

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Licenciatura en Psicología

**Trabajo Final Integrador**

Análisis de un tratamiento desde la Terapia Sistémica breve centrada en la resolución de problemas en modalidad Cámara Gesell online

**Alumna:** Pérez, Laura Gabriela  
**Tutor:** Constantino, Ignacio

Buenos Aires, 20 de Agosto 2021

	1
<b>1. Introducción</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivos</b>	<b>2</b>
2.1. Objetivo General	2
2.2. Objetivos Específicos	3
<b>3. Marco Teórico</b>	<b>3</b>
3.1 Breve Reseña Histórica de la Terapia Sistémica	3
3.2 Distintas Escuelas de Terapia Sistémica	7
3.3 Terapia Breve Focalizada	9
3.4 Inicio de Tratamiento y co-construcción del Problema	10
3.5 Objetivos del Tratamiento y Metas Mínimas	11
3.6 Intervenciones en el Modelo de Terapia Breve Focalizada en Resolución de Problemas	12
3.7 Cierre de la terapia	15
3.8 Terapia Online en Pandemia	16
<b>4. Metodología</b>	<b>18</b>
4.1. Tipo de estudio	18
4.2. Participantes	18
4.3. Instrumentos	19
4.4. Procedimiento	20
<b>5. Desarrollo</b>	<b>20</b>
5.1 Conceptualización del Caso	20
5.2 La Construcción del motivo de consulta	20
5.3 Principales Intervenciones Terapéuticas de la Terapia Breve Focalizada Aplicadas a un caso de Terapia Individual	24
5.4 Descripción de los Cambios del Paciente Producidos a lo Largo del Tratamiento	28
<b>6. Conclusión</b>	<b>30</b>
6.1 Objetivos	31
6.2 Limitaciones	32
6.3 Aporte Personal y Perspectiva Crítica	33
6.4 Futuras Líneas de Investigación	34
<b>7. Referencias</b>	<b>35</b>

## **1. Introducción**

El presente trabajo se llevó a cabo en la materia Práctica y Habilitación Profesional de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. La institución elegida para realizar la práctica fue un centro de Psicoterapia Sistémica ubicada en Belgrano, CABA. El modelo que utiliza es el de terapia breve centrada en la resolución de conflictos, adoptando el formato de psicoterapia individual, de pareja, de grupos y de familia. Las actividades se realizaron entre marzo y julio del corriente año, cumpliendo con un total de 305 horas, las cuales fueron realizadas de manera remota considerando los efectos situacionales de emergencia sanitaria y aislamiento social, nacional y mundial declarados por la OMS.

Durante la pasantía se realizaron lecturas y análisis de distintos materiales teóricos acerca de la terapia breve focalizada, así como también la observación directa de sesiones de Cámara Gesell online, el seguimiento de un caso en particular y su abordaje, contando también con un espacio para discutir y analizar los distintos casos presentados con los terapeutas intervinientes. Cabe destacar que es la primera vez que se adapta este instrumento a la virtualidad.

Este trabajo se centrará en describir y analizar el tratamiento psicoterapéutico de un paciente que consulta por sentirse sin ánimo, desmotivado y abúlico tras haber sufrido un accidente en el 2019. Llega a realizar una psicoterapia sistémica breve en modalidad Cámara Gesell online.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Describir el tratamiento de un hombre que consulta por sentirse desmotivado y sin energía en un centro de Terapia Sistémica mediante Cámara Gesell.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Describir el proceso de construcción del motivo de consulta desde el modelo de terapia sistémica breve mediante Cámara Gesell.

2. Describir las principales intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta en un centro de terapia sistémica mediante Cámara Gesell.
3. Describir los cambios producidos en el paciente a partir de las intervenciones realizadas por la terapeuta en un centro de terapia sistémica mediante Cámara Gesell.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 Breve Reseña Histórica de la Terapia Sistémica**

La terapia sistémica tiene en cuenta el todo y las partes, hace foco en las relaciones que se establecen entre los distintos elementos y este interés por las distintas conexiones que se llevan entre sus partes es lo que establece una diferencia entre un sistema y un conjunto. Pensar en términos de conjunto hace que poco importe cuando algo se agregue o se quita, cuando se piensa en términos de sistemas, el sacar o poner elementos hace que pueda verse afectado el funcionamiento del mismo (Wainstein, 2006). La terapia sistémica se ha dedicado a estudiar el funcionamiento de los distintos sistemas que componen al sujeto, corriéndose del foco individual y de la patología, para poder observar de cerca la causalidad circular de las relaciones humanas (Villarreal, Zegarra & Paz, 2015).

El modelo psicoterapéutico está muy influido por el trabajo clínico de Erickson y por las ideas teóricas de Bateson (Selekman, 1996). Además, aportes como los de la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy, la cibernética de primer orden postulada por Wiener y la teoría pragmática de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin y Jackson, así como la utilización de la cámara Gesell, han sido los pilares para más de 50 años de producción e investigación en esta rama de la psicoterapia (Del Río, 2012).

Las ideas de von Bertalanffy fueron tomando mayor fuerza luego del año 1930 hasta desarrollar lo que se conoce como teoría general de los sistemas (TGS). Toda teoría nace como necesidad de responder interrogantes que paradigmas anteriores no lograron responder. En este caso la TGS es un paradigma científico de aproximación a la realidad que se basa en la noción de totalidad orgánica, dejando atrás teorías más reduccionistas. En su trabajo desarrolla la idea central de que un sistema es un conjunto de elementos interrelacionados entre sí, que se

diferencia del exterior y que dentro del sistema principal, pueden existir subsistemas (Villarreal & Paz, 2015).

Se puede ubicar dentro de las esferas sociales a la familia como uno de los principales sistemas en el que se desarrollan los sujetos. Allí se pueden observar varios postulados que desarrolló Von Bertalanffy, dentro de los cuales se encuentran:

- Equifinalidad: se refiere a que un hecho o un estado puede deberse a varias causas. No siempre un hecho A puede producir una reacción B, sino que el hecho A puede deberse a B, C, o D. En lo referido a una familia un ejemplo clásico que se puede ubicar fácilmente es el nacimiento de un hermano y la enuresis del hermano mayor, los padres tenderán a relacionar ambas conductas, pero no siempre podría explicarse por solo una causa.

- Totalidad: explica la importancia de tomar en cuenta todos los elementos de un sistema de manera global y no de manera aislada, en lo que a la clínica respecta poder convocar a todos o la mayoría de los sujetos a la sesión brindará mayor información acerca de cómo se relacionan los mismos.

- Circularidad: todos los elementos de un sistema están relacionados entre sí, para entender cómo funciona un determinado grupo, es preciso comprender las distintas interacciones que surgen entre sus integrantes.

Otra de las características de los sistemas es que pueden ser abiertos y cerrados. En los sistemas compuestos por personas cabe aclarar que no son ni totalmente cerrados, ni totalmente abiertos, pero se puede diferenciar que mientras los primeros cambian mayor información con el exterior, los segundos tienden a mantenerse en bloque (Villareal & Paz, 2015).

Otras de las teorías que contribuye al desarrollo de la terapia sistémica es la cibernética que Wiener desarrolló en 1948, la misma surge en un período post guerra, donde el objetivo era crear una filosofía de la tecnología, la idea de la comparación entre humanos y máquinas estaba tan presente que fue necesario crear un lenguaje que interconectara a ambos mundos. Posteriormente se desarrollaron leyes generales de comunicación que fueron aplicadas a varias entidades distintas como sistemas biológicos, artificiales, animales. Según este enfoque la comunicación es la base de todos los acontecimientos de la vida, por lo tanto debe tomarse como un elemento común a todas las disciplinas (Siles, 2007).

La información es un concepto central en la obra de Wiener. Es lo que intercambiamos con el mundo externo, nos ajustamos al mundo exterior y esperamos que el mundo se acomode a nosotros. Así, la información se opone a un enemigo invisible, la entropía, concepto que fue considerado como una tendencia natural al caos y a la desorganización. Otro de los conceptos que toma la terapia sistémica provenientes de la obra de Wiener es el concepto de *feedback*, donde toda acción que realicemos ocasionará una respuesta en el otro, lo que nos permitirá ajustar los distintos comportamientos en función de los efectos producidos (Siles, 2007).

Shannon fue un matemático conocedor de la obra de Wiener y es quien postuló en el año 1948 la Teoría de la Comunicación Humana. Mientras que para Wiener la comunicación es circular, Shannon establece una comunicación lineal donde interviene emisor - mensajereceptor, siendo la comunicación la base de toda conducta aun si es en ausencia de comunicación verbal. La comunicación tiene dos aspectos importantes: uno referencial y el otro connotativo. El primero está compuesto por el mensaje en sí, es decir el contenido, mientras que el connotativo será el mensaje que debe entenderse. También se toma de esta teoría la importancia de la comunicación la misma se lleva a cabo a través de dos canales, siendo el digital el orientado a lo verbal y el analógico, los símbolos y los gestos (Sierra & López, 2019).

En el año 1967 Watzlawick, Beavin y Jackson publican el libro Pragmática de la Comunicación Humana, donde desarrollaron la idea de que la comunicación se da siempre en un sistema abierto y responden a tres principios (Rizo, 2011):

- Principio de totalidad: establece que un sistema es más que la suma de los elementos aislados, donde el sistema presenta características propias que se diferencian de cada uno de sus elementos.
- Causalidad circular: cada parte que conforma un sistema se relacionan mutuamente, produciendo distintas acciones y retroacciones en los distintos elementos es decir se retroalimentan.
- Regla de regulación o equifinalidad: afirma que toda comunicación cumple con determinadas reglas, que son las que mantendrán un equilibrio en el sistema.

Otra particularidad de la psicología sistémica es la utilización de la cámara Gesell con fines clínicos. Se trata de un dispositivo que cuenta con dos habitaciones contiguas separadas por

un vidrio unidireccional donde se puede ver de una hacia la otra, pero no viceversa, que cuenta además con un micrófono y un teléfono, lo que permite una comunicación entre habitaciones. Mientras se está desarrollando la sesión, los terapeutas pueden contar también con equipo de audio y video para grabar el desarrollo de la misma (Kaplan & Petetta 2019). Fulweiler en 1950 fue el primer psicoterapeuta en introducirla, y posteriormente Haley decide implementarla en Palo Alto, donde se encontraba trabajando para el Proyecto Bateson (Haley, 1996).

Esto no sólo es beneficioso para las sesiones, sino también para el entrenamiento y supervisión de los terapeutas. Minuchin y Fishman (1984) afirman que la formación se desarrolla en dos instancias: una cuando se observa casos que son llevados por terapeutas de mayor experiencia y otra cuando se logra supervisar en vivo. Haley (1996) asegura que en la supervisión en vivo se logra evitar errores de los terapeutas principiantes y también poder captar detrás del vidrio no sólo el diálogo, sino la comunicación no verbal del cliente en sesión.

### **3.1.2 Distintas Escuelas de Terapia Sistémica**

El modelo estructural fue creado por Minuchin en los años 60 en Estados Unidos, inspirado en la Escuela de Palo Alto. Su trabajo se desarrolló con familias con problemas de límites. Es allí donde introduce los conceptos de familias funcionales y disfuncionales. Las primeras son definidas como las que mantienen una estructura y roles bien definidos, y en contraposición, las disfuncionales son aquellas que poseen adultos co-dependientes o familias aglutinadas, las que suelen moverse en bloque, así como familias muy desligadas. Una de las intervenciones utilizadas en este enfoque es la escenificación, donde se le pide a la familia que recree alguna situación conflictiva en particular. Se observará la escena y el terapeuta buscará que se actúe de una manera más funcional (Minuchin, 1982). En cuanto a la duración, no se establece necesariamente un modelo breve, sino que tendrá relación con la dificultad que presente cada familia.

El modelo estratégico fue creado en 1976 en la ciudad de Washington, Haley inauguró el Instituto de terapia familiar, siendo su unidad de análisis la estructura familiar. Se interesó en su organización tanto de la familia nuclear como de la más extensa. Allí establece que el terapeuta tiene un rol central porque actúa como un miembro más de la familia, donde se dispone a romper reglas disfuncionales. Las técnicas utilizadas fueron los diálogos profundos y las directivas

indirectas, que son un tipo de intervención paradójica que se utiliza con el fin de que la familia registre la necesidad de *cambio*. Estas directivas deben ser claras y transmitidas a todos los integrantes de la familia (Del Río, 2012).

En Italia en 1967 es creado el modelo de Milán por Palazzoli, quien inauguró el Centro para el Estudio de la Familia. Para el año 1971, se habían sumado los investigadores Boscolo, Cecchin y Prata. Si bien eran de formación psicoanalítica, tomaron las ideas de Bateson, en particular las referidas a patología. De esta manera, comenzaron a utilizar técnicas como prescripción del síntoma, paradoja y redefinición. Comienzan a aplicar una visión de causalidad circular de los problemas y proponen técnicas para disminuir el síntoma, así como para generar pautas comunicacionales que rompan con las anteriores (Rocha & Piedad, 2013). Del modelo de Milán también se destaca el uso del genograma, una técnica gráfica que sirve para conceptualizar la familia y sus relaciones, donde se suelen tomar hasta tres generaciones de forma descendente (abuelos, padres, hijos). Esta técnica es de gran ayuda al terapeuta para poder observar cómo se conforman los distintos sistemas y ver patrones disfuncionales que se repiten y así poder elaborar ciertas teorías, también introducen la co-terapia, una pareja de terapeutas de distintos sexo, en especial para el tratamiento de familias con algún miembro psicótico (Del Río, 2012).

También se destaca el modelo narrativo que surgió en los años 80 de la mano de un trabajador social llamado White y del antropólogo Epston, quienes pusieron especial énfasis en el significado. Así, tomaron en cuenta tanto las distintas fortalezas que presentan los sujetos como el trabajo en conjunto entre terapeuta y consultante. La atención estuvo puesta en la narrativa de los hechos que realizan los sujetos y el propósito de este enfoque será el poder construir nuevos significados. También, toma como eje a la teoría constructivista social, la cual sostiene que el conocimiento es construido mediante el intercambio de los distintos sujetos con la cultura, la historia de vida y las personas que nos rodean. La terapia narrativa se interesa por las distintas historias que construyen los seres humanos, y postula que se llega a terapia cuando sus historias carecen de importancia y es necesario un nuevo libreto (López & Silvia, 2011).

Mojica (2015) señala que el enfoque sistémico concibe a la terapia como un espacio de la relación con el otro, de manera que el conocimiento que se da en la interacción. El terapeuta, en consecuencia, toma el rol de otro sistema social. Otra particularidad de este enfoque reside en

que no contempla los criterios diagnósticos, ya que una de sus características es buscar la causa del malestar en el individuo y no en los múltiples estímulos que lo rodean, además de generar una realidad en la que es muy difícil separarse (Rosenhan, 1988). Pareciera que es condición establecer un diagnóstico para iniciar un proceso terapéutico o establecer rótulos para clasificar a los distintos sujetos (Ceberio & Watzlawick, 1998). Siguiendo con esta lógica la persona que lleva en sus espaldas un diagnóstico, es producto de un sistema que no funciona correctamente y a la vez el sujeto diagnosticado contribuye de manera activa a esta disfuncionalidad, de tal manera si se tiene en cuenta sólo el diagnóstico, se estaría dejando por fuera el resto de los factores que contribuyen a su malestar (Ceberio, 2013). Es por eso que el papel del terapeuta será intentar generar nuevas pautas con el entorno más próximo al sujeto que consulta para movilizar el cambio (Chinchilla, 2015).

### **3.1.3 Terapia Breve Focalizada**

El primer modelo clínico sistémico surge en 1960 en el *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto, California, con el principal propósito de producir con la terapia, una disminución en los síntomas y un menor grado de tensión, facilitando un cambio mínimo (Del Rio, 2012). Tal como menciona Jiménez (2015), un cambio mínimo en un sistema en el momento oportuno, pueden producir grandes movimientos en el sistema principal y en otros sistemas.

El MRI de Palo Alto sostiene que las soluciones anteriormente intentadas a solucionar un problema, son en realidad la causa que lo mantiene, proponen modificar la secuencia de las distintas conductas que se refuerzan mutuamente, es decir cortar el proceso de feedback que alimenta al problema, no existen buenos y malos sistemas, sino que mientras uno es funcional, el otro puede dejar de serlo (Hirsch & Casablanca, 1992).

La Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) nace en Milwaukee, Estados Unidos a principios de 1970, donde Berg, Derks, Nunnally, entre otros, se reunieron para comenzar a experimentar las ideas provenientes del MRI de Palo Alto. Esto lo llevaron a cabo analizando exhaustivamente distintas sesiones para poder cotejar qué técnicas funcionan en terapia (Beyebach, 2016). Es así que se puede afirmar que este modelo surgió como una práctica basada en la evidencia (Lipchik, Derks, Lacourt & Nunnally, 2012) mediante un proceso en el que se llevó a cabo una metódica observación y teorización de la práctica.

Barreira (2016) conceptualiza la TBCS de la siguiente manera: se lleva a cabo con un máximo de 10 sesiones, la atención es dirigida a un problema específico, se debe establecer y delimitar bien el problema y centrarse en no repetir las distintas soluciones anteriormente intentadas.

En 1976, Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin postularon el Modelo Centrado en Resolución de conflictos, el cual consta de seis etapas:

1. Introducción a la modalidad de trabajo: comienza en el primer contacto del paciente con el terapeuta, donde se lleva a cabo un proceso de admisión, donde se toma los datos sociodemográficos y de relevancia, se le indica el número de sesiones, estableciendo que no sean mayor a 10 esto le genera al paciente una expectativa positiva y motiva al cambio.

2. Definición del problema: dado a que el foco del tratamiento se encuentra en la disminución significativa del síntoma, al preguntar el motivo de consulta, si las quejas son varias se preguntará al paciente cuál considera la más importante. Si el problema aún está en duda, se seguirán realizando preguntas hasta que el paciente elabore un mapa conceptual del problema. Luego se tratará de conceptualizar las conductas que mantienen el problema, siguiendo por establecer metas alcanzables.

3. Estimación de las conductas mantenedoras del problema: el primer paso consiste en saber qué conductas mantienen el problema y para eso, se indagará al paciente o familia que estuvieron haciendo para solucionar el problema. El terapeuta debe recoger bastante información para saber qué ocurre.

4. Establecimiento de metas del tratamiento: se establecen metas claras y de una conducta concreta observable, se debe trabajar con el paciente en que pueda definir hacia dónde quiere ir, también se discutirá metas mínimas de sesión a sesión.

5. Intervenciones: se destacan las instrucciones conductuales, cambio de conducta dirigido e instrucciones paradójicas, las cuales serán detalladas en el apartado 3.1.6.

6. Terminación de la terapia: en este momento se hará un recorrido junto al paciente de los logros alcanzados, maximizando sus esfuerzos. Se debe advertir los temas aún no resueltos y se le informará que se hará un seguimiento a través de un contacto telefónico en 3 meses. En el caso de pacientes que les cuesta aceptar los logros, ya sea del otro o propios, se podrá tomar una línea opuesta minimizando cualquier cambio posible. El objetivo de esta intervención es lograr

una influencia terapéutica más allá de la actual, es decir, a futuro. También existen pacientes que se muestran inseguros o hasta ansiosos de terminar la terapia. En estos casos se puede intervenir advirtiéndoles que se trabajó bastante para lograr el objetivo y que si aún le quedan temas por trabajar, podrá llamar en un tiempo para seguir trabajándolos. Otros autores como Craige (2006) sostienen la importancia de “dejar la puerta abierta” para un contacto futuro si fuera necesario y mantener un contacto ocasional solo en los casos que así lo amerite.

### **3.1.4 Inicio de Tratamiento y co-construcción del Problema**

El modelo MRI tiene en cuenta que cuando llega un consultante a terapia, este es parte de varios sistemas que lo constituyen y lo retroalimentan, el consultor no está exento de esto, forma junto al consultante un sistema. Wainstein (2006) lo llama el sistema consultante, donde una parte llamada el consultante llegará con problemas a resolver y se encontrará con otra formada por un consultor cuya tarea es brindar asistencia para encontrar una solución, por lo tanto es en las relaciones donde el terapeuta buscará intervenir, siendo este el punto donde se construye el motivo de consulta o el problema. También es de suma importancia tener en cuenta las soluciones anteriormente intentadas al problema que plantea el consultante (Calderón, 2009).

Fisch, Segal y Weakland (1988) proponen ciertas características del problema o motivo de consulta. El consultante manifiesta una preocupación que puede ser por una conducta propia o ajena y manifiesta malestar por eso, la conducta problema propio o ajeno puede estar tácito o expreso, desviada de la norma para quien la realiza o para los demás y siempre viene acompañada de soluciones anteriormente intentadas de manera fallida. Fisch, Weakland y Wazlawick (1974) también afirman que cualquier intervención para el cambio que realice el terapeuta traerá tarde o temprano se topará con cierta resistencia del paciente por ser esta una característica natural que se pone de manifiesto en pos de mantener el equilibrio.

Cuando el consultante comunica su problema, este por lo general es algo que interfiere para poder realizar o alcanzar ciertos objetivos, el problema se encuentra construido a través de su sentido común, sus creencias, de las expectativas del resto de las personas que lo rodean y responde a su historia personal. Desde el lado del terapeuta ocurre algo similar al momento de definir el problema, tendrá la tarea de discernir lo que surge del paciente al momento de plantear

el problema, con lo que cree y aprendió a lo largo de su vida acerca del problema que plantea (Pinto, 2004).

El terapeuta indagará y recogerá la mayor cantidad de información posible para sacar mayor provecho del proceso terapéutico y en el menor tiempo. Algunas preguntas que guiarán a los consultantes son:

- ¿Hubo cambios antes de iniciar este tratamiento? Ciertas personas encuentran cambios entre el momento de realizar el primer contacto telefónico y asistir a la primera sesión.
- Indagar acerca de en qué situaciones el problema no ocurre.
- Pregunta milagro: permite imaginar un futuro sin el problema que presenta, indagar sobre ¿cómo imagina si se despertará un día y tal problema no existiera? ¿Cómo se daría cuenta? Será necesario hacer especial énfasis en las soluciones anteriormente intentadas, porque marcarán el camino que el terapeuta no debe tomar, siempre se recomienda comenzar por las soluciones intentadas, pero en ciertos casos los consultantes están tan mal que les cuesta visualizar el problema, en esos casos se recomienda hacer una intervención paradójica del estilo, ¿Como es que la situación no está peor? (Schade, Beyebach, Torres & González, 2009).

El equipo terapéutico ve al problema como un circuito, es decir una situación o conducta que se repite una y otra vez, produciendo los mismos efectos, la tarea consistirá en incorporar un nuevo elemento para que se detenga la repetición y poder lograr un camino distinto, no interesa quien comenzó la secuencia o el porqué, sino más bien saber qué es lo que lo mantiene vigente hoy (Viaplana, Muñoz Cano, Felipe & Del Campo, 2016).

El terapeuta debe hacer preguntas circulares que serán con relación al problema y su conexión con el resto de los miembros comprometidos, esto le transmitirá al consultante una noción de imparcialidad, neutralidad, lo que hará notar a la familia o consultante que lo realizado anteriormente fue lo mejor que pudieron hacer y que claramente ahora necesitan hacer algo distinto buscar alternativas juntos a las soluciones intentadas (López, Solana & Otero 1990).

### **3.1.5 Objetivos del Tratamiento y Metas Mínimas**

Una vez que el problema está bien definido, lo cual puede llevar varias sesiones, se indaga sobre las soluciones intentadas con el fin de limitar y encuadrar mejor el trabajo a

realizar. El terapeuta, con la información otorgada por el consultante, buscará fijar metas mínimas que sean alcanzables con el fin de que el paciente sienta que la terapia está funcionando. Se trabajará en ajustar la expectativa a lo alcanzable en la realidad inmediata (Aiguabella, Sastre, Arnal & Schlanger, 2018). Que el terapeuta tenga un recorrido claro de los pasos a seguir en la terapia evitará que el consultante se desvíe de la tarea de buscar una solución a sus problemas, desvío que en muchos casos es producto de una resistencia al cambio que se aproxima (Ceberio, 2016).

Luego de alcanzar la co-construcción del problema, se le pedirá al consultante que visualice un cambio mínimo realizable, medible. Si esto se dificulta en la sesión o si el consultante brinda una meta muy general, se le pedirá como tarea para la próxima sesión que piense una meta mínima (Fisch & Schlanger, 2002). Para la finalidad de pensar que algo puede cambiar y si tiene más fe en el tratamiento disminuirán los intentos fallidos realizados para cambiar el problema, se podrá pedir ejemplos concretos. Si el consultante quiere que su hija sea buena alumna se le pedirá que defina “¿cómo te darías cuenta de que es buena alumna?”. La meta mínima será el primer paso que le dará información acerca de que algo positivo está surgiendo, por lo que sí “buena alumna” es sacarse un 10, que se saque un 7 será una meta mínima (Ochoa, 1995). Aiguabella et al., (2018) también sostienen que el momento de fijar las metas mínimas y el objetivo del tratamiento, el terapeuta debe ser prudente y respetar el *timing* del consultante, ya que se corre riesgo que de hacerlo de manera apresurada, no tenga registro.

El terapeuta trabajará en conjunto con el consultante para fijar las metas de la terapia, y siendo que las soluciones se encuentran en el propio consultante, se podrán ubicar fácilmente en su discurso. Se postula que este cuenta con los recursos para encontrar una solución y el terapeuta sólo lo guiará hasta encontrarlas. Si el consultante se identifica mucho con el problema, seguramente el proceso sea más lento y el terapeuta deberá tomarse su tiempo para guiarlo al polo de las soluciones (Blanco, Alonso & Vique, 2019).

### **3.1.6 Intervenciones en el Modelo de Terapia Breve Focalizada en Resolución de Problemas**

Watzlawick además de llevar a cabo la teoría de la comunicación humana, fue uno de los referentes más importantes de la Escuela de Palo Alto. Allí desarrolló el concepto de *cambio*,

diferenciando el *cambio uno* del *cambio dos*. Entiende al primero, como todo movimiento que realiza un sujeto para no cambiar, los cuales serían cambios aparentes, cambios de contenido, pero no en la relación, ni en la pauta. Se encuentran en todas las soluciones fallidas intentadas con anterioridad, lo que lleva a que el problema se autoperpetue. Sin embargo, un *cambio dos* es aquel que modifica las reglas del sistema produciendo una modificación de estructura con la finalidad de lograr resultados distintos. El terapeuta lo logra utilizando intervenciones paradójicas, contrarias al sentido común de las personas, así como adoptando el campo semántico del consultante o sistema familiar para cargar de sugestión las prescripciones realizadas (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

Otros autores (Viaplana, Cano, Felipe & Del campo, 2016; Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974) proponen diferentes tipos de intervenciones:

- Cambio de conducta dirigido, una vez que sabemos la conducta problema y la conducta meta promoveremos el cambio, ayudará en esta etapa la redefinición de significado, Se buscará que las opiniones hostiles que autopercebe un paciente se transformen en armónicas, ya que algunas etiquetas provocan dificultades mientras que otras podrían producir armonía.
- Instrucciones conductuales, que ayudarán a promover el cambio, se realizan tareas por fuera de la terapia, deben ser realizadas en el “mundo real”.
- Las instrucciones paradójicas, buscan prescribir la conducta que se ubica en oposición a la meta, se observó que el aliento a realizar la conducta sintomática podría hacer disminuir el síntoma, por ej: en un paciente que se queja de manera constante de distintos dolores corporales como dolor de cabeza, náuseas, hacer una intervención en esta presentación diciendo que “La próxima semana deberás hacer tu mayor esfuerzo en que aumente el síntoma” se lo motiva diciendo que si logra tener éxito en el aumento del síntoma, al menos sufrirá menos desde el sentimiento de pérdida de control y luego de esto podrá verse dos situaciones posibles, una que el paciente usualmente logre una disminución del síntoma, pero aun así de no lograrse el paciente sabrá que es posible un cambio en la situación en la que se encuentra.
- Redefinir el síntoma de manera positiva, busca generar una nueva relación entre los hechos, que sirvan para cuestionar la estructura del sistema, inclusive los roles ya definidos. Por ejemplo, en una sesión con una familia donde el más pequeño se pone a llorar y los adultos en la sala demuestran su malestar, el terapeuta como estrategia puede ubicar al llanto del niño

como algo positivo utilizando la frase “él también nos quiere compartir algo”, con esto demostrará que un niño pequeño requiere mucha atención de sus padres.

- Prescripción de tareas, se busca otorgar al consultante alternativas en sus alianzas, se pueden pedir tareas en conjunto con algún otro miembro del sistema o pequeños pasos para que realice en alguna área el consultante.

- Dramatización, donde las técnicas teatrales sirven para poner en juego diversas posturas y roles que pueden tomar los integrantes de una pareja, familia o bien de un consultante haciendo un *role playing* con el terapeuta, también se puede pedir que realicen alguna acción en particular.

- Uso de metáforas, por lo general utilizando el lenguaje del paciente. En ciertos casos se puede usar ejemplos puntuales de su vida cotidiana,

- Redefiniciones, permitirán al consultante escuchar lo dicho de un suceso desde otro lugar, suelen realizarse varias veces a lo largo de una entrevista.

- Connotación positiva, utilizada cuando al consultante le cueste ver soluciones eficaces. El terapeuta podrá asignar un nuevo significado que tenga connotación positiva, en especial a las conductas con relación al síntoma. También podrá utilizarse luego que el consultante realice una pausa en su discurso, al momento de terminar la sesión es bueno que el consultante se quede con una intervención positiva o también llamada elogio (Ochoa, 1995).

O'Hanlon y Cois (1990) describieron tres tipos de intervenciones generales que interfieren en los síntomas, el primero interfiere en la secuencia sintomática, mientras que el segundo en el contexto y el último son las llamadas tareas de fórmula. Una vez que el terapeuta ya tiene información acerca de cómo se comporta el síntoma y las conductas que lo acompañan intervendrá en la secuencia podrá ser tratando de añadir un nuevo elemento, cambiar la frecuencia en la que se da el síntoma, hasta el lugar donde suele producirse. En relación al contexto se buscará reunir información acerca de las conductas realizadas en la aparición del síntoma. Por ejemplo, si cada vez que se fuma un cigarrillo, luego se acuesta, el terapeuta pedirá que la próxima vez que fume, salga a dar una vuelta manzana. Por último las tareas de fórmula estarán orientadas a la búsqueda de soluciones eficaces y el grado de control que tiene el consultante con la aparición del síntoma, dentro de las que se destacan, la tarea en la primera sesión, donde se le pide que anote en la semana hasta la sesión siguiente todo aquello positivo en su vida y relaciones que quisiera seguir manteniendo. La tarea de sorpresa busca romper con los

patrones conductuales habituales, donde se le pide que introduzca una nueva conducta. De esta manera, las sorpresas pueden convertirse en soluciones. Por último, las tareas genéricas orientadas a soluciones eficaces serán intervenciones que buscan hacer foco en el control de la situación, invitando al consultante a pensar ¿el control lo tienen los otros o lo tengo yo? para que pueda identificar en qué situaciones el problema aparece y cuando no.

### **3.1.7 Cierre de la terapia**

El tema de la terminación de la terapia fue descuidado por la literatura empírica. Lo cierto es que esta etapa deja cuestiones importantes a ser tomadas en cuenta, ya que en la realidad no en todos los casos las terapias terminan de la mejor manera, sino que ocurren múltiples situaciones tanto del lado del terapeuta, como del paciente (Gomez & Ochoa, 2008).

Bostic, Shadid y Blotcky (1996) sostienen que hay diferencias entre los terapeutas con poca experiencia y los más experimentados al momento de realizar el cierre de la terapia, donde los primeros suelen presentar mayor grado de ansiedad, mientras que los segundos poseen una mayor confianza de haber alcanzado un final.

La etapa final o cierre de un tratamiento puede presentarse de distintas maneras según haya sido el curso de su desarrollo: abandono del tratamiento por parte del paciente, cierre por parte del psicoterapeuta o en los mejores casos acuerdo mutuo (Espinosa et al., 2020).

El abandono se da cuando aún no se han alcanzado los objetivos planteados por la terapia y puede responder a múltiples causas y de las más diversas, como económica, trastornos de personalidad, falta de creencia en la terapia o también en casos donde encuentran falta de experiencia en el profesional. De la Parra, Gómez-Barris, Zúñiga, Dagnino y Valdés (2018) han reportado que en Latinoamérica la tasa de abandono se encuentra entre un 38% y 63%.

El cierre por parte del terapeuta se llevará a cabo en situaciones donde el consultante no cumpla con ciertos requisitos mínimos indispensables para poder realizar un tratamiento como puntualidad, asistir a terapia o avisar con tiempo la no asistencia o en casos donde no cumple con las mínimas indicaciones. También se dan casos de terminación de la terapia por alcanzar los objetivos propuestos de la terapia, en estos casos se vieron atributos positivos con relación al

vínculo terapéutico o a una disminución significativa del malestar del paciente en relación a su problemas o angustia (De la Parra et al., 2018).

La terminación por acuerdo mutuo, no siempre ocurre cuando se alcanzan los objetivos, sino también que se puede dar ante una situación en la que ambos estén de acuerdo que por alguna dificultad sea del consultante, terapeuta o situación económica, imposibilidad de acordar horarios se decida interrumpir la terapia. (Espinosa et al., 2020).

### **3.1.8 Terapia Online en Pandemia**

A raíz de la reciente pandemia por COVID-19, se intensificó el uso de la tecnología y se vio incrementada la necesidad de adaptar las distintas terapias a una forma no presencial para poder dar respuesta a la realidad vigente y a los requerimientos de los clientes (Ordaz & Otero 2020), es así que el término *telepsicología* tomó un valor diferencial, si bien había aparecido con fuerza en los últimos años. Este engloba todas las actividades realizadas por los psicólogos a distancia, sustituyendo el contacto físico por el uso de la tecnología, desde redes sociales, videollamadas, entre otras (González-Peña, Torres, Del Barrio & Olmedo, 2017).

El aislamiento y la cuarentena son medidas extraordinarias tomadas por los distintos gobiernos para disminuir la circulación y así poder controlar el número de casos por covid-19 esto impulsó a distintos profesionales e investigadores a pensar en una intervención para la crisis por ejemplo en el West China Hospital, se creó un plan de intervención pensado para él durante y después del brote, que incluía a profesionales psicólogos, psiquiatras y asistentes sociales, la intervención fue realizada por Internet utilizando redes 4G y 5G y teléfonos inteligentes, el objetivo era intervenir en: el miedo a enfermarse, la intervención fue realizada por médicos y psicólogos e intervención en el proceso de adaptación, llevado a cabo por psicólogos y para los casos más graves donde estaba en juego la violencia o riesgo suicida, intervenía un psiquiatra, se utilizaron tres aplicaciones: Huayitong, línea telefónica directa y la app WeChat que comunicaban a todo el hospital y a todos los psicólogos de la provincia de Sichuan para brindar rescate psicológico (Zhang, Wu, Zhao & Zhang, 2020).

Internet es una herramienta que puede facilitar la tarea de los psicólogos desde preparar presentaciones para realizar charlas, seminarios, hasta poder adaptar una sesión por internet,

brinda la posibilidad de poder grabar las sesiones para luego revisarlas, pero también su uso genera fuertes críticas, una de ellas es la que dice que los dispositivos intervendrían en la eficacia de un tratamiento, así también como en el vínculo entre terapeuta-paciente (Pérez, Franco, Monardes & Jimenez, 2010) lo que fue refutado en ciertos estudios dentro de los cuales se destaca los estudios de Klein, Richards y Austin, (2006) y de Knaevelsrud y Maercker, (2007).

En lo que respecta a la terapia familiar y de parejas su adaptación implicó superar varios desafíos: pensar en cómo convocar a toda la familia cuidando los espacios, la privacidad de pacientes y de los niños que existieran en el hogar, adaptar intervenciones para los más chicos y evitar distracciones (Schmidt, Silva, Pieta, Crepaldi & Wagner, 2020).

Antes de la pandemia los profesionales ya utilizaban las llamadas, tecnología de la información y la comunicación (TIC), sobre todo para responder a demandas espontáneas, atender a pacientes que viven en zonas más lejanas, utilizando videollamadas, envío de actividades por mail, mensajes de textos para programar sesiones. Respecto a los pacientes muchos se adaptan fácilmente al uso de la tecnología, evita el tiempo invertido en viaje, permite tomar una sesión desde la comodidad del hogar siendo esto beneficioso para muchos, sin embargo parejas y terapeutas familiares manifestaron no estar preparados para realizar una terapia online, los temas que más preocupan es la confidencialidad de la red y de las personas que puedan estar alrededor y la dificultad del control que se puede tener del entorno (Schmidt et al., 2020).

Algunas de las ventajas de la terapia psicológica online son que favorece en ciertos casos el flujo de la información entre paciente y terapeuta, que estimula en el paciente una mayor autonomía, que en ciertos casos existen pacientes que de manera online se abren más transmitiendo una mayor honestidad en la terapia y esta modalidad puede ser una opción para pacientes que de otro modo no acudirían a un psicólogo. A la vez también pueden aparecer ciertas dificultades como lo son la acreditación de identidad, la pérdida de información no verbal del consultante, no queda del todo claro la confidencialidad y la privacidad en el proceso (Vásquez, 2012).

Los centros de terapia sistémica también se han visto en la necesidad de incorporar herramientas digitales. Esto está asociado al surgimiento de la tecnología, donde primero se

comenzó con la incorporación digital de las historias clínicas, seguido por la supervisión online. Recientemente desde un centro de psicoterapias se incorporó una serie de pasos o estrategias que ayudarían a desempeñar la sesión online de manera exitosa. Será importante realizar observaciones acerca de las distintas expresiones del consultante, transmitir posible accionar o sentimientos del terapeuta como puede ser “entiendo como te sientes”, informar cuando se está tomando nota y aclarar que la mirada puede desviarse hacia el papel y por último manejar los silencios y que no se superpongan las voces (Hirsch & Durao, 2020).

#### **4. Metodología**

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

Descriptivo estudio de caso único.

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

Respecto a los participantes que se tomaron para el desarrollo del presente trabajo, cabe aclarar que se modificaron los nombres con el fin de mantener la confidencialidad de los mismos.

Paciente: Raúl es un hombre de 65 años, el cual vive solo. Es de profesión contador pero desde que comenzó la pandemia no ejerce. Tiene tres hijos, dos de ellos varones a los que ve de manera regular y una hija con la que no tiene contacto. Está en pareja desde hace unos meses. Raúl comenzó terapia en diciembre de 2020, por sentirse desmotivado, sin energía, producto de haber sufrido un accidente en moto en el año 2019, el cual le provocó estar dos meses en coma. A partir de esto siente que ya “no es lo que era”, manifiesta no tener la capacidad para disfrutar, sumado a que a causa de la pandemia y su imposibilidad de adaptarse a la virtualidad, quedó sin poder ejercer su trabajo.

Participación de los dos hijos del consultante en una sesión, a modo de intervención por considerarse beneficioso para futuras intervenciones.

Participó una licenciada en psicología, que trabaja en un centro sistémico hace más de 30 años, la misma se desempeña como supervisora del equipo terapéutico de la institución y es quien se encarga de realizar la entrevista de admisión.

Intervino en el caso una licenciada en psicología la misma es terapeuta trabaja en un centro de terapia sistémico hace más de un año y medio, cuenta con experiencia en el modelo breve para la resolución de conflictos y fue la encargada de realizar las sesiones una vez por semana.

Un psiquiatra de la institución, ya que el paciente posee el antecedente de suicidio de su padre y dado que abandonó tratamientos anteriores se pone como requisito mantener el tratamiento farmacológico para poder sostener el la terapia.

Grupo de tesistas pertenecientes a la Universidad de Palermo, que intercambiaron opiniones acerca de lo observado en las distintas sesiones.

#### **4.3. Instrumentos**

Observación no participante: Del material grabado de las primeras sesiones del consultante en Cámara Gesell, de las sesiones con el médico psiquiatra y del desarrollo de cada sesión del consultante en Cámara Gesell.

Observación participante: En los momentos previos y posteriores al desarrollo de cada sesión, para realizar un intercambio verbal con los tesistas y terapeutas del centro.

Dos entrevistas semidirigidas realizadas a la terapeuta que lleva el caso, donde se indagó sobre información relevante del caso, intervenciones realizadas, principales obstáculos, toda la recolección fue a través de la plataforma *Zoom*.

#### **4.4. Procedimiento**

Los datos se obtuvieron a través de la Práctica y Habilitación profesional en un centro de Terapia Sistémica de la ciudad de Buenos Aires donde se cumplieron 305 horas, la misma se realizó de manera virtual por plataforma *Zoom*. Se llevó a cabo observación no participante y participante: Dentro de la no participante se accedió al material de las grabaciones de las primeras sesiones del paciente.

Observación participante: De los momentos previos y posteriores a las sesiones del caso en Cámara gesell online, para describir y analizar cómo se desarrolló el proceso terapéutico.

Observación no participante: Se accedió a las distintas sesiones del paciente con el médico psiquiatra.

Dentro de la observación Participante:

Los días Martes de 16:00 a 17:00 se observaron las sesiones del paciente mediante la plataforma *Zoom*. Antes de comenzar se destinaron 15 minutos para conceptualizar el caso, transcurrida la sesión se puso al paciente en sala de espera y entre terapeutas y tesistas se construyeron las distintas intervenciones. También se mantuvieron dos entrevistas semi dirigidas con la terapeuta encargada de llevar el caso.

Es preciso aclarar que en el desarrollo de las sesiones sistémicas breves en cámara Gesell se dividen en varios momentos y se llevaron a cabo de la siguiente manera un momento inicial o llamado pre-entrevista, donde participa la terapeuta y del otro lado de la pantalla, en este caso virtual, se encuentra el equipo observador, compuesto por otros terapeutas y tesistas de distintas universidades. Un segundo momento en el que se desarrolla la entrevista en sí, un tercer momento de intercambio con el equipo donde el consultante está en sala de espera, un cuarto momento en el que se realiza la intervención en sí y un último momento destinado a analizar las observaciones que el equipo hizo de la sesión (López et al., 1990).

## **5. Desarrollo**

### **5.1 Conceptualización del Caso**

Raúl llega a consulta en diciembre del 2020, tiene 65 años. Actualmente vive solo en Capital Federal. Tiene tres hijos: la mayor Clara (38) vive en el Chaco y no tiene relación con ella, estuvo en pareja con la madre de Clara, solo un año; sus otros dos hijos, producto de su segunda relación, se llaman Julián (36) que tiene dos hijos y Matías (33) que tiene un hijo. Comenta que se separó de la madre de sus dos hijos, cuando ellos tenían 16 y 13 años, por ser adicta al juego. Sus tres hijos al igual que él, son contadores.

Raúl se desempeñó como contador hasta agosto 2019, fecha en la que sufre un accidente automovilístico en su moto que le ocasionó estar en coma dos meses con fracturas expuestas

seguido de un largo tratamiento, operaciones y rehabilitación que al día de hoy persisten. Hace 3 meses que está en pareja con Silvia, a quien conoció hace cuatro años.

El paciente llega al centro de terapia a través del contacto que realiza su nuera. Ella comenta que abandonó tratamiento psicoterapéutico. Luego de la entrevista de admisión se acuerda realizar las sesiones una vez por semana.

## **5.2 La construcción del motivo de consulta**

Para responder al siguiente objetivo, se tomó el material grabado correspondiente a la sesión de admisión de Raúl la misma se llevó a cabo por la plataforma Zoom con la terapeuta supervisora del centro sistémico, en este primer momento la admisoras se ocupará de establecer una relación transmitir cierta confianza y poner en claro las reglas de juego (Wainstein, 2006). El consultante expresa como queja inicial que está muy mal, que no tiene trabajo y ni siquiera tiene ganas de llamar a sus hijos. También dice que está deprimido, sin ánimo, ni voluntad de hacer las tareas diarias, manifiesta que se siente de esta manera desde el accidente ocurrido en agosto del 2019.

La supervisora conduce la entrevista pidiendo la mayor descripción posible acerca del problema que experimenta, luego con mayor información se verá en relación a qué persona/s o qué situación del sistema compromete (López et al., 1990). Teniendo en cuenta que la realidad de un sujeto se crea a través de la comunicación tanto analógica como digital (Watzlawick, 1980) en la admisión se tuvo en cuenta como Raúl desplegó su discurso y cómo gesticulaba al hablar, el paciente transmitió su realidad, mostrándose con elevado malestar, lo que se transmitió en su discurso a través de quejas constantes y a través de su lenguaje corporal como expresiones faciales de enojo, mostrándose con los brazos cruzados, los ojos caídos.

Cuenta que en diciembre del 2019 cuando comenzó a sentirse mejor pudo estar estable emocionalmente dos meses, hasta que en marzo cuando empezó la pandemia volvió a sentirse mal. Expresa: “la pandemia me pasó por arriba, no pude adaptarme a la tecnología y me quedé sin trabajo”. Relata también que sus hijos no lo ayudan con la tecnología, es por eso que tuvo que cederles a todos los clientes. “Quedé como un viejo inútil”, “me dicen no te mueras, pero ellos me cavan la fosa y me tiran tierra encima”, La supervisora pregunta si siente que ellos no lo ayudan, responde: “no, cada uno quiere sacar ventaja para cada uno y no me ayudan, no les importa lo que me pasa”. En ese momento, mira a la terapeuta y le dice “te darás cuenta que estoy mal por mi cara”. Raúl exige respuestas a la supervisora en varios momentos de la sesión,

se debe tener en cuenta que en la terapia sistémica los silencios muchas veces se realizan como intervenciones, para reducir la tensión de Raúl en espera de una respuesta, la supervisora le dice, “sos vos el que tiene los recursos para salir adelante, yo acompaño”, con esto reafirma que el principal sabio en la relación terapéutica es el paciente (Wainstein, 2006).

Fisch, et al. (1988) propusieron recabar la mayor cantidad de información posible en una entrevista y poder visualizar en qué momentos el paciente no experimenta el problema para esto la terapeuta realizó ciertas preguntas que sirvieron de guía para poder construir el problema.

Ante la pregunta “¿cómo es tu vida ahora?”, respondió “estoy haciendo la plancha, esperando que la vida pase, no tengo voluntad para nada”. a la pregunta de si en algún momento del día se siente mejor, responde: “sí, a la noche, cuando sé que no tengo que hacer nada, cuando ya no hay ruido, me acuesto veo algo en la tele y ya está, se acabó el día”. Esto le servirá a la terapeuta para que pueda ubicar en qué momentos no le pasa y usarlo a su favor. Continúa el relato diciendo que se siente sin ganas, con miedo al futuro, siente que perdió la capacidad de disfrutar. Comenta que el psiquiatra le recetó Citalopram y Anafranil, pero estaba muy cansado por las mañanas y por eso decidió dejar de tomar este último, la supervisora le comentó que es importante que la medicación sea regulada por el profesional, que no son medicamentos para tomar y dejar de tomar por su cuenta.

Uno de los postulados de la terapia familiar indica que los síntomas son producto de una disfuncionalidad en el sistema, pero en casos donde las lesiones corporales aparecen como síntoma, estas a la vez pueden producir disfuncionalidad en las relaciones, es preciso ver el síntoma y el sistema no una como causa de la otra, sino más bien como una compleja interacción constante (Pinto, 2004). Raúl comunica que tiene la creencia que lo que le pasó (el accidente) lo cambió por completo, que tal vez en ese momento se deterioró su capacidad para disfrutar.

También comenta que fallaron tratamientos anteriores, esta información es crucial para la terapeuta dado que es parte de las soluciones fallidas anteriormente intentadas que no se deben repetir, el foco del terapeuta será en el presente y el futuro para esto preguntará qué quiere cambiar (Wainstein, 2006), ante esta pregunta el paciente menciona “tener ganas, poder disfrutar de ver a mis nietos, de hacer cosas, de tener energía”. Esta respuesta de Raúl es muy general, por lo que la terapeuta lo retomará más adelante. Si ella logra identificar bien la secuencia del problema, podrá establecer una meta mínima y un pequeño paso que podrá beneficiar más movimiento en el sistema (Calderón, 2009).

También relata que antes del accidente era una persona muy activa, que le gustaba hacer chistes y participar en reuniones sociales, “ahora estoy solo y no tengo personas a mi lado”. Dice que “a lo mejor es mala onda por eso no tiene gente a su lado”. El paciente comenta “a veces pienso, se me cruza por la cabeza ¿y si me voy como hizo mi viejo? Está el antecedente de mi papá. Él se suicidó. Tal vez es el mandato...”. En ese momento la supervisora pregunta: “¿Por qué pensás que se suicidó?”, Raúl dice: “Él se quedó solo, como yo ahora”. Comenta que sus padres se separaron, su papá se quedó solo y él se dedicó a construir su casa, iba y venía. Recuerda que una vez le dijo que no quería ser una carga para él. Tenía 71 años cuando se ahorcó y colgó desde la ventana. En ese momento el consultante tenía 22 años. La supervisora interviene, y tal como sugiere Wainstein (2006), hace una reformulación, brindando una nueva lectura, modificando la creencia que tiene el consultante acerca de un hecho o un problema, aportando otra visión en este caso a lo ocurrido con su papá. “Pero sí, seguramente fue una carga. Las personas que se suicidan piensan que solucionan las cosas y no dejan la carga, pero siempre la dejan. Pensemos que si estás acá es porque querés hacer algo distinto”.

El modelo breve ubica al terapeuta-consultante en un nivel de paridad, si bien la participación es desde un lugar distinto, el terapeuta tiene libertad de expresar sus conjeturas y poder modificarlas en el transcurso de las distintas sesiones, dándose una relación de cooperación (De la Fuente et al., 2019). Al momento de realizar el cierre de la entrevista la supervisora lleva a cabo la co-construcción del caso teniendo en cuenta los síntomas expresados, las conductas que surgen en relación al problema, hace una síntesis y le brinda una devolución a Raúl. Le explica que teniendo en cuenta lo que escucha piensa que existen dos vías, una es la del médico psiquiatra ajustar la medicación lo va a ayudar y por otro lado, reformula que si él está en este espacio, es porque quiere hacer algo distinto a lo de su padre. Le transmite también, que tiene una posibilidad. Apelar a la voluntad es muy difícil, pero a lo mejor se puede hacer algo sin voluntad apelando al esfuerzo. Le comenta que lo que le paso en el accidente vino a demostrar que ya no es un pibe, pero tampoco es un viejo de 85 años, le toca enfrentar la nueva etapa vital, la de jubilado, la de abuelo y por otro lado está la pandemia, lo que precipitó el cese de actividades, la supervisora le explica es como un círculo, no tenés ganas de hacer nada, te metes para adentro, te acostas y es una rueda, pero la vida sigue. Raúl expresa que a lo mejor antes tenía estos bajones de ánimo, pero siempre los tapó ocupando su tiempo con las distintas ocupaciones y que ahora no las tiene, la supervisora le dice “a lo mejor es cierto ya no sos un

pibe, pero tampoco sos un viejo. Ser viejo es una decisión, quizá haya cosas que repensar que sí y que no, por ahora no las ves, me parece que te quedaste sin libreto y que para los años que vienen a lo mejor podemos hacer uno en conjunto”. Raúl asiente con su cabeza, transmite estar de acuerdo con la supervisora y acepta comenzar terapia una vez por semana y visitar a su médico psiquiatra. En este caso se pudo esquematizar el problema en la primera sesión, pero que el problema quede bien definido puede llevar una o varias sesiones, una vez que se alcanza tal definición, el terapeuta deberá hacer foco en las soluciones intentadas anteriormente, porque es en ellas donde se ve el esfuerzo que hizo el paciente para aliviar el malestar, aunque en muchos casos esas soluciones no hayan funcionado (Aiguabella et al., 2018).

### **5.3 Principales Intervenciones Terapéuticas de la Terapia Breve Focalizada Aplicadas a un caso de Terapia Individual**

Para la confección del siguiente apartado se tomó material de las grabaciones de las primeras sesiones, a partir de marzo se observaron en vivo. Se reunió información de los encuentros con el médico psiquiatra y se tomó material de las entrevistas semidirigidas con la terapeuta que lleva el caso, junto a la observación y participación de los comentarios y construcciones de los tesistas y terapeutas en las sesiones de cámara Gesell.

Una vez definido el problema, la terapeuta asignada trabaja con estas coordenadas en busca de generar un vínculo y de seguir estableciendo de manera clara cuáles son las dificultades que lo llevaron a buscar ayuda, para poder fijar los objetivos a trabajar (Wainstein, 2006).

En la primera sesión con la terapeuta asignada a seguir el caso, el paciente desplegó su discurso casi de manera similar al discurso de la admisión. Parte del objetivo terapéutico fue poder desarmar dicho discurso. La terapeuta pregunta cómo se sintió en la admisión, el consultante responde bien, solo que se quedó pensando si lo que le pasa tiene solución. En las primeras sesiones el objetivo fue establecer un vínculo, generar un espacio seguro para que el consultante se explaye, el próximo paso será hacer foco en aspectos concretos a trabajar porque de esta manera se genera un espacio previsible y de mayor seguridad para el consultante (Ochoa de Alda, 1995).

La terapeuta en la entrevista semidirigida comenta que utilizó varias intervenciones, algunas más beneficiosas que otras. Al objetivo a trabajar, además de construir un nuevo libreto para su presente, se le suma un nuevo problema. El consultante cuenta que uno de sus hijos, le

pide que venda su casa, porque él vive en un departamento chico y al tener dos hijos tiene poco espacio. Raúl le comenta a la terapeuta que su casa es enorme y sabe que en algún momento tiene que mudarse porque él solo no puede mantenerla. Es una casa vieja y necesita mantención, pero ahora no se siente en condiciones de decidir nada. Se siente acorralado por la presión que ejerce su hijo. También piensa en cómo compensar a su otro hijo en el caso que tome la decisión de ceder su casa. Dado a que este tema comienza a ser recurrente, la terapeuta plantea como intervención hacer una entrevista con sus hijos. Los terapeutas que trabajan con modelos centrados en soluciones suelen en caso de ser necesario invitar a otros miembros de la familia o a toda persona cercana al consultante que esté motivada para ayudar en la resolución (Beyebach, 2014). Le pregunta al consultante si está de acuerdo y que piensa, él responde que no está preparado para tener una sesión con ellos, que preferiría no estar, pero si para la terapia es importante, accede a que los entreviste.

La entrevista con los hijos la realizó la supervisora con la terapeuta. Luego de transcurridas unas 3 sesiones con Raúl, los hijos se mostraron muy comprometidos pero a la vez dijeron sentirse desesperanzados. Observar el sistema familiar brinda información acerca de su conformación y la recurrencia en los modos de interactuar (Villareal et al., 2015). La terapeuta los convocó con el objetivo de ver con que red cuenta el paciente, que tan al tanto están de la situación y plantear la preocupación de Raúl acerca de la casa. Los hijos comentan que ciertas conductas de su papá son recurrentes como sentirse “bajoneado”, dicen que siempre tapó su ánimo bajo con distintas actividades, inclusive no acordes a su edad, como andar en moto. Comentan que cuando le tocó a su papá atravesar una crisis circunstancial, como fue el accidente ocurrido en el 2019, ellos se hicieron cargo de su situación y tomaron el control de toda su vida, lo que provocó en Raúl una crisis de desvalimiento. Según Pittman (1995) estas son las crisis que se producen cuando se depende de otro y se necesita su ayuda. Dicen “papá se sintió viejo de golpe” y estuvieron de acuerdo en que uno de los ejes de la terapia sea que se pueda acomodar a su nueva etapa vital. Respecto a la casa, los hijos manifestaron estar de acuerdo entre los dos en respetar la decisión que el padre tome, que si accede a dar su casa e irse a uno de los departamentos que tiene en alquiler, el otro hijo no se molestará e inclusive ambos piensan que sería beneficioso para él, comenzar una nueva etapa en una nueva casa.

El siguiente paso fue establecer las condiciones del tratamiento dado al antecedente de suicidio de su padre y el abandono de tratamientos anteriores. En el transcurso del tratamiento,

Raúl deja de asistir al psiquiatra anterior y accede a consultar a un médico que pertenece al mismo centro donde realiza terapia, ya que de esta manera se puede trabajar en equipo. Se fija como condición asistir al psiquiatra y tomar la medicación. Cabe mencionar que el tratamiento farmacológico en este caso y la terapia sistémica no se guían por un diagnóstico, ya que cuando el profesional se despoja del diagnóstico permite una nueva escucha (Blanco & Vique, 2019) y es por eso que el principal objetivo se convierte en evaluar una disminución de los síntomas. El psiquiatra utiliza frases que denotan este enfoque como cuando se refiere a un ánimo bajo, en vez de decir “síntomas depresivos”. El médico psiquiatra lo medicó con citalopram comenzando con 05 mg. Actualmente se encuentra tomando 15 mg y se fija controlar la medicación y evaluarlo una vez al mes. Las sesiones se realizaron vía *Zoom*, dada las condiciones del aislamiento social por Covid-19 en modalidad cámara Gesell. Esto da la oportunidad a su terapeuta de poder estar presente durante el desarrollo de las mismas. Raúl se mostró con pocas expectativas sobre su mejoría, su discurso fue muy similar a las de las sesiones con la terapeuta, demuestra cierta resistencia a la medicación, lo que se vio expresado en frases como “no me gusta tomar medicación, pienso que cuanto más me la suben, más me va a costar dejarla”. Este pensamiento se retoma en las sesiones con la terapeuta, donde ella explica que es un voto de confianza al tratamiento y utiliza la metáfora que es como “firmar un cheque en blanco”. Menciona que debe brindarle una oportunidad a la medicación, a lo que el consultante accede. En las sesiones posteriores se observa una buena adherencia al tratamiento y se observan ciertos cambios en las consultas posteriores. Se lo nota de acuerdo con las decisiones tomadas por el médico psiquiatra, aunque se decide convocar a sesión a Silvia para que le brinde mayor información del paciente.

También se utilizaron intervenciones como el uso de metáforas, el cual es una intervención que trata de comunicar un tema para referirse a otro, busca que el consultante visualice una nueva vertiente en el tema tratado (Wainstein, 2006). La terapeuta le explica que lo que le pasa es como tener fiebre y querer correr, seguramente habrá que ajustar las expectativas para poder sentirse mejor, se necesita tiempo y paciencia, se pretende correr y el cuerpo no acompaña, lo único que va a pasar es que sentirse peor. En otra sesión se utilizó una metáfora con respecto a las expectativas que tiene para su edad, la terapeuta le indica que tendrá que chequear que tenía en la mochila Raúl antes del accidente, para ver con cuales puede seguir, que se desecha y con qué cosas nuevas se puede llenar. Estas intervenciones lograron una buena resonancia en el consultante que se vieron reflejadas en la expresión de su rostro. También se

realizaron intervenciones adaptándose al lenguaje del paciente, ya que le gusta jugar a las cartas, la terapeuta en una oportunidad comentó, será momento de barajar y dar de nuevo, en alusión a buscar un nuevo camino.

El síntoma aparece para mantener el sistema familiar en muchos casos surge ante el miedo de pasar a la siguiente etapa del ciclo vital (Pinto, 2004). En este caso tanto en la admisión, como en distintas sesiones la devolución fue ajustar sus expectativas y acomodarse a la nueva etapa, el paciente dice sentirse “viejo de golpe”, dice sentirse de 85 años. Antes del accidente, dice que era una persona muy activa y extrovertida, que hacía chistes y andaba en moto. En las distintas sesiones se transmite al consultante ver las posibilidades que tiene hoy, poder hacer el duelo de lo que fue.

Dado que el paciente se muestra desmotivado, sin incentivo y comenta que tiene cosas pendientes para hacer, entre ellas una última liquidación de su último cliente, se fijaron en la primera sesión metas mínimas y a lo largo del tratamiento, se fueron fijando distintas tareas para las próximas sesiones. A partir de esto, se le pide al consultante que realice esta última liquidación pendiente. La terapeuta lo compromete diciendo, “¿lo anoto para preguntarte en la próxima sesión?” a lo que él responde que sí. Poder realizar un cambio mínimo en su día a día, le da al consultante una esperanza de que la situación puede cambiar, que es capaz de realizar un cambio (Aiguabella et al., 2018).

En la siguiente sesión se siguen trabajando metas mínimas, la terapeuta hace preguntas específicas para definir las metas del tratamiento, las mismas deben estar bien definidas con una conducta concreta, alcanzable y observable que le servirán en un futuro cercano a ambos para saber que la terapia está funcionando (Aiguabella et al., 2018). “¿Cómo te darías cuenta de que estás mejor?”. Raúl comenta que tiene que ir a resignar un contrato e ir a una inmobiliaria, ya que tiene varias propiedades en alquiler y en el momento del accidente se ocuparon sus hijos y ahora él se está haciendo cargo de esa tarea. Se fija esta meta para la próxima sesión la cual cumple, este relato entra en incongruencia respecto a su actualidad financiera, el consultante se comunica en muchas ocasiones de manera paradójal, dice no tener dinero y luego comenta que tiene varias propiedades en alquiler. Las intervenciones paradójales son las intervenciones que se realizan con el fin de prescribir la conducta que impide llegar a la meta (Viaplana et al., 2012). Raúl a lo largo de todas las sesiones transmite muchas paradojas comunicacionales, esto lleva a la terapeuta a utilizar la misma vía de comunicación: comunica que está solo (realiza un silencio)

y sigue contando que solo tiene compañía de Silvia, sus hijos, sus nietos, una pareja amiga y una vieja amiga. En varias oportunidades dice que no hizo nada, luego de un silencio, cuenta que salió a cenar con amigos, que fue a la casa de sus hijos, también comentó que no logra hacer nada solo y en una sesión comunica que dejó de fumar. En una sesión Raúl comenta que la gente debe cansarse de escucharlo con tantas quejas y mostrándose tan negativo, la terapeuta le dijo: “yo sé que estás mal y que necesitas a alguien con quien quejarte, yo no me voy a ir a ningún lado, me voy a quedar a escuchar tus quejas”. Con esta intervención demostró que realmente se queja mucho, pero muestra empatía y apoyo al decir que de todos modos se quedará a escucharlo.

Beyebach (2014) propone utilizar elogios al momento del cierre de una sesión. Esta intervención se diferencia de la connotación positiva, mientras que esta última se realiza con un fin estratégico, el elogio sólo busca brindar al consultante una comunicación positiva y la misma debe ser genuina. La terapeuta finalizó la sesión diciendo: “que fuerza de voluntad que tenés para realizar las cosas, aún sintiéndote muy mal”. También se utilizó la frase: “criaste bien a tus hijos estando solo”.

Además se desplegaron varios reforzadores como: “saliste de tantas Raúl, como no vas a salir de esta”. Otro elogio utilizado fue cuando él comentó que antes su almanaque se llenaba de actividades, que iba de acá para allá y dice “ahora lo tengo lleno de turnos médicos, tal vez podría ponerle otra cosa, con cosas que me acomoden a la nueva realidad”. La terapeuta dice: “me encantó esa reflexión lo voy a anotar.” En este momento, se refleja una sonrisa en el rostro del consultante, comenta que lo va a hacer.

También Raúl en una sesión comenta un ejercicio que le recomendó su pareja y a él le pareció bien: le indicó que en los momentos en los que se siente mal podría escribir, esto le pareció correcto a la terapeuta y le pidió que lo realice y que si quiere podrá compartirlo o no en sesión. Esta técnica se utiliza para ordenar los pensamientos, hacerlo en un momento determinado le dará al consultante tener un espacio preciso para ocuparse de sus pensamientos y evitar la rumiación (Wainstein, 2006).

Raúl en el transcurso del tratamiento mostró bastante resistencia sobre todo a la hora de las distintas intervenciones, la terapeuta comenta que uno de los recursos que más le sirvieron fueron las preguntas de afrontamiento (Beyebach, 2014), adaptarse al pesimismo de él, las que

simpatizan y validan su dolor, por ejemplo: “¿cómo haces Raúl para hacer todo lo que haces sin fuerza?”, o frases como: “tenés tantos recursos, lástima que aún no los veas”.

#### **5.4 Descripción de los Cambios del Paciente Producidos a lo Largo del Tratamiento**

A lo largo de las distintas sesiones el consultante pudo lograr ciertos cambios, los llamados tipo 2 (Watzlawick et al.,1992), que son aquellos que generan un movimiento en la pauta con el fin de lograr algo distinto. El primer cambio que destaca la terapeuta respecto a los tratamientos anteriores, es el no abandono del mismo. Raúl abandonó tratamientos anteriores y solía dejar la medicación, conducta que cambió en el actual tratamiento, se vio reflejada la adherencia a través de conductas como asistir a terapia, aun sintiéndose mal y tomar la medicación pese a la poca expectativa que tenía sobre la misma, así como también realizar las tareas que le pedía la terapeuta.

Su discurso tan monótono comenzó a cambiar a partir de la sesión número 7. El lenguaje es el vehículo para entender al mundo y a nosotros mismos, el mismo se construye con pautas lógicas que siguen determinado orden y que cuando este se altera es común que se generen problemas de comunicación e inclusive paradojas (López et al., 1990). Si bien Raúl utiliza muchas paradojas y continúa quejándose, el discurso comenzó a ser más fluido y con mayor conexión a los sucesos positivos.

La terapia sistémica concibe que los problemas son mantenidos por las conductas que lo refuerzan, poder hacer algo distinto ayudará a que el problema desaparezca (Sierra & López 2019) y en el caso de Raúl, pudo realizar nuevas actividades aún sintiéndose desanimado, lo que le genera a la terapeuta pensar que la medicación, al igual que la terapia. están surgiendo efectos y muestra que se esfuerza por hacer algo distinto. Por ejemplo, en Semana Santa decidió irse unos días a la costa de vacaciones con su novia. Allí realizó distintas actividades, como salir a cenar con un matrimonio amigo e ir a caminar. La relación terapéutica es concebida como el vínculo emocional entre terapeuta y cliente donde se deberá acordar de manera mutua cuales son los problemas y cuales son las metas a alcanzar (Villarreal et al., 2015) y en este caso se logró a través de metas mínimas acordadas por ambos, como hacer distintos trámites pendientes y volver a tener cierto control sobre algunas áreas de su vida, por ejemplo cobrar los distintos alquileres que tiene, realizar la última liquidación de un cliente que tenía pendiente.

En el área social si bien dice que todavía le cuesta disfrutar a sus nietos, los visita de manera regular e inclusive cuenta que juega con ellos, también sigue en pareja con Silvia a quien visita regularmente y hacen distintos planes como salir a comer, lo que lo mantiene activo.

En una sesión luego de su cumpleaños número 66 cuenta que dejó de fumar. Tomar esta decisión implica esfuerzo y voluntad, decisión que tomó solo y que pudo mantener por unas cuantas semanas y si bien luego al volver el aislamiento por Covid-19 volvió con el hábito, comenta que bajó la cantidad.

## **6. Conclusión**

### **6.1 Alcance de objetivos**

El objetivo del siguiente trabajo fue describir el tratamiento de un hombre que consultó por sentirse desmotivado y sin energía en un centro de terapia sistémica mediante cámara Gesell, se analizó a través del modelo de terapia breve para la resolución de conflictos, este enfoque se lleva a cabo en terapia y está destinado a facilitar soluciones (Beyebach, 2014). El tratamiento fue dividido en tres objetivos distintos, describiendo el proceso de construcción del motivo de consulta desde el modelo de terapia sistémica breve mediante Cámara Gesell, un segundo objetivo describiendo las distintas intervenciones utilizadas en el tratamiento, las más relevantes y por último los cambios producidos en el paciente a partir de las intervenciones de la terapeuta.

Se puede arribar que todos los objetivos han sido alcanzados en su mayoría con éxito, con especial excepción del objetivo número tres respecto a los cambios producidos en el tratamiento, ya que si bien es un tratamiento breve, cabe mencionar que el paciente continúa en terapia, por lo cual puede haber ciertos cambios a futuros que no serán contemplados en dicho análisis, por haber concluido el plazo establecido para el desarrollo del presente trabajo.

Raúl llegó a consulta en diciembre del 2020 luego de haber fracasado tratamientos anteriores, expresando desgano, desmotivación, abulia, falta de experimentar placer, junto a ciertas molestias físicas relacionadas al accidente automovilístico, expresadas en dolor de muñecas y cansancio. Parte de estos síntomas fueron atribuidos por él al accidente que tuvo en agosto del 2019.

A través de la entrevista con la supervisora, se reunió la información pertinente a su historia, junto a distintos antecedentes y en la primera entrevista se construyó junto con el paciente el motivo de consulta para esto la terapeuta tuvo en cuenta las soluciones anteriormente

intentadas, las personas involucradas y las conductas que refuerzan el problema (Calderón, 2009), concluyendo entre supervisora y paciente que el eje principal de sus problemas y malestar actual, es una respuesta al accidente que sufrió, también se sumó la pandemia de covid-19, lo que provocó quedarse sin empleo, precipitando el cese de sus actividades de manera abrupta lo que le provocó una crisis vital, que lo obligó a redefinirse.

Raúl comentó que antes del accidente era una persona con mucha energía y activa que realizaba muchas actividades, que a veces solía tener momentos de desgano y decaimiento, pero pasaban desapercibidos dado a que siempre tenía muchas actividades, en el momento de la admisión llega con una realidad totalmente distinta, una primera aproximación del objetivo a trabajar fue poder adaptarse a la nueva etapa de su vida, observar y crear las nuevas posibilidades que tiene en el presente, dejando atrás las que ya no puede realizar, se trabajó también en redefinir ciertos pensamientos tales como: no puedo hacer nada o no disfruto nada en mi vida, a un pensamiento más realista y cercano, expresado en la terapeuta como: “poder pasarla menos mal”.

La supervisora le propone crear en conjunto con la terapeuta un nuevo libreto, el paciente asiente y concuerda con la supervisora que es así cómo se siente.

Una vez comenzado el tratamiento la terapeuta asignada buscó generar un espacio agradable o también llamado *joining* para que le permita al paciente sentirse cómodo y en confianza para comenzar a contar lo que le pasa (Camacho, 2006), la misma desplegó en el curso de la terapia varias intervenciones utilizando: metáforas, reformulaciones, elogios, reforzadores, paradojas, así como el fijado de metas mínimas, invitación de los miembros de su familia en el caso de ser necesario, entre otras. Aunque algunas con mayor éxito que otras, todas estas intervenciones buscaron romper con el circuito autoperpetuante del problema (Viaplana et al., 2016). La terapeuta destacó que las que más le sirvieron fueron las intervenciones paradójicas, así como preguntas de afrontamiento, en algunas sesiones comenta la terapeuta que la intervención fue de manera precipitada y es lo que daba como resultado una conducta resistente por parte del paciente, lo que se observaba y escuchaba en frases de Raúl como “no lo sé” o “hace tiempo que estoy acá y me veo estancado”.

Respecto a los cambios generados luego de las intervenciones, se puede arribar que se obtuvieron cambios de tipo 2, Raúl logró hacer algo distinto, como mantener la terapia y no abandonarla, cambios ya sea en su discurso monótono y en su actitud frente a las distintas

actividades que se le presentan, esto se logró gracias a que la terapeuta junto al consultante establecieron la realización de pequeños pasos y metas mínimas, alcanzar pequeños pasos hizo que Raúl promueva otras actividades, produciéndole a él una ligera sensación de progreso (Weakland et al., 1976). Aún continúa en tratamiento, razón por la cual, seguramente quedará por fuera futuros cambios que pueda generar.

## 6.2 Limitaciones

Como principal limitación a la hora de llevar a cabo el análisis y descripción del tratamiento, se puede ubicar a la situación de público conocimiento de la pandemia Covid-19, como consecuencia del aislamiento y la adaptación de varias actividades al teletrabajo (Ordaz & Otero, 2020). Esto hizo que no se pueda concurrir de manera presencial a la institución, por lo que al realizar la observación sólo de manera online se pierde cierta información analógica importante para este constructo teórico, como son los gestos o movimientos corporales, obteniendo una visión reducida del lenguaje corporal (Watzlawick, 1980).

Otra de las limitaciones que se puede mencionar fue la dificultad que tienen ciertas personas para el uso adecuado de Internet y la plataforma *Zoom*, uso que se vio incrementado a razón de la pandemia por Covid-19 (Ordaz & Otero, 2020), en algunos pacientes era impensado realizar una terapia por este medio, en el caso de Raúl todo un desafío, en otros casos a veces no se cuenta con la privacidad que se requiere para realizar una terapia online. En el caso descrito, el paciente comentó varias dificultades, dado a que no sabía utilizar en profundidad la computadora, razón por la cual tampoco pudo adaptar su trabajo de contador a la virtualidad. Al momento de usar la plataforma *Zoom* para la sesión, se conectaba desde dos dispositivos, en otras ocasiones no funcionaba el audio, lo que hacía que se frustrase y se lo comentase a la terapeuta, dificultando el desarrollo normal de una sesión.

Adaptarse a la tecnología y a las nuevas herramientas no es solo un desafío para los pacientes, los profesionales también tuvieron que adaptarse a un nuevo formato, si bien muchos ya lo utilizaban, otros no, en este caso se adaptó el instrumento cámara Gesell a un formato online en el uso de cámara Gesell tradicional donde el supervisor hace intervenciones por teléfono al terapeuta que se encuentra en sesión y puede intervenir si es necesario de distintos modos detrás del vidrio unidireccional (Kaplan & Petetta, 2019). En este caso la supervisora cuando tiene que realizar alguna intervención en vivo, lo realizaba a través del chat de la

plataforma *Zoom*, lo que a veces generaba inconvenientes. Ocurrió en ciertos casos que el mensaje no fue dirigido al terapeuta y por error fue dirigido al paciente, además en ocasiones la supervisora hacia una intervención por el chat en vivo, es decir cuando la sesión estaba en desarrollo y al tener el foco en la sesión el terapeuta no podía leer con la atención que necesitaba y muchas veces el mensaje escrito era leído minutos o segundos más tarde, quedando fuera de contexto, generando confusión.

Algo similar pasa con la cámara y micrófono al ser varias personas en la sala, se debe tener especial cuidado de no activar el micrófono o cámara por error, en el desarrollo de este tratamiento, ocurrió que en una oportunidad la cámara de un tesista se activó, lo que generó confusión en el paciente e irrumpe el desarrollo normal de la sesión.

En ciertas ocasiones puede ocurrir que al usar plataformas ajenas a una institución, en este caso *Zoom*, el software sufra una caída o la necesidad de una actualización, dificultad que de manera presencial se evitaría (Pérez et al., 2010)

### **6.3 Aporte Personal y Perspectiva Crítica**

Como perspectiva crítica algo que llamó la atención de lo observado, fue que en algunas cámaras Gesell participaban más de 30 observadores incluidos terapeutas, supervisor, tesistas y estudiantes universitarios de varias universidades, en algunas sesiones más, en otras menos, pero teniendo en cuenta que el modelo sugiere un número reducido de observadores para poder construir e intercambiar información relevante (Kaplan & Petetta, 2019), esto hace pensar en varias cuestiones. En primer lugar si existen pacientes que puedan sentirse inhibidos dado el número amplio de espectadores, al ser por *Zoom* si bien el paciente no los ve, ni escucha de manera directa, ocurre que si ve un número en pantalla que indica la cantidad de personas presentes.

En segundo lugar también hace pensar que ocurre en pacientes que puedan tener ciertos síntomas o cuadros ansiosos como fobias o ansiedad social y en personas más conocedoras de la plataforma. De este punto se desprende también el hecho de la privacidad, si bien los participantes en sesión son profesionales o personas próximas a serlo, no todos pueden contar con un espacio de privacidad.

Respecto a la percepción de los terapeutas, durante la práctica realizada la terapeuta que lleva el caso de Raúl y otros terapeutas también comentaron la incomodidad sobre la cantidad de espectadores.

Como aporte personal podría plantearse como un aspecto con potenciales beneficios, el cuidar ciertos detalles como ser menos personas en sala, para que pueda llegar a ser más enriquecedor el intercambio. También podría ser necesario capacitar a los profesionales en el uso correcto de la plataforma o bien invertir en algún software que intente recrear la cámara Gesell, como así también la creación de un protocolo cuidando los detalles importantes.

También se observó que algunos pacientes en el desarrollo de la terapia pedían información acerca del enfoque terapéutico y en el desarrollo del tratamiento descrito surgieron ciertas preguntas. Raúl comenta que las personas le dicen “el psicoanálisis es una terapia de muchos años” luego agrega, “yo no quiero que me lleve varios años resolver esto”. La terapeuta le dice: “nosotros (en referencia a la institución) no hacemos psicoanálisis”. Raúl sigue preguntando acerca del enfoque, pero las respuestas le generan confusión. El consultante insiste, “no entiendo” y la terapeuta le dice que en otro momento le explica. En relación a esto se puede agregar que se encuentra en vigencia la Ley de Salud Mental (ley 26.657) en la que se explicita en el apartado VI los derechos de las personas con padecimiento mental, en el que se expone que el paciente tiene derecho a conocer el enfoque terapéutico y las características del tratamiento que está realizando.

#### **6.4 Futuras Líneas de Investigación**

Sería interesante pensar e investigar acerca del efecto que puede llegar a ocasionar la participación como paciente en cámara Gesell online, si repercute o no el número de espectadores en cada sesión. Por ejemplo en el desarrollo de otra sesión de cámara Gesell se observó una paciente con característica extrovertida al finalizar la sesión dijo “un saludo a todos los terapeutas que están del otro lado” haciendo alusión a la cantidad de personas que la estaban observando, sería interesante investigar si existen diferencias o no acerca de la percepción de los distintos pacientes con distintas sintomatologías.

También sería interesante saber si existen diferencias entre adultos y jóvenes al realizar una terapia de manera virtual.

## 7. Referencias

- Barreira, I. (2016). Historia de las terapias breves y focalizadas en Argentina. Su importancia para la atención primaria de la salud. *Revista de Psicología y Psicopedagogía (I)*1, 37-57.
- Beyebach, M. (2014). *La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones*. En A. Moreno Fernández; (Ed). Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención (pp. 449-480). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bismarck. (2004). Frente al espejo. *Colección. (15)*10. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/9831>
- Bonilla, R. y Venus, M. (2013). Un encuentro con el modelo de Milán y su evolución. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento, 2*(4), 2007-1833.
- Bostic, J., Shadid, L. & Blotchy, M. (1996). Our time is up: forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psychotherapy, 3*(50) , 347– 359.
- Calderón P., C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con autodaño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología, 18*(1), 83-101.  
doi:10.5354/0719-0581.2009.17129
- Camacho, J. (2006). *Panorámica de la Terapia Sistémica*. Recuperado de: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.pdf>
- Ceberio, M. R.(2013). El desafío de construir un diagnóstico sistémico. *Revista Mexicana de Investigación Psicológica, 5*(2), 155-161.
- Ceberio, M. R. (2016). Terapia breve sistémica: una breve introducción. Artículo presentado en las Jornadas provinciales de psicología. Cómo pensar la práctica psicológica: desafíos actuales. Colegio de Psicólogos de la provincia de Buenos Aires. Colegio de Psicólogos distrito II. Trenque Lauquen. Argentina
- Ceberio, M. R. & Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder

- Chinchilla Jiménez, R. (2015). Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Revista Electrónica "Actualidades Investigativas en Educación"*, 15(1), 1-27.
- Craige, H. (2006). Termination, terminable and interminable. Commentary on paper by Jody Messler Davies. *Psychoanalysis dialogues*, 5(16), 585-590.
- 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.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.277>
- De la Parra, G., Errázuriz, P., Gómez-Barris, E., & Zúñiga, A. K. (2019). Propuesta para una psicoterapia efectiva en atención primaria: un modelo basado en la experiencia y la evidencia empírica. *Temas de la Agenda Pública*, 14(113), 1-20.
- Del Río, A. R. (2012). *La perspectiva sistémica. Diferentes modelos y formas de intervención*. En L. Lutereau (comp.), Variantes de la cura y formas de tratamiento en Psicología. Actas de las X Jornadas de Psicología UCES (pp. 78-90). Buenos Aires: Editorial UCES.
- Durao, M. A. & Hirsch, H. T. (2020). *Psicoterapia online: qué es y cómo se practica*. Centro Privado de Psicoterapias. Recuperado de:  
[https://www.academia.edu/43695350/Psicoterapia\\_Online\\_Qu%C3%A9\\_es\\_y\\_c%C3%B3mo\\_se\\_practica](https://www.academia.edu/43695350/Psicoterapia_Online_Qu%C3%A9_es_y_c%C3%B3mo_se_practica)
- Espinosa-Duque, D., Ibarra, D.A., Ocampo Lopera, D.M. Montoya, L., Hoyos-Pérez, A., Medina, L.F., Tamayo, S., & Zapata Restrepo, J. (2020). Terminación de la psicoterapia desde la perspectiva de los pacientes. *Revista CES Psico*, 13(3), 201-221
- Fisch, R. Segal, L. & Weakland, J. (1988). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R. & Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable: la terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona, España: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Watzlawick, P. (2012). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Herder. Barcelona.
- Gómez, P. V., & Ochoa, D. A. R. (2008). El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos. *CES Psicología*, 1(2), 58-68.
- González, I. S. (2007). Cibernética y sociedad de la información: el retorno de un sueño eterno. *Signo y pensamiento*, 26(50), 84-99.

- González-Peña, P., Torres, R., Barrio, V. D., & Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y salud*, 28(2), 81-91. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>
- Haley, J. (1996). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hirsch, H., & Casablanca, R. (1992). *Como equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.* Santa Fe: Centro de publicaciones, Universidad del Litoral.
- Jiménez, R. C. (2015). Trabajo con una familia, un aporte desde la orientación familiar. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 15(1), 1-27. <https://dx.doi.org/10.15517/aie.v15i1.17631>
- Kaplan, S. & Petetta Goñi, S.P. (2019). La cámara Gesell, una herramienta de entrenamiento para terapeutas sistémicos. *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, Buenos Aires.
- Kiskeri Aiguabella, A., Serrat Sastre, L., Díaz Arnal, G. & Schlanger, K. (2018). Terapia Breve-Resolución de Problemas/MRI y Terapia Cognitivo-Conductual. Una Comparación Sucinta de Modelos. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 273-286.
- Klein, B., Richards, J. C., y Austin, D. W. (2006). Efficacy of internet therapy for panic disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 37(3), 213-238.
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC psychiatry*, 7(1), 1-10.
- Lipchik, E., Derks, J., Lacourt, M, & Nunnally E. (2012). *The evolution of solution-focused brief therapy*. En C. Franklin, T. S. Trepper , W. Gingerich & E.E. McCollum, E. E. (Eds.) *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidenced-based practice* (pp.3-19). New York: Oxford University Press.
- López Baños, F., Manrique Solana, R., & Otero, S. (1990). Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 10(33), 203-220.

- López De Martín, S. R. (2011). *Terapias breves: la propuesta de Michael White y David Epston*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Ministerio de Salud, (2010). Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Recuperado de:<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Minuchin, S. & Fishman, D. (1984). *Técnicas en terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Mojica, J. (2015). Psicoterapia Sistémica, psicología y responsabilidad social: la hipótesis de la convergencia entre sabiduría y conocimiento técnico. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 227-237.
- Muriel, J. G. V. (2012). Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(35), 346-365.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner, D. (1990). *En busca de soluciones*. Paidós, Barcelona.
- Ordaz Hernández, M., & Miranda Otero, D. (2020). Psicólogos pinareños vs. la COVID-19 en una experiencia de orientación desde la telepsicología. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(6), e4636.
- Pinto Tapia, B. (2004). La psicoterapia relacional sistémica y el psicoterapeuta. *Ajayu, Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 2(2), 17-34.
- Pittman, F. (1995). *Momentos decisivos: Tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Paidós. Buenos Aires.
- Rizo García, Marta (2011). *Reseña de "Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. Razón y Palabra*. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199518706028>
- Rosenhan, D. (1973). Acerca de estar sano en un medio enfermo. P. Watzlawick (Comp.), *La realidad inventada ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* (pp. 99-120). Barcelona: Editorial Gedisa.
- Schade, N., Beyebach, M., Torres, P., y González, A. (2009). Terapia familiar breve y atención primaria: un caso de trastorno somatomorfo. *Terapia psicológica*, 27(2), 239-246.. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200009>

- Schmidt, B., da Silva I. M., Pieta, M. A. M., Crepaldi, M. A. y Wagner, A. (2020). Terapia en línea con parejas y familias: práctica y capacitación en la pandemia de Covid-19. *Psicología: ciencia y profesión*, 40(1), 1-15.  
<https://doi.org/10.1590/1982-3703003243001>
- Selekman, M. (1996). *Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Sierra, L. A., & López, E. H. V. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *Medisan*, 23(01), 131-145.
- Siles González, I. (2007). Cibernética y sociedad de la información: el retorno de un sueño eterno. *Signo y Pensamiento*, 26(50), 84-99. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86005007>
- Soto-Pérez, F., Franco Martín, M. Á., Monardes Seemann, C., y Jiménez Gómez, F. (2010). Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(1), 19-37. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.1.2010.4082>.
- Vásquez Muriel, J. G. (2012). Reflexión sobre cómo los psicólogos perciben las intervenciones psicológicas online. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (35), 346-365. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224362018>
- Viaplana, G., Muñoz Cano, D., Compañ Felipe, V., y Montesano del Campo, A. (2016). El modelo sistémico en la intervención familiar. *Barcelona, España: Universidad de Barcelona*. Recuperado de:  
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/1/Modelo\\_Sistemico\\_2012\\_2013r.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/31584/1/Modelo_Sistemico_2012_2013r.pdf).
- Villarreal-Zegarra, D. y Paz-Jesús, A. (2015). Terapia familiar sistémica: una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 1(1), 45-55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560558782003>
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE ediciones.
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1992). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., y Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family process*, 13(2), 141-168.

Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. (1976). Terapia breve focalizada en la resolución de un problema. *Revista Argentina de Psicología*, 6(1), 19-20.

Zhang, J., Wu., W., Zhao, X., & Zhang, W. (2020) Respuesta recomendada de intervención de crisis psicológica al brote de neumonía por coronavirus nuevo de 2019 en China: un modelo de West China Hospital, *Precision Clinical Medicine* , Volumen 3, Número 1, marzo de 2020, Páginas 3– 8, <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>