto económico que le representa. Además, estudió en Buenos Aires una maestría en su área, pero adeuda tres materias aún, según indica, porque su madre fue diagnosticada de una enfermedad

crónica y se ha dedicado desde entonces al negocio familiar. Por otra parte, cuenta que ella vivió separada de sus padres desde que tenía 12 años, quienes decidieron en ese momento emigrar a Argentina dejándola a ella al cuidado de su hermana mayor en su país de origen; por lo que volver a vivir con ellos a sus 25 años, ajustándose a sus reglas nuevamente, le ha resultado complicado durante los últimos cinco años. Adicionalmente, refiere que la situación actual de pandemia por COVID-19 le frustró su deseo de trabajar en su país durante 2020, por lo que después de haber tomado la decisión de irse, debió regresar a los meses ya que no logró emplearse y necesitó el apoyo económico de sus padres. Mas recientemente tomó la decisión de pedirle un tiempo a su novio Juan, para repensar la relación por lo que refiere un profundo malestar psicológico en general.

Casabianca y Hirsch (2009) plantean que el problema debe Co-Construirse entre el terapeuta y el consultante, ya que la queja inicial debe hacerse que tome forma de modificación de conductas en tres aspectos: cognitivo, afectivo y conativo. En este sentido, Pedro desde lo cognitivo se reconoce víctima de violencia de pareja (OMS, 2021) y caracteriza a María como una mujer celosa y controladora; adicionalmente, refirió que le descubrió recientemente una relación extramarital de tres años y atribuye a eso su conducta, es decir, él cree que como ella ha sido infiel a la relación, él también lo es, por lo que debe controlarlo. Más adelante, lo atribuye a un posible descuido de la relación por parte de él. En el momento de la admisión indica que desea separarse de María, pero piensa en su hijo José y en el cambio que generaría si esto ocurriera. La situación le genera afectivamente un gran malestar en lo personal y en lo laboral, refiere angustia, enojo y tristeza. Siente que, conativamente puede obrar diferente para dejar de ser víctima de violencia, o irse de la casa, pero cree que María tiene algún trastorno que la empuja a las conductas límites que tiene con él y por otro lado teme que ella no le permita ver a su hijo como represalia.

En el caso de Romina no se vislumbra en la queja inicial un rumbo fijo, relata desde lo cognitivo diferentes ejes, desde lo afectivo refiere insatisfacción consigo misma en diferentes ámbitos de su vida lo que le causa tristeza y frustración, sin embargo, no sabe qué hacer diferente porque se siente víctima de las circunstancias donde ella no posee la capacidad de maniobrar para cambiarlas. Conativamente le gustaría trabajar en su área de

psicología, culminar la maestría que inició, no depender de sus padres y tener una relación de pareja feliz.

En ambos casos la admisora realizó la Co-Construcción de cada problema con cada consultante con el fin de llegar a un acuerdo sobre la meta específica y sus objetivos para alcanzarla, y evitó enfocar temas diferentes en el caso de Romina que luego no satisficieran sus expectativas, en concordancia con lo expresado por Nardone y Watzlawick (1992), y evitando el agotamiento que producen múltiples bifurcaciones del problema según afirmaciones de Wainstein (2006b).

Casabianca y Hirsch (2009) proponen tres preguntas necesarias a la hora de definir el problema en la primera sesión que fueron realizadas por la admisora: ¿qué lo/te trae por aquí?, a lo que ambos consultantes respondieron con la queja inicial descrita en cada caso, ¿por qué ahora?, en donde Pedro respondió que había descubierto una relación extramarital de María mediante el WhatsApp web en su computadora, que ella no advirtió en cerrar antes de salir de casa y fue lo que lo desbordó, ya que había tolerado durante 10 años las conductas violentas de María sin saber que ella lo engañaba. Por su parte Romina, solo en esta pregunta es que se abre realmente y llora, indicando que había sufrido una reciente ruptura amorosa de una relación que duró dos años con Juan, porque no quería seguir siendo víctima de ciertas conductas de parte de su pareja - que no llega a contar en la primera sesión - y que, sumado al resto de su historia, sentía que no podría superar su situación actual sin ayuda profesional.

Por último, a la pregunta del contexto propuesta por los mencionados autores - ¿qué quiere dejar de hacer? o ¿qué quisiera hacer y no puede? -, ambos consultantes coinciden en que no se merecen recibir ese tipo de tratos de parte de sus parejas por lo que quieren dejar de ser víctimas de violencia y lograr bienestar psicológico. Pedro específicamente desea separarse de María y tener un poco más de tiempo para hacer cosas que no puede hacer actualmente, como salir con amigos e ir al gimnasio, lo cual da cuenta de que estos resultan ser los motivadores del proceso de cambio y los límites posibles de los mismos de acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009).

Ambos problemas fueron definidos por la admisora como “falta de límites con sus parejas” definición que resultó pertinente, importante y de solución factible para ambos según lo establecido por Casabianca y Hirsch (2009). Esta definición también permitió a la

admisora de la institución, asignar los casos a las terapeutas más idóneas de la institución para este tipo de problemáticas. La puesta de límites de ambos casos vinculado a la definición de Minuchin (1997) sería aclarar o poner reglas para definir quien hará qué y qué no, y de qué forma, y establecer así la diferenciación entre un miembro de la pareja y el otro, lo que se vincula al nivel de Co-Construcción referido a la meta que exponen Casabianca y Hirsch (2009). Para establecer la meta se tomó en cuenta la variable de modificaciones mínimas del estado inicial del problema, siendo la variable de tiempo más difícil de establecer al estar atados los resultados a la interrelación de los consultantes con sus parejas. Pedro indicó que su meta sería separarse de María y poder tener una relación normal con ella para atender las demandas de su hijo, sin gritos ni golpes. Para Romina la meta establecida fue no caer en la tentación de buscar a Juan nuevamente.

De los tipos de problemas con límites que refiere Minuchin (1997), pudiera interpretarse los casos de Pedro y Romina desde el concepto de aglutinamiento, donde existe una marcada disminución de las distancias entre ellos y sus respectivas parejas debido a límites difusos y, en consecuencia, ambos se sienten sin recursos para adaptarse a sus situaciones; por lo que, siguiendo a Fishman (1990), las consecuencias en ambos casos clínicos resulta primero en la intrincación y posteriormente en la desvinculación de uno de los miembros (Espinal et al., 2006), lo que puede percibirse en que ambos consultantes, a medida que transcurren las sesiones, se separan de sus parejas.

Por último, desde el nivel de Co-Construcción hacia las nuevas soluciones descritas por Casabianca y Hirsch (2009) donde plantean tres caminos posibles; se optó para ambos consultantes en la persuasión a realizar procedimientos diferentes, al no ser posible el incremento de la dificultad de resolución de forma de que los consultantes pongan en marcha otras acciones, ni la modificación de la percepción del problema. De esta forma se insta a Pedro a buscar un lugar diferente para vivir, e ir cambiando de a poco sus conductas sumisas y evitativas con María y en Romina, a ocupar su atención en otros aspectos de su vida personal. Esto, debido a que ambas percepciones resultan adecuadas a sus problemáticas aunque parecen necesitar algunos ajustes que serán descritos en el siguiente subapartado.

En el caso de Pedro, se define como la solución intentada fallida las múltiples conductas de él por evitar el enojo de María y las consecuentes conductas violentas. Por

ejemplo, llegar a casa en menos de 40 minutos después de que sale de su trabajo cada día, darle acceso a su celular y a sus redes sociales de modo que ella pueda verificar con quienes habla y de qué, contestar a sus llamadas y videollamadas cada vez que ella lo contacta para cerciorarse de dónde está él y con quién. En el caso de Romina, el circuito es el siguiente: Juan consume alcohol e interactúa física o sentimentalmente con otras mujeres, discuten, agrede verbalmente a Romina haciéndola sentir culpable por los comportamientos de él, ella sufre y considera que es cierto, por lo que decide perdonarlo. En otra variante del mismo circuito, suele suceder que discuten por conductas de ella que no le agradan a Juan según expresa Romina, como, por ejemplo, tener contacto telefónico con amigos que no le agradan a él o tomar en consideración creencias de los padres de ella con las que Juan no está de acuerdo. La solución intentada fallida de Romina es que al sentirse culpable de la discusión, busca a Juan para explicarle de diversas maneras y por diferentes vías el porqué de su comportamiento asumiendo la culpa y pidiéndole perdón con el fin de continuar con la relación.

Siguiendo a Wainstein (2006b), cuando sea posible para estos consultantes reemplazar los procedimientos conocidos y fallidos por otros exitosos, se resolverán sus problemas; por lo que en ambos casos, el reemplazo de las conductas descritas en cada consultante que mantienen el circuito del problema es lo que se trabajará en la terapia y de allí la importancia de la definición concreta del problema en términos de conducta.

## **5.2. Intervenciones realizadas en el marco de terapia breve centrada en la resolución de problemas dirigidas a fomentar el cambio en el establecimiento de límites con parejas en terapia individual**

Una vez realizadas las consultas de admisión y definido en cada caso el problema, la directora/admisora de la institución -Ana- trabaja con cada terapeuta estratégico asignado, con el fin de planear las intervenciones que le van a permitir dirigir las conductas de cada consultante hacia el cambio necesario. Sin embargo, es el terapeuta en la sesión, en vivo, quien debe ir negociando y consensuando con el consultante sin perder de vista la estrategia definida de acuerdo con lo establecido por Wainstein (2006b), aunque, siendo que estas

sesiones se realizan online vía zoom, para cada terapeuta es posible recibir ideas de focos o intervenciones de parte de las supervisoras, durante el transcurso de la sesión.

Los datos obtenidos para describir las intervenciones en ambos casos clínicos se obtuvieron de la observación del material audiovisual de la institución y, en el caso de Pedro, de la observación sincrónica de sus últimas seis sesiones. Por otra parte, también se obtuvieron datos de las entrevistas a las terapeutas de cada consultante -Carolina y Dinora- quienes concordaron en que las intervenciones que realizan siempre apuntan a un cambio de segundo orden, según lo expresado por Wainstein (2006a), y que las eligen en la misma sesión dependiendo del consultante y el momento.

Del modelo familiar estratégico de Haley (1980) fue posible dar cuenta de la intervención estratégica sobre la solución intentada fallida, la cual busca modificar el encuadre del problema e interrumpir el circuito de conductas intentadas por el consultante que no le dan resultado y lo mantienen. De acuerdo con lo explicitado en el subapartado anterior, en el caso de Pedro, sus conductas sumisas y evitativas ante las conductas controladoras de María, y en el caso de Romina, la búsqueda de Juan cuando se enoja con ella. Para esto, sus terapeutas optaron por utilizar prescripciones directas (Wainstein, 2006b) pidiéndole a ambos consultantes que realizaran una determinada acción con la finalidad de lograr un cambio de segundo orden, por ejemplo, no contestar a las múltiples llamadas de María en el caso de Pedro, y en Romina que no busque a Juan después del reciente pedido de tiempo para repensar la relación. Aunque parece un recurso de fácil implementación, en la práctica existe un entorno y consecuencias para los consultantes que no siempre son las esperadas, por ejemplo, Pedro no gana con este cambio de conducta que María deje de llamarle, más bien exacerba su conducta controladora llegando a la violencia. Él cuenta en una sesión, que María lo persiguió por la calle lanzándole piedras y gritándole en público y que en una ocasión llegó a cortarle los brazos con un cuchillo. Ante esto, Pedro refiere estar desmoralizado y con sentimientos de desprecio hacia María; lo que puede vincularse a la etapa de Pseudo-Aceptación del duelo amoroso descrita en los estudios de Sánchez y Martínez (2014), donde ante la resignación frente a lo ocurrido, intenta adaptarse al nuevo contexto. Esto último puede notarse en su relato ya que cuando logra mudarse, refiere que

no tiene las comodidades que tenía en su casa propia, y no vive más con su hijo a quien aprecia enormemente, por lo que ha tenido que crear nuevas formas de relación con él.

En el caso de Romina, posterior al tiempo que le pidió a Juan para repensar la relación, ha sufrido por extrañarlo y ante la decepción de afrontar la realidad sin él a quien le había colocado expectativas de una relación formal a futuro, tiene sentimientos de dolor que cree pueden ser mitigados si retorna a la relación, lo que está en consonancia con los postulados de Argyle y Furnhan (1983) sobre el extrañamiento e ideas de retorno y que además podría vincularse a la etapa de la negociación posterior a un duelo amoroso explicitada en los estudios de Sánchez y Martínez (2014).

Entre otras intervenciones observadas en el caso clínico de Romina, puede nombrarse la redefinición o reformulación de la visión del problema, trabajando sobre las creencias mediante el uso del lenguaje de la consultante (Wainstein, 2006b), ya que ella llega a cuestionarse si todas las relaciones de pareja son de la misma manera que la suya, que pasan por situaciones difíciles con violencia, discusiones e insultos y que quizá ella decidió repensar la relación cuando “todas son así”. Ante esto, su terapeuta interviene preguntándole por sus relaciones anteriores, cómo fueron, por qué terminaron y qué valoraba de esas relaciones; y luego pregunta por las relaciones de su círculo más próximo, la relación de sus padres y familias cercanas. Esto, con el fin de que mediante su propia experiencia pueda responderse la pregunta y reformular su visión de la situación.

De igual forma, la terapeuta de Pedro requiere en una sesión reformular la creencia de él sobre las causas de la infidelidad de María, debido a que en una sesión, indica que él es el culpable de la misma por haberla descuidado, lo que coincide con el postulado de Echeburúa y Muñoz (2016) donde expone que en muchos casos la víctima puede no percibirse como tal y creer que sus conductas son las provocadoras de los comportamientos abusivos. Esto concuerda además con el caso de Romina, quien llega a cuestionarse si sus conductas son las que generan las conductas violentas de Juan, para lo que la terapeuta utiliza la reformulación, de acuerdo con Haley (1980), para cambiarle el sentido de atribución a la situación, haciéndole ver que no es que su comportamiento desata conductas violentas en Juan, sino que Juan posee una personalidad violenta y por eso tiene esas conductas con ella,

cambiando las adjudicaciones de significado y la percepción que tiene Romina de la situación.

Con la finalidad de estimular nuevas alternativas de resolución, también se observan en ambos casos clínicos las sugerencias de conductas y actitudes, permitiendo al consultante la posibilidad de aceptación o rechazo de acuerdo con Casabianca & Hirsch (2009). En este sentido, a Romina se le sugiere que durante la semana escriba sobre lo que no quiere para sí misma en una relación o sobre el lugar a donde no está dispuesta a volver en la misma, y, que cuando esté al borde de flaquear y contactar a Juan, lo lea con el fin de evitar la conducta; sin embargo esta sugerencia es rechazada por la consultante ya que indica que en el pasado lo había hecho, pero no le era posible leerlo nuevamente cuando lo necesitaba porque le generaba tristeza e ira consigo misma. Del mismo modo ocurrió en múltiples intervenciones de la terapeuta hacia Pedro, quien optaba reiteradamente en sugerirle asesoría legal y denunciar a María colocándole una perimetral para prevenir la violencia física. O, en otras ocasiones, que la bloqueara de redes sociales para evitar las conductas controladoras telefónicas que ella suele tener con él; lo que concuerda con los estudios de Caviglia y Walsh (2019) y Echeburúa y Muñoz (2016), quienes indican que las mismas se encuentran actualmente facilitadas por el uso de nuevas tecnologías y sus interpretaciones, sin embargo, estas sugerencias también son rechazadas por el temor de Pedro de que María, en consecuencia, no le permita relacionarse más con José.

En Pedro, calan mejor las intervenciones que son realizadas en su lenguaje particular. Siendo él funcionario de seguridad, la terapeuta emplea su lenguaje particular para reformular su visión de la problemática y él las acepta, lo que concuerda con la idea de Haley (1980), acerca de una de las condiciones para que entren las intervenciones en el consultante. En este sentido, la terapeuta emplea las palabras “como tu Pedro estas acostumbrado a una bajada de línea y a seguir un mando, queremos preguntarte, el equipo y yo, si nos vas a dejar a nosotros llevar el mando y dirigirte en lo que tenés que hacer para poner límites a María”.

Por último, es posible dar cuenta en ambos casos clínicos de la intervención narrativa, donde se invitó a los consultantes a poner en palabras la meta a ser alcanzada (lograr el bienestar psicológico) y los hechos a ser evitados desde el relato (conductas controladoras o violentas e infidelidad).

Como puede notarse, en ambos casos clínicos observados los consultantes refieren entre las problemáticas de sus relaciones de pareja conductas de control, violencia, e infidelidad en consonancia con lo establecido por diferentes autores (Biscotti, 2006; Castrillón, 2008; Haley, 1980; Minuchin, 1997; OMS, 2021; Wainstein & Wittner, 2004). En estos casos, las terapeutas coinciden en que la estrategia de intervención debe ser en primer lugar, “medir la urgencia de la situación particular” y utilizarse el diálogo a fin de buscar medios de apoyo, conocer con qué recursos cuenta el consultante “entre los cuales es importante contar con una red de contención”, y, por último, dirigir las intervenciones para que “el consultante pueda correrse de ese lugar o, si ya lo ha hecho, no regresar allí”, esto, con la finalidad de influenciarlos para lograr autonomía.

### **5.3. Desafíos y limitaciones para los terapeutas en el tratamiento de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en la terapia breve centrada en la resolución de problemas en el contexto actual de aislamiento por COVID-19**

Los datos obtenidos para indagar los desafíos y limitaciones que enfrentan los terapeutas en el tratamiento de dificultades en el establecimiento de límites con parejas desde la terapia breve centrada en la resolución de problemas en el contexto actual de aislamiento por COVID-19, corresponden a las entrevistas semiestructuradas realizadas a Ana, Belén y Dinora, vía zoom, y el cuestionario respondido por Carolina vía WhatsApp.

Ana y Belén indican que en problemáticas de parejas, suele presentar un desafío para el terapeuta cuando consulta uno de los miembros con una queja inicial que incluye al otro, reconociendo que hay un problema en la relación, pero atribuyendo la responsabilidad al miembro ausente, quien en muchos casos no tiene la motivación de asistir. Por lo tanto, el que consulta lo hace con la intención de que el terapeuta lo ayude para que el otro concurra a la terapia y, en ciertos casos, propone alianzas al terapeuta para respaldar su punto de vista frente al otro (Fisch et al., 1984). Para Ana y Belén, en el caso de que sea posible incluir a ambos miembros de la pareja en la terapia, el desafío para el terapeuta consistirá en transformar la queja inicial de ambos, que muchas veces no se corresponden entre sí, en una visión compartida y transformada en un problema trabajable en términos conductuales que involucre a ambos miembros de la pareja. Dinora y Carolina consideran que es más fácil si

ambos miembros han consensuado con el terapeuta el problema y están dispuestos a trabajar juntos en conseguir la meta, lo que podría hacer referencia a las ideas de Casabianca y Hirsch (2009) y de Wainstein (2006b).

Si no es posible conseguir que el miembro ausente concurra a la terapia, Ana y Belén indican que aun así es posible tratar problemáticas de la relación de pareja desde la terapia individual, apoyada esta perspectiva sobre la base de la teoría sistémica de que la modificación de la conducta de uno de los miembros modificará la conducta del resto en consonancia con las ideas de Casabianca y Hirsch (2009) y Watzlawick et al., (1981); y las de O'Hanlon y Weiner-Davis (1990) para quienes no son imprescindibles ambos miembros en terapia para obtener resultados positivos. Dinora afirma que, en su opinión, si existe limitación dependiendo de la problemática que haya en la relación. Si la problemática es emocional, puede ser trabajado individualmente, pero si es comunicacional, considera que surgen limitaciones en la terapia en cuanto a la duración de la misma.

Sobre las intervenciones dirigidas a fomentar el cambio, una limitación explicitada por las terapeutas de la institución es la resistencia al cambio de parte del consultante (Wainstein, 2006b) y la vuelta atrás mediante las conductas que mantienen el problema después de logrado un cambio mínimo. Ante esto, indica Ana, que el terapeuta debe tener en mente que los cambios que pueden devenir de sus intervenciones son limitados ya que dependen del consultante y su contexto; lo que podría relacionarse a las ideas de Hernández (2006) sobre las limitaciones del terapeuta.

Ante la problemática particular de establecimiento de límites con parejas, si la falla en los mismos ocasiona violencia o situaciones de riesgo para los miembros del grupo familiar, las terapeutas tienen posiciones encontradas respecto a la corresponsabilidad de denunciar: Ana refiere que en muchos casos las consecuencias de la denuncia son peores que las consecuencias de no hacerlas, por lo que no es partidaria de denunciar como psicóloga o como institución, pero sí de asesorar al consultante en la búsqueda de ayuda por los canales adecuados. Para Belén si hay menores de edad en medio de las situaciones de violencia existe una corresponsabilidad que no es posible evadir, por lo que en primera opción busca influir en el consultante para que realice la denuncia y si no es posible lograrlo,

suele hacer ver al consultante que desde la profesión existe la corresponsabilidad, por lo que podría hacerlo ella, lo que puede vincularse a las ideas de Lamer (1999), quien indica que el terapeuta haciendo uso del conocimiento y el poder que le otorga el contexto terapéutico, debe influir sobre el consultante. Sin embargo, en los casos clínicos observados, ambos consultantes llegaron a referir miedo a sus parejas y a las posibles consecuencias de intentar salir de las situaciones por lo que solicitaron ayuda profesional, lo que concuerda con los resultados de los estudios de Cáceres (2004); pero el caso de Pedro, tras la intervención de una terapeuta del equipo indicando la corresponsabilidad de la institución frente a la situación de riesgo de su hijo al estar expuesto a la situación violenta entre sus padres, decidió abandonar la terapia.

Para Dinora, en el tratamiento de problemáticas con parejas referidas a conductas de control de un miembro hacia el otro, al igual que para Hernández (2006), la estrategia debe ser fortalecer los límites ayudando al consultante a cuestionar las pautas transaccionales de la relación con su pareja, mediante la reestructuración, redefinición o reencuadre de sus creencias. Sin embargo, suele limitarse este proceso por los sentimientos de amor o apego que suelen tener los consultantes con su pareja o expareja, que lo hacen volver a la relación, lo que corresponde a las ideas de Echeburúa y Muñoz (2016), sobre que las víctimas suelen estar impregnadas de ideas malentendidas de amor romántico, por lo tanto, aceptan este tipo de conductas en nombre del mismo. De igual forma ocurre, cuando aún logrado algún cambio en la puesta de límites, extrañan la relación y vuelven al circuito que mantiene el problema.

Otra limitación importante señalada por Carolina, es cuando el consultante no se percibe como víctima al tratarse de violencia psicológica o económica, o cuando cree que son sus conductas las que resultan provocadoras de la problemática, sea por violencia, conductas de control o infidelidad, por lo tanto, rechazan las redefiniciones o reencuadres en la sesión terapéutica debiendo cambiarse la forma o el contenido de intervención. A pesar de esto, concuerdan las terapeutas, que el modelo sistémico de terapia breve se adecua muy bien a la disminución de interacciones violentas por dificultades en la puesta de límites con parejas y aumenta en corto tiempo el bienestar psicológico de acuerdo con los resultados obtenidos por Loera et al., (2019).

Debido al contexto actual de confinamiento social por COVID-19, la institución pasó de realizar los procesos terapéuticos de presencial a online en su mayoría. Ana y Belén refieren que en sus experiencias han podido apreciar ventajas en lugar de desventajas sobre este tema, entre las que pueden nombrar: eliminación de tiempos de traslados a la sede de la institución, pueden ofrecer tratamiento a más consultantes, pueden atender a consultantes de distintas regiones del país e incluso del exterior. No reconocen limitaciones en la construcción de la alianza terapéutica o en la verificación del lenguaje no verbal del consultante, a diferencia de lo expuesto por Traverso & Salem (2020), quienes afirman que el prescindir el contacto presencial podría incidir en la dificultad de establecer una buena alianza terapéutica, y de lo expuesto por Inchausti et al., (2020), quienes nombran entre las limitaciones y desafíos del contexto actual de aislamiento por COVID-19, el atender e intervenir sobre el lenguaje no verbal del consultante que se escapa de lo observado a través de pantallas. Por su parte, Carolina si expresa como limitación, el no poder ver las manos o piernas de sus consultantes en sesión, y basar el lenguaje no verbal solo a las expresiones faciales.

Dinora refirió que, en su experiencia, ha llegado a tener algunas limitaciones puntuales sobre el manejo de tecnologías en consultantes mayores. Sin embargo, esto lo observó más durante el año 2020; ahora le parece que la gente está más adecuada al manejo de redes sociales para comunicarse. También refirió que ha llegado a tener deficiencias de conectividad en las sesiones, al igual que Carolina, bien sea por falla del internet o porque con el uso de aplicaciones, en ocasiones, escucha su propia voz en diferido o le llega con retraso la voz del consultante por lo que pueden llegar a hablar ambos al mismo tiempo, perdiendo la idea de lo que estaba diciendo cada uno. De la misma forma, encuentran un poco engorroso el solicitar pagos de las sesiones vía online una vez terminada la sesión, consideran que en el encuentro presencial es tácito el concurrir a una cita y pagar, a veces con un tercero en medio quien se encarga del proceso, lo que concuerda con los estudios de Burgoyne y Cohn (2020). Dinora, que además de adherir al modelo sistémico también trabaja con el Cognitivo-Conductual, indica que ha tenido limitaciones al intentar adaptar las intervenciones al formato online, por ejemplo, la técnica de exposición, lo que concuerda

con lo expuesto por Inchausti et al., (2020), al referirse a las limitaciones y desafíos de teleconsultas motivadas por el contexto actual de aislamiento por COVID-19.

A pesar de lo anterior, las terapeutas concuerdan sobre mayores ventajas en el acortamiento de tiempos y distancias pudiendo llegar a un mayor número de consultantes.

En otro sentido, Ana y Belén indican que de acuerdo con los datos de la institución, además de las problemáticas comunes de parejas entre las que las dificultades en el establecimiento de límites es una de ellas según Hernández (2006), se ha acrecentado desde el inicio de la pandemia por COVID-19 las sintomatologías ansiosas y depresivas en miembros de la pareja, lo que ha ocasionado el incremento de las solicitudes de psicoterapias en la institución pero que han podido atender ya que ahora cuentan con más psicoterapeutas en distintas zonas del país.

## **5. Conclusiones**

El objetivo principal del presente TFI fue describir el abordaje de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en el contexto actual de aislamiento por COVID-19 y las intervenciones dirigidas a fomentar el cambio en terapia individual desde el modelo de terapia breve centrado en la resolución de problemas. Dicho modelo se enfoca en la Co-Construcción del problema entre el consultante y el terapeuta, a fin de identificar a partir de la queja inicial, que conductas y en relación con qué o con quién, mantienen el problema, partiendo de la premisa de que el consultante posee el potencial para resolverlo. La terapia estratégica breve centrada en la resolución de un problema describe la estrategia para definirlo, y propone una serie de intervenciones que empleadas de la forma y en el momento correcto, facilitarán el cambio y la resolución (Casabianca & Hirsch, 2009; Wainstein, 2006).

En ese sentido, para esta investigación, se describió el abordaje de dificultades en el establecimiento de límites en los casos de dos consultantes desde la terapia individual, hombre y mujer de 38 y 30 años respectivamente, cuyas quejas iniciales coincidían con las problemáticas de parejas más comúnmente referidas en terapia por diversos autores: conductas controladoras de un miembro de la pareja hacia el otro, violencia e infidelidad

(Biscotti, 2006; Castrillón, 2008; Haley, 1980; Minuchin, 1997; OMS, 2021; Wainstein & Wittner, 2004).

El primer objetivo consistió en analizar el proceso de definición del problema, el cual engloba tres niveles – el de la Co-Construcción del problema en sí, el de Co-Construcción de la meta y el de la Co-Construcción de nuevas soluciones- (Casabianca & Hirsch, 2009). En las consultas de admisión con ambos consultantes, el terapeuta-advisor logró co-construir con ellos el problema como falta de límites con sus parejas. Las metas Co-Construídas fueron, para Pedro, separarse de María y poder tener una relación sin violencia con ella para atender las demandas de su hijo; para Romina, no caer en la tentación de buscar a Juan nuevamente. En el nivel de la Co-Construcción de nuevas soluciones, se optó para ambos consultantes en la persuasión a realizar procedimientos diferentes, en Pedro buscar un nuevo sitio para vivir e ir cambiando sus conductas sumisas y evitativas con María de a poco, y en Romina ocupar su atención en otras áreas de su vida.

El segundo objetivo propuesto fue el de describir las intervenciones realizadas por las terapeutas dirigidas a fomentar el cambio desde el modelo de Palo Alto, en el que se encontró que resaltan las intervenciones estratégicas que intentan bloquear el circuito que perpetua la conducta-problema, a saber, prescripciones directas, reformulaciones o redefiniciones, sugerencias y narrativas (Wainstein, 2006b).

Con respecto al tercer objetivo, referido a indagar cuáles son los desafíos y las limitaciones para los terapeutas en el tratamiento de dificultades en el establecimiento de límites con parejas en el contexto actual de aislamiento por COVID-19, lo que incrementó las teleconsultas, se obtiene de las entrevistas realizadas que: (1) es posible trabajar problemáticas de parejas cuando consulta un solo miembro pero podría ser más corto el proceso si pueden verse a ambos en sesión, indistintamente si juntos o separados, (2) mayormente las limitaciones en problemáticas por establecimiento de límites con parejas recaen, por un lado, en los sentimientos de amor y extrañamiento que pueden tener los consultantes con sus parejas sentimentales una vez separados, y por otro, en el miedo a las acciones que pueda emprender el miembro que ejerce conductas de control y poder; sentimientos que los pueden hacer volver a la relación y mantener vigente el problema, (3) la meta terapéutica debe apuntar a fortalecer los límites y la diferenciación de los miembros

de la pareja, logrando la autonomía mediante el cuestionar las pautas transaccionales de la relación, y, (4) las terapeutas refieren más ventajas que desventajas en cuanto al empleo actual de la telepsicología para las problemáticas en general que suelen tratar en psicoterapia.

En cuanto a las limitaciones encontradas para realizar la presente investigación, es posible nombrar la imposibilidad del contacto presencial en la institución, lo que respondió a las restricciones actuales por la pandemia por COVID-19. Sin embargo, se puede afirmar que la observación de los profesionales durante el transcurso de la sesión mediante la cámara Gesell online, y escuchar la puesta en común durante cada sesión con la intervención y guía de las supervisoras, sumado al espacio de discusión teórica semanal, pudieron suplir dicha limitación.

Otra posible limitación es que las terapeutas observadas en el espacio de cámara Gesell online, se encuentran en formación dentro de la institución en el programa de iniciación profesional, lo que podría entenderse como que poseen limitada experiencia en el manejo del modelo y de problemáticas específicas. Sin embargo, están ávidas de conocimiento y humildad por aprender y mejorar la práctica clínica lo que permitió empatizar con ellas y construir conocimiento en conjunto.

Por último, la institución contó con un grupo amplio de pasantes para el momento de la realización de las prácticas profesionales, por lo que se vieron en la necesidad de acotar la cantidad de participantes por caso clínico, lo que limitó la observación de diversos casos y terapeutas en su quehacer, aunque a nivel metodológico, se contó con los recursos necesarios para realizar el Trabajo Final Integrador. De no haber existido tal restricción, tal vez, podría haber sido posible analizar más casos clínicos donde la problemática por establecimiento de límites con parejas hubiese estado presente.

Desde lo personal, la realización del presente TFI permitió ampliar los conocimientos adquiridos durante la cursada de psicología sistémica y distinguir los diferentes modelos con sus referentes específicos, sus conceptos claves e intervenciones propias. La experiencia resultó enriquecedora al poder ligar la teoría con el quehacer terapéutico, por lo tanto, los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en el marco de la práctica profesional forjaron una base sólida en la formación en psicoterapia, sembrando la inquietud por profundizar en el modelo mediante el programa de iniciación profesional que ofrece la institución.

Como sugerencia es posible indicar que podría haber sido útil preguntar a los consultantes en la primera o segunda sesión si habían realizado tratamientos anteriores o no, y de ser así, como les había ayudado o no las intervenciones o tareas realizadas siguiendo a Wainstein (2006a); ya que en ambos casos se interviene con prescripciones directas ya intentada por ellos (Wainstein, 2006b), o sugiriendo conductas que no intentarían por creencias arraigadas o emociones evitadas, lo que podría afectar la alianza terapéutica. En efecto, esta pregunta es realizada por cada terapeuta con el transcurrir de la sesiones -en el caso de Pedro en la séptima sesión y en el de Romina en la quinta – pero antes, se despliegan en medio algunas intervenciones que son rechazadas por los consultantes creando resistencias. Sin embargo, muchas otras de las intervenciones realizadas resultan aceptadas por los consultantes para lograr el cambio esperado.

Otra sugerencia sería hacer uso de las múltiples intervenciones que han gestado las terapias breves en general, ya que la institución se enfoca específicamente en el modelo centrado en la resolución del problema, lo que hace que las sesiones giren en torno al mismo y al malestar que genera en el consultante, en lugar de desplegar otro tipo de intervenciones que el modelo centrado en soluciones ofrece, y que parece más optimista al enfocarse en la solución y la emoción en la resolución y no en la emoción sobre el problema.

Como nueva línea de investigación, sería interesante analizar cómo resultan las intervenciones en consultantes con dificultades en el establecimiento de límites que continúan la relación sentimental con sus parejas, ya que en ambos casos analizados los consultantes se separaron, lo que pudo facilitar la demarcación de límites al no tener que balancear sus sentimientos con la puesta de los mismos dentro de la convivencia.

Por otra parte, sería interesante describir el abordaje de dificultades en el establecimiento de límites con parejas desde el modelo estructural, a fin de analizar las intervenciones dirigidas a fomentar el cambio desde la terapia familiar, incluyendo a otros miembros.

O, con una muestra más representativa e independientemente del modelo Teórico-Clínico, podría compararse las intervenciones que mayor nivel de aceptación o rechazo tienen entre consultantes y si en el establecimiento de límites con parejas influye la edad del consultante o el tiempo de establecimiento o convivencia de las parejas, a fin de contar con referencias cuantitativas.

## 6. Referencias bibliográficas

- Argyle, M., & Furnham, A. (1983). Sources of Satisfaction and Conflict in Long-Term Relationships. *Journal of Marriage and Family*, (45)3, 481-493. doi: <https://doi.org/10.2307/351654>
- Barreira, I. (2016). Historia de las terapias breves y focalizadas en Argentina. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1(1), 37-57. Recuperado de <https://p3.usal.edu.ar/index.php/psicol/article/view/3803/4739>
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en soluciones. En A. Navarro & T. Ugidos (Ed.), *Intervención y Prevención en Salud Mental* (pp. 1-18). Salamanca: Amarú.
- Biscotti, O. (2006). *Terapia de pareja: Una mirada sistémica*. Buenos Aires: Grupo editorial Lumen.
- Burgoyne, N., & Cohn, A. (2020). Lessons from the Transition to Relational Teletherapy During COVID-19. *Family Process* 59(3), 974-988. doi: 10.1111/famp.12589
- Cáceres, J. (2004). Violencia física, Psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: Papel del contexto. *Clínica y Salud*, 15(1), 33-54. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617820002>
- Cade, B. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós
- Castillo, M., Brito, A., & Vargas, R. (2018). Enfoque breve estratégico: Un camino simple y efectivo para solucionar problemas complejos. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 257-271. doi: <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.181>
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Como equivocarse menos en terapia: Un registro para el modelo M.R.I.* Santa Fe: Universidad católica de Santa Fe
- Castrillón, E. (2008). Terapia de pareja: Una mirada a sus procesos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 187-197. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615420015>
- Caviglia, F., & Walsh, S. (2019). Redes sociales y relaciones de pareja: Problemáticas de la vida cotidiana. En *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I*

- Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.  
Recuperado de: <https://www.aacademica.org/000-111/622>
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo*. (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken. Recuperado de: <http://www.psicotrauma.com.ar/cazabat/archivos/18-Cazabat-palo%20alto.pdf>
- Celis, R., & Rodríguez, M. (2016). *Constructivismo y construccionismo social en psicoterapia: Una perspectiva crítica*. Bogotá: Manual Moderno
- Del Rio, R. (2012). *La perspectiva sistémica. Diferentes modelos y formas de intervención*. Buenos Aires: Edit. UCES.
- de la Espriella Guerrero, R. (2008). Terapia de pareja: Abordaje sistémico. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 175-186. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a14.pdf?>
- de la Fuente Blanco, I., Alonso, Y., & Vique, R. (2019). Terapia breve centrada en soluciones: Un modelo teórico relacional. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 259-273. doi: <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.277>
- Echeburúa, E., & Muñoz, J. (2016). Límites entre la violencia psicológica y la relación de pareja meramente disfuncional: Implicaciones psicológicas y forenses. *Anales de Psicología* (33)1, 18-25. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.33.1.238141>
- Espina, J., & Cáceres, J. (1999). Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(69), 23-38. Recuperado de: [www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15630/15489](http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15630/15489)
- Espinal, I., Gimeno, A., & González, F. (2006). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Santo Domingo: Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda.
- Fish, J., Pavkov, T., Wetchler, J., & Bercik, J. (2012). Characteristics of those who participate in infidelity: The role of adult attachment and differentiation in extradyadic experiences. *The American Journal of Family Therapy*, 40(3), 214-229. doi: <https://doi.org/10.1080/01926187.2011.601192>
- Fish, R., Weakland, J., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fishman, H. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas*. Barcelona: Paidós.

- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2014). Los cambios en 2013 en la forma de iniciar la pareja y constituir la familia en la Ciudad. Recuperado de [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir\\_2014\\_785.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/ir_2014_785.pdf)
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2019a). En el camino de la equidad de género: Percepción e incidencia de la violencia contra las mujeres. Recuperado de: [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/12/violencia\\_contra\\_las\\_mujeres\\_noviembre2019.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/12/violencia_contra_las_mujeres_noviembre2019.pdf)
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2019b). Los divorcios en la Ciudad de Buenos Aires en el 2018. Recuperado de: [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/08/ir\\_2019\\_1383.pdf](https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/08/ir_2019_1383.pdf)
- Gottman, J. (2000). *Siete reglas de oro para vivir en pareja*. Barcelona: Plaza & Janés Editores S.A.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (2002). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hernández, A. (2006). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas Psychologica*, 6(2), 285-293. Recuperado de: [www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a08.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a08.pdf)
- Inchausti, F., MacBeth, A., Hasson-Ohayon, I. & Dimaggio, G. (2020). Telepsychotherapy in the age of COVID-19: A commentary. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30 (2), 394– 405. doi: <https://doi.apa.org/fulltext/2020-39749-017.html>
- Karakurt, G., Whiting, K., Esch, C., Bolen, S., & Calabrese, J. (2016). Couple's therapy for intimate partner violence: A systematic review and Meta-Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 42(4), 567–583. doi: <https://doi.org/10.1111/jmft.12178>
- Kiskeri, A., Serrat, L., Diaz, G., & Schlanger, K. (2018). Terapia Breve-Resolución de problemas/MRI y terapia Cognitivo-Conductual. Una comparación sucinta de modelos: Comparación de un caso clínico a través de dos enfoques psicoterapéuticos diferentes.

- Revista de Psicoterapia*, 29(110), 273-286. doi: <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.214>
- Larner, G. (1999). Derrida and the deconstruction of power as context and topic in therapy. En *Deconstructing Psychotherapy*. 39-53. London: Sage. doi: <https://www.doi.org/10.4135/9781446217962.n3>
- Loera, J., Canul, D., & Andrade, A. (2019). Terapia breve centrada en soluciones aplicada a la violencia dentro del noviazgo. *Universciencia* 17(50). Recuperado de: [www.revista.soyuo.mx/index.php/uc/article/view/102](http://www.revista.soyuo.mx/index.php/uc/article/view/102)
- Miner, E., & Shackelford, T. (2010). Mate attraction, retention and expulsion. *Psicothema*, 22(1), 9-14. Recuperado de: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8994/8858>
- Minuchin, S. (1997). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Nardone, G. & Portelli, C. (2013). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, B., & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Organización Mundial de la Salud (2021). Violencia contra la mujer. Recuperado de: [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women)
- Platt, R., Nalbone, D., Casanova, G., & Wetchler, J. (2008). Parental conflict and infidelity as predictors of adult children's attachment style and infidelity. *The American Journal of Family Therapy*, 36(2), 149-161. doi: <https://doi.org/10.1080/01926180701236258>
- Sánchez, R., & Martínez, R. (2014). Causas y caracterización de las etapas del duelo romántico. Acta de investigación psicológica - *Psychological Research Records*, 4(1), 1329-1344. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358933346002>
- Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós
- Traverso, G., & Salem, T. (2020). Telepsicología durante la pandemia. *Sistemas Familiares y Otros Sistemas Humanos*, 36(1), 38-49. Recuperado de: <https://asiba.org/index.php/asiba/article/view/91>

- Wainstein, M. (2006a). *Comunicación: Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2020). Impacto de la pandemia sobre personas, familias, parejas y crianza. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*, (4). Recuperado de: <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=111&idtt=59>
- Wainstein, M., & Wittner, V. (2004). Enfoque psicosocial de la pareja. Aproximaciones desde la terapia de la comunicación y la terapia de solución de problemas. *Psicodebate*, (4), 131-144. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645303>
- Watzlawick, P., Bavelas, J., & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1995). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.