



Universidad de Palermo

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

**Trabajo Final Integrador**

"¿Por qué ahora?" Análisis de un caso de duelo desde la perspectiva sistémica a partir de la motivación para el cambio.

Julia Bortolin

Tutor: Ignacio Constantino

20 de Diciembre de 2021

## Indice

1. <b>Introducción.</b> .....	3
2. <b>Objetivos</b> .....	3
2.1. Objetivo General. ....	3
2.2. Objetivos específicos .....	4
3. <b>Marco Teórico.</b> .....	4
3.1. Teoría Sistémica. ....	4
3.2. Modelo terapéutico sistémico estratégico breve. ....	6
3.2.1. Dispositivo de Cámara Gesell Online .....	8
3.3. La queja inicial y la co-construcción del motivo de consulta. ....	9
3.4. Motivación para el cambio y su utilización en terapias breves. ....	13
3.4.1 Etapas de Motivación para el cambio .....	14
3.4.2. Entrevista Motivacional .....	17
3.5. Duelo y su abordaje desde la perspectiva sistémica. ....	20
3.6. Intervenciones dirigidas a Cambios cognitivos y Cambios conductuales. ....	22
4. <b>Metodología.</b> .....	27
4.1. Tipo de estudio. ....	27
4.2. Participantes. ....	27
4.3. Instrumentos. ....	28
4.4 Procedimiento. ....	28
5. <b>Desarrollo.</b> .....	28
5.1. Describir la queja inicial de la paciente y la etapa de motivación para el cambio en la que se encuentra, y analizar la construcción del motivo de consulta de la paciente por parte del equipo de terapeutas realizada en las primeras sesiones del tratamiento realizado mediante Cámara Gesell online .....	28
5.2. Describir las intervenciones realizadas por el equipo terapéutico durante las primeras instancias del tratamiento, dirigidas hacia cambios conductuales en el consumo de alcohol de la paciente y a cambios cognitivos en su procesamiento del duelo. ....	33
5.3. Analizar los cambios producidos en la paciente a partir de las intervenciones enfocadas en su proceso de duelo durante las primeras	

sesiones del tratamiento.....	40
6. <b>Conclusiones.</b> .....	43
7. <b>Referencias Bibliográficas.</b> .....	48

## **1. Introducción**

En el marco de la cursada de la asignatura Práctica y Habilitación Profesional V de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se llevó a cabo una pasantía en una institución de psicoterapia de enfoque sistémico, estratégico focalizado breve desarrollado por el *Mental Research Institute* (MRI), ubicada en el barrio de Belgrano de la Ciudad de Buenos Aires, dedicada tanto al tratamiento psicoterapéutico de pacientes/consultantes como a la formación de profesionales.

Las actividades de la pasantía se realizaron bajo la supervisión de una Coordinadora Académica de manera virtual, respetando la medidas de aislamiento social preventivo y obligatorio decretadas por el Gobierno Nacional en el contexto de la pandemia de COVID-19, lo que obligó a restringir las actividades contempladas en la práctica profesional a las siguientes: reuniones semanales de estudio y lectura de material académico y presentaciones audiovisuales del mismo, participación de sesiones de psicoterapia en Cámara Gesell virtual mediante plataforma Zoom, y supervisión de casos clínicos por parte de los terapeutas que se encuentran cursando el programa de formación profesional que dicta la institución.

En el presente trabajo se analiza cómo desde el modelo sistémico estratégico focalizado y breve, y analizando la motivación para el cambio, se co-construye el motivo de consulta de una paciente de 26 años que se encuentra atravesando un duelo por la muerte de su padre ocurrida cuatro años antes del momento de su consulta, agravado por consumo de alcohol, describiendo tanto la queja inicial que presenta, la etapa de motivación para el cambio en la que se encuentra, así como las intervenciones dirigidas hacia cambios conductuales en el consumo de alcohol de la paciente y a cambios cognitivos en su procesamiento del duelo, realizadas por el equipo terapéutico en las primeras sesiones del tratamiento realizado mediante Cámara Gesell Online.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Analizar a partir de la motivación para el cambio el caso de una paciente de 26 años que se encuentra atravesando un duelo con consumo elevado de alcohol y que comienza un proceso de psicoterapia sistémica estratégica focalizada breve mediante un dispositivo de Cámara Gesell online.

### **2.2. Objetivo Específico 1**

Describir la queja inicial de la paciente y la etapa de motivación para el cambio en la que se encuentra, y analizar la construcción del motivo de consulta de la paciente por parte del equipo de terapeutas realizada en las primeras sesiones del tratamiento realizado mediante Cámara Gesell Online.

### **2.3. Objetivo Específico 2**

Describir las intervenciones realizadas por el equipo terapéutico durante las primeras instancias del tratamiento, dirigidas hacia cambios conductuales en el consumo de alcohol de la paciente y a cambios cognitivos en su procesamiento del duelo.

### **2.4. Objetivo Específico 3**

Analizar los cambios producidos en la paciente a partir de las intervenciones enfocadas en su proceso de duelo luego de las primeras sesiones del tratamiento.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1. Teoría Sistémica**

La teoría sistémica ha sido desarrollada por más de 50 años, constituyendo una modalidad de psicoterapia muy valiosa que conceptualiza las conductas de los individuos tanto como emergentes, causa y a la vez efecto de sus relaciones interpersonales, por fuera del espacio intrapsíquico. Ésta es la fundamental diferencia entre la psicodinámica freudiana y la teoría de la comunicación como principios explicativos de la conducta humana, ya que pertenecen a distintos órdenes de complejidad, el primero no puede ampliarse y convertirse en el segundo y éste no puede tampoco derivarse del primero: se encuentran en una relación de discontinuidad conceptual (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1981).

El interés de la perspectiva sistémica está orientado hacia las interacciones entre las personas y los efectos que éstas producen, destacando la centralidad de la comunicación humana, y la capacidad que tienen las palabras y los gestos para influir sobre las personas, sus conductas y creencias (Wainstein, 2006). La definición de *sistema* hace referencia a un conjunto de elementos que interactúan entre sí de modo tal que conforman una unidad, y un sistema es complejo cuando está conformado por gran cantidad de elementos variables de valores aleatorios que tienen funciones especializadas; estas funciones especializadas y los elementos están organizados en niveles jerárquicos e interactúan de manera no lineal, por lo cual un cambio en sus propiedades, estructura o interrelaciones causa por acumulación efectos cuantitativos

crecientes o decrecientes de resultados impredecibles (Wainstein, 2009). Es en esa interacción que se presenta el *principio de totalidad*, emergiendo de ella características que trascienden las personales o individuales de cada miembro que la compone, o dicho de otra forma, el todo es diferente a la suma de las partes (von Bertalanffy, 1987). Asimismo, cada sistema tiende a conservar su identidad y coherencia interna mediante la *homeostasis* o capacidad autorregulatoria, pero cuando se produce un *cambio* en uno de sus miembros, éste afectará a los miembros restantes, dando lugar al fenómeno de la *sinergia* y la *circularidad*. Según Simon, Sherlin y Wynne (1984) los *procesos circulares* constituyen el interés central de la cibernética, y se basan en que los diferentes elementos de un sistema son recíprocamente contingentes e influyen sus conductas entre sí de una forma compleja. También según estos mismos autores, los cambios llamados por Ashby *de primer orden*, si bien implican una modificación del sistema, no producen una modificación de su estructura. Por el contrario, los llamados *cambios de segundo orden* suponen un cambio de las leyes del sistema, y su modificación estructural, dando a lugar el proceso de *morfogénesis*. Los autores también afirman que la funcionalidad a largo plazo de una familia depende, al igual que en todo sistema, de la medida en que las estructuras sean capaces de cambiar (Simon, Sherlin & Wynne, 1984). En términos cibernéticos, el cambio de primer orden se relaciona a la llamada *retroalimentación negativa*, un mantenimiento de cierto equilibrio estable del sistema (llamada *morfostasis*, o la capacidad de mantenimiento de estructura en un medio cambiante), el cambio de segundo orden nos remite a una *realimentación positiva*, desequilibrios generadores de cambios en los sistemas (Wainstein, 2009). La retroalimentación dentro del sistema se produce de manera constante a través de los diferentes modos de comunicación (von Bertalanffy, 1987).

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

### 3.2. Modelo Terapéutico Sistémico Estratégico Breve

El Mental Research Institute de California (MRI) fue fundado en marzo de 1959 por una parte de los científicos del Proyecto Bateson, Jackson, Satir y Riskin, a quienes se les sumó poco tiempo después el psiquiatra Paul Watzlawick quien sería luego el símbolo de las principales ideas del instituto (Bertrando & Toffanetti, 2004). Durante 1967 en el Brief Therapy Center de los Estados Unidos de América, fundado por el MRI de la mano de Fisch, Jackson, Watzlawick, Weakland y Bodin, fue desarrollado lo que se conoce como modelo de Palo Alto el cual hace foco en la *conducta observable* y donde la intervención opera sobre el sistema vigente (Barreira, 2016). Basándose en las ideas centrales de que el terapeuta debe focalizarse en la interacción presente de conductas observables y que debe intervenir de manera deliberada para alterar el sistema vigente, posee un abordaje sistémico en tanto posee los principios siguientes: (1) la estabilidad de la relación entre miembros de un sistema es lo que hace que formen parte del mismo; (2) la conducta de un miembro modificará así el comportamiento del resto; (3) las conductas de uno son significadas por el resto y se organizan en torno a la interdependencia y a la jerarquía; (4) todo sistema está sometido a fuerzas de cambio y estabilidad (Casabianca & Hirsch, 2009). En este modelo el foco de análisis es el proceso de interacción, es decir la secuencia de conductas concatenadas donde el comportamiento problemático aparece con el fin de modificar el circuito, para lo que se selecciona al o los miembros del sistema que son los más motivados en resolver el problema y, privilegiando la comunicación verbal, se intervendrá sobre ellos para desanclar los procedimientos fallidos en relación con el problema, estimulando nuevas alternativas de solución (Casabianca & Hirsch, 2009).

La terapia breve está sostenida por dos ideas nucleares de la terapia familiar: (a) la centración en la interacción conductual observable en el presente y (b) pensar en una *intervención* para alterar el funcionamiento del sistema (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974). El modelo de terapia breve del MRI se basa en el postulado de que los problemas se originan y se mantienen por el modo en que un cliente o las otras personas involucradas perciben y abordan las dificultades normales de la vida, y que las *soluciones intentadas*, que derivan de un cierto marco de creencias aplicado a la dificultad, quizá no generen ningún cambio o incluso exacerben el problema (Cade & O'Hanlon, 1993). Hacia la década de 1980 De Shazer y su equipo en la escuela de Milwaukee desarrollaron una nueva forma de terapia breve centrada en soluciones mientras Haley y Madanes en Washington desarrollaban la terapia familiar estratégica

apuntando a reorganizar los juegos de poder dentro de la jerarquía familiar y sus dinámicas de comunicación (Nardone & Portelli, 2013).

Se considera una terapia estratégica ya que el fin es lograr el cumplimiento de objetivos convenidos con el paciente, en la que la tarea del consultor es poder focalizar las intervenciones de modo que se adecúen a los medios y fines que se quieren lograr, y su eficacia en la selección de las estrategias será determinada por el modo más rápido y económico para el paciente (Wainstein, 2006).

En cuanto a la brevedad del tratamiento, no es un mecanismo ni es una meta en sí misma, sino que se parte de la premisa que establecer límites de tiempo al tratamiento tiene una influencia positiva tanto en terapeutas como en pacientes (Weakland et al., 1974). Fisch, Weakland y Segal (1984) plantean que la dicotomía entre la terapia breve y terapia prolongada constituye una traba para el desarrollo de una terapia que sea a la vez efectiva y eficiente, pero es la consecuencia lógica de los intentos de acortar el tratamiento sin replantear con seriedad la naturaleza de los problemas y de su solución. Como afirman los autores, “Llevar a cabo una terapia en poco tiempo no es necesariamente lo mismo que hacer una «breve psicoterapia»” (Fisch, Weakland & Segal, 1984, p.9), con lo que la terapia se centrará primordialmente de la interacción que tiene lugar en torno a la dolencia, teniendo siempre en cuenta que lo que se pretende eliminar de los participantes es la conducta que mantiene vivo el problema y suponiendo desde lo interaccional que toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la unidad de interacción (familia, u otro tipo de grupo) influirá en la conducta de los demás miembros de esa unidad.

En el enfoque sistémico estratégico breve la teoría no es más que el *mapa conceptual* para entender y tratar la clase de problemas que se les plantean a los terapeutas en su práctica cotidiana, y al igual que un mapa, es una herramienta que ayuda a alguien a dirigirse de uno a otro sitio, en este caso desde que el terapeuta toma contacto con el problema del cliente hasta que éste último lo soluciona con éxito, pero que no debe ser confundido con la realidad debido a que es algo provisional y hay que juzgarlo por el resultado que dé (Fisch et al., 1984). Se trata de esquematizar las premisas básicas, prestar particular atención a los posibles sesgos del terapeuta, y generar cambios en la conducta observable o en su rotulación verbal, que por aparentemente menores que parezcan, frecuentemente son suficientes para iniciar desarrollos progresivos. Además este abordaje considera que a pesar de sus desventajas obvias, en la conducta



sintomática usualmente hay algunas ventajas reconocibles o ganancias secundarias, tales como entregar algún manejo en el control de las relaciones, y no se consideran especialmente significativas como causas del problema u obstáculos al cambio (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

### ***3.2.1. Dispositivo de Cámara Gesell Online***

Según Kaplan y Petetta Goñi (2019) uno de los recursos utilizados en la práctica clínica es la observación y supervisión en vivo de casos reales o simulados a través de la Cámara Gesell, que técnicamente se trata de un dos habitaciones contiguas separadas por un vidrio de visión unidireccional que permiten la observación de una habitación hacia la otra pero no al revés. En cuanto a lo operativo, mediante la observación de sesiones en Cámara Gesell, un equipo de terapeutas (en formación o no) ve a través del espejo el trabajo de terapeutas más expertos mientras analizan lo que sucede junto a un supervisor o docente del otro lado de la pantalla, presenciando entrevistas en vivo o a posteriori durante las cuales el supervisor o docente puntúa los movimientos del terapeuta experto, incentiva a prestar atención a las técnicas que utiliza y a pensar en conjunto, someter lo que se ha hecho a discusión y análisis en equipo. Además, las sesiones de terapia grabadas dan la posibilidad de ser estudiadas en detalle para aprender del estilo del terapeuta y saber qué objetivo estratégico podrían tener las intervenciones realizadas, observar las respuestas de los consultantes a las intervenciones y las decisiones que toma el terapeuta en el constante feedback producido por la interacción, como también el estilo terapéutico del coordinador o supervisor, lo que permite comparar diferentes estilos en función de sus diferentes formadores y contribuir en el propio estilo a desarrollar.

De acuerdo a la American Psychological Association (APA), las *intervenciones telepsicológicas* son definidas como “la provisión de servicios psicológicos mediante tecnologías que permiten la comunicación no presencial, entre las que se incluyen el teléfono, email, texto, videoconferencia, aplicaciones móviles y programas estructurados en una web” (APA, 2013, p. 791). La telepsicología es una herramienta fundamental utilizada por los psicólogos para adaptar el espacio terapéutico en la situación actual de pandemia y la práctica debe poder garantizar seguridad, confidencialidad, eficacia y eficiencia, al igual que la modalidad de atención presencial (Traverso & Salem Martínez, 2020). La pantalla del computador simula estar detrás de la Cámara Gesell, pero con la ventaja de producir un *aquí y ahora* en el encuentro virtual que

habilita al paciente a ser escuchado así como que el terapeuta logre comprenderlo y ayudarlo con su problemática, teniendo el objetivo terapéutico como un factor invariable sin barreras tecnológicas tanto en lo real como lo virtual (Cotton, 2014).

Las sesiones de Cámara Gesell online se realizan mediante videoconferencia, que según los lineamientos de la *Guía para la Intervención Psicológica* del Colegio de Psicólogos de Madrid es la vía de comunicación más cercana a las intervenciones cara a cara, que permite distinguir aspectos de la comunicación no verbal (ver las expresiones faciales, la postura, etc.) e identificar el entorno en el que se encuentra el usuario; es muy accesible ya que solo se necesita cámara, micrófono, conexión a internet y descargar un programa informático de comunicación gratuito, y permite grabar las sesiones para su análisis (de la Torre Martí & Pardo Cebrián, 2018).

Si bien el clínico tiene que tener en cuenta que, atendiendo a las razones éticas y deontológicas es desaconsejable la intervención telepsicológica en algunos casos (especialmente aquellos de gravedad o de gran vulnerabilidad que requieran cuidados especiales), el psicólogo es el responsable de asegurar las condiciones que requiere el espacio terapéutico online para que el cliente pueda beneficiarse de éste y para lograr el éxito de la terapia (de la Torre Martí & Pardo Cebrián, 2018; APA, 2013), para lo que se torna necesario salvar las posibles limitaciones técnicas, de las que se destaca la deficiencia en la conectividad, que al ocurrir modifica el flujo habitual de la conversación, dificultando tanto la retroalimentación verbal, en la cual además influyen los mecanismos de las aplicaciones para amplificar la voz del hablante y disminuir las demás para evitar superposiciones, así como la retroalimentación no verbal, dificultando acceder a las expresiones faciales y corporales de los consultantes (Traverso & Salem Martínez, 2020).

### **3.3. La queja inicial y la co-construcción del motivo de consulta**

La provisión de servicios psicológicos mediante tecnologías permite el abordaje de un caso desde la primera sesión de forma remota, en la que los pacientes o los miembros de su familia acuden con ciertas *quejas*, y el aceptarlas para el tratamiento involucra una responsabilidad para aliviar esas quejas (Weakland et al., 1974). El objetivo principal del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la información adecuada sobre los factores que se consideran esenciales para cada caso: naturaleza del malestar, cómo se está afrontando el problema, definición de los objetivos mínimos del cliente, así como su actitud y

lenguaje; entendiendo por *información adecuada* aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conductas, es decir, qué hacen y dicen los individuos concretos cuando se da el problema e intentan afrontarlo (Fisch et al., 1984).

De Shazer (1986) utiliza la metáfora de que las quejas que los clientes llevan al terapeuta son como cerraduras en puertas que se abren hacia una vida más satisfactoria, de lo que se supone que lo que aportará una solución será una llave, es decir, una intervención terapéutica que se ajuste a la queja misma brindando soluciones, y que no tiene porque ser compleja en sí misma, ya que el hecho de que la queja sea complicada no significa que la solución deba serlo en idéntica medida. Weakland et al. (1974) señalan también que dado que la conducta sintomática desviada y sus círculos viciosos acompañantes de acción y reacción pueden ser en sí mismos disruptivos para el funcionamiento del sistema, el terapeuta no debería apurarse en buscar otras raíces más profundas de la patología. En palabras de los autores, “la presentación del problema ofrece en un paquete sobre lo que el paciente está dispuesto a trabajar, una manifestación concentrada de lo que está equivocado y un indicador concreto de cualquier progreso hecho” (Weakland et al., 1974, p.6 ). Para Fisch et al. (1984) una tarea fundamental del terapeuta en la primera entrevista consiste en preguntar qué es lo que han estado haciendo para solucionar o afrontar el problema todas aquellas personas íntimamente relacionadas con el o la paciente. Además de centrarse en lo que está sucediendo en el momento, la indagación está enfocada sobre la dolencia o las dolencias principales de quienes buscan ayuda, en términos de conducta, ante lo que cabe preguntar quién está haciendo que el hecho represente un problema, y para quién y cómo constituye tal conducta un problema. Esto debe ser planteado por el terapeuta de inmediato realizando una interrogación directa, elemento por elemento, y si la respuesta no fuera clara y concreta, el terapeuta debe manifestar que no lo ve claro, responsabilizándose él mismo de modo manifiesto, y pedir una nueva formulación de la frase de modo persistente, firme y cortés, ya que ejemplificar el problema suele ser el mejor camino para obtener información concreta y definida acerca de la conducta en cuestión.

La multiplicidad de síntomas y motivos manifiestos de consulta deben ser conceptualizados en tipos sencillos de conductas y de personas para que el terapeuta realice una formulación clara y breve que abarque todos los elementos que intervienen en la dolencia actual (quién, qué, a quién y cómo), y se debe evitar continuar avanzando sin una clara formulación del problema ya que a medida que se acumule más información a lo largo de las entrevistas

posteriores, resultará más difícil formular de modo conciso el problema (Fisch et al., 1984). Para Weakland et al. (1974) en cuanto a la indagación acerca del porqué, desde la terapia estratégica se hace irrelevante dado que tal pregunta comúnmente conduce hacia las causas subyacentes “más profundas” – históricas, mentales, familiares – de la conducta problema y acerca del insight de la persona al respecto de aquellas, lo que tiende a promover una concepción de la conducta humana individualista y racionalista, más que una concepción centrada sobre sistemas de interacción e influencia. Además, puesto que las causas subyacentes no son observables, el preocuparse por ellas distrae al terapeuta de la observación estrecha del problema presente y qué conducta puede estar perpetuándolo.

Algunas de las principales quejas que suelen presentar los pacientes se basan en la presencia de síntomas de un ataque de pánico, el cual el manual DSM-5 no establece como un trastorno en sí mismo, sino que se puede producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad u otros trastornos mentales, y se caracteriza por una aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos, tiempo durante el cual se producen cuatro o más de los siguientes síntomas: palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo), miedo a perder el control o de “volverse loco”, miedo a morir. Se debe tener en cuenta que la aparición de éstos síntomas no sea atribuible a efectos fisiológicos de alguna sustancia, ni a otro trastorno mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp. 135-136).

Además de definir el problema, a menudo se hace necesaria la indagación del motivo por el cual el cliente consulta en ese momento y no en otro, debido a que con frecuencia se obtiene nueva luz acerca de la naturaleza del problema cuando se recibe información sobre las circunstancias que rodean esta acción inicial (Fisch et al., 1984). Con el fin de explorar las *soluciones intentadas fallidas*, el terapeuta se plantea la pregunta de qué realiza el cliente cuando le sucede el hecho que suscita su queja/problema, debido a que lo esencial es saber cómo reacciona el paciente o sus familiares ante ella, haciendo énfasis en qué es lo que hacen, más que lo que sienten, para consecutivamente seguir con algunas preguntas para llegar a las soluciones intentadas (Ruiz Dávila, 2007).

De acuerdo a Ruiz Dávila (2007) durante la primer entrevista se realizará un planteamiento de metas mínimas, que suponen una acción que implique un pequeño cambio, sin establecer una reestructuración total de la situación-problema, que se realizará paso a paso debido a que desde la óptica estratégica un cambio mínimo en los circuitos autoperpetuantes puede provocar secuencialmente nuevos cambios, alterando las pautas de interacción del problema y los intentos de solución fallidos dado que se modifica la circularidad del sistema generador del problema y la queja. La primera entrevista estratégica tiene el objetivo de bloquear estos circuitos, se bloquea un circuito por otro, una solución fallida por una que funcione, interviniendo para que el paciente enfrente su problema de manera diferente.

La co-construcción del motivo de consulta partirá de la teoría de los constructos personales de George Kelly, que al llegar al terreno de las prácticas terapéuticas pone el acento en el descubrimiento de los constructos del consultante más que en la demostración o comprobación de las teorías del terapeuta (Feixas et al, como se citó en Wainstein, 2009). Considerando que cliente y terapeuta construyen conjuntamente la realidad del problema, puede decirse que el cliente inicia el proceso de cambio por el hecho mismo de presentar su problema a un terapeuta, con lo cual lo hace público y de este modo la definición del problema queda sujeta a cambio ya que si el cliente tal vez de manera implícita declara que no puede resolver el problema, la nueva definición debe ser tal que haga la solución posible (de Shazer, 1986).

Solo dentro del marco de esta relación colaborativa consultante-terapeuta se dota de sentido pleno la aplicación de las técnicas de entrevista, ya que la responsabilidad del terapeuta se enmarca en una relación humana entre iguales que incluso puede gozar de una mayor simetría que otras relaciones sociales y el pragmatismo de los procedimientos frente al espíritu más abstracto de sus principios ha sufrido un proceso dialéctico resuelto en favor de los primeros, llegando a convertirse en recursos aplicables de forma independiente del modelo de partida (De la Fuente Blanco, Alonso & Vique, 2019).

Según Fisch et al. (1984) al formular un enfoque estratégico, un caso sólo puede avanzar cuando el terapeuta actúa guiado por su estrategia de tratamiento, y que las estrategias efectivas suelen ser aquellas completamente opuestas al impulso básico del paciente. Asimismo, según los autores no es suficiente para el terapeuta desplazarse a una posición supuestamente neutra, debido a que en su mayoría los consultantes se resisten a los intentos de éste de llevar a cabo el tratamiento debido a su angustia o temor a que el problema llegue a empeorar. En consecuencia,

una cosa es saber cuál es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra muy distinta ser capaz de poner en práctica lo que el terapeuta juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. Ésta es llamada por los autores la *Capacidad de Maniobra del Terapeuta*, que implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten en beneficio del consultante y puede ser potenciada mediante la oportunidad y ritmo de la sesión, el buen uso del tiempo necesario, el uso de lenguaje condicional, una actitud igualitaria, y la concreción del cliente. El hecho de lograr que el paciente abandone su propia solución fallida y se decida por un enfoque que por lo general considerará arriesgado o peligroso constituye un factor decisivo para realizar con brevedad la terapia y depende en gran parte también de la *Postura del Paciente*, que es definida por Fisch et al. (1984) como la inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta. Cabe recordar que al igual que afirman los autores, la persona más decidida a buscar un cambio es aquel miembro del sistema que se halla más perturbado por el problema, y en consecuencia, es quien mejor suele colaborar con el tratamiento.

### **3.4. Motivación para el cambio y su utilización en terapias breves**

La primera entrevista tendrá un aspecto a analizar pormenorizadamente que concierne específicamente a cómo se produce el cambio del consultante. La importancia de ésta conceptualización se sostiene en que en el ejercicio de la clínica se necesita una teoría más amplia y adecuada del cambio de comportamiento para explicar cómo las personas cambian en y entre las sesiones de terapia así como se produce el cambio antes que comience la terapia, después que ésta finaliza, o en su defecto, cuando nunca hay terapia (Prochaska, 1999). El estudio de este fenómeno llevó a Prochaska y DiClemente a elaborar un modelo transteórico que toma conceptos de diferentes marcos teóricos de la Psicología: la *teoría de los estadios de cambio*, una de las más significativas en el campo de la modificación de la conducta y la salud que se basa en el concepto de cambio para la reconstrucción de las condiciones de salud de la sociedad, y se parte de la premisa de que el cambio no es un evento aislado, sino un proceso de aprendizaje que debe respetar las formas naturales de conocer y manejar el entorno del individuo (Álvarez, 2008). Este modelo basado en estudios de pacientes con conductas adictivas está compuesto por dos dimensiones: las *etapas de cambio*, que se refieren a lo temporal,

motivacional, y a la constancia del cambio, mientras que los *procesos de cambio* son aquellas actividades que tienen lugar entre las etapas, y se basan en cualquier actividad que uno inicia para ayudar a modificar su pensamiento, sentimiento o conducta (Rivera Cisneros, 2017; Álvarez, 2008). Comparando casos de personas que participaron en tratamientos profesionales con quienes cambiaron por sí mismos, Prochaska y DiClemente (1983) demostraron que el cambio implica una progresión a través de una serie de fases diferentes en las que las personas aplican los ya mencionados procesos particulares para pasar a la fase siguiente, y propusieron que mediante el entrenamiento de los terapeutas en el manejo de estos procesos se pueden propiciar situaciones de cambio, así como también que dichos procesos actuarán incluso una vez obtenido el cambio buscado. Los procesos, en orden son: aumento de la concientización o adquisición de conciencia, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, emoción dramática, auto-liberación, liberación social, manejo de contingencias. contracondicionamiento o recondicionamiento, control del estímulo, relación de ayuda o relación facilitadora. Los seis estadios de cambio que experimentan las personas son: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización (Rivera Cisneros, 2017; Prochaska & DiClemente, 1983).

La definición del problema, la necesidad de tratamiento y el proceso de cambio son temas confusos que es necesario desentrañar para desarrollar una sólida comprensión del tratamiento, retención y participación en la terapia por parte de los clientes, dado que si bien el tratamiento es importante para el cambio, éste no depende exclusivamente del primero (DiClemente & Scott, 1997).

### ***3.4.1 Etapas de Motivación para el cambio***

Las ya mencionadas etapas o estadios de cambio por los que toda persona transita a lo largo de todo proceso de cambio son: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y finalización (Prochaska & DiClemente, 1983). Según Prochaska (1999) la precontemplación es la fase en la cual las personas no están interesadas en cambiar o tomar acciones en el futuro cercano, ya sea porque no están informados o están mal informados acerca de las consecuencias de sus comportamientos, o debido a intentos fallidos de cambiar en diversas oportunidades (lo que redundaría en desconfianza en sus habilidades para lograrlo), por lo que pueden estar defensivos, negando que existe un problema. Las personas en esta fase evitan hablar

y pensar en sus comportamientos de alto riesgo, y a menudo son caracterizados en otras teorías como clientes resistentes, no motivados o que no están preparados para la terapia o los programas de promoción de la salud, dado que los programas de tratamiento tradicional no están diseñados para encajar con las necesidades de aquellos. Las personas en la fase de precontemplación se caracterizan por subestimar los beneficios del cambio o contrariamente, a sobreestimar los costos sin estar conscientes que cometen esos errores, y en consecuencia si no están conscientes que están equivocados, difícilmente se logrará que cambien. Muchas personas permanecen en la fase de precontemplación durante años, ocasionando daño a sus cuerpos, a sí mismos y a otros. Durante la precontemplación, el terapeuta buscará el aumento de la percepción de los riesgos y problemas de la conducta actual del paciente (Rivera Cisneros, 2017). Prochaska (1999) describe a la fase de contemplación como aquella en la que las personas intentan cambiar en los 6 meses siguientes, y se encuentran muy conscientes tanto de los beneficios del cambio como de las contras, y en consecuencia, cuando las personas comienzan a contemplar actuar seriamente, su conciencia de los costos del cambio puede aumentar, provocando una ambivalencia profunda que puede reflejar una relación del tipo odio-amor, tanto con una sustancia adictiva o una relación destructiva que inmovilice a las personas en esta fase durante largos períodos, en lo que el autor denomina *contemplación crónica* o *dilación conductual*. Esos individuos, al igual que los que están en la fase de precontemplación, no están preparados para los programas orientados a la acción, el paradigma dominante de tratamiento. Como ocurre en la etapa de precontemplación, el estadio de contemplación es inestable y requiere que el profesional en salud no asuma gran estabilidad del participante. Por ser este estadio crucial en el futuro de la intervención, se recomienda comenzar a estructurar la aplicación de los procesos de cambio, de conocimiento y de los riesgos que acarrea la conducta problemática en cuestión, al igual que el proceso conductual de actividades alternativas beneficiosas (Álvarez, 2008).

Si la persona logra interiorizar las estrategias desplegadas anteriormente, entraría en la etapa de preparación, en la que estaría decidiendo, preparándose o comenzando a realizar pequeños cambios, y que constituye un punto crítico en los estadios de cambio que requiere de la eliminación de las barreras que impiden que la persona siga cambiando, con la asistencia de un promotor de salud que le ayude a proponerse metas realistas (Álvarez, 2008). La estrategia conlleva la sustitución de conductas pasivas por otras que conduzcan a activarse. Los individuos en esta fase comienzan a preparar un plan de acción, como puede ser asistir a un grupo de pares



que lo ayuden en la recuperación, consultar a su médico o figura de consejo, interesarse en literatura de autoayuda, o apoyarse en un enfoque de auto-cambio. Esas personas son los mejores reclutas para los programas de tratamiento breve orientados a la acción, ya que están listos para usarlos (Prochaska, 1999).

Asimismo, el autor describe la fase de acción como aquella en la que las personas han hecho modificaciones observables y cambios conductuales en su estilo de vida dentro de los últimos 6 meses. Este modelo no considera que todas las modificaciones del comportamiento sean acción, y por lo tanto esta fase no es considerada un fin en sí misma, sino que es una fase más cuyo fin ideal debe ser la recuperación donde haya una mejoría clínica real. Por otro lado, los trabajos de revisión meta analíticos que utilizan esos criterios concluyen también en que los resultados son independientes de la duración de la terapia, de la educación y la experiencia de los terapeutas (Prochaska, 1999).

Siguiendo con lo expuesto por el autor, en la fase de mantención las personas trabajan para impedir la recaída, pero no aplican los procesos de cambio como en la fase de acción. Hay menos tentación a las recaídas y los pacientes confían más en que pueden continuar con el cambio. El hecho de estar en esta etapa significa que la persona ha logrado interiorizar los procesos cognitivos y los conductuales, lo que habilita la posibilidad de aplicar los procesos aprendidos y las respectivas estrategias, para lo cual la supervisión del profesional se hace necesaria para seguir reforzando lo aprendido, y para contribuir a que el consultante mismo anticipe dificultades ambientales que podrían hacerlo retroceder en la espiral de cambio (Álvarez, 2008). Basado en los reportes de autoeficacia y tentación experimentada, se estima que la fase de mantención dura entre 6 meses a 5 años, siendo un motivo común de recaída el hecho que la persona no esté bien preparada en prolongar los esfuerzos necesarios para avanzar en la mantención. No es raro que las personas al sobreponerse a las condiciones crónicas corran un mayor riesgo de recaída cuando enfrentan el dolor y el trastorno psicológico en épocas de depresión, ansiedad, rabia, aburrimiento, soledad, estrés y angustia dado que son los momentos cuando los individuos están en mayor riesgo emocional y psicológico. Es posible evitar recaídas si los pacientes están preparados para afrontar el sufrimiento sin apoyarse en sustancias adictivas u otras alternativas no saludables, ya sea hablando con otros acerca del sufrimiento, el ejercicio físico que ayuda a manejar el ánimo, el estrés y la angustia, o alguna forma de relajación

profunda, combinada con técnicas de meditación, yoga, oración o práctica religiosa, masajes o relajación muscular profunda (Prochaska, 1999).

En la fase de finalización los individuos experimentan cero tentación y 100% de autoeficacia, e independientemente que estén deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, con rabia o estresados, tienen confianza que no retornarán a sus antiguas pautas ni saludables como una forma de afrontar esos estado, como si nunca hubieran adquirido esas pautas al principio. Aunque la meta es estar curado para recuperarse, lo mejor para muchas personas es que puedan lograr una mantención de por vida (Prochaska, 1999).

Según Rivera Cisneros (2017) en diferentes estudios se evidenció que las personas diferenciaron 10 categorías diferentes como principales causas de sus problemas personales, y desde el modelo transteórico se abordan 5 de estos 10 niveles organizados jerárquicamente, para focalizar dónde realizar las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas a ser hechas en el nivel más superficial posible que resuelva el problema, y se profundiza la tarea del terapeuta de acuerdo a los requerimientos del caso. Éstos niveles de intervención trabajan 1. Realizando la investigación para identificar y actuar sobre los síntomas y las situaciones que generan esos síntomas, actuando sobre los antecedentes (desencadenantes) o sobre las consecuencias (síntomas); 2. Identificando y actuando sobre las creencias irracionales disfuncionales (cogniciones maladaptativas); 3. Identificando y actuando sobre los circuitos de interacción en las relaciones y conflictos interpersonales; 4. Identificando y actuando a nivel de los patrones familiares y conflictos en el sistema familiar; 5. Identificando y actuando en la problemática intrapsíquica, ya sea su estructura psíquica, mecanismos defensivos o impulsos. Las intervenciones apuntan a generar el proceso de cambio que permitirá que la persona avance en las etapas, pero es pertinente aclarar que el avance no es lineal y el regreso a etapas anteriores es siempre posible.

### **3.4.2. Entrevista Motivacional**

La *Entrevista Motivacional* es definida por Miller y Rollnick (1996) como “un estilo de asistencia directa, centrada en el cliente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias” (p.3). Para los autores es una aproximación cuyo fin es ayudar a pacientes a que adquieran un compromiso y alcancen el deseo de cambiar, y está basada en estrategias que surgen del counselling centrado en el paciente, la

terapia cognitiva, la teoría sistémica, y la psicología social de la persuasión. Una sesión de entrevista motivacional está centrada en el paciente, aunque el terapeuta mantiene un fuerte sentido del objetivo y la dirección y elige activamente el mejor momento para intervenir de una manera incisiva, combinando así elementos de enfoques directivos y no directivos. La entrevista motivacional se basa teóricamente en el constructo de la *ambivalencia* y en el conflicto entre la indulgencia y la restricción, pero entendiendo que el fracaso para cambiar una conducta problemática es un fenómeno que trasciende a las adicciones, y los efectos paralizantes de la ambivalencia se aprecian en muchas áreas de la vida en general. La entrevista motivacional se puede combinar con una amplia gama de estrategias, y utilizar para crear una base motivacional necesaria para aplicar después otros enfoques e intervenciones como el entrenamiento conductual, la terapia cognitiva, participación en grupos de doce pasos o la toma de medicación. Se basa en cinco premisas principales que son expresar empatía con el paciente, crear una discrepancia en su pensamiento, evitar la discusión, darle un giro a la resistencia y fomentar su autoeficacia (Miller & Rollnick, 1991).

Como afirman Piñeiro, Fernández del Río, López-Durán y Becoña (2014) la entrevista motivacional presta atención al lenguaje natural acerca del cambio, y su propósito es tener conversaciones más efectivas acerca del mismo. Al ser una intervención que se ha diseñado para encontrar un modo constructivo de superar los retos que suelen aparecer cuando alguien que posee la intención de ayudar se adentra en la motivación para el cambio de otra persona, la entrevista motivacional consiste en organizar las conversaciones de modo que las personas se persuadan a sí mismas para cambiar, en función de sus propios valores e intereses, ya que se considera que las actitudes no sólo se reflejan en el discurso, sino que este puede modelarlas activamente.

Según Miller y Rollnick (1996) hay ciertos comportamientos terapéuticos característicos del estilo de la entrevista motivacional, que son intentar comprender el marco de referencia de la persona, especialmente mediante una escucha reflexiva; expresar aceptación y afirmación; obtener y reforzar selectivamente las propias *declaraciones de automotivación* del cliente tales como expresiones de reconocimiento del problema, preocupación, deseo e intención de cambio, y capacidad de cambio; determinar la disponibilidad al cambio real del cliente, y asegurarse que la resistencia no se produce por adelantarse al cliente; reafirmar la capacidad de autodirección y la libertad de elección del cliente. De acuerdo con esta caracterización, es inapropiado

categorizar a la entrevista motivacional como una técnica o conjunto de técnicas, sino que es más bien de un estilo interpersonal que no se limita únicamente a una ayuda formal. En palabras de los autores: “es un equilibrio sutil de elementos directivos y centrados en el cliente, que se confía mediante una filosofía y un entendimiento de que es lo que provoca el cambio” (Miller & Rollnick, 1996, p. 4).

La entrevista motivacional proporciona estrategias motivacionales específicas para cada estadio de cambio para lograr que la persona sea más consciente de su problema, sepa analizarlo con mayor claridad y ponga en marcha diferentes elementos de cambio (Fernández del Río, López-Durán & Becoña, 2014). Hay tantas variaciones en la técnica como encuentros clínicos, sin embargo, lo que Miller y Rollnick (1996) denominan el “espíritu” del método es más estable y puede caracterizarse de la siguiente manera:

1. La motivación hacia el cambio parte del cliente y no se impone sin él. Se busca identificar y sacar los valores y metas intrínsecas del cliente para estimular el cambio de comportamiento.

2. Es tarea del consultante y no del terapeuta articular su propia ambivalencia. Este último facilita la expresión de la postura ambivalente y guía al primero hacia una resolución que le conduzca al cambio.

3. Los argumentos del cambio deben seguir la línea del cliente, no del asesor. Por más tentador que sea intentar "ayudar" al cliente de la urgencia del problema y de la necesidad del cambio diciéndole lo que debe hacer, la persuasión directa no resulta un método efectivo para resolver la ambivalencia ya que son tácticas que usualmente aumentan la resistencia del cliente y reducen las probabilidades de cambio

4. El estilo del terapeuta debe ser tranquilo y evocador ya que la persuasión directa, el enfrentamiento agresivo y la discusión son actitudes antitéticas a la entrevista motivacional, y están explícitamente prohibidas en este abordaje. Las estrategias más agresivas, guiadas a menudo por la intención de “enfrentarse a la negativa del cliente”, suelen forzar a los clientes a realizar cambios para los que aún no están preparados.

5. El asesor es la directriz que ayuda al cliente a examinar y resolver la ambivalencia o falta de resolución, que es el obstáculo principal a superar para desencadenar el cambio. Una vez conseguido esto, puede ser necesaria o no una mayor intervención, como el entrenamiento comportamental. Las estrategias específicas de la entrevista motivacional están elaboradas para

provocar, aclarar y resolver la ambivalencia en un ambiente de asistencia respetuosa y centrada en el cliente.

6. La disponibilidad al cambio no es un rasgo del cliente sino una fluctuación producto de una interacción interpersonal, y en consecuencia el terapeuta estará muy interesado en los signos de motivación del cliente. La resistencia y la “negación” del cliente no son interpretadas como rasgos del cliente, sino como reacción al comportamiento del terapeuta, y a menudo se leen como una señal de que el asesor está asumiendo más disponibilidad de cambio que la que existe realmente, e indica que el terapeuta necesita modificar las estrategias motivacionales.

7. La relación con el terapeuta es más una relación de pares que a la de un experto/receptor, en la que el terapeuta respeta la autonomía del cliente y su libertad de elección (y sus consecuencias), frente a su propio comportamiento (Miller & Rollnick, 1996).

Se suele entender la entrevista motivacional como la instancia inicial del proceso de ayuda, destinada a recopilar los datos que permitan establecer un cuadro diagnóstico y fijar las estrategias a seguir, conceptualizando el resto del proceso como sesiones o intervenciones; sin embargo en este modelo todas las sesiones o intervenciones se llevan a cabo utilizando la entrevista como marco referencial, a modo de una entrevista continua, prolongada hasta la terminación del proceso, en la que se invita al cliente a un diálogo permanente en el que se sienta libre de expresar sus opiniones, creencias y sentimientos acerca de la problemática en cuestión (Rivera Cisneros, 2017).

### **3.5. Duelo y su abordaje desde la perspectiva sistémica**

La entrevista motivacional puede ser utilizada en casos de pacientes que presentan complicaciones en su vida a causa de una pérdida. Es extensísima la literatura acerca del duelo y sus diferentes conceptualizaciones en Psicología, pero para efectos del presente trabajo nos centraremos en la teoría de Bowlby (1980), quien sostiene que desde el principio de su vida las personas desarrollan *apego*, que se trata de una conducta mediada por un sistema homeostático, dirigida a una meta que consiste en mantener la proximidad o comunicación con la persona a quien el individuo está apegado, es decir el objetivo de esta conducta es lograr un vínculo afectivo, y por lo tanto las situaciones que pongan en riesgo este vínculo inevitablemente provocarán una reacción para preservarlo. El autor postula cuatro etapas que caracterizan el proceso de duelo y la pérdida afectiva: una primer etapa de embotamiento emocional que puede

ser interrumpida por episodios de tristeza o cólera intensa, la segunda de anhelo y búsqueda de la figura perdida, una tercera fase de desorganización y la desesperanza y por último la reorganización, que da fin al proceso de duelo saludable, que consiste en reconocer y aceptar la pérdida además de dar nueva forma y significado a la vida de la persona. Es primordial descartar los patrones previos de pensamiento, sentimientos y acción para que la fase de reorganización pueda observarse y se asuman los nuevos patrones saludables, y que en caso de marchar adecuadamente, el proceso mismo ocasionará que el doliente examine la nueva situación en que se encuentra y a considere las posibles maneras de enfrentarla, lo que lo llevará a una redefinición de sí mismo y de su situación (Bowlby, 1980).

La teoría de vinculación de Bowlby y colaboradores además de proponer que el duelo es una reacción natural cuya función es intentar restablecer la vinculación con la figura de apego organizada en forma de fases o estadios, indica que los estilos de vinculación (segura, insegura-ansiosa, insegura-evitativa e insegura-desorganizada) desarrollados en los primeros años de la infancia son estables a lo largo de la vida adulta y determinan la vulnerabilidad a posibles complicaciones en el proceso de duelo ante futuras pérdidas (Payás, 2010).

Las respuestas normales y anómalas de duelo se presentan en un espectro en el que la diferencia estará dada por la intensidad de la reacción y la presencia de una serie de comportamientos relacionados con el proceso mismo y el tiempo, y el duelo que no sigue el curso esperado suele recibir las denominaciones de duelo complicado, patológico, crónico, etc., el cual interfiere ostensiblemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud durante años e inclusive llegando a cronificarse indefinidamente (Barreto & Pérez-Marín, 2012).

Según Vedia Domingo (2016) se puede diferenciar el duelo complicado o patológico en *duelo crónico*, que tiene una duración excesiva y no llega a una conclusión satisfactoria por más que la persona que lo sufre sea consciente de que no consigue resolverlo; *duelo retrasado*, inhibido, suprimido o pospuesto, en el que la persona tiene una reacción emocional insuficiente en el momento de la pérdida pero que en el futuro puede experimentar los síntomas del duelo por una pérdida posterior, mostrando síntomas que pueden ser desproporcionados con respecto a la pérdida; *duelo exagerado* en el que la persona experimenta la intensificación de un duelo normal, posee conciencia de la relación entre la pérdida y los síntomas, y al sentirse desbordada recurre a conductas desadaptativas tales como el abuso de alcohol u otras sustancias, pudiendo padecer

trastornos psiquiátricos mayores (depresión clínica, ansiedad en forma de ataques de pánico o conductas fóbicas, o trastorno de estrés postraumático); y por último, el *duelo enmascarado* en el que la persona experimenta síntomas y conductas que les causan dificultades pero carece de conciencia de que estén relacionados con la pérdida, y pueden aparecer como síntomas físicos o conductas desadaptativas (Vedia Domingo, 2016).

En cuanto a la presentación psicopatológica, los síntomas de depresión mayor asociados con el duelo responden a los mismos tratamientos farmacológicos y psicosociales que los síntomas depresivos no relacionados con el duelo, y aunque la mayoría de la gente pasa un duelo sin desarrollar un trastorno depresivo mayor, la evidencia apoya que se incluya como uno de los estresores que puede precipitar este cuadro (Vedia Domingo, 2016; ).

La falta de los ritos tradicionales de velatorio, entierro, funeral y luto que permitían a los dolientes tener parámetros de comportamiento en el proceso de duelo, sumado a la vida en las ciudades modernas ha resultado que las muertes ocurran en ámbitos tan hostiles como el hospitalario, lo que junto a las actitudes y comportamientos de algunos sanitarios han redundado en un entorno deshumanizado incapaz de aliviar la angustia que conlleva tan crucial momento (Del Pino Montesinos, Pérez García & Ortega Beviá, 2003). Cuando se realiza un acompañamiento a personas en duelo se evidencia cómo ante situaciones de pérdida parecidas algunas personas responden de manera más adaptativa que otras, para lo cual los modelos teóricos basados en el afrontamiento proporcionan herramientas para entender no solamente que en la progresión del proceso de duelo es más importante la valoración que la persona afectada haga del acontecimiento y su capacidad de responder a la realidad de la pérdida (más que la naturaleza del evento en sí mismo), sino también que una estrategia concreta de afrontamiento no predice por sí misma la resolución del duelo: las respuestas de afrontamiento surgen como un intento de controlar el impacto emocional independientemente de los resultados (Payás, 2010). En palabras de Prochaska (1999): “No podemos impedir que ocurra el sufrimiento. Sin embargo, podemos prevenir las recaídas si los pacientes están preparados para afrontar el sufrimiento sin apoyarse en sustancias adictivas u otras alternativas no saludables” (Prochaska, 1999, p.5).

### **3.6. Intervenciones dirigidas a Cambios cognitivos y Cambios conductuales**

De acuerdo con Wainstein (2006, 2009), a diferencia de una concepción tradicional heredera del modelo médico en la cual el terapeuta era el depositario del saber y estaba

autorizado a aconsejar al llamado paciente, la perspectiva sistémica invierte este orden, y plantea intervenciones en donde hay un sistema consultante en el cual el consultor es quien sabe *qué* y *cómo* preguntar, y los consultantes son quienes aportan sus propias respuestas. La manera correcta que el terapeuta intervenga en un sistema es formando parte de él, y opera como un agente de la cultura externa al consultante (persona, pareja, familia, organización, red) promoviendo el contraste entre el guión del consultante y su propio guión alternativo. Estas operaciones, de las cuales se puede afirmar que una intervención clave es el reenmarcamiento o modificación de la visión desarrollada hasta el momento acerca del problema, se dirigen a lograr *cambios cognitivos* en las percepciones, actitudes, sentimientos y acciones que ocurren en el sistema consultante (resultado del impacto de los mensajes del consultor sobre su pensamiento, sus percepciones y sobre el contexto de interacciones habituales en las que el consultante participa), propiciando *cambios conductuales* ya que a la vez que cambian actitudes, constructos y descripciones también se modifican pautas habituales de comportamiento que pueden definir la ocurrencia del problema. Según el autor, se puede afirmar que la psicoterapia misma sería una intervención de reformulación y búsqueda de variantes a los problemas de las personas, y uno de los recursos por excelencia para reenmarcar o reformular se basa en el uso de la analogía, que permite directa o indirectamente reducir las resistencias y amplificar algo que el consultor intenta transmitir. Según los postulados de Weakland et al. (1974) el cambio de conducta dirigido es una de las principales intervenciones terapéuticas, que busca cambiar el comportamiento abierto, es decir detener aquello que mantiene el problema y hacer otras cosas que pueden llevar hacia la meta de tratamiento. El cambio se logra más fácilmente si la meta es razonablemente pequeña y está claramente establecida, y una vez que el paciente ha vivenciado un cambio pequeño pero definido en el problema aparentemente inabordable para él, son iniciados círculos benéficos dado que su experiencia lo lleva a posteriores cambios autoinducidos en la problemática, y frecuentemente en otras áreas de su vida. También suele suceder que la conducta de una persona instiga y estructura a su vez la conducta de otra persona, y si ambas están en contacto durante cierto tiempo, surgirán pautas repetitivas de interacción (Fisch et al., 1984).

La terapia sistémica estratégica sigue un esquema en seis etapas que en la práctica pueden darse de manera superpuesta: la primera, de introducción a la modalidad de tratamiento; en segundo lugar, un interrogatorio y definición del problema; una etapa de estimación de los comportamientos que mantienen el problema; una cuarta instancia de establecimiento de las



metas del tratamiento; la etapa de selección e implementación de intervenciones conductuales; y por último, la etapa de terminación del tratamiento (Weakland et al., 1974).

Si bien los terapeutas planifican las intervenciones, no operan desde una posición normativa que fije de antemano una organización obligada y, por lo tanto, tienden a abordar cada sesión tal como se presenta (Cade & O'Hanlon, 1993). Esto implica que la construcción del motivo de consulta si bien es crucial para la terapia breve, puede demandar más tiempo que el de la primera entrevista, dependiendo de los contenidos que exponga el consultante en ésta. Su buena ejecución logrará acentuar el poder de maniobra del terapeuta, que eventualmente, tendrá repercusiones positivas al momento de solicitarles prescripciones e influenciarlos a través del diálogo (Ruiz Dávila, 2007).

En la terapia sistémica estratégica el objetivo general es la solución de la problemática del cliente, para lo cual hay que vincular estrechamente los procedimientos que adopte el terapeuta y el objetivo del tratamiento, considerando sobre qué base se elige éste último, y qué tipo de datos se manejan para determinar el éxito o el fracaso en el logro de dicho objetivo, o para determinar el avance hacia el objetivo durante el transcurso del tratamiento (Fisch et al., 1984). A menudo los consultantes presentan distintas visiones sobre los problemas, motivo por el cual el terapeuta debe identificar la definición de prioridades (Haley, 1980; Fisch et al., 1984) y continuar indagando sobre las problemáticas interrogando de forma persistente y firme, solicitando ayuda con ejemplos para obtener una idea clara y definida sobre la conducta en cuestión. El terapeuta debe planificar sus intervenciones concretas ponderando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, qué acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, cuáles de éstas acciones se podrían incorporar con mayor facilidad a la rutina propia del cliente, y qué persona (o personas) desempeña un papel más estratégico para la persistencia del problema (Fisch et al., 1984).

Según Cade y O'Hanlon (1993), luego de indagar las soluciones a la problemática intentadas, la terapia breve se dirige hacia todos o algunos de los objetivos siguientes: modificar los marcos de creencias o constructos del cliente (individuo o familia) que estén relacionados con el modo en que se perciben, abordan y mantienen las dificultades; modificar las secuencias repetitivas que rodean el problema, derivadas de aquellos marcos; modificar las posiciones y enfoques del terapeuta para evitar que conformen un patrón auto reforzado entre el terapeuta y el

cliente; modificar la relación del cliente con los sistemas de la familia, el vecindario o la profesión.

Una característica importante de las intervenciones estratégicas es su abordaje rápido, económico y eficaz de las quejas de los consultantes, en el que el consultor trabaja para mediante reformulaciones, *prescripciones* tanto de tareas como paradójales, con el uso preponderante del lenguaje para que el cliente aplique dichas estrategias en su vida cotidiana favoreciendo su capacidad de afrontamiento en el cambio de su conducta, destacando que no se trata de una terapia que promueve la supresión de los síntomas, sino que coloca al sujeto en otra perspectiva de percibir su realidad actual o plantear una nueva, implicando una reestructuración de su visión que le llevará a desligarse de conductas, pensamientos y emociones desadaptativas y a una mejora en su calidad de vida y de relaciones interpersonales (Ruiz Dávila, 2007). Se hace uso de técnicas de comunicación sugestiva, tales como la mirada, que representa un fenómeno comunicativo muy relevante en la interacción con el otro; el uso de la prosodia y tono de la voz; la prosémica, postura y movimientos del cuerpo; la sonrisa y la mímica facial; se utilizan estrategias lógicas y modelados lingüísticos; se realizan preguntas estratégicas y se hace uso de un lenguaje evocador que permita crear la armonía de las redundancias y resumir redefiniciones (Nardone & Watzlawick, 1992). Se utilizan asimismo las instrucciones conductuales, que son más efectivas cuando son cuidadosamente encuadradas, y realizadas de manera indirecta, implícita o aparentemente irrelevante, minimizando ya sea el tema o la forma de la petición, sugiriendo un cambio más que ordenándolo, y prescribiendo ya sean tareas para la casa, como instrucciones paradójicas que implican la prescripción de la conducta que aparece en oposición a las metas que están siendo buscadas con el fin de acercarse a ellas, lo que puede parecer contraintuitivo pero sirve cuando los cursos de acción lógicos conducen solo a más problemas (Weakland et al., 1974).

En cuanto a las intervenciones en la entrevista motivacional, según Miller y Rollnick (1991) según la etapa del paciente, las tareas motivacionales del terapeuta son: en la etapa de precontemplación el terapeuta recurre al aumento de la duda y de la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual; en la contemplación se trabaja evocando los motivos para el cambio y los riesgos que provoca la ausencia de éste, lo que aumenta la autoeficacia para la modificación de la conducta actual; en la fase de determinación se ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción a seguir para conseguir el cambio; en la etapa de

acción se ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio; en la de mantenimiento el terapeuta ayuda al paciente a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída y de ocurrir ésta, ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización (Miller & Rollnick, 1991).

Para Prochaska (1999) en las intervenciones específicas en materia de consumo problemático, se desaconsejan fuertemente algunas técnicas como la confrontación debido a que son de elevado riesgo para la retención del paciente y son preferibles los métodos de estimulación así como la retroalimentación personal acerca de las consecuencias actuales y a largo plazo de continuar la pauta crónica. Se busca realizar una reevaluación ambiental y de sí mismo que combina la evaluación cognitiva y emocional de cómo los comportamientos de uno afectan al ambiente social, y cómo el cambio afectaría ese ambiente así como evaluaciones cognitivas y afectivas de la imagen de uno mismo sin el problema particular. El autor propone buscar la autoliberación, que incluye la creencia que uno puede cambiar y el compromiso de actuar en base a esa creencia, así como usar técnicas de contracondicionamiento, que requieren el aprendizaje de comportamientos saludables que reemplacen los problemáticos e incluyen la desensibilización, las afirmaciones y las cogniciones para contrarrestar el diálogo interno que provoca ansiedad. En este modelo se utilizan los reforzamientos abiertos y encubiertos y el reconocimiento del grupo terapéutico que suministran incentivos y aumentan la probabilidad que se repitan respuestas más saludables, así como el trabajo en los autos reforzamientos, que basados en el autocontrol pueden ser más efectivos cuando las tentaciones para el consumo son resistidas. También, según el autor se utiliza el control de estímulos del ambiente para aumentar las claves que promueven las respuestas saludables y disminuyen las claves que son una tentación. En cuanto a las relaciones interpersonales de ayuda, la construcción de rapport y la alianza terapéutica, las llamadas telefónicas de los consejeros y los sistemas de amigos pueden ser recursos terapéuticos excelentes.

En cuanto al duelo, Del Pino Montesinos, Pérez García, y Ortega Beviá (2003) afirman que desde la perspectiva sistémica estratégica se trabaja favoreciendo un ajuste del sistema basado en su nueva identidad y sin diferencia con cualquier otro tipo de psicoterapia, transmitiendo una visión esperanzadora que le facilite proseguir su recorrido personal. Las intervenciones en casos de duelo son variadas: se aplican cambios en los límites o jerarquía de la estructura familiar que permitan un ajuste novedoso, se emplean paradojas o innovaciones en las

normas que impidan la autoperpetuación del duelo, así como rituales que rompan el círculo vicioso, se hace uso de narrativas o la creación de un pasado nuevo que ofrezcan una perspectiva inédita de la experiencia actual, entre otras. Estos variados recursos técnicos se acompañan del reconocimiento tácito de la importancia que la figura del propio terapeuta tiene para la finalización satisfactoria del proceso, que al prescribir la expresión de sentimientos y aceptar temporalmente las creencias irracionales de la persona forma una alianza con ésta frente a una realidad adversa y se establecen las bases que permitirán superar la aflicción. El éxito, según los autores, depende de la flexibilidad en la aplicación de la técnica, eligiendo la ocasión y el estilo apropiados, y siempre desde una posición de respeto y empatía hacia todos los integrantes del duelo, sean difuntos o dolientes.

#### **4. Metodología**

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

Estudio de caso único

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

Las participantes que brindaron la información para el desarrollo del trabajo fueron la paciente, la terapeuta, la directora y la coordinadora docente de la institución.

La paciente M. de 26 años consultó al centro de psicoterapia manifestando dificultades en su vida diaria a causa del duelo por la muerte de su padre ocurrida hace cuatro años. Manifestó trabajar como maestra de nivel inicial, y vivir en Isidro Casanova (conurbano bonaerense) con su madre, su tía, y seis de sus nueve hermanos (de los cuales ella es la quinta) en la casa familiar, propiedad de sus abuelos paternos, ya fallecidos. El equipo terapéutico se encontraba conformado por la terapeuta asignada al caso, una profesional recibida recientemente, y quien se hallaba realizando una formación de posgrado en la institución, la Directora de la institución, profesional muy experimentada en el área de psicología clínica con orientación sistémica y la Coordinadora docente, psicóloga clínica formada en la institución. Las tres profesionales trataron el caso de manera conjunta, pero la Directora y la Coordinadora a la vez que realizaban intervenciones, supervisaban el caso guiando a la terapeuta en el desarrollo de las sesiones de psicoterapia.

### 4.3. Instrumentos

Observación no participante de las sesiones de la paciente obtenida mediante videgrabación. Entrevista semi-estructurada de 30 minutos con la Directora y la Coordinadora docente centrada en la co-construcción del motivo de consulta de la paciente a partir de la queja inicial, la etapa de motivación para el cambio de la paciente, y en las intervenciones terapéuticas realizadas. Entrevista semi-estructurada de 30 minutos con la terapeuta asignada al caso, centrada en las intervenciones terapéuticas realizadas y en el desarrollo del caso clínico.

### 4.4. Procedimiento

Se realizó la observación de las sesiones de terapia, de una hora de duración y que incluyen la reunión de equipo para el debate de estrategias terapéuticas, observando la totalidad del tratamiento terapéutico. Asimismo se realizó una entrevista semi-estructurada de 30 minutos de duración con la Directora y la Coordinadora docente después de las primeras sesiones del tratamiento, y una entrevista semi-estructurada de 30 minutos con la terapeuta asignada al caso una vez finalizado el tratamiento.

## 5. Desarrollo

### 5.1. Describir la queja inicial de la paciente y la etapa de motivación para el cambio en la que se encuentra, y analizar la construcción del motivo de consulta de la paciente por parte del equipo de terapeutas realizada en las primeras sesiones del tratamiento realizado mediante Cámara Gesell online.

M. manifestó desde el contacto inicial con la Institución una profunda angustia por la muerte de su padre, la cual decía no poder superar, así como miedo constante a que le ocurriera algo a su familia ya que viven en una zona en la que sufrieron repetidos robos violentos, localizando en sí misma una incapacidad de *seguir tapando todo*, y diciendo *no doy más. Ahora tengo miedo por todo, tengo permanentemente miedo de que le pase algo a alguien de mi familia. O que me pase algo a mi, y la llamen a mi mamá y se ponga mal*. Consultó al centro de psicoterapia reportando dificultades en su vida diaria a causa de pensamientos irracionales disfuncionales que le provocaban síntomas físicos como taquicardia y palpitaciones que

devenían en crisis de llanto frecuentes. Teniendo como objetivo principal la identificación de esta queja inicial que esquematiza quién está haciendo que el hecho represente un problema, y para quién y cómo constituye tal conducta un problema (Fisch et al., 1984), la directora de la institución comenzó la entrevista de admisión preguntándole a la paciente: *¿Qué es lo que te trae a terapia ahora?*, dirigiendo su atención hacia el duelo por su padre (tema mencionado en la pre entrevista), refiriéndose a éste como *un tema que no está del todo claro para vos, ¿verdad?*, lo cual resume en una sola intervención dos de las tres preguntas esenciales a la hora de definir el problema en la primera sesión propuestas por Casabianca y Hirsch (2009), a saber *¿qué lo/te trae por aquí?* y *¿por qué ahora?*. Al ser interrogada acerca de qué la seguía preocupando, la paciente respondió: *no sé si es que no lo acepto o no, no sé. Lo extraño mucho* para luego romper en llanto. Dado a que la información vaga puede plantear problemas en cualquier fase del tratamiento (Fisch et al., 1984), la admisora le preguntó nuevamente acerca de porqué decidió empezar terapia en ese momento, y si había acudido a terapia previamente, a lo que ella respondió relatando robos violentos, y su miedo constante tanto a que le ocurra algo a su familia como que le pase algo a ella y le avisen a su mamá, y que este miedo escaló en los últimos seis meses al nivel de llegar al trabajo llorando por el miedo incontrolable que le provoca esperar el colectivo.

Éstas primeras indagaciones son procedimientos que permiten a los terapeutas recoger toda la información adecuada sobre los factores esenciales para el caso, la naturaleza del malestar, cómo se está afrontando el problema para tener una definición de los objetivos mínimos de M., así como su actitud y lenguaje (Fisch et al., 1984), con el fin de ir delineando una estrategia de tratamiento. Al ser interrogada con respecto al contexto en que se presentan usualmente sus síntomas, M. dijo: *puedo estar en cualquier lado, divirtiéndome y me acuerdo de ese momento y ya no me deja estar bien.*

En cuanto a la tercera pregunta básica para la construcción del motivo de consulta planteada por Casabianca y Hirsch (2009) que refiere a *¿qué quiere dejar de hacer?* o *¿qué quisiera hacer y no puede?*, M. mencionó que esta problemática comenzó a impactar en su trabajo, diciendo: *el otro día estaba en el trabajo con los chicos y empecé a acordarme de esa situación, me dejó como tildada. Me empezó a latir muy fuerte el corazón.* Según lo relatado por la paciente, sus síntomas físicos de palpitaciones y taquicardia eran desencadenados por miedo súbito y preocupación desmedidas con respecto a que le ocurriera algo malo a su familia

(enumerando cinco robos de los que fue víctima, en los que le apuntaron con un arma), y experimentaba una profunda angustia por la muerte de su padre fallecido por un enfisema pulmonar 4 años antes, acerca de lo cual dijo que *después de su muerte nada fue igual* para manifestar luego de manera ambivalente que *ya pasaron 4 años y nada cambia, todo sigue igual*. Ésta ambivalencia, cuyos efectos paralizantes se aprecian en muchas áreas de su vida en general (Miller & Rollnick, 1991) informa acerca de la etapa de motivación para el cambio que presenta la consultante, al mismo tiempo que se recibe información acerca de la queja inicial con la cual construir el motivo de consulta. En niveles de intervención básicos es necesario focalizar dónde realizar las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas, que cómo indica Rivera Cisneros (2017) deben ser en el nivel más superficial posible que resuelva el problema, para profundizar luego de acuerdo a los requerimientos del caso. El equipo terapéutico comenzó investigando para identificar y actuar sobre los síntomas y las situaciones que los generan, interrogando sobre los antecedentes/desencadenantes y sobre las consecuencias (Rivera Cisneros, 2017) al mismo tiempo que en el discurso de la consultante comenzaban a emerger cogniciones maladaptativas como la noción que le podía ocurrir algo malo a su familia mediante frases como *tengo miedo de que me llamen y me digan que le paso algo a mi mamá o alguno de mi familia, o que me pase algo a mí y que la llamen a mi mamá*, que llevaron a identificar algunos circuitos de interacción en las relaciones entre ella y su familia (Rivera Cisneros, 2017) como procesos de retroalimentación negativa (morfostasis) que mantienen inadvertidamente el síntoma (Wainstein, 2009).

Continuó la entrevista inicial contando que cuando disfruta un momento se angustia pensando en su padre, en su muerte y en el miedo de que le pase algo a su mamá, diciendo: *se me viene a la cabeza la última vez que hablamos, y luego cuando la doctora salió a decirnos que había muerto; y que si bien la muerte del padre no fue violenta, tomó a la familia de sorpresa porque lo internaron un lunes, y el viernes falleció, siempre que tenía una crisis por su enfisema pulmonar iba al médico para que lo ayudaran y volvía. Todos pensamos que iba y volvía, y no volvió más. Y desde ese momento me pasa que cuando mi mamá o mi tía van al médico y tardan un poco más me empiezo a poner mal, porque me acuerdo de la doctora dándome la noticia en la sala de espera*. Con relación a esa sala de espera en particular, en la segunda sesión la consultante hizo un relato pormenorizado de otra situación muy estresante vivida allí, cuando su hermana tuvo a su bebé durante el periodo de cuarentena sanitaria estricta, y que tuvo que

esperarla en el mismo lugar donde le comunicaron la muerte del padre. El equipo terapéutico al observar esta conducta sintomática desviada y sus círculos viciosos acompañantes de acción y reacción disruptivos para el funcionamiento del sistema (Weakland et al., 1974), postuló que el hecho de estar expuesta en una segunda oportunidad al mismo escenario, y sola (ya que su madre como persona de riesgo por su edad no podía acompañarla) se constituyó como un desencadenante de sus síntomas cognitivos de pensamientos catastróficos (confirmados, en parte, por la necesidad de internar y luego intervenir quirúrgicamente a su sobrino recién nacido) a los que respondió paralizándose y presentando los síntomas físicos ya descritos. Éstos episodios de gran ansiedad, y posterior angustia y llanto provocaron un impacto laboral tal que llevó a su jefa, la directora del centro comunitario, a recomendarle asistir a terapia. La paciente manifestó que si no hubiese sido por recomendación, de todas formas ella ya deseaba consultar dado lo frecuente de los síntomas, lo que llevó al equipo a plantear la posibilidad de que la paciente se encontrara en una etapa contemplativa de motivación al cambio (Prochaska, 1999), siendo objeto de debate, ya que en instancias iniciales del tratamiento se busca prestar atención al lenguaje natural de la consultante acerca del cambio con el propósito de tener conversaciones más efectivas acerca del mismo (Piñeiro et al., 2014), además de obtener las propias declaraciones de automotivación de M., así como expresiones de reconocimiento del problema, preocupación, deseo y capacidad de cambio, determinando su disponibilidad al cambio real (Miller & Rollnick, 1996).

Desde que M. manifestó su queja con respecto a sus síntomas, el equipo terapéutico comenzó a conceptualizarlos en relación al duelo y los hechos traumáticos relatados, sin preocuparse por causas intrapsíquicas subyacentes no observables, que distraen al terapeuta (Weakland et al., 1974), indagando acerca de la estructura familiar, y considerando las variables comunicacionales de dicho sistema familiar y su funcionalidad (Simon et al., 1984). La paciente relató que entre ellos no hablaban acerca de sus sentimientos actuales de tristeza porque no querían ponerse mal mutuamente, y que si bien recordaban al padre permanentemente, no se permitían llorar juntos, lo cual constituye un factor facilitador de un duelo crónico, entendido por Barreto y Pérez-Marín (2012) como aquel duelo que interfiere ostensiblemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud durante años pudiendo llegar a cronificarse indefinidamente. De acuerdo a la flexibilidad del modelo terapéutico desde el que se aborda el caso, y contemplando las otras situaciones traumáticas relatadas y las manifestaciones cognitivas y conductuales de la consultante, no se conceptualizó su proceso de duelo como uno



claramente patológico, sino como uno que se encontraba en vías de serlo, y se buscó indagar el grado de respuestas normales y anómalas del duelo, que se presentan en un espectro en el que la diferencia se debe a la intensidad de la reacción y a la presencia de una serie de comportamientos relacionados con el proceso mismo y el tiempo (Barreto & Pérez-Marín, 2012). De acuerdo a estas reacciones y comportamientos, el caso de M. se podría conceptualizar como un duelo exagerado en el que la paciente experimenta la intensificación de un duelo normal, y en el que si bien ella posee conciencia de la relación entre la pérdida y los síntomas, al sentirse desbordada recurre a una conducta desadaptativa como lo es el abuso de alcohol (relatado posteriormente a la admisión), y padece síntomas ansiosos (Vedia Domingo, 2016). No se debe perder de vista que esta formulación fue realizada a modo de obtener un mapa conceptual, y que en tal carácter, operó como herramienta provisional para realizar una formulación clara y breve del problema de la consultante, sin ser confundida con la realidad total de éste (Fisch et al., 1984).

En cuanto a la metodología de trabajo, ya desde el primer contacto de la paciente con la institución se la informó con respecto a la modalidad de Cámara Gesell Online, indicando que las sesiones se realizan mediante videoconferencia por la plataforma online Zoom, programa informático de comunicación gratuito para los pacientes que permite grabar las sesiones para su análisis (de la Torre Martí & Pardo Cebrián, 2018) junto a un equipo de terapeutas quienes presencian el trabajo terapéutico mientras analizan lo que sucede junto a un supervisor o docente del otro lado de la pantalla (Kaplan & Petetta Goñi, 2019). Los honorarios habían sido arreglados de antemano con la institución, pero de todas formas se le envió a la paciente un instructivo acerca de los pagos, para evitar que posibles desacuerdos financieros impactaran negativamente en la capacidad de maniobra de la terapeuta (Fisch et al., 1984). En la entrevista de admisión se le explicitó nuevamente la modalidad de trabajo contándole a la consultante que una terapeuta del equipo sería asignada a su caso, y que las sesiones serían grabadas para uso terapéutico y didáctico, para lo que se pidió su consentimiento explícito, garantizando su seguridad, confidencialidad, eficacia y eficiencia terapéutica, al igual que en la modalidad de atención presencial (Traverso & Salem Martínez, 2020). Cuando la terapeuta debía reunirse con el equipo, le daba indicaciones de no cerrar la aplicación a la paciente, quien simplemente debía aguardar unos instantes ya que iba a ser derivada a la sala de espera de la plataforma online, momento en el cual los terapeutas del equipo activaban sus cámaras y micrófonos para de manera conjunta conceptualizar el caso y acordar vías terapéuticas, además de someter a discusión y análisis en

equipo lo trabajado (Kaplan & Petetta Goñi, 2019). En todas las sesiones, antes de volver a darle acceso a la paciente el equipo silenciaba nuevamente sus micrófonos y apagaba las cámaras, para que la profesional a cargo le proporcionara una devolución a la consultante acerca de cuestiones observadas en la charla, promoviendo la adherencia al tratamiento, y planteando teorías terapéuticas con respecto al caso de manera impersonal, mediante expresiones del estilo “*el equipo observó...*”, buscando establecer una relación colaborativa de iguales entre el equipo y la paciente (De la Fuente Blanco et al., 2019).

Si bien en líneas generales la modalidad de intervenciones telepsicológicas aplicada en este caso permitía producir un *aquí y ahora* en el encuentro virtual que habilitaba a M. a ser escuchada así como que la terapeuta lograra comprenderla para ayudarla con su problemática (Cotton, 2014), hubo dos momentos en donde se entrecortaba la comunicación de la paciente, por lo que durante la reunión de equipo, la coordinadora de pasantes le puntualizó a la terapeuta que si la paciente seguía teniendo problemas de conexión, que al ocurrir modifica el flujo habitual de la conversación, dificultando la retroalimentación tanto verbal como no verbal (Traverso & Salem Martínez, 2020), que le indicara apagar su cámara, ya que sin imagen se puede mantener la voz, y que si bien se pierde información visual, no afecta tanto al normal desarrollo de la sesión como lo es escuchar entrecortado y perder señal, en especial para no perder el ritmo y la oportunidad de emprender acciones dotadas de un propósito (Fisch et al., 1984).

## **5.2. Describir las intervenciones realizadas por el equipo terapéutico durante las primeras instancias del tratamiento, dirigidas hacia cambios conductuales en el consumo de alcohol de la paciente y a cambios cognitivos en su procesamiento del duelo.**

Luego de la primera consulta de admisión, y establecido el motivo de consulta, la directora/admisora de la institución asignó el caso a la terapeuta C., a quien le proporcionó la grabación de la Cámara Gesell Online con el fin de planear las intervenciones para dirigir las conductas observables de la consultante hacia cambios, tanto en sus constructos como en las mismas conductas observables relacionadas con el modo en que se perciben, abordan y mantienen las dificultades (Cade & O’Hanlon, 1993).

En las entrevistas a la terapeuta y a las supervisoras, éstas afirmaron en que las intervenciones que realizan propician cambios cognitivos y cambios conductuales de segundo orden ya que a la vez que cambian actitudes, constructos y descripciones también se modifican

acciones (Wainstein, 2006), y que las eligen en la misma sesión dependiendo del consultante y el momento, abordando cada sesión tal como se presenta (Cade & O'Hanlon, 1993). A pesar que la modalidad online permitía a las supervisoras intervenir indirectamente, asistiendo a la terapeuta, era ésta quien negociaba y consensuaba con la consultante sin perder de vista la estrategia definida de acuerdo con lo establecido por Wainstein (2006), y fue posible dar cuenta de la intervención estratégica sobre la solución intentada fallida del modelo familiar estratégico de Haley (1980), la cual busca modificar el encuadre del problema e interrumpir el circuito de conductas intentadas por la consultante que no le resultan y lo mantienen.

La paciente (M.) describió en la sesión siguiente a la admisión que volvió a experimentar el síntoma manifiesto de miedo incontrolable, ante lo que la terapeuta le pidió especificaciones de cómo le ocurrió, y luego de que lo relatará, le pidió una descripción conductual detallada de lo que suele hacer ante esta situación, es decir, qué hace concretamente cuando surge el problema e intenta afrontarlo (Fisch et al., 1984) a lo que la consultante respondió:

M.: *-Trato de pensar en otra cosa.*

C.: *-¿En qué?*

M.: *-No sé, en salidas que hice, en lugares o situaciones lindas como para salirme un rato de esos pensamientos. Me pongo a pensar en que estoy tomando algo en algún lado, por ejemplo.*

C.: *- (sostiene el silencio, invitando a que la paciente elabore).*

M.: *-Y me pasó mucho y me pasa todavía que cuando estoy de esta manera (refiriendo a su tristeza), o empiezo a extrañarlo mucho a mi papá, voy y me compro algo para tomar... me compro una cerveza, y ahí bajo y me relajo un montón (haciendo aquí la primera referencia al consumo). Luego de una breve pausa, agregó: Yo sé que está mal, porque no tengo que ponerme a tomar para bajar eso, pero en este momento es lo único que me hace relajar un poco.*

M. continuó diciendo que es una situación sostenida hace tres años, dado que el único momento que no habla de él es cuando toma. En este breve fragmento del diálogo podemos identificar en el silencio de la terapeuta aquello que Miller y Rollnick (1996) refieren como los intentos por comprender el marco de referencia de la persona mediante una escucha reflexiva, y expresiones del cliente de reconocimiento del problema como lo es la frase *yo sé que está mal*, preocupación, intención y capacidad de cambio. Dichas declaraciones de automotivación de la consultante permiten determinar su disponibilidad al cambio real, para lo cual expresar aceptación y

afirmación constituye una manera de la terapeuta de reafirmar la capacidad de autodirección y la libertad de elección de la consultante.

Siguiendo el estilo tranquilo y evocador característico de la entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 1996), la terapeuta le continuó preguntando acerca de las ocasiones en que bebe, y en qué cantidad a lo que M. respondió: *Tomo durante los fines de semana, y si en algún momento de la semana que no hay nada que hacer, y se me da la oportunidad, también. Tomo bastante.*

Ante la vaguedad del término *bastante*, y con el fin de obtener una idea clara y definida sobre la conducta en cuestión, interrogando de forma persistente y firme (Fisch et al., 1984), la terapeuta elaboró sobre lo dicho por la paciente, diciendo: *Cuando decís bastante ¿es una cerveza, dos cervezas...?*

M.: *No, bastante... Ya tomo, y quiero seguir tomando.*

C.: (Asiente, hace una pausa prolongada, mira repetidas veces a un costado) *¿Y después cómo te sentís?*

M.: *Mal (pausa). Nunca hice nada por decirlo así malo, porque siempre hablo, bailo, me pongo a joder, pero en ese momento estando bajo los efectos del alcohol no hablo de él, lo puedo recordar sin ponerme mal.* Esta frase de la paciente da cuenta de soluciones intentadas por detener la conducta de angustiarse y llorar, pero al presentar una visión distinta sobre el problema, y datos acerca de consumo de alcohol no expuestos hasta el momento, el equipo terapéutico debió seguir trabajando en la definición de prioridades (Haley, 1980; Fisch et al., 1984).

Ante el silencio de la paciente, la terapeuta intervino de forma suave y empática retomando su relato, pero resignificándolo para modificar sus marcos de creencias o constructos (Cade & O'Hanlon, 1993), diciendo: *por lo que entiendo de lo que me estás contando, estás buscando alguna manera de recordar a tu papá sin ponerte tan mal.* Cuando la paciente asintió en respuesta a la afirmación enunciada, la terapeuta continuó diciendo *también me contás que después de tomar te sentís mal*, lo que evidencia al ser enunciado en un tono neutro carente de prejuicios la ambivalencia de M. a la vez que explora su motivación para el cambio y la capacidad de insight (Prochaska, 1999), y a lo que M. respondió *si, es que yo sé que está mal, no me puedo poner a tomar cualquier día de la semana y todos los fines de semana. Pero a veces siento que es más fuerte que yo* (llora). A continuación la terapeuta indagó por intentos previos por dejar de tomar, haciendo énfasis en qué es lo que hacía M. para llegar a las soluciones

intentadas (Ruiz Dávila, 2007), a lo que la paciente respondió que en ocasiones cuando no quería tomar, aún si le ofrecían, no lo hacía, y dijo: *Yo me di cuenta que por ejemplo, hablando con vos me acuerdo de él pero no con esa angustia que no me deja ni hablar*. Se le preguntó por qué piensa ella que le pasa eso, haciendo una exploración de sus constructos (Cade & O'Hanlon, 1993), y dijo no saberlo. Con respecto a la indagación acerca de sus intentos por dejar de tomar, la paciente parecía un tanto evasiva y dando indicios de resistencia y negación, por lo que se sometió a debate dentro del equipo de terapeutas si realmente la paciente se encontraba en una etapa contemplativa con respecto a su problemática planteada, o si estaba en lo que Prochaska (1999) denomina contemplación crónica o dilación conductual, lo que la estaría inmovilizando para la acción concreta hacia el cambio, y produciendo en ella por retroalimentación negativa los síntomas ansiosos (Simon, et al., 1984). Independientemente de eso, el estadio de contemplación al igual que la etapa de precontemplación es inestable y requiere que el profesional en salud no asuma gran estabilidad del participante, por lo que el equipo terapéutico optó por comenzar a estructurar la aplicación de los procesos de cambio, de conocimiento y de los riesgos que acarrea la conducta problemática en cuestión, al igual que el proceso conductual de actividades alternativas beneficiosas (Álvarez, 2008). Una de estas alternativas beneficiosas fue expresada por ella misma al decir *hablando con vos me acuerdo de él pero no con esa angustia que no me deja ni hablar*, lo que fue retomado por la terapeuta, quien expresó: *cuando te pregunto por qué empezaste terapia ahora, es algo importante, porque me deja pensando en lo bueno que es que ahora puedas usar este espacio para ir desahogándote*, a modo de estimular nuevas alternativas de resolución, permitiendo a la consultante la posibilidad de aceptación o rechazo (Casabianca & Hirsch, 2009). Esta intervención fue utilizada asimismo para puntuar la sesión planteando un breve receso a la paciente para la reunión del equipo presente en la Cámara Gesell Online (Kaplan y Petetta Goñi, 2019). Durante dicha reunión la discusión de los terapeutas giró acerca del *¿por qué ahora?*, y por qué *estalló la olla a presión*, en palabras de la directora de la institución. A modo exploratorio, el equipo convino en la necesidad de indagar acerca de las oscilaciones de estos síntomas en los cuatro años desde que murió el padre para evitar continuar avanzando sin una clara formulación del problema (Fisch et al., 1984). Se le sugirió a la terapeuta que al hacerle la devolución a la paciente le dijera que el equipo veía que ella estaba muy afectada por lo del padre, y que esto tal vez no le permitiera avanzar en su vida, aún con los aspectos positivos que ella tiene y reconoce, y la coordinadora docente sugirió utilizar también la

analogía de la olla a presión para ejemplificar su caso ya que mediante un lenguaje coloquial y evocador se posibilitaba crear la armonía de las redundancias y resumir redefiniciones así como permitía reducir las resistencias y amplificar lo que la terapeuta intentaba transmitir (Nardone & Watzlawick, 1992; Wainstein, 2006). Además, el equipo convino en la necesidad de recabar más información que enmarcara mejor la situación de su consumo, de su sintomatología, y del disparador de la situación actual, para bloquear esos circuitos disfuncionales por otros que funcionaran interviniendo para que la paciente enfrentara su problema de manera diferente (Ruiz Dávila, 2007).

Al momento de hacerle una devolución a la consultante, la terapeuta decidió utilizar la analogía, y a partir de eso ir ordenando la información para definir mejor la presentación de los síntomas, diciéndole: *Vemos que todavía estás muy afectada por lo que pasó con tu papá, y estás sufriendo mucho. Al equipo y a mí nos vino la imagen de una olla a presión, como si estos últimos cuatro años hubiese estado cocinándose la situación, y que por un motivo que no conocemos, ahora se destapó. Y puede que este sea el momento para que vos saques esto que tenés adentro, para encontrar otras maneras de aliviar ese dolor que no sea tomando. No porque esté bien o mal desde la moral, sino porque vos misma te das cuenta que después no te sentís bien con eso que te alivia un rato nomás. Puede que este sea el momento para que las dos juntas y con el equipo podamos ir encontrando otras maneras de aliviarse más sanas, y con las que te sientas mejor con vos misma y con tu entorno. Y nos queda este interrogante de qué fue lo que pasó para que esta olla se destape. No hace falta que lo pienses ahora, lo podemos dejar abierto para ir pensándolo e ir recorriendo este camino juntas ¿Estás de acuerdo?.* Esta intervención empática y con un tono cuidado sirve a un triple propósito de dar un cierre puntuado y guiado a la sesión, y manteniendo el objetivo general de la solución de la problemática de la consultante, se le plantea un interrogante para que sea ella misma quien encuentre su respuesta al mismo tiempo que se busca modificar las secuencias repetitivas que rodean el problema (Fisch et al., 1984; Cade & O'Hanlon, 1993). Asimismo evita la confrontación debido a que es una intervención de elevado riesgo para la retención del paciente y son preferibles los métodos de estimulación así como la retroalimentación personal acerca de las consecuencias actuales y a largo plazo de continuar la pauta crónica (Prochaska, 1999). Es esperable encontrar resistencias, ya que según Fisch et al. (1984) al formular un enfoque estratégico, un caso sólo puede avanzar cuando el terapeuta actúa guiado por su estrategia de tratamiento, y que las estrategias efectivas

suelen ser aquellas completamente opuestas al impulso básico del paciente, lo que en este caso sería que M. pudiese transitar su duelo sin incurrir en consumo de alcohol, o sufrir síntomas ansiosos. Al aliarse con la consultante, la terapeuta redujo la resistencia a los intentos del equipo por llevar a cabo el tratamiento debido a su angustia o temor a que el problema llegue a empeorar (Fisch et al., 1984). Acto seguido, la terapeuta propuso ir historizando el consumo de la paciente, para a la vez que se obtiene información de esto, obtener información acerca del registro real que tenía M. de su consumo de alcohol, y con el fin de seguir teniendo un objetivo terapéutico claro, no adelantarse a su demanda real, dado que la definición del problema, la necesidad de tratamiento y el proceso de cambio son temas confusos que es necesario desentrañar para desarrollar una sólida comprensión del tratamiento, retención y participación en la terapia por parte de la consultante, ya que si bien el tratamiento es importante para el cambio, éste no depende exclusivamente del primero (DiClemente & Scott, 1997).

Con respecto a las intervenciones que buscan cambios cognitivos, una de las herramientas más utilizadas en este caso fue la validación, ya que además de legitimar los sentimientos de la paciente, tuvo el fin de evitar culpa o rechazo (Nardone & Watzlawick, 1992), en expresiones como *a veces ocurre que en un buen momento laboral, o de pareja surge esta idea de «como me hubiera gustado compartir este momento con él»* ( por su padre), *y al mismo tiempo un «¿cómo voy a estar bien si él no está acá?»*, a lo que inmediatamente la consultante asintió sonriendo, mostrando identificación con lo dicho por la admisora.

También se utilizó la connotación positiva de sus recursos de afrontamiento que surgen como un intento de controlar el impacto emocional independientemente de los resultados (Payás, 2010) en expresiones tales como la propuesta de la admisora de *avanzar a pesar del miedo* y una reformulación al decirle *a pesar de todo lo que estás contando, puedes tener por delante una linda vida, con proyectos, con una pareja que te apoya ¿no?*, lo que no solamente destaca recursos actuales de la paciente, sino que la invita a configurar un guión alternativo al propio, contribuyendo a realizar un ajuste del sistema basado en su nueva identidad y transmitiendo una visión esperanzadora que le facilite proseguir su recorrido personal (Del Pino Montesinos et al., 2003). También se apeló desde lo discursivo a una relación colaborativa, invitándola a *desentramar los miedos*, separando los síntomas que presentaba a partir de los robos sufridos de lo que era estrictamente miedo a que le ocurriera algo a su familia, buscando una redefinición o reformulación de la visión del problema, trabajando sobre las creencias mediante el uso del

lenguaje de la consultante (Wainstein, 2006), en frases como *a mi me robaron una vez como a vos y ya es suficiente como para tener miedo, pero cuatro veces ¡es una barbaridad! ¿Cómo no vas a tener miedo?*, y al decirle *es difícil sacarse ese miedo del todo, porque hay razones más allá de lo que uno piensa, que son reales, y el tema es como vivir con eso sin tanta angustia. Eso es parte de la vida, pero el tema está en cómo concentrarse en el estudio, en el trabajo, o en tu pareja. Lo que podemos trabajar es cómo agrandar ese espacio y achicar el otro, el del miedo ¿no te parece? (...) Todos nos vamos a morir en algún momento, pero es un aprendizaje poder relajarse cuando no hay ninguna señal de que vaya a pasar algo malo.*

Se reformuló la dualidad de la situación, y de la necesidad de trabajar con los miedos que *enturbian la posibilidad de despedir a (su) papá* y se le planteó a M. cómo a partir de esa despedida poder integrar el recuerdo de su padre de una manera saludable para ella que no implicara tanto dolor y tristeza, y partiendo de la hipótesis de que la paciente atravesaba un proceso de duelo mal resuelto, se intervino con expresiones como *parece que tal vez haga falta despedirse ¿no te parece?*, para promover que ella examinara la nueva situación y considerara las posibles maneras de enfrentarla, para llegar a una redefinición de sí misma y de su situación (Bowlby, 1980).

A partir del relato que hizo acerca de sus episodios ansiosos, se le prescribió a modo de tarea para la casa realizar un registro de sus pensamientos y emociones, anotando el contexto y la situación (Weakland et al., 1974). Al indagar acerca de esta tarea una semana más tarde, la paciente relató nuevamente las dos situaciones hospitalarias (la internación del padre y el nacimiento de su sobrino), diciendo *me quedé pensando después de la sesión pasada y me pude acordar de lo sola que me sentí en el hospital esas dos veces. Cuando más los necesitaba a mis papás, no pudieron estar conmigo. Y desde que nació mi sobrino, siempre que me acuerdo de mi papá me agarra angustia, y todo esto que me pasa*, lo cual confirma aquello afirmado por Del Pino Montesinos et al. (2003), con respecto al hecho de que las muertes ocurran en ámbitos tan hostiles como el hospitalario, junto a las actitudes y comportamientos de algunos sanitarios han redundado en un entorno deshumanizado incapaz de aliviar la angustia que conlleva el momento crucial de la muerte de un familiar. Ante esto, y con el fin de consolidar la alianza terapéutica, la terapeuta intervino diciendo *entiendo por lo que contás que tenés una sensación de no volver a estar cuidada de esa forma como cuando vivía tu papá*, aceptando temporalmente las creencias



irracionales de la consultante frente a una realidad adversa para establecer las bases que permitirán superar su aflicción (Del Pino Montesinos et al., 2003).

### **5.3. Analizar los cambios producidos en la paciente a partir de las intervenciones enfocadas en su proceso de duelo durante las primeras sesiones del tratamiento.**

En el caso de M. se pueden constatar cambios producidos a partir de las intervenciones terapéuticas, que se evidencian particularmente en la grabación de la cuarta y última sesión. Luego de la tercera sesión, la continuidad del tratamiento de M. se vio interrumpida durante un mes y medio, cuando su sobrino ya mencionado tuvo que ser intervenido quirúrgicamente por una patología cardíaca, y ella asistió a su hermana cuidando de él durante la internación. Acerca de esto, ella mencionó que a la noche, cuando él dormía o estaba muy tranquilo, ella se ponía muy ansiosa y le daba miedo porque *sumado al miedo que me da el hospital, me siento un poco mamá de él, también*. Cuando fue interrogada acerca de porqué era ella quien tomaba ese rol, aclaró que sus otras hermanas cuidaban de su otro sobrino junto a su madre en la casa, ya que por ser grupo de riesgo, ésta no podía asistir al hospital por las restricciones sanitarias, pero que igualmente prefería estar junto a su sobrino porque le daba miedo que le ocurriera algo y no estar ahí. Resulta interesante vincular esta decisión de la paciente de tomar un rol activo de cuidado con la intervención de la directora de la institución que le proponía *avanzar a pesar del miedo*, y se puede constatar un cambio conductual en ella al no presentar los síntomas ansiosos en el ámbito del hospital, como también un cambio de actitud general, así como diferencias en sus constructos, descripciones y acciones producto de las reformulaciones realizadas en el proceso terapéutico (Wainstein, 2006), ya que pudo realizar un registro de pensamientos en tres ocasiones en las que sufrió nuevamente los síntomas de ansiedad. Identificando como disparador una serie de ficción en la que le practicaban reanimación cardiopulmonar a un hombre, una noticia relacionada a las muertes por COVID-19, y el relato de un actor que a causa de esa misma enfermedad tuvo que ser intubado para recibir asistencia respiratoria, la consultante dijo *las tres veces al ver esas cosas dejé de seguir la serie o lo que estaba viendo, y mi cabeza se iba a esa noche, me empezaba a acordar todo ese proceso de mi papá*. Manifestó que las sesiones, aunque fueron pocas, le sirvieron mucho para descargar su angustia y se empezó a sentir bien, y al preguntarle acerca de si podía puntualizar aquello que la había ayudado más, dijo que la tarea de reconocer los miedos cuando comenzaba a tener síntomas ansiosos la guió y la calmó, lo cual

no solamente sustenta lo dicho por de Shazer (1986) acerca de que el hecho de que la queja sea complicada no significa que la solución deba serlo en idéntica medida, sino que además un enfoque estratégico puede en pocas sesiones focalizar las intervenciones de modo que se adecúen a los medios y fines que se quieren lograr de modo rápido y económico para el paciente (Wainstein, 2006). Interrogada acerca de qué hizo específicamente en las tres ocasiones en que los pensamientos y la emoción la desbordaron, para obtener información adecuada en términos de conductas concretas de afrontamiento (Fisch et al., 1984) M. dijo *primero, al mirar eso empecé a recordar todo lo de esa noche y me estaba poniendo re mal, me puse a llorar, y cuando estaba llorando me acordé de lo que me dijiste, así que empecé a anotar lo que estaba pasando, y ya al escribir me empecé a calmar, y apagué la tele para no ver esas cosas*. Aunque la acción de escribir sus pensamientos la llevó a cabo una sola vez, al generarse un cambio de segundo orden en la pauta conductual (Simon et al., 1984), las dos veces siguientes que tuvo síntomas ella pudo regular sus pensamientos y emociones haciendo un registro mental de la situación, y retirándose de la habitación unos instantes. La terapeuta luego de apreciar sus recursos de afrontamiento, y de observar cómo se habían amplificado, le preguntó por intentos fallidos en los que el recurso de detenerse a pensar o escribir el contexto detonante no hubiera funcionado para calmarla, y M. respondió que en los tres momentos esto le hizo bien y funcionó. Con respecto a los mencionados recursos de afrontamiento, la consultante reportó que en el período en que suspendió el tratamiento psicoterapéutico se había contagiado de COVID-19, lo que la confinó en una habitación sola, y relató haber sufrido bastante por sentirse sola y aislada, además de la ansiedad que le provocaba la posibilidad de haber contagiado a su madre y a su tía, pero a pesar de todas estas situaciones estresantes y adversas ella mantuvo la cursada de sus estudios con buenas notas, y una vez recuperada, se reincorporó a su trabajo con normalidad, lo que suscitó la pregunta de la terapeuta acerca de cómo había hecho todo esto, teniendo en cuenta la problemática que presentaba hasta el momento de la sesión anterior. La paciente relató que el conectarse a cursar la distraía del aislamiento, y que si bien por las noches volvía a tener pensamientos acerca de su padre, éstos se presentaban con menor impacto emocional que antes, ya que ella los observaba y los dejaba *seguir de largo*. Se puede observar que M. había sido capaz de transitar su propia adversidad integrando el recuerdo de su padre de una manera más sana, reemplazando las estrategias de afrontamiento disfuncionales por las sugeridas en las sesiones de terapia, y que si bien una estrategia concreta de afrontamiento no predice por sí

misma la resolución del duelo (Payás, 2010) son en este caso un buen indicador de la mejoría de la paciente con respecto a su duelo.

Con respecto a su conducta de tomar alcohol cuando se angustiaba, en la última sesión la paciente relató que no había vuelto a hacerlo, que si bien había tomado en un par de ocasiones con familia o amigos, no era con la intención de suprimir la angustia, sino que era en cantidades con las que ella se sentía cómoda y que no la hacían sentir mal luego. Se puede conceptualizar este consumo como una respuesta desadaptativa al duelo, que por lo observado pareció extinguirse rápidamente y de manera espontánea una vez sustituida una solución fallida por una que funciona, al enfrentar la paciente su problema de manera diferente (Ruiz Dávila, 2007).

Los cambios observables son instigados por cambios cognitivos en las percepciones, actitudes, sentimientos y acciones de M., que ocurren como resultado del impacto de los mensajes de la terapeuta sobre su pensamiento, sus percepciones y sobre el contexto de interacciones habituales en las que la consultante participa (Wainstein, 2006), y se evidencia en este caso ya que al ser interrogada acerca de cambios en sí misma desde la primera entrevista hasta el momento de la cuarta sesión, la consultante manifestó sentir que la terapia le había hecho bien en varios ámbitos de su vida y que había logrado recordar al padre con alegría, sin tanta angustia y sin ponerse tan mal diciendo *recuerdo cosas que me pasaban con él y sonrío, lo puedo compartir con mi familia y nos reímos todos juntos. Para el día del padre estuvimos todos acá* (refiriéndose a su casa), *hicimos un almuerzo, hablamos un montón, contamos anécdotas... El año pasado en esa fecha ni me levanté, no quería comer, ni hacer nada, pero este año pudimos compartirlo con mi mamá y mis hermanos, y fue un lindo día.* Ante la pregunta de *¿Qué piensas que cambió del año pasado a este?*, para obtener información acerca del insight de la propia consultante, M. respondió que se había dado cuenta que siempre había tenido mucha gente alrededor suyo que la escucha y la quiere, y que desde el momento de la muerte de su padre ella se había sentido sola, pero que no lo estaba en realidad. Agregó que sentirse acompañada por su familia, amigas y pareja, quienes la escuchan y la contienen mucho, le hizo replantearse su sensación de soledad, por lo que se puede postular que la consultante pudo dejar de lado elementos propios de la tercera fase del duelo, caracterizada por la desesperanza para dar paso a una fase de reorganización, reconociendo y aceptando mejor la pérdida, dándole nueva forma y significado a su vida (Bowlby, 1980), a la vez que resignificó su propio rol familiar, y sus relaciones con respecto a una nueva realidad, implicando una reestructuración de su visión

que la llevó a desligarse de conductas, pensamientos y emociones desadaptativas y a una mejora en su calidad de vida y de relaciones interpersonales (Ruiz Dávila, 2007).

En la última sesión, la terapeuta apreció el gran cambio que había operado en ella, y la consultante estuvo de acuerdo, y mencionó que se sentía bien, y que a su vez esto había impactado positivamente en su trabajo, ya que no había vuelto a tener una crisis como las relatadas en su queja inicial, y se sentía más relajada y tranquila. Relató que a pesar de que seguía teniendo miedo e iba *volando* al trabajo, había bajado la intensidad de su miedo, el cual ya no le resulta incontrolable y que creía que *en Argentina estamos todos un poco así*. La terapeuta le validó esta reformulación de su miedo diciéndole que es normal salir a la calle con un nivel razonable de temor ya que *es un miedo adaptativo, que te permite cuidarte y tomar recaudos en una zona que puede ser peligrosa*, pero en el cambio actitudinal de la consultante se puede observar la forma en que un cambio mínimo en los circuitos auto perpetuantes, en este caso poder frenar los pensamientos catastróficos provocó a su vez nuevos cambios que se generalizaron en la vida de M. dado que se modificó la circularidad del sistema generador del problema y la queja (Ruiz Dávila, 2007).

Con respecto a la motivación al cambio de la paciente podemos decir que pudo pasar de la fase contemplativa en la que se encontraba a una fase de acción, dado que se trabajó evocando los motivos para el cambio y los riesgos que provoca la ausencia de éste, lo que aumentó la autoeficacia para la modificación de la conducta problemática de M., quien logró persuadirse a sí misma para cambiar en función de sus propios valores e intereses (Prochaska, 1999; Miller & Rollnick, 1991). Resulta llamativo por el modo en que abordaba las sesiones de terapia, en las que por momentos no parecía demostrar una alta motivación al cambio, pero no es tan extraño cuando se considera que su problemática con respecto al duelo era el origen de su padecimiento, y al lograr hacer un cambio aparentemente pequeño en la conducta problemática, la interacción de conductas observables concatenadas se vió modificada en el circuito, desanclando los procedimientos fallidos en relación con el problema, al mismo tiempo que se produjo una retroalimentación positiva, generadora de cambios (Casabianca & Hirsch, 2009; Wainstein, 2009).

## 6. Conclusiones

El objetivo general de este trabajo final de integración consistió en analizar la motivación para el cambio y el proceso de duelo en el caso de M. el cual fue abordado en una institución con orientación sistémica estratégica focalizada breve mediante el dispositivo de Cámara Gesell Online. Se considera que tanto el objetivo general como los tres objetivos específicos fueron alcanzados, y para responder a éstos se realizó la observación no participante de las grabaciones de la entrevista de admisión y de las sesiones de la paciente, una entrevista semi-estructurada con la directora y la coordinadora docente y una entrevista semi-estructurada con la terapeuta. Asimismo, la información recabada en el marco teórico fue un gran aporte para lograr la articulación con lo observado en la práctica y comprender tanto las etapas como los elementos fundamentales de los procesos involucrados, así como también las intervenciones terapéuticas realizadas y su efectividad.

Se considera alcanzado el primer objetivo orientado a describir la queja inicial de la paciente y la etapa de motivación para el cambio en la que se encuentra, así como analizar la construcción del motivo de consulta de la paciente por parte del equipo de terapeutas realizada en las primeras sesiones del tratamiento realizado mediante Cámara Gesell Online, tomando del marco teórico textos de autores clásicos como Fisch et al. (1984), Weakland et al. (1974), de Shazer (1986) y Wainstein (2006) que elaboran acerca de las entrevistas de admisión y sus diferentes etapas, como así también artículos de investigación más recientes como Kaplan y Petetta Goñi (2019), De la Torre Martí y Pardo Cebrián (2018), y Traverso y Salem Martínez (2020), que arrojaron luz acerca del dispositivo de Cámara Gesell Online, logrando la articulación con lo visto en la práctica. Si bien hay gran cantidad de autores que se podrían haber mencionado con respecto a las etapas de motivación al cambio y su uso en la entrevista motivacional, se optó por tomar a los autores principales, es decir Prochaska y DiClemente (1983) y Miller y Rollnick (1991) debido a su relevancia dentro del modelo transteórico.

El segundo objetivo propuesto fue describir las intervenciones realizadas por el equipo terapéutico durante las primeras instancias del tratamiento, dirigidas a fomentar cambios conductuales en el consumo de alcohol de la paciente y a cambios cognitivos en su procesamiento del duelo desde el modelo de Palo Alto, en el que resaltan las intervenciones estratégicas que intentan bloquear el circuito que perpetúa la conducta-problema, a saber, prescripciones directas, reformulaciones o redefiniciones, sugerencias y narrativas (Wainstein, 2006), y algunas intervenciones propias de la entrevista motivacional centrada en el paciente, en

la que el terapeuta mantiene un fuerte sentido del objetivo y la dirección y elige activamente el mejor momento para intervenir de una manera incisiva, combinando así elementos de enfoques directivos y no directivos (Miller & Rollnick, 1996). Asimismo se pudieron determinar algunas de las diferentes intervenciones sistémicas que las terapeutas utilizaron tales como las indagaciones, las prescripciones y en particular la validación de los sentimientos y pensamientos de la paciente, que facilitaron el establecimiento de una alianza terapéutica, permitiendo a la consultante superar sus inhibiciones y resistencias, para brindar información concreta sobre su queja inicial, y de esta manera ayudar a co-construir el motivo de consulta, al tiempo que se intervenía sobre las cogniciones y conductas problemáticas para la paciente. Los textos de Wainstein (2006) y Cade y O'Hanlon (1993) fueron de mucha utilidad a la hora de detectar y puntualizar las intervenciones realizadas por la terapeuta, para así comprender la manera en que la teoría respalda y colabora con el rol del terapeuta en la práctica terapéutica.

En cuanto al tercer objetivo orientado a analizar los cambios producidos en la paciente a partir de las intervenciones enfocadas en su proceso de duelo luego de las primeras sesiones del tratamiento, también se considera logrado, ya que a pesar de la interrupción de la terapia por parte de la paciente, se pudieron constatar cambios, particularmente en su procesamiento del duelo, que en consecuencia implicaron cambios en sus conductas de afrontamiento y en el relacionamiento con su entorno, para lo que las observaciones se pudieron vincular con los autores consultados, en particular Del Pino Montesinos et al. (2003), Bowlby (1980) y Payás (2010).

La elección de los objetivos del presente trabajo fue realizada en el proceso mismo del desarrollo de la práctica profesional al presenciar las sesiones de la paciente de manera no participante, y al dialogar con la directora y la coordinadora docente de la institución, quienes brindaron información y guía acerca de posibles temas de interés en el caso.

Durante el proceso de análisis, se realizaron entrevistas semidirigidas a la directora, a la coordinadora docente del centro y a la terapeuta, quienes aportaron su experiencia en el caso e información valiosa para el desarrollo del presente trabajo. Este análisis fue sustentado por el marco teórico, para cuya realización se tuvo en cuenta la pertinencia de los autores del enfoque sistémico estratégico como los ya mencionados, como así la importancia de la inclusión de autores más actuales, y por fuera de este enfoque, los autores más relevantes que hayan trabajado con respecto al duelo, motivación para el cambio y entrevista motivacional.

En el presente trabajo se han observado diferentes ventajas y limitaciones, tanto del instrumento como del análisis realizado. Se puede mencionar como ventaja la posibilidad de la paciente de comenzar un proceso psicoterapéutico y ser atendida por un grupo de profesionales dedicados a su caso en el contexto de las restricciones de distanciamiento social preventivo a causa de la pandemia de COVID-19, y la posibilidad no solamente de asistir a dichas sesiones de psicoterapia, sino de acceder a las grabaciones para poder recabar gran cantidad de material de análisis. En lo que refiere a la aplicabilidad de la modalidad online en el tratamiento sistémico breve y estratégico, se destacan especialmente los beneficios que ha demostrado en sus resultados y logros terapéuticos, semejantes a los de la modalidad presencial. En relación con el dispositivo de Cámara Gesell Online, no se deben dejar de mencionar sus ventajas en cuanto al gran aporte educativo que tiene para los pasantes, futuros terapeutas en formación que tuvieron contacto por primera vez con casos clínicos reales, a la vez que presenciaban la formación de terapeutas ya recibidos quienes lograban excelentes resultados con los pacientes respaldados y supervisados por la directora y la coordinadora docente, existiendo así una multiplicidad de mentes enfocadas en una misma problemática. En cuanto a las limitaciones, una de las mayores desventajas del dispositivo online se debe a las fallas de conexión, que ocasionaban interrupciones en la comunicación entre la paciente y la terapeuta, la retroalimentación verbal y no verbal entre ellas, y en consecuencia, fallas en el ritmo y el buen uso del tiempo necesario de la sesión (Traverso & Salem Martínez, 2020; Fisch et al., 1984), inhabilitando a la paciente a ser escuchada así como que la terapeuta lograra comprenderla completamente y ayudarla con su problemática (Cotton, 2014). Ocurría también que a la paciente le era difícil encontrar un lugar cómodo y privado al momento de realizar la sesión, así como limitaciones de horarios de Cámara Gesell Online disponibles en la institución. Ella se comunicó con la terapeuta y decidió suspender el tratamiento dado que manifestaba una notable mejoría anímica y una percepción de controlabilidad en sus síntomas, sin embargo se puede especular que posiblemente la paciente se hallara cohibida o poco motivada para continuar el tratamiento con todo el equipo, a pesar de que había presentado un buen rapport y un vínculo empático con su terapeuta. No obstante esto, en cuanto al modelo terapéutico trabajado resulta pertinente señalar que según Weakland et al. (1974) tiene limitaciones de práctica tanto como de concepción, lógicamente inherentes a su propia naturaleza, pero a pesar de esto resulta un modelo absolutamente rico que presenta una gran flexibilidad para abordar las problemáticas de los consultantes, y que permite que los

cambios operen de forma muy notable con pocas intervenciones, lo cual es una ventaja indiscutible al hablar de un abordaje rápido, económico y eficaz (Ruiz Dávila, 2007).

A modo de perspectiva crítica que surge de la práctica, un aspecto que podría mejorarse es la duración de la reunión de debate entre los terapeutas en medio de la sesión ya que en ocasiones se extendía bastante y la paciente permanecía un largo rato en espera, lo que además de ocupar tiempo de la sesión en sí, podía generar una desconcentración de la consultante. Asimismo, si bien era un aspecto muy positivo que se le diera espacio a los pasantes para manifestar dudas y opiniones, la cuestión de *¿por qué ahora?* suscitó elaboraciones y conjeturas por parte de éstos que no siempre fueron del todo constructivas y obligaban a la terapeuta y supervisoras a sobreponerse a las distracciones, y en última instancia no terminó de resolverse el interrogante del motivo por el cual M. acudió a terapia en ese momento, o si tal vez retuvo algún tipo de información, ya que lloraba de una forma exagerada, más allá del desahogo mencionado.

Como nueva línea de investigación resultaría interesante comparar los cambios manifestados por la paciente en un seguimiento futuro del caso, en particular comparar sus cogniciones en cuanto al duelo, para constatar si logró transitar finalmente un duelo saludable. Asimismo es de interés preguntarse si la formación de los psicólogos que se dediquen a la telepsicología en cualquiera de sus posibilidades no debería incluir algún tipo de curso específico en manejo de lenguaje paralingüístico y corporal frente a cámara, ya que al concentrarse toda la atención en los rostros tanto de la paciente como de la terapeuta, hay un mayor desafío para los terapeutas en lo que refiere a tanto transmitir cómo captar la enorme riqueza de la información gestual, lo que supone una difícil tarea para quienes se inician en la profesión.

Para finalizar, y a modo de aporte personal, la práctica profesional fue una experiencia muy grata y enriquecedora, que facilitó la realización de este trabajo siendo en sí misma una instancia de aprendizaje muy fructífera a través de la observación directa de la interacción entre las terapeutas y la consultante. Cabe destacar el rol de la institución, que demostró una gran dedicación pedagógica y disponibilidad muy amplia, colaborando y proveyendo generosamente toda información referente a los temas en cuestión, así como la disponibilidad de profesores y tutores que colaboraron activamente en la redacción del presente trabajo final integrador.



### Referencias bibliográficas

- Álvarez, C. (2008). Teoría Transteorética de cambio de conducta: Herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. *MHSalud*, 5 (1), 1-12. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=237017527003>
- American Psychological Association (2013). Guidelines for the practice of telepsychology [Lineamientos para la práctica de la telepsicología]. *American Psychologist*, 68(9), 791–800. doi:10.1037/a0035001
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barreira, I. (2016). Historia de las terapias breves y focalizadas en Argentina. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1(1), 37-57. Recuperado de <https://p3.usal.edu.ar/index.php/psicol/article/view/3803/4739>
- Barreto, P., de la Torre, O. & Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9 (2-3), 355-368. DOI:10.5209/rev\_PSIC.2013.v9.n2-3.40902
- von Bertalanffy, L. (1986). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Ciencia y tecnología.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Modernidad y posmodernidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1980). *Apego y pérdida: Vol. 3. La pérdida afectiva: Tristeza y depresión*. Barcelona: Paidós.
- Cade, B. & O'Hanlon, W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- 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.
- Cotton, A. (2014). La terapia online y las relaciones humanas mediatizadas por la tecnología 3.0 Un modelo de integración entre lo real y lo virtual. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos*, 30 (1) 40-64. Recuperado de <https://asiba.org/index.php/asiba>
- DiClemente, C. & Scott, C. (1997). Stages of change: Interaction with treatment compliance and involvement [Etapas del cambio: Interacción con el cumplimiento y la participación del tratamiento]. En Onken, L., Blaine, J., & Boren, J. (Eds.), *Beyond the Therapeutic*

- Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment. NIDA Research Monograph No. 165.* (pp. 131–156). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- De la Fuente Blanco, I., Alonso, Y., & Vique, R. (2019). Terapia breve centrada en soluciones: Un modelo teórico relacional. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 259-273.  
<https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.277>
- Haley J. (1980). *Terapia para resolver problemas. Nuevas Estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kaplan, S.& Petetta Goñi, S. (2019). *La cámara Gesell, una herramienta de entrenamiento para terapeutas sistémicos*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Buenos Aires: Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-111/633>
- Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guildford Press.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1996) ¿Qué es la Entrevista Motivacional? *Revista de Toxicomanías*, 6. 3-7. Recuperado de [https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET06\\_1.pdf](https://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/RET06_1.pdf)
- Nardone, G. & Portelli, C. (2013). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Buenos Aires: Paidós
- Del Pino Montesinos, J., Pérez García, J. & Ortega Beviá, F. (2003). *Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica*. Recuperado de [http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates\\_i/pdf/esp/434e.pdf](http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_i/pdf/esp/434e.pdf)
- Piñeiro, B., Fernández del Río, E., López-Durán, A. & Becoña, E. (2014) ¿Mejora la entrevista motivacional la eficacia del tratamiento psicológico para dejar de fumar? *Anales de Psicología*, 30 (1), 123-132. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.1.131961>
- Prochaska, J. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? [¿Cómo cambian las personas, y cómo podemos cambiar nosotros para ayudar a

- muchas más personas?]. En Hubble, M. , Duncan, B., & Miller, S. (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 227–258). Washington, DC: APA Press.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change [Etapas y procesos del autocambio en tabaquismo: hacia un modelo integrativo del cambio]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Rivera Cisneros, A. (2017). Exploración de modelos para el cambio personal y social: el modelo transteórico de Prochaska. *Revista Oratores, 1* (1), 38-51. Recuperado de <https://revistas.umecit.edu.pa/index.php/oratores/article/view/67>
- Ruiz Dávila, M. (2007). Intervenciones Estratégicas Individuales del modelo sistémico [Tesis de Grado, Universidad del Azuay, Ecuador]. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1062/1/06248.pdf>
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Simon, F., Sherlin, H., & Wynne, L. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa
- De la Torre Martí, M. & Pardo Cebrián, R. (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <https://www.psicologospsiquiatras.cl/wp-content/uploads/2020/04/Guia-para-la-Intervencion-en-Telepsicologia.pdf>
- Traverso, G., & Salem Martínez, T. (2020). Tele psicología durante la pandemia. *Sistemas Familiares y otros sistemas humanos, 36* (1), 39-48. Recuperado de <https://asiba.org/index.php/asiba>
- Vedia Domingo, V. (2016). Duelo patológico. Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 6* (2), 12-34. Recuperado de [https://www.psicociencias.org/pdf\\_noticias/Duelo\\_patologico.pdf](https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf)
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2009). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Beavin J., & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. & Bodin, A. (1974). Brief Therapy: focused problem resolution. *Family Process*, 13 (2), 141-168. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x>