



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Intervenciones desde el modelo MRI en una paciente con miedo y poca flexibilidad al cambio

Alumna: Débora Fernanda Luases

Tutor: Rubert Rosado

Buenos Aires, 16 de diciembre de 2021

Índice

1-Introducción.....	2
2-Objetivos.....	2
2.1 Objetivo general.....	2
2.2 Objetivos específicos.....	3
3- Marco teórico.....	3
3.1 Principales fundamentos del modelo sistémico.....	3
3.2 Enfoque sistémico, estratégico, breve: el Modelo de Palo Alto del Mental Research Institute (MRI).....	6
3.2.1 Queja inicial y coconstrucción del motivo de consulta	8
3.3 Acerca del concepto de cambio	10
3.4 Sobre el miedo, obstáculos para el cambio.	13
3.5 Circuito autoperpetuante que evita la posibilidad de cambio.	15
3.6 Intervenciones psicoterapéuticas desde el modelo MRI.	17
4-Metodología.....	23
4.1 Tipo de estudio.....	23
4.2 Participantes.....	23
4.3 Instrumentos.....	24
4.4 Procedimiento.....	25
5-Desarrollo.....	26
5.1 Analizar el proceso de construcción del motivo de consulta a partir de la queja inicial	26
5.2 Describir las intervenciones de la terapeuta, orientadas a disipar los miedos presentados que interfieren en el proceso de cambio.....	31
5.3. Describir las intervenciones terapéuticas frente al circuito autoperpetuante que mantiene las dificultades para realizar cambios.	35
5.4. Analizar si las intervenciones del terapeuta promueven el afrontamiento del miedo y pueden generar el cambio.....	41
6- Conclusiones.....	44
6.1 Resumen del desarrollo.....	44
6.2 Limitaciones.....	45
6.3 Perspectiva crítica y aporte personal.....	46
6.4 Nuevas líneas o problemas de investigación	47
7- Referencias bibliográficas.....	48

1- Introducción

El presente Trabajo Final Integrador corresponde a la práctica profesional de la Licenciatura en Psicología, realizada en una institución privada con sede en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el barrio de Belgrano. Esta institución trabaja desde un modelo de psicoterapia sistémica con intervenciones de terapia breve estratégica MRI (Mental Research Institute), de tipo estructural, que corresponden al marco de abordaje clínico sistémico.

La perspectiva planteada permite la intervención desde uno de los integrantes del sistema, no siendo necesario abordar al sistema completo ya que un pequeño cambio en un engranaje pondrá en marcha el resto del sistema. La institución brinda atención psicológica clínica a particulares, tanto en forma individual como a grupos familiares y parejas, y ofrece tratamiento a diferentes grupos etarios. Además, desempeña tareas de investigación, capacitación y supervisión a profesionales en el modelo estratégico de terapia breve del MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto. Por otra parte, se dictan cursos de capacitación cortos referentes a temas de interés terapéutico o actualidad.

La práctica aludida transcurrió durante el primer cuatrimestre de 2021. En este período se realizaron diversas actividades supervisadas por la coordinadora de pasantías en la institución, además de contar con la coordinación académica dentro de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo. Las actividades que se desempeñaron en la práctica, dentro del rol de pasante, fueron la observación en sesiones y admisiones en cámara Gesell virtual, la asistencia y participación en equipo de profesionales en formación con sus coordinadores donde se plantearon y evaluaron conjuntamente los casos observados, la asistencia a conferencias de formación, y la participación del programa teórico de formación profesional allí dictado.

En este trabajo se aborda la observación y el análisis desde el modelo sistémico estratégico breve de una paciente que presenta temor, el cual obstaculiza realizar los cambios necesarios para el alcance de objetivos planteados en el motivo de consulta coconstruido, derivados del problema expuesto en la queja inicial. Se describen y analizan las intervenciones realizadas en el tratamiento por de qué manera influyen las estrategias implementadas por las terapeutas para gestionar este cambio, y el nivel de aceptación observado en las pacientes.

2.Objetivos

2.1 – General

Analizar las intervenciones terapéuticas, desde el modelo sistémico estratégico de terapia breve, en una paciente que presenta miedo y dificultades para el cambio.

2.2 - Específicos

2.2.1. Analizar el proceso de construcción del motivo de consulta en una paciente que presenta miedo y dificultades para el cambio.

2.2.2 Describir las intervenciones terapéuticas orientadas a disipar los miedos que presenta la paciente y que interfieren en el proceso de cambio.

2.2.3. Describir las intervenciones terapéuticas frente al circuito autoperpetuante que mantiene las dificultades para realizar cambios.

2.2.4. Analizar si las intervenciones del terapeuta promueven el afrontamiento del miedo y pueden generar el cambio.

3-Marco teórico

3.1 Principales fundamentos del modelo sistémico

El pensamiento sistémico, a partir de la teoría de la complejidad, estudia los sistemas y comprende que no se pueden evaluar los mismos como entidades aisladas sino como un conjunto, un todo organizado e interrelacionado con los elementos que lo conforman. Desde la concepción sistémica, se considera al sujeto inmerso en un sistema del que es parte, es decir, dentro del contexto de interacción social. Su conducta se encuentra en relación con ese ámbito y siempre estará intervenida por su ambiente (Moreno Fernández, 2014). Es fundamental dicha relación y la que mantiene con los sistemas intervinientes ya que es una influencia inevitable y recíproca de retroalimentación que garantiza un estado de equilibrio interno. Este concepto se diferencia de las concepciones de los otros modelos. Se observa la comunicación y la interacción dentro del sistema (Fisch, Weakland, & Segal, 1994; Moreno Fernández, 2014).

La práctica se enfoca en conocer el sistema y cambiar las conductas disfuncionales presentes, situadas en un aquí y ahora, que afectan su funcionamiento. Se busca, en el proceso terapéutico, comenzar por un cambio mínimo que pondrá en marcha los cambios necesarios en todo el sistema (Fisch, et al., 1994; Moreno Fernández, 2014).

Es muy importante, en esta epistemología, el concepto de pensamiento circular, teniendo en cuenta que -dentro de la salud mental primaba, al momento de su creación- una mirada basada en la causalidad lineal. Desde el modelo sistémico se propone comprender los

comportamientos y pensamientos de los pacientes atendiendo a las causales circulares, las cuales pueden avanzar y retroceder en el transcurso del tratamiento (Hoffman, 2001). El hombre es parte de sistemas generales que se encuentran dentro de un determinado medio, los cuales siempre se movilizan tendiendo al equilibrio (Bateson, 1979). El proceso terapéutico no es ajeno a este circuito total en el pensamiento circular y no es un agente externo, sino que forma parte de un sistema en el que se encuentra inmerso el paciente. Por esto, Hofmann (2001) aclara que cada acción y reacción cambia continuamente las condiciones del sistema terapéutico (Fisch, et al., 1994).

Otra característica central del modelo es que abandonó las concepciones que ubican las causas de la conducta en el ámbito de lo intrapsíquico, eliminando al mismo tiempo toda intervención que no se relaciona de modo directo con la resolución del problema en particular, desde la conducta que este implica. Esto permite abreviar lo máximo posible la duración del tratamiento (García Martínez, 2013).

La teoría sistémica se nutre de diferentes disciplinas, tomando sus conceptualizaciones para aplicarlas y combinarlas con las ciencias sociales y la psicología. Según describe Wainstein (2007), entre las principales teorías que constituyen las bases de del modelo, se destacan:

- **La teoría general de los sistemas.** Bertalanffy expone una metateoría con un enfoque multidisciplinario sobre las leyes generales que facilitan la comprensión de la dinámica y la multidimensión de un sistema, dentro del mismo y en relación con el ambiente y otros sistemas. Demuestra la propiedad de circularidad en la conexión y causalidad de los efectos y de su equifinalidad. Por este medio, se formaliza para describir la realidad (Wainstein, 2002).
- **La cibernética,** ciencia establecida por Norbert Weiner en 1948, expone un estudio comparativo entre el funcionamiento de una máquina y el de un ser vivo, prioritariamente referido a aspectos comunicacionales y a mecanismos de regulación y control de los fenómenos internos y externos de los sistemas, como feedback positivo y negativo. De esta deriva la teoría de control o regulación automática. Describe la autorregulación tendiente al control homeostático de los sistemas y su retroalimentación y circularidad. Estos estudios cimentaron el concepto de cambio (Fisch et al., 1994; Wainstein, 2007; Moreno Fernández, 2014).

Existen dos momentos que son llamados como cibernética de primer orden y de segundo orden, respectivamente. La primera describe un mejor entendimiento del

mundo por medio de la percepción. Explica una tendencia al desorden, al caos, que lleva a la posible destrucción del sistema, llamada entropía y un proceso tendiente a revertirlo, llamado negentropía. Es un permanente interjuego homeostático. Por otra parte, se encuentra la cibernética de segundo orden, donde se considera al observador como parte influyente en los alcances y límites de la observación. Su lenguaje y procesos cognitivos intervienen en los resultados plasmados. De este surgen los conceptos de la autorreferencia, ya que el observador no se concibe como en un sistema cerrado y aislado, sino que se encuentra implicado en el aspecto observado; el otro concepto refiere a la autonomía o autopoiesis, referido a la capacidad de los seres vivos que le permite mantenerse y desarrollarse (Moreno Fernández, 2014).

- **Teoría de la comunicación humana:** Gregory Bateson, biólogo y antropólogo inglés, estudió cómo se relaciona el intercambio comunicacional con el padecer que presentan los sujetos. Utilizó un método mediante la observación del comportamiento, analizando las formas de relación que se daban en contextos de internación psiquiátrica y de qué manera estas interacciones provocan una variación de la conducta. Esta teoría piensa a la comunicación como un conductor del cambio, ya que propone considerar la interacción humana como un conjunto integrado y conjugado (Cazabat, 2007).

En este estudio, Bateson analiza las pautas comunicacionales en la esquizofrenia. De esta observación deriva el concepto de doble atadura o doble vínculo que describe una situación comunicacional entre personas que se encuentran en un sistema relacional compartido, donde un mensaje emitido deja al receptor en una situación vivida como un callejón sin salida. Se expresa una demanda manifiesta por un interlocutor en un nivel, en el que se expone la orden implícita, la cual resulta solapadamente anulada o contradicha en otro nivel en el que se visualiza el deseo manifiesto. Por lo tanto, es imposible responder a la petición expresada sin afectar alguno de los niveles (Hoffman, 2001). Es un componente comunicacional interviniente en los orígenes de la esquizofrenia. Bateson destaca, como un aspecto fundamental, esta teoría en relación con el concepto de comunicación, porque evidencia que la interacción con los otros es una cuestión vital humana e inevitable (Cazabat, 2007; Wainstein, 2007).

El concepto de comunicación desarrollado se visualiza también en la relación entre terapeuta-cliente, ya que, dentro de la sesión, existe una interacción en donde se intentará identificar y reconstruir los significados con el paciente. Esto se da porque la comunicación que

se establece en la terapia presenta relación con el fracaso en la comunicación en otras áreas (Wainstein, 2007).

Watzlawick estudió la pragmática de la comunicación y planteó que las teorías existentes en psiquiatría no explican los procesos relacionales, de interacción. Desarrolla los cinco axiomas de la comunicación humana, desde los cuales se observan distorsiones en la comunicación (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

El primer axioma indica que es imposible no comunicar. Cualquier conducta emite un mensaje - aún su omisión - incluso sin intención del sujeto. En segundo lugar, siempre la comunicación tiene un aspecto digital y un aspecto analógico, un contenido que se transmite a través del lenguaje y otro contenido, desde lo corporal, gestual. Podrían no ser concordantes en algunas ocasiones. En tercer lugar, las comunicaciones tienen niveles de contenido y también diferentes niveles de relación. Según la relación que exista entre las personas que establecen la comunicación, pueden variar estos niveles y su sentido. El cuarto axioma expone la puntuación de la secuencia de los hechos. Cada persona recorta el mensaje según su percepción, experiencia y secuencia de los hechos. El último axioma se refiere a que toda comunicación puede ser simétrica o complementaria. Puede haber desigualdad en las posturas de los participantes, en cuanto a las condiciones internas de la comunicación, o ser simétricas, igualitarias. (Fisch et al., 1994; Moreno Fernández, 2014).

Con las bases de las teorías descritas, en 1952 Gregory Bateson fundó el Proyecto Bateson. Este proyecto, también recibió influencias de Erickson y Haley sobre la teoría de la hipnosis. Este último ya realizaba tratamientos breves, además de intervenciones poco ortodoxas para el concepto de la época. Fue un gran aporte para el desarrollo del modelo de los tratamientos clínicos (Cazabat, 2007).

A partir del aporte del modelo de Bateson se generaron diferentes escuelas que tomaron la influencia de las ideas de los predecesores y creadores del pensamiento sistémico - Gregory Bateson, Milton Erickson, Jay Haley, John Weakland. Donald Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. En marzo de 1959, en la ciudad de Palo Alto, Estados Unidos, se crea el Mental Research Institute (MRI), o Instituto de Investigaciones Mentales de Palo Alto, el primer centro de psicoterapias sistémico, del cual derivan las terapias sistémicas breves (García Martínez, 2013).

3.2 Enfoque sistémico, estratégico, breve: el Modelo de Palo Alto del Mental Research Institute (MRI)

A principios de 1966, Richard Fisch le propone a D. Jackson la creación de un modelo de terapia breve. Toma las ideas del pensamiento sistémico antes planteadas. Se basa en un estudio estratégico en la resolución de conflictos actuales que presentan los pacientes. También participan Watzlawick y Weakland, entre otros. Cobró el nombre de Centro de Terapia Breve - en inglés, Brief Therapy Center - hoy en día, Modelo de Palo Alto, MRI (Cazabat, 2007). En este Centro de Terapia Breve se evalúan, para desarrollar la investigación, problemáticas presentadas que obstaculizan la resolución en otros tratamientos. En la estructura de investigación no solamente se plantea evaluar la efectividad del tratamiento en la solución del problema, sino también la permanencia de los resultados tiempo luego de finalizado el tratamiento (Hoffman, 2001).

En este nuevo modelo se plantea una mirada en donde se pueda comprender el sistema familiar, pero también lograr cambiar el sistema disfuncional, analizando las dinámicas, la comunicación y las organizaciones entre sus miembros a través de una cantidad breve de encuentros. Idealmente, el modelo sugiere un máximo de 10 encuentros. A diferencia de otras corrientes del modelo sistémico, el MRI considera que no es imprescindible ni necesaria, en todas las ocasiones, la interacción directa con el sistema completo, es decir, con todos sus integrantes. Es posible generar cambios en uno de sus miembros y desde allí se comenzará a producir un cambio en todo el sistema (Fisch, et al., 1994). En este sentido, es importante tener en cuenta que la motivación al cambio que debe tener el paciente es indispensable para el proceso terapéutico. Puede darse inicialmente por uno de los miembros del sistema y este puede poner en marcha el proceso de cambio del sistema completo (Casabianca & Hirsch, 2009).

Como se citó en párrafos anteriores, este modelo de terapia breve se basa en observar la interacción conductual actual, esto se refiere al presente, el problema en un aquí y ahora, y se busca la intervención que modifique el funcionamiento del sistema del paciente. En un sentido conductual, se tienen en cuenta los comportamientos ejecutados para la solución del problema y se enfocará en cambiar o deponer comportamientos que generen su sostenimiento. El modelo toma en cuenta los supuestos de la realidad que percibe el paciente y el tipo de lenguaje con el que se comunica. El terapeuta lo utilizará como herramienta para una mayor comprensión y para generar empatía. Por lo tanto, no existe una única y verdadera realidad, cada individuo va construyendo su realidad o cómo ésta es vista y vivida (Watzlawick & Nardone, 1997). En este punto es importante destacar el concepto de realidad, puesto que no considera una realidad objetiva, una realidad percibida, lo que significa que no es igual para todas las personas, ya que implica una construcción social, cultural y familiar. De esta forma, lo que cada uno piensa que

es “la realidad” es una construcción fijada a través de una convención social, pero que puede ser tomada como realidad objetiva por el paciente, obstaculizando no solo la comunicación, sino también el cambio (Watzlawick et al., 1992).

Esta mirada no considera las dificultades presentadas por el paciente como crónicas, sino que son la persistencia de los problemas presentes y la vivencia que la persona tenga de ellos los que empobrecen las posibilidades de resolución. Es decir, el paciente intentó combatir los problemas de forma inapropiada durante mucho tiempo y es esto lo que contribuyó a la persistencia de este (Weakland, Watzlawick, Fisch & Bodin, 1974).

Otro concepto importante se relaciona con el lugar del terapeuta en el ejercicio del rol. Este mantendrá una relación igualitaria con el cliente (Fisch et al., 1994). La escuela propone generar una conversación con base en la posición de ignorancia del terapeuta con el fin de desvanecer el conflicto. Esto será tomado como un método para la comprensión del cliente para lograr un diálogo abierto. Claro que esta posición requiere de gran destreza terapéutica y atención a la narración del paciente (Medina Centeno, 2011).

Desde el modelo del MRI, la eficacia de la terapia intentará centrarse en la resolución del problema específico que presenta el paciente o, más puntualmente, en el motivo de consulta coconstruido, que luego se desarrollará en el proceso terapéutico. Pensar su recuperación, no necesariamente implica una ausencia completa del problema, ni que el sujeto pueda superarlo temporalmente y en un contexto específico. Es importante destacar que el éxito deberá evaluarse en relación directa con los objetivos terapéuticos iniciales (Nardone & Partelli, 2006). Es un proceso que genera la evolución de las perspectivas, apreciaciones y narrativas personales de la realidad vivida, en función de adquirir nuevos significados. Este cambio, no sólo ocurre en la organización individual y sino en lo social, porque se piensa al individuo como parte del engranaje mayor (Medina Centeno, 2011).

3.2.1 Queja inicial y coconstrucción del motivo de consulta

Desde el modelo, es fundamental la identificación de la conducta-problema. Esto involucra definir el problema, su interpretación y sus definiciones por los integrantes del sistema en el que se encuentra inmerso el paciente, ya que estos constituyen a su interpretación y colaboran en su sostenimiento (Fisch et al., 1994). Las quejas que presentan los pacientes en la terapia son, mayoritariamente, construcciones complejas que abarcan muchos elementos intervinientes (De Shazer, 1997). Por este motivo, los consultantes arriban a la consulta con una idea del problema que puede tener poca claridad y definición. Esta presentación del problema

será denominada como la queja inicial del paciente, que luego se desarrollará y, conjuntamente con el terapeuta, será contextualizada, analizada y definida para convertirse en un motivo de consulta sobre el que luego se podrá establecer la estrategia terapéutica a utilizar en el tratamiento (Casabianca & Hirsch, 2009).

A partir de la coconstrucción del motivo de consulta, el paciente junto con el terapeuta trabajará en la creación conjunta de un objetivo común, se combinarán las miradas que cada uno tiene de la situación problemática. Ambos deben llegar a una congruencia del sistema consultante-terapeuta. El terapeuta establecerá su interés en definir, de manera conjunta, un objetivo que al paciente le resulte significativo y motivador, tomando en cuenta el tiempo como una variable del tratamiento (Casabianca & Hirsch, 2009).

Es importante destacar que no se encuentra juzgada la legitimidad de una queja, la cual estará intervenida por la valoración personal, por las emociones y por la historia de quien emite la queja. Una queja, aparentemente trivial, será tomada por el terapeuta con la misma legitimidad y valoración que cualquier otra. El terapeuta aceptará la palabra del paciente considerando su connotación del problema, su apreciación de la realidad. Se le preguntará al paciente, de manera inicial, el motivo de consulta, demostrándole la consideración prioritaria de su problema (Wainstein, 2007).

El acuerdo que se plantea en el motivo de consulta - por lo tanto, también en los objetivos a tratar - tiene una función doble en el tratamiento. Favorece la participación activa del paciente en el proceso terapéutico robusteciendo la colaboración y la confianza mutua, pero también es una guía para el terapeuta que le permitirá verificar el avance del proceso terapéutico en función de estos objetivos acordados. Esto permitirá gestionar los cambios buscados en forma gradual, lo que transmite al paciente una sensación de progreso, disminuyendo la ansiedad y aumentando la colaboración en las estrategias de intervención planteadas (Nardone & Watzlawick, 1992).

Así como la construcción del motivo de consulta se realiza en forma conjunta entre el consultor y el consultante, de la misma manera ambos definen el espacio de búsqueda de soluciones (Wainstein, 2007). En la definición del problema se visualizan las conductas intervinientes en el mismo, como también las soluciones intentadas que lo sostuvieron (Keeney & Ross, 1987).

El terapeuta realiza un plan de abordaje del problema y su camino estratégico mediante las intervenciones planeadas y ejerciendo una correcta capacidad de maniobra. Esto requerirá una participación activa en el subsistema consultante-consultor (Wainstein 2007). Con este

proceso inicia el cambio en la definición del problema y a partir de allí en las estrategias que se desarrollarán en el proceso terapéutico en busca de la solución al problema (Hirsch & Rosario, 1987).

3.4 Acerca del concepto de cambio

El pensamiento sistémico propone considerar a los fenómenos en su contexto y, dentro de este, evalúa las interacciones en las que participa el fenómeno, evaluando el marco del sistema y las conexiones entre sus partes. Cuanto más grande sea el número de conexiones, el sistema será aún más complejo y diferenciado (Wainstein, 2007). Un elemento básico del pensamiento interactivo, que resulta intrínseco a la mirada del modelo sobre la percepción del problema, refiere a que es muy difícil que las personas que están en contacto continuo no se influyan entre sí en diferentes aspectos (Fisch & Schlanger, 2012).

La interacción del sistema ante la resolución de una situación problemática puede ser vista desde dos tendencias opuestas. Una de ellas a favor del movimiento que genera un cambio, y la otra tendencia, hacia la estabilidad del sistema, es decir hacia la homeostasis (Casabianca & Hirsch, 2009).

Como se desarrollará en el apartado 3.6, sobre la descripción de circuito autopertuante, las personas ejercen un esfuerzo continuo en pos de solucionar un problema y esto también es la fuente de su persistencia. Las soluciones intentadas se encuentran influenciadas por el sistema en el que el sujeto se encuentra inmerso. Es necesario generar un cambio mínimo y estratégico, logrando una respuesta diferente a las que el sujeto utiliza habitualmente ya que este producirá otros cambios como un efecto dominó. Aunque el cambio sea muy pequeño influirá gradualmente. Esta reacción de onda expansiva es uno de los elementos que permiten que el tratamiento sea breve (Fisch & Schlanger, 2012). Weakland et al. (1974) agregan que este cambio puede ser más factible con objetivos pequeños y claramente definidos. Al experimentarse un cambio pequeño, pero concreto, aumenta la seguridad del paciente en poder gestionar cambios exitosamente, incluso en otras problemáticas. Nardone y Watzlawick (1992) explican el funcionamiento del sistema diciendo que incluso un mínimo cambio puede producir un desequilibrio y una modificación, de acuerdo con las leyes fundamentales de la teoría de los sistemas. Este cambio provoca una reacción de transformaciones concatenadas al interior del sistema ya que este se ordena tratando de restablecer el equilibrio.

Watzlawick y Nardone (1997) hacen referencia a dos tipos de realidades. Una de ellas, denominada de *primer orden*, relacionada con los sentidos en función a cómo intervienen en la percepción. La otra plantea una realidad de *segundo orden*, que, en este caso, se refiere a los atributos y significados que el sujeto refiere de esta realidad percibida. Es desde aquí que puede evaluarse la mirada de la construcción de la realidad del paciente.

La teoría, además, categoriza el cambio en dos tipos. Llamará *cambio de tipo uno*, a aquel en donde se realizará un cambio menor, superficial. No hay un cambio sustancial en el sistema, permanece idéntico. Se trata de un cambio homeostático, en funcionamiento más superficial que coyuntural, que, en definitiva, sostiene la situación y estructura actual, y evita la necesidad, al menos aparente y momentánea, de un cambio estructural. Este cambio no altera la coherencia interna del sistema y mantiene congruencia lógica en la estabilidad en la relación con el medio. En términos cibernéticos, en el cambio de primer orden, o cambio de tipo uno, hay una retroalimentación negativa que lleva al mantenimiento de un equilibrio estable del sistema. Por otra parte, se describe un *cambio de tipo dos*, o de segundo orden, donde existe una ruptura, un cambio estructural. En este caso se encuentra relacionado a la retroalimentación positiva (Wainstein, 2007).

Como se planteó anteriormente, se busca un cambio inicialmente pequeño que interrumpa el circuito vicioso que genera la interacción del problema en el sistema. El terapeuta utilizará el mayor número de técnicas aplicables ya que el cambio de resolución debe estar manejado de modo adecuado y estratégico. De tal manera este pasará a convertirse en un círculo beneficio y el psicólogo será el agente activo de cambio logrando que el paciente, luego, continúe el proceso de cambio (Fish; Weakland & Segal 1994). Es de vital importancia la permanencia de estos cambios y su evolución para que se generen nuevos cambios (Watzlawick & Nardone, 1992).

Los cambios en las apreciaciones de la realidad, en los comportamientos, en los puntos de vista y la afectividad por los que transita el individuo dentro del sistema, muchas veces, están relacionados con la forma en que impactan los mensajes recibidos, incluso si esos mensajes son propios, sobre los pensamientos, percepciones y relaciones interpersonales del individuo. A medida que se modifiquen ciertas etiquetas, estructuras y representaciones, también cambiarán los comportamientos efectuados (Wainstein, 2007).

Un componente considerado fundamental en este proceso para conducir al cambio esperado es la alianza terapéutica. En el estudio que combina la alianza terapéutica en relación con los cambios logrados, realizado por Manubens, Roussos, Gómez y Oliveira, (2018),

describen que, si existen rupturas en la alianza, no necesariamente implican un pronóstico negativo para el proceso terapéutico, pero la resolución exitosa, en el principio del proceso terapéutico, podría favorecer a mayores respuestas del consultante. El mal desenlace del tratamiento no obedece a que estas rupturas sean inexistentes en los primeros encuentros, sino, a que no se resuelvan correctamente. Las rupturas de menor intensidad y mayor resolución se vinculan con mejores resultados terapéuticos y mejor nivel comunicacional. Por otra parte, Berger (2016) compara la alianza terapéutica en diferentes formatos de tratamiento y señala que en su investigación no encontró evidencia de variaciones entre los tratamientos presenciales con los tratamientos virtuales. La alianza se mantiene estable en ambas modalidades y sigue siendo un elemento fundamental en el proceso terapéutico.

En la terapia se propone buscar lo que aún no se ha dicho desde el desconocimiento y la curiosidad, como una maniobra que llevará a la disolución de la narración que sostiene el problema, teniendo en cuenta que el diálogo es conductor de nuevos significados, pero estos deben ser consensuados, analizados y reformulados para que tengan la posibilidad de ser parte de una nueva realidad. El cliente debe apropiarse de estos nuevos significados en el discurso, para propiciar un cambio terapéutico. Para esto, será necesario vincularlo con el contenido emocional como un conductor para que en esta narrativa se integren sus funciones como percepciones, pensamientos, reflexiones, memoria. Considera, además, la idiosincrasia e identidad (Medina Centeno, 2011).

En esta búsqueda, se intentará lograr que el consultante construya un nuevo equilibrio basado en novedosas alternativas para reaccionar ante la realidad, haciendo uso de sus recursos personales (Nardone, 2000). Una vez que el paciente ha alcanzado sus objetivos, será un nuevo desafío el poder mantener aquellos logros obtenidos. Esto evaluará y resumirá la eficacia del trabajo terapéutico (Kopeck & Rabinovich, 2007).

El camino del cambio se delinea en la construcción del motivo de consulta, al definir el problema, y a partir de allí se podrán diagramar diferentes alternativas de solución. Luego el cambio comienza cuando el paciente puede otorgarle un significado diferente a una situación que plantea como problemática desde las líneas de acción tanto explícitas como implícitas. El psicólogo puede plantear de una manera directa una reformulación del problema en términos innovadores, o de manera indirecta lo que podrían ser líneas de acción alternativas (Hirsch & Rosario, 1987).

Se considera que un tratamiento se ha completado de manera exitosa cuando puede observarse que han desaparecido tanto los síntomas como el problema que se planteó tratar o la

disfuncionalidad o la visión problemática, es decir, el significado que el paciente le otorga. Pero, además, este logro debe poder mantenerse constante en el tiempo, sin presentar recaídas o alguna sustitución por nuevos síntomas. Vale destacar que el modelo plantea tres sesiones de seguimiento, dispuestas a los tres meses, seis meses y un año después del final del tratamiento (De Shazer, 1997). Puede asegurarse que la eficacia del tratamiento en el enfoque estratégico es constante en el tiempo. Esto se comprueba en las sesiones de seguimiento que muestran un porcentaje de recaída y síntomas sustitutivos muy bajo (Medina Centeno, 2011).

3.5 Sobre el miedo como obstáculo para el cambio

Puede definirse el miedo como una sensación compartida por todos los seres humanos. Es una forma de adaptación y supervivencia de la especie. Se trata de una función adaptativa, una respuesta normal ante el peligro (Capafons Bonet, 2001). Bulacio (2004) agrega a esta definición que dicha emoción permite al ser humano anticiparse a las contingencias del ambiente reaccionando para protegerse del peligro planificando la lucha o la huida del elemento temido, y de esta manera generar un plan de acción al respecto, mediante la prevención o evitación. Por lo cual, el miedo, al igual que la ansiedad es anticipatorio al evento temido.

Pero cuando esa sensación es percibida ante una situación que no representa una amenaza real, o resulta desproporcionado al problema que lo genera, entonces, este miedo no será adaptativo, ya que, excede el control voluntario y genera un grado de malestar o de sufrimiento perjudicial para la persona que lo padece (Belloch, Sandín & Ramos, 1995). Esto obedece a que cuando la intensidad es muy elevada y permanente puede resultar inhibitoria causando que el sujeto no pueda dirigirse hacia los objetivos o soluciones buscadas (Bulacio, 2004).

Además de mencionar las definiciones del miedo, es importante destacar las vivencias personales que el sujeto puede tener de ello. Las personas organizan las percepciones obtenidas de la información de la realidad a través de un filtro que les es propio. Por lo tanto, las traducciones de la realidad pueden variar dentro de formas congruentes con sus organizaciones perceptivo-cognitivas (Capafons Bonet; Nardone, 1992, 2001). Los autores describen que, en el plano cognitivo, el paciente expone un grupo de creencias y aprendizajes sobre la situación temida que involucra sus recursos para poder enfrentarla. En el plano motor, la huida de esa situación temida suele ser el recurso de afrontamiento utilizado junto con un ataque defensivo, si fuera posible. Las personas transcurren la vivencia de esta emoción con gran monto de ansiedad y malestar.

Es importante destacar que, en el modelo planteado, se debe indagar en cómo funciona el problema para el sujeto, en lugar del cuestionamiento tradicional que suele preguntarse por qué ocurre. Desde esta mirada, no se formulará una teoría sobre el porqué del miedo, sino sobre cómo funcionan los procesos intervinientes y las dinámicas perceptivo-reativas en la persona que lo padece. No es una teoría explicativa causal, sino, por lo contrario, se formula una teoría cibernética del miedo. Esta óptica es más consecuente a la persistencia que a la formación del problema porque los procesos perceptivo-reactivo que se conocen pueden modificarse por medio de intervenciones estratégicas (Nardone, et al, 2006).

Puede mencionarse que existe una condición de impotencia aprendida que podría ser determinada, mayormente, por diferentes condiciones psicológicas. Una de ellas es la depresión, otra puede ser dada por una reacción de miedo aguda y crónica de tipo persecutorio que implementa el recurso a rituales y creencias, las cuales, se presumen capaces de controlar. La situación amenazadora provoca la sensación anticipatoria de la presencia de los acontecimientos temidos. Será necesaria la mediación cognitiva para buscar el cambio estratégico teniendo en cuenta las variables de personalidad y sobre todo los esquemas de respuesta culturalmente disponibles en el sujeto (Nardone & Partelli, 2006).

Nardone y Watzlawick (1992) aseguran que, mediante la terapia, será necesario quebrar el sistema perceptivo-reactivo que resulta muy rígido con una intervención que permita al sujeto un cambio en el modo de percibir y, por consiguiente, de funcionar frente a la realidad que le genera una dificultad. Estas mismas intervenciones deben romper el circuito vicioso de los intentos de solución infructuosos que el consultante ejerce para resolver el problema. Como agregan luego Watzlawick y Nardone (1997), esta interacción que el sujeto mantiene con el miedo se convierte en un auténtico sistema cibernético, que se organiza en forma recursiva de comportamientos, los cuales mantienen su estabilidad y equilibrio disfuncionales para el sujeto.

Las intervenciones estratégicas deberán implementarse de una forma no invasiva para evitar resistencia, generando cambios no solo en la percepción de la realidad y en la interpretación de la misma, sino en la conducta que esto genere, posibilitando al sujeto que adquiera recursos personales emotivos y comportamentales para continuar implementándolos en las situaciones adversas que se generen a posteriori (Nardone & Watzlawick, 1992).

Los consultantes que expresan padecer de temor, de ansiedad o de fobias, suelen implementar un intento básico de solución que consiste en anticiparse, prepararse para la circunstancia temida. De esta manera, pueden considerar que tendrán manejo de este o este puede ser dominado con antelación. Si el consultante no considera poder obtener dicho dominio

acudirá a la evitación, lo cual aumentará el temor. Las estrategias de solución que implementará el terapeuta ante los problemas de miedo o evitación se relacionan con exponer al paciente a la tarea temida paulatinamente, encontrando diferentes estrategias para la pronta resolución y su correcto afrontamiento (Fisch et al., 1994). Las mismas, se dispondrán, primeramente, a vencer la resistencia al cambio del sistema perceptivo-reactivo. Las técnicas utilizadas serán de sugestión, de paradojas u otras intervenciones indirectas que podrán resultar trampas comunicativas y comportamentales que conducen por el camino del objetivo buscado. Por otro lado, se implementarán técnicas derivadas de otros modelos que han resultado efectivas en esta problemática como la desensibilización sistemática, técnicas de relajamiento y autocontrol, entre otras. Las mismas tendrán el fin de alcanzar el objetivo terapéutico en pos de solucionar prontamente y de manera exitosa los problemas planteados (Watzlawick & Nardone, 1997). Las técnicas mencionadas serán desarrolladas posteriormente en el apartado referente a intervenciones.

El modelo es capaz de romper rápidamente la rigidez disfuncional del sistema perceptivo-reactivo del consultando por medio de experiencias concretas de cambio dirigidas a la extinción del síntoma para poder, así, reestructurar y reorganizar dicho sistema logrando mayor flexibilidad perceptiva, cognitiva y comportamental (Nardone & Watzlawick, 1997).

3.6 Circuito autoperpetuante que evita la posibilidad de cambio

No toda conducta indeseable se convierte en un problema. Para que una situación tenga esta condición debe repetirse de tal forma que lleve al sujeto a una dificultad de afrontamiento. La persistencia de esa conducta y de los intentos de solución fallidos se encuentran relacionados con la tendencia a la homeostasis debido a algunas ventajas interpersonales que generan el sostenimiento de la situación problemática. Para poder resolverlo será necesario romper con este circuito que lo mantiene y cambiar la connotación negativa de la conducta problemática (Fisch, et al., 1994).

Los problemas presentados por los consultantes tienen origen en su propia conducta. Esto significa que se basan en las acciones realizadas y las reacciones consecuentes a ellas que pueden generar situaciones vividas como problemáticas por el sujeto dentro de su medio. En pos de resolver el problema que lo aqueja, el consultante, en su carácter de sujeto activo, recurre a distintas estrategias que pone en juego sin el fruto deseado. Estas generan un circuito en donde solamente se consigue mantener el problema (Casablanca & Hirsch, 2009). Cuando se realizan intentos permanentes para alcanzar una solución errónea, o que por lo menos no genera el fruto

deseado frente a una dificultad, el problema, en lugar de disiparse, se intensifica, se consolida. En esta situación, la terapia será un proceso en el que se busca sustituir una solución intentada errónea e infructuosa, pero persistente, por otra que resulte funcional. También se tratará de alterar la percepción, la mirada que el consultante tiene de su problema. Será necesario identificar el circuito autoperpetuante de la conducta que sostiene el problema, haciendo foco en las secuencias repetitivas de la conducta que desencadenan el problema (Hirsch & Rosario, 1987).

Las soluciones intentadas suelen ser claras e identificables para el paciente quien puede describir los diferentes caminos que ha implementado para intentar eliminar el problema. Pero será necesario indagar más exhaustivamente para descubrir si las soluciones expuestas demuestran ser variantes de la misma acción (Kaufman Quick, 2008). Será función del terapeuta verificar si estos intentos de resolución son los que sostienen el problema, considerando la concepción de problema como una dificultad a la que se ha aplicado, de forma insistente, una resolución sin éxito. El objetivo, para lograr el cambio, será sustituir estas soluciones intentadas por otra novedosa y más efectiva (Berezovsky; Ferraro; Figueroa; Giordano; Hirsch & Licitra, 1987).

Pueden mencionarse diferentes intentos básicos de solución que pondrá en marcha el consultante. Uno de ellos puede ser el insistir forzosamente en que ocurra algo que no puede generarse de modo espontáneo. El paciente supone conseguir el resultado utilizando el único camino que le resulta lógico, aprendido o habitual. Por otra parte, no puede plantearse intentar dominar una situación que resulta temida sofocándola, ya que el mero hecho de ordenar el cese de un problema solo lo hará más consciente y dificultoso de resolver. El paciente deberá cambiar la conducta por otra que excluya la primera. También, el sujeto intentará resolver el problema tratando de acordar u oponiéndose, llegando a un acuerdo para solventar el conflicto de modo no autoritario o consiguiendo la sumisión de la otra parte por medio de la libre aceptación (Nardone & Partelli, 2006).

Este modelo no se plantea solamente promover la supresión de síntomas, busca, además, un cambio de perspectiva de la realidad vivenciada por el sujeto, una redefinición, reestructurando su visión con el fin de flexibilizar conductas y pensamientos rígidos con el objetivo de lograr mejorar la calidad de vida y de las relaciones interpersonales que el sujeto mantenga (Calderón, 2009).

Estas conductas repetitivas, generadas por el sujeto como intentos de resolver la situación que lo aqueja, también se sostienen en el sistema en el que él mismo se encuentra

inmerso, y en los comportamientos de quienes lo acompañan o participan de estos intentos con el propósito de solucionar el problema. La posibilidad de cambio de la conducta problema puede ser propuesta por un individuo o por todo el grupo, los que se vean perturbados por la situación, pero deben estar motivados para realizarlo (Hirsch & Casabianca, 2009).

En cuanto a los intentos de solución realizados, son fundamentales en el análisis por los factores de perpetuación del problema y de la resistencia al cambio. Es importante analizar la intensidad, la cantidad de intentos, frecuencia en los mismos y el tiempo de persistencia del problema, entre otras variables, porque estas arrojan datos del grado de dificultad de la situación y serán útiles para el diseño estratégico de intervenciones orientadas a provocar el cambio (Watzlawick et al., 1974, 1992).

Será importante que el terapeuta no tome el mismo sendero de los intentos de solución que realizó su paciente. Es decir que no escoja las opciones de cambio de conducta que llevó al consultante al fracaso de la solución buscada como tampoco que genere resistencias en el mismo. Si el paciente puede comprender que modificará el camino de intentos infructuosos y comienza un camino de construcción estratégica hacia el cambio, si luego existieran nuevos intentos fallidos no serán vivenciados como un fracaso, sino como un paso del proceso de cambio (Ceberio, 2017).

La solución intentada es un elemento principal del modelo. El terapeuta dedicará su tarea, no solo a que el consultante genere una conducta tendiente a la solución, sino a que evite un comportamiento que le es habitual para resolver el problema planteado. Es importante destacar que el cliente toma estas resoluciones que implementa de la lógica cotidiana, o desde lo conocido y aprendido, sin evidenciar que estas conductas evitan las soluciones buscadas. Por ese motivo es necesario señalar que no funcionan y generar nuevas tácticas, estrategias para lograr el cambio buscado (Fisch & Schlanger, 2012).

3.7 Intervenciones psicoterapéuticas desde el modelo MRI

Wainstein (2007) define intervenciones a las prácticas comunicacionales orientadas a gestionar cambios deseados en el consultante. Se ejecutan estratégicamente con una correcta selección de datos y escogiendo la dirección del tratamiento, con el objetivo de evitar el circuito constituido de soluciones intentadas y cambiar el encuadre del problema. Será fundamental poder influir sobre el consultante para que pueda lograr un mayor enfrentamiento, pero esto sucederá si se utiliza el estilo comunicacional del consultante de forma que genere una menor resistencia al cambio.

Por otra parte, a la definición anterior, Casabianca y Hirsch (2009) agregan que las conductas del terapeuta, no solo ejecutan intervenciones por medio de la comunicación verbal sino, también, de la no verbal. Ambas están orientadas a modificar cualquier pensamiento o conducta del paciente con el fin de promover el cambio. Es importante destacar que cualquier conducta, por mínima que parezca, tendrá una influencia directa o indirecta en el mismo. Será necesario, primero, identificar cuál es la conducta que mantiene el problema que el paciente lleva a consulta. Para ello, el terapeuta intervendrá con el propósito de encontrar conductas diferentes que lleven a resoluciones directamente relacionadas con los objetivos fijados (Casabianca & Hirsch, 2009; Weakland et al., 1974).

Las intervenciones tienen su origen en los problemas presentados por los clientes. El consultor deberá identificar y establecer cuáles serán las prioridades a trabajar en el tratamiento. Diseñará y planificará las estrategias a utilizar según la problemática a resolver, las características del consultante, la historia, su idiosincrasia y los objetivos terapéuticos escogiendo técnicas que considere más exitosas (Wainstein, 2007). A esto se le llamará procedimientos estratégicos porque se compondrá de maniobras que implementa el consultor diseñando el camino de intervenciones para direccionar al consultante hacia las metas estipuladas, las cuales deben ser pautadas como objetivos pequeños, claramente especificados y acordados (Cabrera Orellana & Ruiz Dávila, 2007).

Las intervenciones interrumpen el modo de solución intentado. De esta manera impiden que el cliente o quienes constituyen su núcleo cercano continúen generando comportamientos que perpetúan el problema. El terapeuta debe intervenir desde el comienzo, ya que, es posible provocar un cambio mediante intervenciones sencillas, directas, aunque es posible que algunas veces deba retroceder y luego avanzar de una forma indirecta, según la resistencia del cliente (Fisch et al., 1994).

El terapeuta estratégico cuenta con tácticas prediseñadas que son flexibles y con herramientas ajustables a los diferentes pacientes para implementar un modelo de intervención en cada caso. Según cómo transcurra el tratamiento, corrige y ajusta gradualmente el modelo de intervención de acuerdo a los efectos observados durante el proceso. Pueden ser específicos para cada trastorno. Los protocolos pueden ser replicables, presumibles y autocorrectivos. Los consultantes podrán aprender en el proceso terapéutico a detectar comportamientos automáticos desfavorables e implementar estrategias inherentes al cambio de los mismos. Estos protocolos permitirán verificar permanentemente la direccionalidad correcta hacia los objetivos terapéuticos (Nardone & Partelli, 2006).

Como parte de la información esencial para arribar a un buen proceso terapéutico, será necesario conocer los datos del consultante, específicamente conocer sus tratamientos anteriores y los resultados positivos y negativos de las intervenciones terapéuticas para poder profundizar o descartar procedimientos anteriores en problemáticas idénticas o similares (Kopec & Ravinovich, 2007).

El terapeuta puede variar de postura y estrategia cuando el cliente desestime o rechace el cambio sugerido o cuando se comprueba que la sugerencia no genera los efectos esperados. Será necesaria una declaración positiva que subraye al paciente que desempeña un papel activo en la persistencia de su problema (Nardone & Partelli, 2006).

Las intervenciones son vehiculizadoras del cambio. El modelo pone en marcha el proyecto de cambio. Las intervenciones deberán traducirse en el lenguaje del paciente, de manera clara y será imprescindible que esté motivado para llevar a cabo el cambio necesario (Wittezaele & García, 1994).

Es habitual que los pacientes generen trabas y obstáculos ante el tratamiento. En estos casos, el terapeuta implementará su capacidad de maniobra, en función de generar las estrategias que considere apropiadas para alcanzar el objetivo terapéutico (Fisch, Weakland & Segal, 1994). Según Hirsch y Rosarios (1987), todo comportamiento programado por parte del terapeuta puede ser considerado una maniobra, pero esta acción tiene que influir sobre el consultante en pos del objetivo terapéutico.

Será de fundamental importancia establecer una buena dinámica comunicativa. Esto influirá en el comportamiento del consultante, reduciendo la posibilidad de resistencia al cambio. En variadas ocasiones, solamente esta comunicación que se establece entre ambos, paciente y terapeuta, provoca efectos terapéuticos por sí misma (Nardone & Watzlawick, 1992).

Existen diferentes estrategias terapéuticas para lograr el cambio de conducta necesario y resolver el problema. El terapeuta debe poder solicitar tareas para llevar el efecto de las intervenciones a la vida cotidiana del paciente, ya que, será de suma importancia detener el circuito autoperpetuante de las soluciones fallidas que se abordaron para resolver el problema, cambiando la forma de percibir la realidad para, así, lograr el cambio buscado (Wainstein, 2007; Weakland et al., 1974).

Las tareas que solicita el consultor pueden ser directas, es decir, órdenes o tareas explícitas, las cuales llevan al logro puntual esperado que resulta claro y definido para el consultante. Estas intervenciones estratégicas apuntan a enlazar medios y fines para cumplir los objetivos terapéuticos. Por otra parte, pueden ser indirectas, a través de las cuales se solicita

una acción con el propósito de generar el comportamiento necesario para alcanzar el objetivo. Estas pueden parecer difíciles de comprender para el consultante, incluso, contrarias al objetivo. Son intervenciones estructurales, ya que puntualizan sobre la estructura de funcionamiento del sistema de referencia del consultante (Weakland et al, 1974; Hirsch & Rosario, 1987; Wainstein, 2007).

Es importante destacar que tanto las intervenciones directas como indirectas siempre deben resultar imposibles de combinar con las soluciones intentadas (Haley, 1980).

El terapeuta podrá escoger estratégicamente el tipo de intervención que corresponderá a cada caso y el momento del proceso terapéutico óptimo. Podrá comenzar con intervenciones directas, pero si el terapeuta percibiera una resistencia significativa al cambio por parte del paciente, se elegirán intervenciones indirectas como, por ejemplo, las intervenciones paradójales, las cuales se adaptan mejor a cambiar pautas de interacción complejas que se han afianzado (Minuchin & Fishman, 1984).

Entre las estrategias a utilizar se encuentran las reformulaciones, órdenes directivas y tareas encomendadas en las que el terapeuta da otro sentido a una situación mediante un giro del punto de vista. Esto implica una modificación del contexto emocional y conceptual en relación con la experiencia vivida. Se reemplaza el concepto que tenía el consultante por uno más adaptativo al fin buscado, por ende, adquiere un nuevo significado. Esto aumenta y mejora la capacidad de acción y de afrontamiento ante la dificultad planteada (Hirsch & Rosario, 1987).

Los procedimientos directivos buscan un cambio progresivo solicitando generar conductas alternativas, con mensaje explícito para lograr una resolución. Se encuentran relacionados con el síntoma en forma directa. Este tipo de indicaciones suele funcionar mejor con clientes que mantienen una postura colaboradora y con poca resistencia al cambio (Wainstein, 2007).

Una intervención directiva se puede dar, también, a través del modelado, donde el consultor ejerce un comportamiento que quiere que el consultante replique, para generar el cambio deseado a través de la acción. Esta intervención no será verbalizada (Wainstein, 2007).

Dichas tareas también se implementan para intensificar el vínculo entre consultor y cliente, porque extienden la influencia del terapeuta en la vida cotidiana del cliente, pero también permiten observar su respuesta y la motivación hacia los cambios deseados (Haley, 1980; Wainstein, 2007).

Una técnica es la del *como si*. La misma, intenta movilizar al paciente para que realice algo muy pequeño y de poca importancia, pero que provocará una pequeña reacción que se

convertirá en un cambio en cadena. Esto significa que un cambio, por minúsculo que fuera, será parte de una sucesión de cambios, que llevarán, gradualmente, al gran cambio mayor (Nardone & Partelli, 2006).

Las intervenciones indirectas suelen implementarse cuando los demás intentos no han surtido los efectos deseados. Pueden utilizarse narrativas como metáforas, analogías, anécdotas, relatos. Esta elección estratégica obedece a la imposibilidad de tratar el tema en forma directa ya que desviando la atención consciente del problema se elude la resistencia y permitiendo amplificar aspectos que el terapeuta necesita transmitir. Podrían incluir chistes, juegos y cuentos (Platone, 2007).

En las intervenciones indirectas será importante tener en cuenta que las reformulaciones no son todas iguales, pueden tener diferentes niveles de complejidad. Pueden ser redefiniciones de un comportamiento o pensamiento llegando a reestructuraciones (Calderón, 2009).

Otro tipo de intervenciones estratégicas indirectas se denominan paradójales. Las mismas son, a simple vista, contradictorias porque se le solicita al consultante que realice algo que resulta contrario a la dirección de la acción buscada. El objetivo es influir indirectamente para cortar el circuito autoperpetuante y provocar el cambio. El consultante tendrá la sensación de que el consultor indica que el problema continúe. Pone en crisis el sistema de percepciones de la realidad que maneja y su modo de relacionarse con este, pero apunta a generar el cambio en forma indirecta (Nardone & Watzlawick, 1992). Es por ello que el éxito de la intervención paradójal radica en que se reduce la resistencia al cambio. El promover la realización de una conducta disfuncional tiene el objeto de conseguir el cambio por medio de oposición. Si bien resultan contradicciones, alojan una deducción correcta a partir de premisas coherentes. Tendrán el fin de convertir el comportamiento involuntario en conductas voluntarias y, de esta manera, la persona tendrá control sobre el problema (Platone, 2007).

El uso de narrativas es una estrategia comunicativa que genera una proyección indirecta, dado que el cliente puede identificarse con algún personaje en las situaciones en que esta vivencia en el relato. Brinda un contenido disfrazado a través de la metáfora, pero posibilita una mejor visualización del problema y una conducción hacia un nuevo conocimiento. Por otra parte, puede ayudar a reflexionar sobre fortalezas del individuo, potencialidades que refuercen su capacidad de afrontamiento. También acentuará aspectos positivos del problema presentado, cambiando el foco atencional del consultante con el objetivo de flexibilizar las conductas y pensamientos implementados hasta entonces (Nardone & Watzlawick, 1992).

Akoka Rovinski (2021) estudia cómo las intervenciones con relatos dominantes a lo largo del proceso terapéutico favorecen el cambio. Usando la narrativa como herramienta terapéutica se trata de identificar cambios que experimenta el consultante dada la manera en que se narra el problema. Las intervenciones realizadas generan que, luego de varios encuentros, se dé lugar a una comprensión de la realidad o del problema diferente a la inicial. El terapeuta construye narrativas alternativas de responsabilización contextualizadas. Se observó que los sujetos mostraron una mirada distinta con respecto a sus vidas, asumen un rol en la generación del cambio, mejorando la manera de vivenciar las situaciones presentadas y de comprender cómo el contexto afecta en la experiencia del problema.

Una intervención puede tratar de evitar que el cliente apresure la resolución del problema. En determinadas ocasiones pueden darse instrucciones generales y vagas con razonamientos válidos que lo justifiquen. Esta intervención será dada como un cambio de dirección al tipo de resistencias y recursos infructuosos que hasta el momento se ejercían. Para ello serviría como estrategia comunicarle al cliente que puede ser peligroso apresurar la solución (Fisch, Weakland, & Segal, 1994).

Otra de las técnicas utilizadas es la reformulación, la cual consiste en una sutil persuasión, una maniobra central de la consulta. El objetivo será cambiar el punto de vista del paciente sobre el problema, la carga emocional que le genera la situación, la forma en que lo experimenta cambiándole el significado para lograr una conducta y una percepción más adaptativas, centrando la mirada en los componentes afectivos, cognitivos y conductuales ya que estos son los que dirigen las conductas de afrontamiento de la situación problemática. Proporciona una mirada alternativa del problema, e intenta lograr poner en duda las visiones y las estructuras del sistema cambiando la valoración de la situación (Wainstein, 2007; Watzlawick et al., 1992).

Wainstein (2007) destaca otros tipos de intervenciones efectivas en psicoterapia, como la actuación sobre la pauta. Esta es una técnica que tiene el objetivo de actuar sobre las pautas habituales de comportamiento responsables del surgimiento o sostenimiento de la situación problemática, modificándolas por otras más adaptativas. Por otra parte, el autor menciona la llamada *técnica del milagro* mediante la cual se le solicita al consultante que pueda plantearse una realidad hipotética, aparentemente no posible en la situación actual, pero con su problema resuelto, para que pueda visualizar un camino de posible solución y clarificar la dirección buscada.

En consultantes que consideran que sus problemas son controlables se plantea un desafío, al igual que en los pacientes que rechazan todas las opciones planteadas por el terapeuta. En dichos casos, con la expectativa de generar una mayor motivación, serán más viables las intervenciones indirectas (Wainstein, 2007).

En resumen, el terapeuta debe asegurar su máxima capacidad de maniobra al intervenir sobre el circuito autopropagante que sostiene el problema para que se pueda producir el cambio. Para ello, debe tener claro tanto la descripción del problema y la construcción del motivo de consulta, como las soluciones intentadas, además de las reacciones y conductas del paciente al respecto (Hirsch & Rosario, 1987). Valorará la oportunidad y ritmo, el uso del lenguaje, y manejar eficientemente el tiempo. El cliente debe poder establecer metas mínimas. Será necesaria una actitud igualitaria (Fisch et al., 1984).

Para la efectividad de la terapia, el psicólogo deberá detectar en los distintos momentos del proceso el grado de motivación del paciente para saber qué tareas solicitar en cada momento. Estas pueden obedecer a la percepción de los riesgos de la conducta del consultante, a su motivación para el cambio y a la elección de un curso de acción estratégico. El terapeuta podrá notar en cuál etapa del cambio se encuentra el paciente (Prochaska; Norcross & Di Clemente, 1994).

4 - Metodología

4.1 - Tipo de estudio

Descriptivo. Estudio de caso.

4.2 - Participantes

Se tomó como participante a una paciente a quien, a efectos de preservar la identidad, se la denominó ficticiamente Celia y de cuya terapia se hizo seguimiento. También participaron los profesionales de la institución, quienes siguieron su tratamiento y con quienes se estableció contacto con el fin de indagar los aspectos necesarios para llevar a cabo este trabajo. Del mismo modo, se tomó como participantes a los coordinadores de la institución quienes se encuentran presentes en las entrevistas con la paciente dentro de la modalidad virtual en cámara Gesell.

Celia (51) es soltera, nutricionista, vive sola, y trabaja en un hospital, en una clínica privada y, por el momento cesante, en un consultorio externo perteneciente a una agrupación sindical. Práctica varios deportes. Actualmente mantiene una buena relación con su hermano y su madre. Establece relaciones conflictivas con sus pares laborales. Considera que debe renunciar a uno de los trabajos por no sentirse a gusto con los compañeros y por discordancia

sobre la ideología acerca de la alimentación en una de las instituciones. Por otra parte, el tema que prioriza su discurso es la relación con su novio. Ambos llevan adelante una relación desde hace seis años. Duda de querer continuar con la misma, pero en ambas situaciones (laboral y de pareja) existen diferentes temores que impiden el afrontamiento y el cambio.

La paciente tuvo la entrevista de admisión con la directora y fundadora de la institución, una psicóloga con una extensa trayectoria de más 30 años de experiencia, y especializada en Terapias Breves Sistémica. También es entrenadora de psicólogos en la práctica sistémica de atención de pacientes. Por otra parte, organiza y coordina cursos y posgrados tanto en Argentina como en el exterior. En relación con la paciente observada en el trabajo planteado, tiene un papel preponderante, ya que, además de realizar todas las admisiones en la institución y ser la terapeuta en un tratamiento anterior de Celia, se encontró presente en todas las sesiones y en las supervisiones de los terapeutas en su función de entrenadora. La paciente tuvo su primera entrevista de admisión en 2018. Luego continuó su tratamiento con una profesional que, posteriormente, falleció por lo que fue derivada a la directora de la institución hasta finales del 2019 donde consideraron terminar con la terapia. Consultó nuevamente a principios de 2021 con el fin de recomenzar su tratamiento. Si bien su entrevista inicial fue, al igual que la primera vez, con la directora de la institución, a raíz de la evaluación se derivó la consulta a la terapeuta actual, quien forma parte del programa de formación de profesionales en el formato de cámara Gesell.

También se entrevistó a la coordinadora de pasantes y del programa de formación profesional, quien ha participado de todas las sesiones, admisiones y las supervisiones de equipo en los casos descritos. La mencionada profesional, licenciada en psicología, recibida en la Universidad de Palermo y con formación en terapia sistémica estratégica, ocupa este cargo en la Institución desde hace algunos años.

4.3 - Instrumentos

Entrevista de admisión: se observaron a partir de grabaciones en las que figuran datos referentes a la historia personal de la paciente, circunstancias actuales, la queja inicial que deriva en la construcción del motivo de consulta, los tratamientos anteriores y actuales, la posición o mirada de la paciente en cuanto a la institución, su problema y posible resolución, las soluciones intentadas, miedos que impidan el afrontamiento, la motivación respecto al tratamiento, además de las observaciones que el admisor considera pertinentes para comunicar al terapeuta a quien, luego, se deriva.

Sesiones: se observaron las sesiones tanto en grabaciones como en vivo a través de cámara Gesell, como así también las discusiones e intercambios que se mantienen en estos tipos de formatos para guiar el tratamiento de la paciente. Entre ambas modalidades se abarcó la totalidad del tratamiento actual. Se observaron las dificultades presentadas por la paciente, la construcción del motivo de consulta, como también las intervenciones realizadas en función del afrontamiento necesario para establecer el cambio requerido, y la permeabilidad y aceptación de Celia a las mismas.

Entrevista a la terapeuta: se entrevistó a la terapeuta interviniente en el tratamiento, relevando el objeto de estudio de este plan en una entrevista semidirigida. Se interpeló a la profesional para conocer qué tipo de intervenciones había realizado, cuáles fueron los ejes u objetivos del tratamiento y los resultados alcanzados.

Entrevista a la directora de la institución: en este caso la indagación se orientó, por un lado, a conocer su función como terapeuta en el tratamiento anterior de la paciente Celia bajo los mismos lineamientos que la entrevista a la terapeuta actual. Se sumaron preguntas sobre los términos de su evaluación, el fin del tratamiento, el cumplimiento de los objetivos, las similitudes en términos de las dificultades al cambio y los miedos que le impedían generarlo, las intervenciones realizadas en ese momento, y su evaluación de los resultados.. Por otra parte, se consultó acerca de las entrevistas de admisión. En este caso los ítems encuestados fueron: la queja inicial, sobre los miedos revelados que impidieron realizar cambios y las soluciones intentadas que perpetúan esas dificultades.

Entrevista a un referente del equipo de terapeutas tras cámara Gesell y en supervisiones: se realizó una entrevista virtual semi dirigida a la coordinadora de pasantes y del equipo del programa PIP para obtener su perspectiva acerca de los ejes analizados con las terapeutas intervinientes. Los ejes temáticos abordados fueron la observación de la práctica del enfoque estratégico y la estrategia elaborada por las profesionales que deriva en las intervenciones realizadas en función de las metas construidas y cuál es el efecto de las mismas.

4.4 - Procedimiento

El procedimiento se constituyó a través de numerosos encuentros virtuales con los profesionales de la institución. Se utilizaron las herramientas mencionadas en el punto anterior de la siguiente manera:

Se realizó una entrevista semidirigida a la directora de la institución, en modalidad de videoconferencia, con una duración aproximada de una hora. En este caso, se indagó sobre las

entrevistas de admisión, enfocadas en la queja inicial que lleva a la coconstrucción del motivo de consulta. También se preguntó sobre el tratamiento anterior de la paciente Celia, de la cual fue su terapeuta, en este caso, los interrogantes estuvieron enfocados en conocer el motivo de consulta, profundizar sobre los miedos que dificultaron el cambio en el tratamiento anterior, descubrir similitudes y diferencias con el actual, sobre las intervenciones en este sentido y los efectos producidos en la paciente.

Se realizaron dos entrevistas virtuales semidirigidas a la terapeuta a cargo de la paciente, con una duración aproximada de una hora cada una, con la finalidad de recabar información acerca de las dificultades al cambio que encontró durante el proceso terapéutico, además de las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos de ella.

También se realizó una entrevista de media hora semidirigida - en modalidad de videoconferencia - con la Coordinadora de pasantes y del programa de entrenamiento profesional de la institución. Se evaluaron los mismos ítemes que con la terapeuta, pero, en este caso, se consultó por la mirada del equipo de profesionales y pasantes que integran la cámara Gesell en las sesiones de la paciente referida en este trabajo.

Se observaron las entrevistas de admisión de la paciente - que han sido grabadas oportunamente - con una duración de una hora cada una. Pudieron observarse, además, cinco sesiones de una hora cada una en forma sincrónica, en cámara Gesell, y cinco sesiones grabadas que se dieron por fuera de la cámara Gesell, la cuales incluyen la admisión (las mismas no mantienen un orden cronológico). La paciente al momento de este trabajo continúa el proceso terapéutico, en el encuentro número 23.

5. Desarrollo

5.1. Analizar el proceso de construcción del motivo de consulta en una paciente que presenta miedo y dificultades para el cambio.

En la admisión, y primer encuentro, además de conocer a la paciente, se plantea comprender la queja inicial presentada e identificar el problema contextualizado en la realidad de la paciente para luego poder arribar a la coconstrucción del motivo de consulta (Casabianca & Hirsch, 2009).

Para el desarrollo de este objetivo se recurrió a la videograbación de la entrevista de admisión en modalidad de cámara Gesell virtual. De esta participaron la directora de la institución, la coordinadora de pasantes y otra integrante de la institución. La reunión de equipo establecida fue grabada para acordar la derivación correspondiente. También se tomó como

instrumento la primera entrevista en cámara Gesell virtual con la terapeuta a cargo, con los terapeutas del programa de iniciación profesional y con la directora de la institución. Por otra parte, se incluyeron las entrevistas individuales realizadas a la directora de la institución y a la terapeuta a cargo del proceso terapéutico.

La paciente, a la que se nombrará Celia, al momento de la consulta tiene 51 años y está soltera. Vive sola, en un departamento propio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es nutricionista desde hace más de 20 años, y trabaja en consultorios externos y en internación hospitalaria desde entonces. Su familia está compuesta por su madre - con quien, en los últimos años, luego de la muerte de su padre, logró establecer una buena relación – y un hermano mayor, farmacéutico, soltero, que vive solo y con quien en el último tiempo comenzó a vincularse nuevamente, ya que, según cuenta la paciente, debió distanciarse años atrás por causa del desorden que él mantenía en su vida que la perjudicaba por los malos tratos que le propiciaba. La paciente estima que esta situación se encontraba relacionada con el trastorno bipolar diagnosticado en su hermano que, en ese período, se negaba a tratar. Actualmente, ambos viven en el mismo barrio. Por otro lado, Celia mantiene una relación de noviazgo desde hace seis años con Armando.

La paciente se contactó con la intención inicial de retomar un tratamiento que finalizó con alta hace seis años, el cual estuvo a cargo de la directora de la institución. Al finalizar este tratamiento realizó terapia psicoanalítica hasta seis meses antes de la admisión, la cual abandonó por discordancia en algunos conceptos y desacuerdo monetario. Paralelamente, acude desde hace ocho años a consultas psiquiátricas esporádicas en las que se le recetaron ansiolíticos y antidepresivos, pero, meses antes de esta entrevista, decidió abandonar la ingesta de estos últimos porque notó que aumentaban su peso corporal.

La paciente desarrolla una queja inicial, concepto descrito por Casabianca y Hirsch, (2009), tanto en la entrevista de admisión como en la primera sesión con la terapeuta a cargo. Hace referencia a dos ámbitos diferentes: uno, el laboral y otro en el plano de la vida amorosa, aunque en ambos casos comprende que, más allá de las situaciones concretas, la vivencia de las mismas y la falta de resolución de estas son las bases de su padecimiento. A partir del análisis, esta queja se desarrollará, será contextualizada, analizada y definida - en forma conjunta con la terapeuta - para convertirse en un motivo de consulta sobre el que luego se podrá establecer la estrategia terapéutica a utilizar en el tratamiento, según describen los mismos autores antes citados.

Con respecto al área laboral, una de las actividades que realiza como nutricionista en consultorios externos se encuentra suspendida por el momento por causa de la pandemia. Además, trabaja en una clínica privada de la cual plantea no estar de acuerdo con la gestión ya que, en pandemia, por la falta de dinero cambiaron la política alimentaria. Por otra parte, cuenta tener dificultades en la relación con los compañeros de trabajo por la organización de la actividad y, fundamentalmente, con sus superiores por discordancia de criterios en las decisiones cotidianas. Quiere renunciar - si no se puede cambiar la organización - pero teme enfrentarlo. Por otra parte, le preocupan las condiciones económicas habiendo perdido ya una de las actividades laborales. En su tercera actividad laboral, en un hospital, es responsable de nutrición en internaciones como personal de planta permanente. Considera esta última su actividad principal, pero le preocupa la relación con sus compañeros, particularmente con las colegas que trabajan por la mañana dada la organización de las tareas y de los horarios. Considera que ella se encuentra sobrecargada de tareas por la falta de compromiso de sus compañeras, pero no pudo plantearlo ni con ellas ni con sus superiores. Teme a las reacciones que pueda generar, aunque no cree posible perder el trabajo.

Ambas terapeutas escuchan lo expuesto y expresan comentarios donde denotan comprensión, herramienta para generar empatía según lo describen Watzlawick y Nardone (1997). Coincidentemente con lo propuesto por Wainstein (2007) acerca de la escucha en la queja, la terapeuta no juzga la legitimidad de una queja, respeta la valoración personal y las emociones de quien emite la queja, ya que estas situaciones le generan a la paciente, según menciona la terapeuta en la entrevista, angustia porque demanda toda su atención e inhabilitan el desarrollo de otras actividades o de disfrutar de ellas.

La paciente comenta que le cuesta generar acciones para lograr cambios. Se enoja mucho y continúa con un pensamiento rumiante sobre las justificaciones del enojo o sobre posibles situaciones a las que teme. Esto no la conduce a una solución, sino que considera que le provoca mayores conflictos en las diferentes áreas, además de la perturbación que conlleva. La terapeuta relata que, a partir de estos conceptos, trabajan sobre la definición del problema tratando de visualizar las conductas intervinientes en el mismo y las soluciones intentadas que lo sostuvieron, como exponen Keeney y Ross (1987), comenzando por estos pensamientos que inhabilitan la acción y alimentan sus temores.

Por otra parte, relata que mantiene una relación amorosa, con quien llamaremos Armando, desde hace seis años. Tiene 52 años, vive solo cerca de su casa, está separado y tiene una hija de 15 años con la cual Celia mantiene una buena relación. Es ingeniero, amante de los

deportes y se conocieron por internet. Plantea como queja, refiriéndose a su relación: *“no me siento completa, quizá nunca estuve enamorada, no sé si es lo que quiero”*. Considera que no evoluciona y que la relación no es pareja. Los sentimientos no son recíprocos, ella no los corresponde de igual modo. Por otro lado, cuenta que se llevan muy bien y disfrutan compartiendo juntos salidas, deportes, compras, viajes, charlas, es buen padre, tienen los mismos gustos y se siente segura, contenida y acompañada.

Sin embargo, oscila permanentemente en el discurso, el cual resulta bastante confuso e indefinido, como suele ocurrir en la exposición de la queja - según lo citado por De Shazer (1997) - ya que esta es una construcción compleja con muchos elementos intervinientes tanto de las cosas que la apartan de Armando como de las cosas que la acercan. Entre los desacuerdos esbozados, cuenta que le molesta mucho el manejo del dinero que él establece en la relación donde ella debe pagar la mitad de todos los gastos y no recibe regalos, o *“ninguna atención de su parte”*. La terapeuta le pregunta si ante un cambio sobre eso, ella estaría más conforme con la relación. Responde que considera que sí. También le pregunta si esto lo pudo hablar con él. Al igual que le ocurre con la situación laboral, la paciente expresa la dificultad de conversarlo. Siente miedo de confrontarlo por no saber la reacción que esto pueda generar y las consecuencias de esto.

La paciente señala que este malestar con su pareja le genera la inquietud de buscar nuevas relaciones. La terapeuta le consulta si intentó hacer efectivo este pensamiento, pero expone que si se plantea abrir un perfil en una página de citas teme a las consecuencias en su relación ante la posibilidad de que Armando lo descubra.

La terapeuta le consulta si intentó terminar con la relación o tomar distancia para evaluar los sentimientos, a lo que ella responde *“ya no es como antes que salía y conquistaba fácilmente, ahora me siento más grande, menos atractiva y no sé si podría tener oportunidades con otra persona a esta altura, me quedaría sola”*. Cuenta que lo intentó una vez, hace 4 años, que salió con otra persona, pero al conocerlo no le interesó, entonces retomó su relación con Armando. *“A mí me cuesta mucho tomar decisiones, cambiar me produce mucha ansiedad”*, afirma.

La terapeuta de admisión cuenta en la entrevista que valida los sentimientos de la paciente con comentarios positivos que denotan comprensión. Escucha atentamente la queja como herramienta para una mayor comprensión y para generar empatía. Toma en cuenta los supuestos de la realidad que percibe la paciente - concepto expuesto por Watzlawick y Nardone (1997) - no como realidad objetiva, sino como es vivida y comprendida por ella.

Ambas terapeutas le preguntaron en varias oportunidades cuál es el motivo, el detonante que la lleva a consultar en este momento siendo que estos conflictos son persistentes en el tiempo. Este concepto es un elemento importante, ya que la terapia breve se basa en observar la interacción conductual actual, referente al presente, el problema en un aquí y ahora, según describen Watzlawick y Nardone (1997). Celia derivó la conversación, no pudo responder - sigue siendo una incógnita que no develó en los encuentros posteriores. En supervisión se plantea que puede ser que ir a terapia sea un modo de vida habitual para ella, ya que hace ocho años que participa casi ininterrumpidamente de un proceso terapéutico. En este caso, la terapeuta establece prioridades en este tratamiento, ya que el modelo es breve y acotado, como describen Fisch et al. (1994). Aunque, por otro lado, se cuestionan si la apertura de la pandemia plantea, en la paciente, la posibilidad de conocer a otras personas y esto pudo provocar un replanteo en su relación actual. En el plano laboral, la apertura post pandemia la obliga a retomar parte del trabajo en modalidad presencial, exponiéndose al intercambio y a acuerdos con sus compañeros, lo cual reactiva los problemas con sus pares y superiores. De cualquier modo, estos cuestionamientos se evalúan en otras oportunidades, pero la paciente no los respondió en ninguna de ellas.

Se extraen de las entrevistas a las terapeutas las prioridades a explorar para diseñar y planificar las estrategias del proceso terapéutico coincidente con la descripción de dicho proceso para identificar el problema y, luego, planificar las intervenciones, como refiere Wainstein (2007). Ambas profesionales coinciden en que deben desarrollarse mayores estrategias de afrontamiento ante las dificultades, en relación a su pareja actual y la rumia ante las decisiones no tomadas en ambos ámbitos; estas generan el temor que inhabilita a gestionar el cambio.

Durante los encuentros se observa que las terapeutas señalan en ambas sesiones los recursos que posee la paciente sobre la capacidad de manejo en algunas situaciones y la proactividad que resulta constante. Será un aspecto importante, ya que, según lo expuesto por Nardone (2000), para que el consultante construya un nuevo equilibrio necesitará apoyarse en sus recursos personales.

Al consultar a la paciente sobre qué tema le gustaría abordar de las dos dificultades planteadas - al menos prioritariamente, ya que el motivo de consulta debe ser una construcción conjunta donde se pueda plantear un objetivo de común acuerdo para luego abordar la estrategia terapéutica, concepto expuesto por Casabianca y Hirsch (2009) - Celia expone no querer tratar la dificultad en su relación de pareja, sino que prefiere abordar los problemas laborales porque,

según menciona, le generan un mayor perjuicio en la vida diaria. Si bien las terapeutas mencionan que en las entrevistas y en las reuniones de equipo en el discurso de la paciente prima la incomodidad dual en la relación de pareja y quizá puedan considerarlo un problema que sea necesario abordar por ser el tema más recurrente en su discurso, se toma el objetivo brindado por la paciente, dado que este debe resultar significativo y motivador para ella, como lo describen Casabianca y Hirsch (2009). Esta motivación resulta indispensable para que la paciente ponga en marcha el proceso de cambio y, según los escritos de García Martínez (2013), será necesaria para que la paciente tome una posición activa frente al mundo y su realidad como agente de cambio. De esta manera ambas definen el espacio de búsqueda de soluciones para el objetivo acordado.

Con este proceso inicia el cambio en la definición del problema y el planteamiento de los objetivos. A partir de allí se delinearán las estrategias que se desarrollarán en el proceso terapéutico (Hirsch & Rosario, 1987) buscando disipar los miedos que inhabilitan el cambio.

5.2 Describir las intervenciones terapéuticas orientadas a disipar los miedos que presenta la paciente y que interfieren en el proceso de cambio

Celia expone miedos en las situaciones mencionadas en la descripción de la queja que, en momentos anteriores, pudieron resultar adaptativos, según los conceptos descritos por Capafons Bonet (2001), otorgándole una alerta anticipatoria para evitar algún peligro o consecuencia desfavorable (Bulacio, 2004) en el ámbito intrafamiliar o en relaciones de pareja anteriores.

Actualmente, en las situaciones planteadas, resulta un miedo no adaptativo- No responde proporcionalmente a una amenaza real, ya que, como se expuso en el objetivo anterior, la paciente sabe que no podrán despedirla de su trabajo debido a que su ranking de desempeño es muy bueno y considera que los nombramientos de planta son sumamente estables. Por otra parte, tampoco considera muy factible que Armando proponga una separación o reaccione de una forma agresiva. Sin embargo, esta preocupación excede el control voluntario y le genera un grado alto de malestar o de sufrimiento, como Belloch et al. (1995) lo describen dentro del miedo no adaptativo. Esto la paraliza, impidiendo que pueda dirigirse hacia los objetivos o soluciones buscadas o hacia definiciones que generan algún cambio, según los conceptos descritos por Bulacio (2004).

Puede observarse en el discurso de la paciente, y también lo confirma la profesional encuestada, que existe una condición de impotencia aprendida, concepto descrito por Nardone

y Partelli (2006), influyente en los temores sobre el enfrentamiento con las dificultades que hoy padece y a la imposibilidad de plantear las situaciones que le incomodan. Celia relata: *“mi padre era muy bravo, en casa no se podía hablar ni una palabra que no le gustara, y mi hermano también. Gritaban, hablaban mal, golpeaban las puertas. Mi papá le hablaba muy mal a mi mamá y me acostumbré a pensar que los hombres eran eso”*. Anteriormente tuvo varias relaciones que define como violentas y tormentosas. Estas condiciones pueden generar modos de reaccionar y comportamientos que se convirtieron en habituales y creencias que denotan incapacidad de control. Respecto de la imposibilidad de hablar en forma directa cualquier dificultad que le genere molestia con las personas intervinientes, responde, ante el cuestionamiento sobre qué piensa o siente en ese momento: *“temo mucho a la discusión, creo que se puede disparar una pelea, que genere violencia, enfrentamiento, no lo sé, es más fuerte que yo, no quiero que escale”*. Desconoce sus propias capacidades de manejo y afrontamiento de la situación.

Resulta importante indagar sobre las bases en donde se centran las creencias y supuestos de la paciente, no para llevar a cabo una teoría explicativa causal, sino para saber cómo funcionan los procesos intervinientes y las dinámicas perceptivo-reactivas. Cómo organiza la información de la realidad, los filtros que ejerce en función de sus creencias, vivencias y aprendizajes y las formas de afrontamiento o su carencia (Capafons Bonet, 2001) para poder diagramar intervenciones estratégicas. Como Nardone y Partelli (2006) agregan, esto tiene el fin de quebrar el sistema que resulta muy rígido, posibilitando a Celia un cambio en el modo de percibir, afrontar y de actuar ante su temor.

Como expone la terapeuta, Celia, ante la situación temida, suele utilizar la evitación como recurso de afrontamiento habitual al considerar que no puede tener dominio de la misma, coincidentemente con lo planteado por Fisch et al. (1994). Pero, como resultado, solo aumenta la ansiedad y el miedo ante las situaciones venideras. Este se extiende a los dos ámbitos planteados en donde la paciente presenta dificultades.

La terapeuta implementa diferentes estrategias de intervenciones para la solución del problema de miedo y evitación planteados. Se dispondrán, primeramente, a vencer la resistencia al cambio y serán diseñadas para lograr un mayor afrontamiento, según lo expuesto por Wainstein (2007).

En principio puede notarse que la terapeuta establece una buena dinámica comunicativa. Esto influye en el comportamiento de Celia, ya que su primer objetivo fue retomar el tratamiento anterior con la directora de la institución. Siendo esta una realidad no posible, la

nueva terapeuta necesita comenzar estableciendo una buena empatía y comunicación para provocar efectos terapéuticos y disminuir la posibilidad de resistencia al cambio (Nardone & Watzlawick, 1992).

Puede observarse que se implementan, más habitualmente, intervenciones directas, órdenes y tareas explícitas con la intención de buscar el logro de los objetivos planteados. Estas intervenciones fueron descritas por Hirsch y Rosario, (1987); Wainstein, (2007); Weakland et al, (1974). Cuando la paciente explica que intentó, con relativo éxito en algunas ocasiones, manejar la respiración para poder tranquilizarse al momento en que la invaden pensamientos pesimistas y temerosos, fundamentalmente, refiriéndose a la dificultad con sus colegas, se le recomendó como tarea que reintente la meditación, al menos la respiración en cuatro pasos, cotidianamente, solo cinco minutos, los días en donde trabaja presencialmente, con la intención de habituarse a un recurso que, luego, puede ser útil en las situaciones mencionadas. En otra oportunidad, se le solicitó que en momentos en donde la invade la ansiedad salga a caminar y disfrute del paseo pensando solamente en lo que ve, centrada en el presente, apartando otro pensamiento, aunque le sea difícil. Asimismo, se le señala que tome actividades que ayuden a la distracción. Si bien la paciente dedica mucho tiempo a realizar deportes, en este caso, se refiere a iniciar proyectos pendientes que en su planificación y ejecución demanden involucrar su pensamiento. Se evaluaron algunos proyectos de refacción en su hogar. Celia es permeable a este tipo de indicaciones, las acepta conforme y con una respuesta amable, ya que mantiene una postura colaboradora, aunque sostiene una visible resistencia al cambio, lo cual dificulta el sostenimiento de la tarea encomendada, coincidentemente con lo descrito por Wainstein (2007). Como otra intervención directa, se le solicitó que confeccione una lista de pensamientos que generan temores, y en otra oportunidad, escribir una conversación amena, imaginaria, con sus colegas contándole las cosas que le gustaría cambiar en función de la tarea. Según describe la terapeuta, el objetivo de esta intervención es aumentar la exposición paulatina, comenzando desde lo hipotético. Celia no pudo realizar estas actividades.

Entre las estrategias a utilizar se encuentran las reformulaciones, en las que la terapeuta da otro sentido a una situación que Celia describe como pesadumbrosa y perjudicial, concepto descrito por Hirsch y Rosario (1987). Celia explica que siente mucha ansiedad al respecto del futuro, por ejemplo: ¿qué pasará con el trabajo?, ¿qué perjuicios le llevaría si se opusiera a lo que le genera molestias? Las acciones que puedan realizar los demás la desestabilizan. En cuanto a su relación de pareja: ¿qué pasaría si decide separarse de Armando?, ¿quién la cuidará?, o si deciden una vida juntos ¿cómo se organizarían con el dinero?, ¿dónde vivirían?

Comenta que al advertir estos cuestionamientos queda atrapada en un pensamiento rumiante que la aterra. La terapeuta le dice que es natural el miedo a lo desconocido, todos lo tienen porque nadie sabe lo que le depara el futuro. En su caso puede disfrutar de cierta estabilidad en la seguridad laboral y en los sentimientos de Armando. La terapeuta le recuerda la gran cantidad de recursos que ella tiene para el manejo de las situaciones, que el futuro puede generar incertidumbre, pero el hecho de elegir un camino puede brindarle la posibilidad de mejorar tanto las opciones como la realidad y que debe saber que cuenta con capacidad de manejo en estas. De esta manera, la terapeuta intenta modificar el significado emocional y conceptual de esta interpretación de futuro por uno más adaptativo, como mencionan Hirsch y Rosario (1987), para dar lugar a una mejora en la capacidad de acción y de afrontamiento de la paciente.

En todos los encuentros se destacan declaraciones positivas (Nardone & Partell, 2006) que subrayan a la paciente que desempeña un papel activo en la persistencia de su problema, tanto sea en cuanto a los recursos que posee para el afrontamiento de las situaciones, como en función de los recursos intelectuales, la organización, la eficiencia, el poder de análisis, la proactividad permanente, pero, también, al respecto de los logros generados por muy pequeños que le puedan parecer.

Es notorio que, a menudo, la paciente no responde a las observaciones de la terapeuta e incluso esta comparte esta inquietud en la reunión de equipo. En general, Celia simplemente mira para abajo y hace silencio, luego de un rato dice “*bueno*” y continúa con otro tema. La terapeuta comenta en la entrevista que le cuesta reconocer si acepta lo dicho, no acuerda o simplemente lo analiza, fundamentalmente en situaciones en donde se la anima a plantear sus necesidades. Por este motivo, en los últimos encuentros, según el consejo del grupo de supervisión, decide consultar su acuerdo en cada devolución e implementar algunas intervenciones más indirectas del tipo narrativas (Platone, 2007). Puede observarse la utilización de una analogía que relaciona la dificultad para hablar con sus compañeras - en función a las discordancias en la división de tareas - con correr una carrera, aludiendo a un deporte que Celia práctica: “*tratar de resolver el problema sin exponerlo con las personas intervinientes, solo imaginando situaciones posibles, es como tratar de llegar a la meta pensando lo largo que será el camino, pero sin comenzar a correr*”. La terapeuta intenta eludir la resistencia e intentar comprender las fortalezas con las que cuenta para reforzar su capacidad de afrontamiento, coincidentemente con lo expuesto por Nardone y Watzlawick (1992). Vale destacar que la terapeuta utiliza un discurso cercano a la paciente, además de elementos tomados

de su realidad, como el lenguaje propio del deporte. Así como lo exponen Wittezaele y García (1994), las intervenciones indicadas deben ser claras y en el lenguaje del paciente.

Una intervención habitual es tratar de evitar que Celia apesure la resolución del problema como un cambio de dirección al tipo de resistencias y recursos infructuosos que ejerce (Fisch et al., 1994). En una situación en donde la paciente se propone no pensar en los problemas del hospital, no suponer anticipadamente qué ocurriría y distraerse, lo hace con tanta intención que lo único que consigue es pensar más. La terapeuta explica que no es posible dejar de pensar en qué ocurrirá, aunque intente no hacerlo. No debe forzarlo, solo entretenerse con algo que le interese, que pueda disfrutar, pero no intentar inhabilitar este pensamiento. Podrá controlarlo posteriormente, pero no ahora, llevará un tiempo.

En el transcurso del proceso terapéutico se implementan las intervenciones descritas con el fin de romper con la rigidez funcional y poder generar nuevas estrategias de afrontamiento, como describe Nardone (1997). A sus efectos, Celia logra desarrollar estrategias de distracción y meditación que la ayudan a disolver el pensamiento rumiante que, según menciona, alimenta sus temores. Define abandonar el trabajo de la clínica, en el cual se encuentra muy disconforme, elaborando las posibilidades de sostén sin el mismo y mermando así el temor a la inestabilidad futura al respecto. Ha establecido algunos encuentros con su superior directo en el hospital donde pudo plantear sus necesidades. Aún trabaja en poder establecer este tipo de diálogo con sus colegas de trabajo y con su pareja para lograr compartir sus dificultades y comprender las fortalezas de control y afrontamiento en las mismas. Se analizan las soluciones intentadas que contribuyen al sostenimiento de este problema en búsqueda de una mayor flexibilidad perceptiva y comportamental.

5.3. Describir las intervenciones de la terapeuta frente al circuito autoperpetuante que mantiene las dificultades para realizar cambios.

En el objetivo anterior se describió cómo Celia generó algunos recursos de afrontamiento de su temor orientados a los conflictos presentados. Para que pueda gestionar cambios se implementaron las estrategias que componen el proceso terapéutico a partir de la identificación del circuito autoperpetuante de la conducta que sostiene los problemas que hoy plantea, según lo describen Hirsch & Rosario (1987). Puede observarse que la terapeuta indaga exhaustivamente para hallar estos modos repetitivos en su conducta, obedeciendo a lo descrito por Kaufman Quick (2008). Ya que Celia no describe con claridad cómo resolvió situaciones

anteriores, le es complejo visualizar acciones de resolución que tiene naturalizadas (Nardone & Partelli, 2006).

La terapeuta también indaga sobre la permanencia temporal de los conflictos planteados. En el relato puede conocerse que estas dificultades están presentes desde hace mucho tiempo. En el caso de la relación de pareja, Celia comenta que la dualidad al respecto de la certeza de la relación se mantiene desde su comienzo. Desde entonces, reconoce las mismas dificultades y la imposibilidad de plantearlo o generar una estrategia de resolución. Por otra parte, en el trabajo, los problemas con sus compañeras son de larga data, incluso con sus compañeras anteriores y otra jefatura. Esta persistencia en el tiempo, así como también la repetición de solución intentada arroja datos del grado de dificultad de la situación y le serán útiles a la terapeuta en el diseño estratégico de intervenciones orientadas a provocar el cambio (Weakland, et al.,1974,1992).

Se le consulta a Celia sobre los tratamientos anteriores, ya que, según el concepto tomado de Ceberio (2017), es muy importante saber si existieron intervenciones que resultaron positivas o infructuosas para no repetir situaciones probadas que no dieron buenos resultados. En este caso, la paciente muestra dificultades en el vínculo, en establecer una correcta empatía con su terapeuta anterior, concepto fundamental para sentirse comprendida, según Watzlawick y Nardone (1997). Describe su incomodidad en centrarse en las dificultades vividas en la familia primaria. Pese a esto, la paciente menciona la relación con su padre en su consulta con la terapeuta actual, relacionándola con la imagen que proyecta en los hombres. También destaca en el tratamiento anterior con la directora de la institución la utilidad de las indicaciones que recibía donde podía proyectar algunas resoluciones cotidianas.

Nardone et al. (1992) destacan la necesidad de quebrar el sistema perceptivo-reactivo que resulta muy rígido para lograr el cambio, rompiendo el círculo vicioso de los intentos de solución que resultaron infructuosos. Celia, presenta varios intentos de solución en el ámbito laboral en donde tímidamente esboza la queja solamente de un aspecto puntual, sin plantear la totalidad del problema ni cómo le afecta en su labor y organización, tampoco muestra su sentir al respecto ni plantea opciones alternativas por miedo a la discusión que pueda generarse. Por lo cual no encuentra la comprensión buscada. En ocasiones dejó carteles pegados en un panel común donde escribió algún pedido para la resolución de horarios momentáneo, pero no pudo asegurar que todos llegaran a verlos antes de definir las actividades. Comenta la situación solamente con un par, o resuelve tomar los turnos de sus colegas presuponiendo la imposibilidad de ellas: *“Seguramente no van a poder porque están justificadas porque tienen hijos en la*

escuela, así que alguien los tiene que tomar". A raíz de estas resoluciones, y la falta de entendimiento mutuo, la invade el enojo y un pensamiento rumiante, en principio, culpabilizando a sus colegas por la carga de trabajo y, luego, cargado de temores al respecto de su posición laboral. En el ámbito de pareja, nunca expone completamente su malestar ante Armando. Al igual que en el trabajo, plantea quejas muy pequeñas que no explican el contenido que quiere volcar y aproximaciones indirectas esperando que él las comprenda o descifre los dichos y responda según su necesidad. Al no hacerlo, genera el mismo tipo de pensamiento que en el trabajo. A menudo se le plantea la necesidad de encontrar otra pareja, en los casos en los que conoció a alguna persona que le interesa, le envía en un grupo mensajes referidos a la actividad que los convoca y al no recibir la respuesta esperada, en forma automática, según describe, aparecen pensamientos negativos basados en los supuestos de desinterés de la otra persona, cómo considerarse muy grande para encontrar una nueva pareja, en consecuencia, si decide separarse de Armando se quedará sola, lo que prefiere evitar. También le preocupa que pueda saberlo Armando por lo cual reprime el interés de establecer algún contacto virtual. A los dos años de relación actual se separó, debido a estas mismas dudas, conoció a otra persona, pero relata que le agradó en el comienzo y al conocerlo mejor descubrió que no le interesaba. Días después llamó a Armando y continuaron su relación sin una reformulación de la misma. Por otra parte, hacia el final de las observaciones que se remiten en este trabajo, la paciente, que habitualmente ve a Armando una vez cada 15 días, decidió convivir con él durante dos semanas para ayudarlo con una dificultad familiar. Cuenta disfrutar de las mañanas, hacer gimnasia juntos y ocuparse de su casa. Pero luego del tiempo estipulado retomaron la rutina habitual, no plantearon repetirlo, no sabe por qué.

La terapeuta buscará redefinir y reestructurar su visión, flexibilizando las conductas y pensamientos rígidos, coincidente con lo expresado por Calderón (2009). Para detener el circuito autoperpetuante de las soluciones fallidas (Weakland et al., 1974; Wainstein, 2007), se implementaron una serie de intervenciones que comenzaron por solicitar tareas en la vida cotidiana. Se observa que ante las órdenes más directivas y relacionadas con la dificultad de poder hablar con su superior de un pequeño aspecto conflictivo del trabajo o proponerle a Armando que debatan algún tema puntual, Celia reacciona con una postura contraída, cruza los brazos, se aleja de la computadora, baja la cabeza y hace silencio. Instantes después, responde: *"no sé, no sé, es muy difícil hablar con Armando y mi jefa va a querer que lo resolvamos nosotras..."* con gesto de duda, mostrando una clara resistencia no solo en lo verbal, sino en lo analógico, tomando su importancia del texto de Casabianca y Hirsch (2009). Ante esta

dificultad, la terapeuta implementará su capacidad de maniobra reformulando la estrategia para alcanzar el objetivo terapéutico, como lo describen Fisch et al. (1984), de acuerdo con la necesidad e idiosincrasia de la paciente, según describe Wainstein (2007).

Implementa órdenes directas, intervenciones estructurales cercanas al conflicto. Estas puntualizan sobre la estructura de funcionamiento del sistema de referencia de Celia (Hirsch & Rosario, 1987; Wainstein, 2007; Weakland et al, 1974;). Se solicita comenzar concretando proyectos que describe como pendientes. Ante esto Celia alude a la falta de relación de la tarea con las problemáticas planteadas, la terapeuta explica “*nosotros trabajamos con objetivos mínimos, implementar un pequeño logro, hacer algo por vos que te haga sentir algo mejor*”. Según lo citado por Casabianca y Hirsch (2009) y Weakland et al. (1974) cualquier conducta, diferente a las soluciones intentadas, por mínima que parezca, tendrá una influencia directa o indirecta en el problema, tratando de gestionar el cambio en forma gradual y posibilitando una sensación de progreso. De este modo, disminuye la ansiedad y aumenta la colaboración. Celia no lo realiza en forma inmediata, pero construye este proyecto que mantiene presente y activo. La terapeuta establece una buena dinámica comunicativa, reforzándola con la psicoeducación para reducir la posibilidad de resistencia al cambio, según lo citado por Nardone y Watzlawick (1992).

Celia explica una situación laboral donde le solicitan cambiar el turno en un día de la semana, no dijo nada al respecto a su superior, pero se enojó mucho; llamó al abogado, al gremio y luego de tranquilizarse notó que la solicitud no era una imposición y solía ser un manejo relativamente habitual. La terapeuta propone que en los momentos en donde se enoja escriba una lista de posibles soluciones retrasando la acción y otorgándole el espacio de análisis para visualizar sus opciones y recursos para afrontarlo. Este procedimiento directivo busca un cambio progresivo al solicitar que se generen conductas alternativas con un mensaje explícito para lograr una resolución, como describe Wainstein (2007). A raíz de esta situación, Celia necesita contactar a la profesional telefónicamente entre sesiones y, a partir de este momento, puede evidenciarse que se establece una comunicación mucho más fluida y empática. Esto, según describen Nardone y Watzlawick (1992) colabora en disminuir, lentamente, la posibilidad de resistencia al cambio. La terapeuta mantiene una relación igualitaria (Fisch et al.,1994) con Celia logrando un diálogo abierto, claro que esta posición requiere de gran destreza terapéutica y atención a su discurso como plantea Medina Centeno (2011).

Con respecto al conflicto de pareja, se observa una intervención directa donde se solicita buscar una situación que le moleste, que le resulte menor y pueda pensar la manera de abordarlo.

Antes de la sesión siguiente, Celia habla con Armando para mencionarle que quiere que le haga un regalo, si bien no le expresa cómo se siente o el significado que tiene para ella el pedido, pero genera una apertura al diálogo de manera exitosa, ya que, contrario a sus temores, recibió una reacción amable de su pareja. Es importante destacar que tanto las intervenciones directas como indirectas siempre deben resultar imposibles de combinar con las soluciones intentadas (Haley, 1980).

Ante la dualidad que presenta con respecto a la permanencia de la relación, la terapeuta solicita confeccionar una lista de *“por qué elijo a Armando y por qué no lo elijo”*, utilizando el lenguaje de la paciente, apelando a su motivación para llevarlo a cabo (Wittezaele & García, 1994). A través de ella, Celia puede reconocer varios puntos de incongruencia, como lo muestra en la queja y relacionado con el concepto expuesto por De Shazer (1997).

Otra intervención implementada en el proceso terapéutico de Celia es la reformulación (Hirsch & Rosario, 1987) ante el comentario de la paciente sobre la distribución de tareas en el trabajo: *“Ya sé que está mal, que me preocupo y me termino haciendo cargo”*, declaración a la que la terapeuta responde *“Sos una persona muy responsable, que se ocupa mucho de su trabajo, le dedicas atención y sos muy organizada, eso es muy bueno, solo buscaremos algunos puntos en donde puedas hacerlo más liviana”*. Con el fin de otorgar un nuevo significado, aumenta y mejora la capacidad de acción y de afrontamiento ante el problema planteado.

En entrevistas, la terapeuta comenta lo que puede notarse en las grabaciones, y es que ella evidencia una posición erguida, voz enérgica y dinámica, sonrío y pone énfasis en mostrarse alegre y positiva. Ejerce una técnica de modelado, concepto citado por Wainstein, (2007) ante la postura marcadamente opuesta de la paciente que dificulta comenzar la sesión. Intenta generar un cambio de postura que facilite el diálogo. Suma declaraciones positivas, remarca sus fortalezas y subraya que Celia desempeña un papel activo en la persistencia de su problema, así como exponen Nardone y Partell (2006).

Se implementan intervenciones indirectas, narrativas (Platone, 2007). Se utiliza una metáfora al explicar que los objetivos mínimos permiten alcanzar de a poco el objetivo final *“La escalera debe subir un peldaño a la vez”*. Ante una escena relatada por Celia cuando se enoja con Armando por no darle regalos o invitarla a salir, a pesar de no solicitarlos explícitamente, la terapeuta narra un cuento muy corto y sencillo, donde el personaje desata un gran inconveniente iniciado desde una simple dificultad por no clarificar su necesidad. Esta tarea intensifica el vínculo entre consultor-consultante, elude la resistencia y mejora la visualización del problema según plantean Nardone y Watzlawick (1992). Estas intervenciones

suelen producir un cambio trascendental en los casos en el que el problema no puede resolverse por una vía lógica y más directa (Wainstein, 2007).

Según se observa, se interviene para tratar de evitar que la paciente apresure la resolución del problema, buscando un cambio de dirección al tipo de recursos infructuosos (Fisch et al., 1994). Al sugerir, como intervención directa, un listado de actividades o tareas por hacer, en todas las ocasiones a Celia se le ocurren hacer muchas de las opciones, también cuando se sintió lista para reorganizar sus trabajos se presentó a cuatro concursos para nuevos puestos en los cuales debía presentar exámenes. En todos los casos, la indicación fue comenzar por una sola de las propuestas, luego, podría planificar la siguiente, ya que, en momentos anteriores contó muchos proyectos iniciados, pero ninguno fue culminado.

Por otra parte, se observa la implementación de la técnica del milagro, descrita por Wainstein (2006), donde se le solicita a la consultante que pueda pensar que el problema del trabajo se encuentra resuelto repentinamente - *¿cómo es su vida hoy en esta actividad?, ¿cómo se resolvió?* - para que pueda visualizar un camino de posible solución y clarificar la dirección buscada. A Celia le cuesta poder descubrir un camino y definir sus requerimientos con seguridad, piensa en muchas variables duales que impiden tomar una dirección.

En resumen, se implementan intervenciones donde la terapeuta implementa su capacidad de maniobra variando entre las intervenciones más adecuadas para evitar resistencias, manejando la oportunidad y ritmo (Hirsch & Rosario, 1987) con un uso del lenguaje apropiado para la paciente. Al intervenir sobre el circuito autoperpetuante de soluciones intentadas que se indagaron, y dado que se considera que sostienen el problema, se generaron metas mínimas que Celia logró establecer y afrontar, en su mayoría, paulatinamente para que se pueda producir el cambio.

5.4. Analizar si las intervenciones de la terapeuta promueven el afrontamiento del miedo y pueden generar el cambio en la paciente.

Los cambios de apreciación de la realidad, los comportamientos y la afectividad que vive la persona dentro del sistema, muchas veces, están relacionados con la forma en que impactan los mensajes recibidos o autogestados. A medida que cambien ciertas etiquetas, estructuras y representaciones, también cambiarán los comportamientos efectuados (Wainstein, 2006). Celia muestra preconceptos naturalizados que obstaculizan, o al menos filtran, su óptica sobre los aspectos de conflictos actuales y sobre su capacidad de resolución.

Como se ha desarrollado previamente, el camino del cambio comienza desde la construcción del motivo de consulta, al definir el problema y las estrategias de intervención, como líneas de acción implícitas y explícitas, reformulando las alternativas de cambio en términos innovadores, según lo describen Hirsch y Rosario (1987). La paciente plantea dos quejas iniciales, pero declara la elección de un motivo de consulta. Sin embargo, en el discurso de cada encuentro expone mayoritariamente la queja no elegida, refiriéndose a las dificultades con su pareja, por lo que la terapeuta, según ella describe, debe intervenir en ambas problemáticas, ya que, las dificultades de afrontamiento resultan un factor común entre ambas. Desde allí delinea el proceso terapéutico que conducirá al cambio.

Nardone y Watzlawick (1992) exponen que es necesario un mínimo cambio para producir un desequilibrio, una modificación. Agregan Fish y Weakland (1994) que este se ordena tratando de restablecer el equilibrio, por lo tanto, se convertirá en un círculo beneficioso y el psicólogo será el agente activo de cambio. Como se ha desarrollado, Celia muestra un esfuerzo continuo en pos de solucionar un problema, desde hace tiempo, por sus propios medios y buscando un sostén psicológico y farmacológico en muchas oportunidades, pero, algunos recursos implementados para solucionarlo fueron la fuente de su persistencia. La terapeuta expone que se propone generar cambios mínimos, estratégicos, implementando intervenciones directas e indirectas para poder lograr una respuesta diferente que inicie, gradualmente, el proceso de cambio sorteando los temores de afrontamiento, desarrollando nuevos recursos y visualizando los existentes. Celia muestra, al principio, no comprender esta modalidad, pero la acepta y comienza a implementar pequeños cambios, diferentes a los acostumbrados, que comienzan a repercutir lentamente en los objetivos.

Weakland et al. (1974) exponen que este cambio puede ser más factible cuando los objetivos son pequeños y claramente definidos. En el caso de Celia, se observa que sus objetivos no resultaron muy definidos, primeramente, pero la terapeuta ayuda a redefinir y delimitar los objetivos en función del afrontamiento y clarifica la modalidad de la dirección del proceso terapéutico, estableciendo tareas y metas mínimas fácilmente alcanzables donde Celia pidió comprobar su capacidad de cambio y los recursos con los que cuenta. Logró, mediante intervenciones directas, terminar objetivos pendientes como arreglar su casa, superó el miedo a que una persona extraña ingresara, logró un espacio con el que se siente más a gusto y, según refiere la terapeuta, eligiendo vivir allí sola, ya que, esto era parte de la dualidad planteada en su pareja. Según describen Weakland et al. (1974) al experimentarse un cambio pequeño, pero concreto, aumenta la seguridad del paciente en poder gestionar cambios exitosos y esto es

extensible a otras problemáticas. Por otra parte, Celia logra exponer una necesidad ante situaciones pequeñas y específicas con su superior sin generar un pensamiento negativo que la atormenta posteriormente. Del mismo modo, logró hablar con Armando de la molestia que le generaba la falta de regalos o de invitaciones expresando que ante su mirada significa falta de dedicación hacia la relación. Si bien no le expresó todos los aspectos que necesita tratar, él escuchó sus argumentos y eso lo vivió como un logro. La terapeuta se plantea continuar este camino de búsqueda de afrontamiento, según relata.

Existen dos tendencias opuestas: una de ellas a favor del movimiento que genera un cambio y la otra tendencia hacia la estabilidad del sistema (Casabianca & Hirsch, 2009). En el caso analizado, pueden observarse movimientos tendientes a la estabilidad. Celia, según se describe en el objetivo anterior como soluciones intentadas, comenta ejercer cambios de tipo uno, en donde ejecuta movimientos menores intentando exponer parte de la situación a personas que no intervienen directamente o menciona el problema en lugares o momentos inapropiados, por lo que resulta desestimado, un intento superficial, homeostático porque solo mantiene el problema reduciendo la ansiedad de la solución momentáneamente y postergando la necesidad, al menos aparente, de un cambio estructural. Tomando el concepto de cambio expuesto por (Wainstein, 2002; 2007), en un cambio de primer orden hay una retroalimentación negativa que lleva al mantenimiento de un equilibrio estable del sistema. El proceso terapéutico implementa las estrategias en función de lograr un cambio de segundo orden, generar una ruptura con el circuito autoperturbante relacionado a la retroalimentación positiva. En este sentido, se observan todas las intervenciones anteriormente descritas, en función de lograr pequeñas alteraciones en este equilibrio direccionándolas en busca de un cambio estructural. Celia logra superar el miedo en relación al futuro laboral, asumiendo por ello situaciones que le desagradan, renunciando a un trabajo y buscando otras alternativas que considera más acordes a su perfil. Implementó, a raíz de tareas sugeridas por la terapeuta, actividades distractivas, deportivas, recreativas y meditativas que contribuyeron a controlar, en algunas situaciones, los pensamientos negativos y rumiantes que, según cuenta en la queja inicial, la atormentan. En relación a Armando, a raíz de la lista de las ventajas y desventajas de la relación, Celia, comprendió con más claridad la dualidad, pero, también, los puntos de incongruencia, como, por ejemplo, plantea: *“me gusta porque es seguro, sé que siempre va a estar”*, pero, a la vez, le aburre que él siempre es igual. Ella sabe que siempre estará. Comenta angustiarse porque compró un departamento sin preguntarle si le gustaba la zona, no pensó en el futuro, pero, por otro lado, plantea: *“vivir con él sería un lío, yo ya me acostumbré a vivir sola y me gusta mi*

lugar, mis cosas, mi orden...no quiero decirle nada al respecto a ver si se ilusiona". Evaluando esta lista, cuenta que notó que los momentos de disgusto por la forma de ser de Armando coincidían frecuentemente con comparaciones que hacía con otros grupos, como con el grupo de running. Dice verlos más adinerados, con mayores logros y más felices que ella y que Armando. Se plantea si quizás este punto la lleva a cuestionarse si quiere conocer a otras personas. Si bien continúan trabajando en pequeños logros para adquirir mayores certezas en la relación y el afrontamiento necesario para vencer sus temores al enfrentamiento, y, de esta manera, poder plantear sus necesidades a partir de allí, cuenta la terapeuta en la entrevista que se encuentra atenta a detectar nuevas situaciones con estos condicionamientos en diferentes situaciones.

Según relata la terapeuta, la motivación en la paciente, si bien en un comienzo resultaba escasa, fue creciendo paulatinamente a medida que se afianzó el vínculo terapéutico y que pudo concretar pequeños cambios. Casabianca y Hirsch (1992) describen la motivación como indispensable para el proceso terapéutico, dado que puede poner en marcha el proceso de cambio del sistema completo.

El cambio comienza cuando el paciente puede otorgarle un significado diferente a una situación problemática y construye un nuevo equilibrio basado en novedosas alternativas para reaccionar ante la realidad haciendo uso de sus recursos personales (Nardone, 2000). Celia aún transita el proceso terapéutico, pero, en este período, dice resignificar algunas situaciones problemáticas, fundamentalmente en el ámbito laboral, de manera menos extrema, con menor ansiedad, y más consciente de algunas fortalezas como la proactividad, la capacidad de decisión, la efectividad en sus tareas y de los recursos que posee, todas ellas marcadas en repetidas oportunidades como declaraciones positivas por la terapeuta.

Como desarrollan Kopec y Rabinovich (2007), será un nuevo desafío el poder mantener aquellos logros obtenidos. Esto evaluará y resumirá la eficacia del trabajo terapéutico. Por tal motivo, la terapeuta verificará la permanencia de estos logros y su evolución. Según relata, la permanencia de los primeros logros pudo ser inestable en el comienzo, pero algunos de ellos se pudieron verificar que se mantienen constantes como las técnicas de relajación y las distractivas. Lograr esta permanencia de los logros mínimos permite generar nuevos cambios (Watzlawick & Nardone, 1992).

Según De Shazer, (1997) se considera que un tratamiento se ha completado de manera exitosa cuando puede observarse que han desaparecido tanto los síntomas o el significado que el paciente le otorga, además de este mantenerse constante en el tiempo. Como se ha

desarrollado, Celia aún continúa con el proceso terapéutico. Hasta el momento pudo alcanzar muchas de las metas mínimas propuestas y de algunas de ellas se pudo comprobar la permanencia tomando conocimiento de sus fortalezas y recursos disponibles. Según describe la terapeuta, direcciona su planificación estratégica en pos de generar recursos de afrontamiento a las dificultades y temores para producir el cambio buscado a la hora de exponer sus necesidades.

6- Conclusiones

6.1 Resumen del desarrollo

En el presente trabajo se plantea el análisis de las intervenciones terapéuticas desde el modelo sistémico estratégico de terapia breve en una paciente que presenta miedo y dificultades que impiden el proceso de cambio. Se recolectó evidencia empírica a través de la participación en las sesiones de la paciente, en cámara Gesell, la visualización de grabaciones, entrevistas a los profesionales intervinientes y asistencia a supervisión de casos. Sostenido por el marco teórico que aporta el material bibliográfico utilizado. Con el propósito de dar respuesta a los objetivos propuestos.

En primer lugar, se analizó el proceso de coconstrucción del motivo de consulta en función de los temores y dificultades que presenta la paciente y limitan la posibilidad de cambio. Cabe destacar que la queja brindada presenta gran amplitud, incluye varios aspectos del ámbito laboral y de su relación de pareja. Por otra parte, las quejas resultan algo vagas y con cierta dualidad. Como plantea De Shazer (1997), las quejas son, mayoritariamente, construcciones complejas que abarcan muchos elementos intervinientes. En la modalidad de trabajo de terapia breve trabajan en equipo, en forma virtual, utilizando como herramienta la cámara Gesell que otorga una gran ventaja según lo expresado por Hoffman (1987).

A partir del análisis de la queja, contextualizada y definida, se desarrolló conjuntamente el motivo de consulta, sobre el que luego, según lo describen Casabianca y Hirsch (2009), se establecieron las estrategias terapéuticas a utilizar en el tratamiento. Se consideraron las prioridades explicitadas por la paciente, las observaciones del equipo y factores comunes entre las diferentes quejas planteadas. Se buscó proveer a la consultante de herramientas necesarias para el afrontamiento requerido, para que pueda desarrollar nuevos recursos, los cuales le permitan disipar los miedos que inhabilitaban el cambio. En ese proceso se logró redefinir y reestructurar su visión, flexibilizando las conductas y pensamientos rígidos, tal como describe Calderón (2009). En este proceso se inicia el cambio (Hirsch & Rosario, 1987).

El segundo objetivo propuso escribir las intervenciones terapéuticas orientadas a disipar los miedos que presenta la paciente y que interfieren en el proceso de cambio. En el transcurso del proceso terapéutico se implementaron intervenciones directas e indirectas con el fin de romper con la rigidez funcional, según el término descrito por Nardone (1997), y poder generar nuevas estrategias de afrontamiento. La paciente logró alcanzar varias metas mínimas planteadas que la llevaron a desarrollar nuevas estrategias para controlar pensamientos que aumentan sus temores y lograr pequeños acercamientos a las situaciones temidas. El proceso continúa en búsqueda de una mayor flexibilidad perceptiva y comportamental.

El tercer objetivo radicó en describir las intervenciones terapéuticas frente al circuito autopertuante que mantiene las dificultades para realizar cambios. La terapeuta implementó su capacidad de maniobra variando entre las intervenciones que consideró más adecuadas para evitar resistencias, manejó la oportunidad y el ritmo usando lenguaje apropiado para la paciente con el objetivo de intervenir sobre el circuito autopertuante de soluciones intentadas que se indagó. Como se considera que sostiene el problema, se generaron metas mínimas que la paciente, en su mayoría, logró establecer y afrontar. Según explican Hirsch y Rosario (1987) estas, paulatinamente, podrán producir el cambio.

Por último, se propuso analizar si las intervenciones del terapeuta promueven el afrontamiento del miedo y pueden generar el deseado cambio en la paciente. Es importante considerar que Celia aún transita el proceso terapéutico y, si bien hay objetivos en la planificación estratégica de la terapeuta que se encuentran en proceso, en este período, mediante las estrategias utilizadas, la paciente pudo resignificar algunas situaciones problemáticas en función de los ámbitos planteados. Por lo tanto, según describe Nardone (2000), esto construirá un nuevo equilibrio basado en novedosas alternativas para reaccionar ante la realidad. También, logró apreciar algunas fortalezas y valerse de ella, tales como la proactividad, la capacidad de decisión y la efectividad en sus tareas, obteniendo nuevos recursos de afrontamiento y pudiendo sostener, en este período, cambios mínimos alcanzados. Kopec y Rabinovich (2007) destacan el desafío terapéutico de mantener aquellos logros obtenidos en el tiempo.

6.2 Limitaciones

Es pertinente mencionar la variable tiempo y las limitaciones operativas. Una limitación importante fue la imposibilidad de contar con la totalidad del material audiovisual requerido para un exhaustivo análisis. Al momento de plasmar el desarrollo, la paciente había asistido a 23 encuentros de los cuales se grabaron diez, no correlativos. Esto obedece a dos motivos: hubo

encuentros iniciales que la terapeuta debió cambiar de día por impedimentos personales, por lo que decidió reemplazarlos por encuentros fuera de la Cámara Gesell; por lo tanto, no fueron grabados. Por otra parte, la paciente superó la cantidad de sesiones que plantea el modelo, según plantean Fisch et al. (1994), por lo que se le sugirió continuar fuera del programa “bono solidario”. Esto significa que no utilizan el sistema de cámara Gesell, por lo que estos encuentros tampoco fueron grabados. No obstante, se pudieron conocer y desarrollar la evolución y el cambio terapéutico de la paciente gracias a la colaboración de la terapeuta, pero no se pudo lograr un acceso amplio y hacer seguimiento para llevar a cabo un estudio más profundo y exhaustivo del caso en su totalidad.

En consideración a las limitaciones conceptuales, se encuentra la dificultad de hallar suficiente material bibliográfico actualizado con respecto a la relación entre el modelo sistémico y el concepto de miedo no patológico. Del mismo modo, es escaso el material novedoso referente a últimas investigaciones sobre intervenciones en el modelo.

6.3 Perspectiva crítica y aporte personal

Desde la perspectiva personal, en cuanto a la práctica profesional que compone la base empírica de este trabajo, es importante destacar la colaboración de la institución y de la terapeuta a cargo del proceso, la disposición activa, la apertura a la participación, el respeto y la claridad en la enseñanza, lo cual, sumado a la posibilidad de presenciar los encuentros y las supervisiones, conociendo tanto las realidades como las intervenciones en forma directa y las principales dificultades de los profesionales en el proceso terapéutico, convierten a la práctica en una experiencia sumamente enriquecedora.

Al respecto de la perspectiva crítica, si bien el proceso terapéutico transita exitosamente en la dirección buscada y se llegaron a alcanzar varias de las metas mínimas propuestas, la paciente presentó reticencia a algunas de las intervenciones directivas propuestas, y en otras no realizó lo solicitado. Por lo que, en este caso, podría ser beneficioso un abordaje más centrado en intervenciones indirectas, ya que, como describen Minuchin y Fishman (2004), se adapta mejor a cambiar pautas de interacción complejas que se han afianzado y conectaría a la paciente con las posibilidades de afrontamiento evitando la confrontación directa con sus miedos y pudiendo comprender distintas aristas de las situaciones para poder abordar nuevos significados - así como destaca la importancia de este concepto, Medina Centeno (2011) - desde un lugar de menor enfrentamiento para disminuir la resistencia al cambio.

Por otra parte, quizás existan dos aspectos a tener en cuenta que no se han planteado en el proceso terapéutico ni se han referenciado por la terapeuta o por el equipo como condiciones que transita la paciente y pueden asociarse a las problemáticas presentadas. Una de ellas es el ciclo vital. Celia tiene 51 años y transita el período de menopausia, según se supo por el relato de su sintomatología. Existen dificultades, temores y variaciones en el estado de ánimo que podrían vincularse o influenciar en las dificultades presentadas. Por otra parte, podría evaluarse la autoestima de la paciente tomando las referencias a las que alude por medio de las comparaciones con otras personas, en donde resultan siempre superiores a ella. Por lo tanto, impactan en su valoración personal y en su relación de pareja. Además, le otorga peso al lugar, la opinión y la mirada de los otros, en tanto el miedo que le genera poder exponer sus ideas y necesidades por la situación que el otro puede "*desatar*" y ella no pueda controlar.

Podría recomendarse terapia de pareja, ya que a la paciente le es muy complejo expresar las diferencias con Armando. Teme no poder generar ni controlar este diálogo. Esta opción le daría la posibilidad de encontrar juntos herramientas para generar un diálogo, comenzando en un ambiente protegido y guiado que la puede contener.

6.4 Nuevas líneas o problemas de investigación

Sería interesante y de gran aporte para las investigaciones futuras en psicoterapia evaluar la eficacia de los tratamientos desde el modelo planteado en pacientes con resistencia al cambio, contemplar la extensión del proceso terapéutico establecida por el modelo (Fisch et al. 1994) e investigar sobre nuevas técnicas de intervenciones indirectas que permitan quebrar el sistema perceptivo-reactivo que resulta muy rígido (Nardone, 1992).

Esta práctica fue realizada en situación de aislamiento obligatorio en el marco de la pandemia por COVID-19, por lo que no se puede dejar de considerar la necesidad del desarrollo de tecnologías más avanzadas que permitan que la terapia online pueda representar una experiencia más cercana para el consultor y el consultante, con menores dificultades técnicas y mejor acercamiento a la comunicación analógica. Esto implicaría, también, mejores opciones para el desarrollo de la cámara Gesell Virtual, ya que, es central para el modelo y representa una ventaja en el tratamiento respecto de otras modalidades (Hoffman, 2001).

Referencias Bibliográficas

- Akoka Rovinski, M. (2021). *El motivo de consulta como herramienta terapéutica para favorecer el cambio desde la psicoterapia sistémica*. (Tesis). Recuperado de la biblioteca de la Universidad Javeriana de Colombia, (J.10554/54289)
- Bateson, G. (1979) Nueva York: *Mind and Nature* por E. P. Dutton.
- Belloch, A. Sandín, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. (Vol. 2 pp.53-81). Madrid: McGraw-Hill.
- Berezovsky, I., Ferraro, A., Figueroa, E., Giordano, R., Hirsch, H. & Licitra, Y. (1987). *Maniobras para el cambio*. Buenos Aires: Nadir editores.
- Berger, T. (2016). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research Journal* 27(5), 511-524. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>
- Bulacio, JM (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Cabrera Orellana, P. & Ruiz Dávila, M. (2007) *Intervenciones estratégicas individuales del modelo clínico sistémico*. Universidad de Azuay, recuperado de <https://despace.uazuay.edu.ec/handle/datos/1062>
- Calderón, C. (2009). Comunicación de una experiencia clínica con auto daño desde el enfoque estratégico de terapia breve. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 18, 83-101. Doi: 10.5354/0719-0581.2009.17129.
- Capafons Bonet, I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, Vol. 13 nº 3, p.447-452. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/467.pdf>.
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I*. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Cazabat, E. (2007). *Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina*. Buenos Aires: Dunker.
- Ceberio, M. (2017). Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas. *Revista redes*, Barcelona,, Nº. 35, 99-119, ISSN 1135-8793, Recuperado:<http://redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/204>
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve: una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa Editorial.

- Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R. & Schlanger, K. (2012). *Cambiando lo incambiable, La terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona: Herder.
- García Martínez, F. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: Ros Editores.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hirsch, H. & Rosario, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales: La Organización del Cambio*. Buenos Aires: Nadir
- Hoffman, L. (2001). *Fundamentos de la Terapia Familiar; Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México, D. F.:Fondo de cultura económica.
- Kaufman Quick, E. (2008). *Doing what works in brief therapy: A strategic solution focused approach*. California: Elsevier Inc.
- Keeney , B., Ross, J. (1987) *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Bs. Aires: Amorrortu
- Kopec, & Rabinovich, J. (2007) *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica*. Buenos Aires: Dunken.
- Manubens, R., Roussos, A., Gómez, J., & Oliveira, J. (2018). Rupturas en la alianza terapéutica y su asociación con cambio y abandonos tempranos en psicoterapia. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 5, 143–158. DOI: <http://dx.doi.org/10.30545/academo.2018.jul-dic.7>
- Medina Centeno, R. (2011). *Cambios modestos, grandes Revoluciones: Terapia Familiar Crítica*. México, DF: Red Américas
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1984), *Técnicas de terapia familiar*. México, DF: Paidós
- Moreno Fernández, A. (2014). *Manual de terapia sistémica*. Bilbao, Deseclée de Brouwer
- Nardone, G. & Watzlawick, P (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2000). *De los modelos generales a los protocolos específicos de tratamiento: la terapia breve estratégica evolucionada*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G., (2002). *Miedo, pánico, fobias: la terapia breve*. Barcelona: Herder
- Nardone, G. & Partelli C., (2006). *Conocer a través del cambio: La evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona: Herder
- Pacheco, F. M., Agudelo, P. A., Escobar, S. A., y Ciro, Y. A. (2021). Relación entre la noción de cambio 1 y cambio 2 en la Terapia Familiar Sistémica, según Watzlawick,

- Weakland y Fisch. *Tempus Psicológico*, 4 (2).
<https://doi.org/10.30554/tempuspsi.4.2.3397.2021>
- Platone, ML. (2007). El enfoque ecosistémico en terapia de familia y de pareja.
Revista *Segunda época* Vol 26 N° 1. Recuperado de
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/repsi/v26n1/v26n1a05.pdf>
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., & DiClemente, C.C., (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.
- Wainstein, M. (2002). *Comunicación: Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: Eudeba.
- Wainstein, M. (2007). *Intervenciones para el Cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones
- Watzlawick, P., Beavin J. & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*: Barcelona, Herder.
- Watzlawick, P. Weakland, J. H. & Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. Bavalas, J & Jackson, Y. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona : Herder
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (1997). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. (1974). *Brief Therapy: Focused Problem Resolution*. *Family Process*, 13 (2) <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1974.00141..>
- Witzezaele, J., & Garcia, T. (1994) *la Recherche: Escuela de Palo Alto*. Paris, Éditions du Seuil.