

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Proceso terapéutico en un caso de violencia en la pareja desde la terapia breve focalizada.

Alumna: Carrasco, María Florencia

Tutor: Lic. Constantino, Ignacio

Buenos Aires, 25 de Febrero de 2022

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1. Objetivo General	2
2.2. Objetivos Específicos	2
3. Marco teórico	3
3.1. Precedentes del Modelo Sistémico y la Terapia Breve Estratégica.	3
3.2. Mental Research Institute. Terapia Breve Estratégica.	5
3.3. Proceso Terapéutico.	8
3.3.1. Co-construcción del problema	8
3.3.2. Obstáculos en el foco en el problema	11
3.3.3. Tipo de Intervenciones en el modelo estratégico	14
3.4. El cambio en el proceso terapéutico	18
4. Metodología	20
4.1. Tipo de estudio	20
4.2. Participantes	21
4.3. Instrumentos	21
4.4. Procedimiento	21
5. Desarrollo	22
5.1. Presentación del caso	22
5.2. Describir la queja inicial y la co-construcción del problema al inicio del tratamiento.	22
5.3. Describir las intervenciones sistémicas aplicadas por la terapeuta y los obstáculos que se presentaron durante el tratamiento para mantener el foco en el problema.	27
5.4. Describir los cambios en la autovaloración de la consultante durante el proceso terapéutico estratégico focalizado.	32
6. Conclusiones	36
7. Referencias	40

1. Introducción

El presente trabajo final de integración se elaboró en el contexto de la Práctica de Habilitación Profesional, dispuesta por una Universidad Privada de Psicología de la Ciudad de Buenos Aires. La misma fue realizada entre los meses de marzo y julio. Constó de 280 horas y, debido a la alerta epidemiológica causada por el COVID-19, se efectuó completamente de manera virtual a través de la plataforma Zoom.

El centro terapéutico en el cual se cumplió la pasantía, está situado en el Barrio de Belgrano de la Ciudad de Buenos Aires. Se especializa en la atención clínica y formación de profesionales bajo el modelo sistémico estratégico de resolución de problemas. La población que asiste a la institución se acerca para trabajar de manera Individual, en Pareja, Familias o Terapia de Grupo.

Se concurre a una clase teórica semanal para profundizar conocimientos del modelo terapéutico del centro, en la cual se observaron videos, se analizaron textos y se debatió sobre la psicología sistémica. Además, se participó de diferentes cámaras Gesell del Programa de Iniciación Profesional, en el cual los alumnos, que son psicólogos matriculados, dan los primeros pasos en la atención de consultantes y pueden ser supervisados por los profesores. Se seleccionó el caso de una consultante de 30 años que inició terapia para sostener una separación en un contexto de violencia de género en la pareja y mejorar su autovaloración. Debido a la relevancia actual de esta problemática, resulta primordial ampliar el conocimiento sobre los aportes en el abordaje, intervenciones y resultados terapéuticos obtenidos desde el modelo estratégico focalizado breve.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Describir la co-construcción del problema, las intervenciones de la terapeuta, los obstáculos y el cambio obtenido desde el modelo estratégico focalizado breve, en un caso de violencia de género en la pareja.

2.2. Objetivos Específicos

1. Describir la queja inicial y la co-construcción del problema al inicio del tratamiento.

2. Describir las intervenciones sistémicas aplicadas por la terapeuta y los obstáculos que se presentaron durante el tratamiento para mantener el foco en el problema.
3. Describir los cambios en la autovaloración de la consultante durante el proceso terapéutico estratégico focalizado.

3. Marco teórico

3.1. Precedentes del Modelo Sistémico y la Terapia Breve Estratégica.

Durante los años cuarenta en la ciudad de Nueva York, tuvieron lugar una sucesión de coloquios científicos de diferentes áreas: neurología, psiquiatría, antropología, filosofía, fisiología, matemáticas, etc. Algunos de los temas tratados, sembraron las bases de la psicología sistémica como ser la hipnosis, los mecanismos teleológicos, y la cibernética. Se encontraban entre los asistentes Margaret Mead, Norbert Wiener, Kurt Lewin, Heinz von Foerster, Gregory Bateson y Milton H. Erickson (Cazabat, 2007). Castro Solano (2003) relaciona el origen de la psicología sistémica con el auge de la cibernética hacia mediados del siglo, considerándolo de este modo, como uno de los modelos más modernos.

A continuación se procederán a describir los conceptos que fundaron las bases de la Psicología Sistémica.

Como se viene postulando, la Cibernética fue un eslabón fundamental para la comprensión de los sistemas vivos. Explica que estos se regulan para mantenerse en una fluctuación estable llamada homeostasis, es decir, se retroalimentan y cambian para lograr volver al estado anterior y conservar el equilibrio. Así mismo, en la llamada cibernética de segundo orden, se incluye a los observadores del sistema. Con el correr de los años, se aplica a las comunicaciones humanas (García Martínez 2013).

La Teoría General de los sistemas fue desarrollada por Von Bertalanffy (1968). La premisa que se destaca es la de *sistema* como un conjunto de elementos que interactúan, los cuales conforman una unidad funcional. A su vez, cada una de las partes puede ser considerada a sí misma como un subsistema. La característica emergente de esta teoría es que, al modificar uno de los componentes del sistema o la interacción entre los mismos, se consigue lograr un cambio. A las propiedades que emerjan, no podrán atribuírseles a ningún elemento en particular, sino que dependerán de la mutua influencia (Feixas & Miró, 1993). Wainstein (2006) confiere la particularidad al sistema de tener una estructura de interrelación tal, que el desempeño se relacionará con la manera en que funciona con su

medio, y a su vez, es de indivisible descripción. El autor otorga la complejidad a dicho sistema por la conformación de múltiples elementos de funciones específicas, con interacción de un patrón circular con valores azarosos y variables.

Un grupo conformado por Bateson y futuros miembros del MRI, sistematizaron cualidades del mensaje y la relación intervinientes en el mismo. Profundizaron el aporte al estudio de la cibernética, y desarrollaron el concepto de *doble vínculo*. Los mismos, allanaron el camino a la enunciación del trabajo de la familia con mirada sistémica y al estudio de la comunicación humana (Nardone & Watzlawick 1997).

La teoría del doble vínculo desarrolla la modalidad que se encontró presente en familias con un miembro con esquizofrenia. El patrón comunicacional es la emisión de dos mensajes en simultáneo que son contradictorios, incongruentes, confusos, y dejan al receptor entrampado. El vínculo intenso en el cual se desarrolla, es vivido subjetivamente de gran valor a nivel de supervivencia psicológica o física. Estas relaciones pueden darse en la familia, pareja, trabajo, credo, amistad e incluso en una situación terapéutica (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1967).

Wainstein (2006) amplía que, debido a las características de dependencia del vínculo con este esquema sistemático, se deja al receptor incapaz de metacomunicar acerca de la incoherencia. De esta forma, se interpreta literalizando lo dicho; los problemas en las personas surgen de los fallos discursivos en la transacción. Hirigoyen (1998) sostiene que la comunicación paradójica es utilizada en vínculos violentos para confundir y someter, dejando a la víctima perpleja. Es aplicada para desestabilizar, ridiculizar o justificar las propias acciones en menoscabo de un otro. Tiene por finalidad controlar los sentimientos y nublar los pensamientos de tal forma, que el otro termine aprobando lo dicho o incluso auto descalificándose. En lo expuesto por los autores, se vislumbra que el doble vínculo interfiere de forma tal, que quiebra la mutua influencia comunicacional; jerarquizando a su vez a un individuo por encima del otro.

En lo referido a la jerarquía, Polo Usaola (2015) sostiene que es un concepto estructural por el cual se puede analizar en términos de poder y autoridad a los vínculos familiares. Resulta importante examinar quiénes lo ejercen, y cómo circulan los mismos en dicho sistema. Rojo, Tesoro, & Peñín. (1993) afirman que diversos autores de terapia

familiar trabajaron la jerarquía en lo que refiere a la disparidad de poder desde lo generacional, pero omitieron las relacionadas con los roles de género.

Bateson mantuvo una conexión activa con los miembros del instituto contribuyendo con los cimientos del modelo. Milton Erikson fue otra influencia externa; ya que desde el comienzo del trabajo de Weakland y Haley para el Proyecto Bateson lo frecuentaron. El uso de la paradoja, la hipnoterapia, y la persuasión, aportaron las bases de la Teoría de la Comunicación y de la Terapia Interaccional estratégica (Fernández Moya, 2006).

3.2. Mental Research Institute. Terapia Breve Estratégica.

Don Jackson funda junto a Virginia Satir y Jules Riskin el Mental Research Institute hacia 1959, con el resultado de la articulación del ala terapéutica del modelo sistémico y la primera aproximación a la terapia breve estratégica (Watzlawick, Weakland & Fisch 1974; Nardone & Watzlawick, 1995). Con el correr de los años, se sumaron a trabajar en la investigación y desarrollo del enfoque Jay Haley, John Weakland, Richard Fisch, Lynn Segal y Carlos Sluzki (Fernández Moya, 2006; García Martínez, 2013). Este modelo se nutrió de los numerosos aportes de variadas disciplinas, y del trabajo conjunto de múltiples profesionales.

Tras años de trabajo en equipo e investigación, en 1966 desarrollan el Centro de Psicoterapia Breve del MRI. Crearon su propio abordaje terapéutico, basado en la Pragmática de la comunicación humana, la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética, la Hipnosis y Constructivismo (Ceberio, 2016).

Resultado del aporte de Erikson, la *hipnosis* que se utiliza en el modelo, no es un ritual estereotipado (como es representada en el imaginario social), sino que hace alusión a un modo de comunicación entre las personas. El uso tiene como finalidad modificar la conducta, ampliando además los alcances de la experiencia y de las capacidades del paciente. Se pretende que éste siga directivas pero de forma automática. La terapia requiere al comienzo del proceso una actitud del terapeuta persuasiva, la cual motive a la cooperación del consultante al cambio (Haley, 1973).

En el mencionado Centro de psicoterapia, se asumió una postura temprana constructivista, la cual fue de importancia en desarrollo de las terapias sistémicas posteriores. Este enfoque, supone que los individuos edifican un modo de entender el mundo, las relaciones y sus experiencias. Desde esta línea, se posicionan de manera activa ante la

realidad, la cual no es considerada única ni universal. Toman un protagonismo especial las propias percepciones para entender los sucesos sociales y psicológicos (García Martínez, 2013).

La diferencia principal, según consideraciones de Shazer (1986), entre la terapia estratégica breve y otras, es que sin importar lo complejo o grave de la situación, introduciendo un pequeño cambio en la conducta, se puede desencadenar grandes consecuencias en el comportamiento de todas las personas involucradas en el mismo.

La familia entre los microsistemas existentes, ha sido desde hace más de un siglo de interés científico especialmente para la antropología y la sociología. Pero el enfoque sistémico familiar de conseguir información en el contexto del paciente identificado ante cualquier problema, fue desarrollado en Palo Alto (Des Champs, 1991).

Wainstein (2021) describe que para poder abarcar al individuo debe tenerse en consideración la trama social y relacional. No hacerlo, es obviar el tiempo que se destina y lo fundante de la familia en la vida. Es en California donde se desarrolla el estudio del sistema familiar atravesado por el ciclo vital; entramando lo biológico con lo social en continua adaptación con su medio. Así como podía resultar generador de problemas o facilitador de trastornos mentales, también debe considerarse parte de los recursos terapéuticos en la reconstrucción de soluciones.

Dedicar tiempo a reconocer el ciclo vital familiar resulta un gran aporte de Milton Erikson al enfoque estratégico. Haley (1973) postula que los síntomas ocurren al producirse una disrupción en el ciclo vital de la familia. El foco no está puesto en el síntoma expresado, sino en la solución del problema. Se busca que la resolución vuelva a poner en circulación al ciclo vital estancado. En el ingreso a la etapa en la cual los hijos empiezan a independizarse, el matrimonio puede entrar en una etapa agitada si no cuentan con los recursos de resolución de crisis. En algunas parejas se deteriora el vínculo cuando se independiza el hijo mayor; mientras que en otras el momento crítico es suscitado con la salida de cada hijo del hogar. En ciertas ocasiones, puede suceder que uno de los hijos desarrolle una perturbación psicológica grave en dicha etapa. Este hecho puede comprenderse desde este modelo como un exagerado intento de resolución de la conflictiva familiar.

López Girones (2015) postula, que el trabajo con el ciclo vital familiar es de suma utilidad en la clínica. Esto, es debido a que los sistemas familiares franquean similares etapas, crisis y transiciones en sus procesos de cambio.

Si bien en un comienzo la terapia era llevada a todo el sistema, con el correr de los años, se amplificó su aplicación a terapia individual, de pareja o de grupo (Feixas & Miró, 1993). Los terapeutas prescriben diferentes intervenciones especialmente diseñadas para la modificación en las interacciones del sistema familiar, con lo cual, no resulta imprescindible que toda la familia asista a la sesión (García Martínez, 2013).

La psicología sistémica, a diferencia de otros modelos, enfatiza su trabajo terapéutico sobre la modificación de los patrones de las interacciones (Feixas & Miró, 1993).

Se busca conocer y bloquear las soluciones intentadas, dado que, al ser éstas fallidas y sostenidas en el tiempo, mantienen el circuito de retroalimentación y se convierten ellas mismas en el problema en sí. Resulta fundamental discontinuar la pauta de interacción que sostiene la circularidad entre el problema y los intentos de solución. De este modo se amplían recursos y nuevas conductas, promotoras del cumplimiento de las metas terapéuticas (Ceberio, 2016).

A través de un trabajo que revisa la literatura empírica sobre efectividad y eficacia de diferentes escuelas, Castro Solano (2003) encuentra que el primer momento de los tratamientos es donde se genera el mayor impacto en la mejoría psicológica. Así mismo, se realizaron múltiples estudios sobre los resultados efectivos en terapia. Se encontró una correlación entre éxito en psicoterapia y sensación de cambio en los primeros momentos de la misma (Lambert, 2002; Miller, Duncan & Hubble, 2004).

Se desarrollaron dentro de los diferentes modelos, terapias que respondan en casos leves a moderados con suficiente rapidez y efectividad. Al limitar el número de sesiones, se facilita el acceso a la atención de individuos de bajos recursos. Otros beneficios son la reducción de las listas de espera y el trabajo sobre problemas específicos que sean disfuncionales y afecten negativamente la vida diaria de las personas. Debido a que tanto el paciente como el terapeuta se centran en objetivos alcanzables, la motivación se mantiene lo suficientemente elevada para que se pueda experimentar el cambio deseado lo antes posible (Gálvez Lara et al., 2018).

Los terapeutas, afirma de Shazer (1986), tienen una obligación ética de utilizar el tiempo de la terapia de manera productiva dada la acotada duración del proceso. Esto predispone a que los consultantes puedan, lo más rápido posible, ser funcionales en las distintas áreas de la vida en vez de continuar padeciendo. El modelo de Terapia Breve creado en California, propone que el objetivo sea la resolución de problemas en un tiempo breve para que la psicoterapia no exceda (de ser posible) las 12 sesiones. (Ceberio, 2016).

Los investigadores de la terapia breve estratégica, debido a la exploración de intervenciones eficientes en la línea de lo mencionado anteriormente, abandonaron la búsqueda de causas intrapsíquicas. La profundidad y el pasado dejaron de ser considerados para la explicación de los comportamientos de los pacientes (García Martínez, 2013).

La interacción y comunicación entre las personas afectan las conductas, sus pensamientos y emociones (Des Champs, 1991). Una herramienta valiosa de la terapia breve, es ocuparse de lo que la persona ofrece en el espacio terapéutico. El fin, es que logre en un futuro próximo una vida plena con sus propios recursos (de Shazer, 1986).

Lo primordial para Nardone & Watzlawick (1990) es construir una relación de confianza, contacto estrecho, aceptación interpersonal y sugestión positiva. Se busca favorecer el inicio de un proceso de diagnóstico y tratamiento. Se parte de la potencialidad que poseen las personas para enfrentar y solucionar los diferentes desafíos que se presentan a lo largo de todo el ciclo vital. El terapeuta busca facilitar a los consultantes el proceso de elegir hacia dónde desea ir, y la cantidad de esfuerzo que quiera abocarle (Kopec, 2007).

3.3. Proceso Terapéutico.

3.3.1. Co-construcción del problema

Desde los inicios, se posicionó a los psicoterapeutas como un agente activo como lo explica Des Champs (1991). Como tarea primaria, está lograr una alteración en la forma de interacción familiar. La visión sistémica es psicoevolutiva, abocada al cambio y orientada a la salud.

Durante los primeros encuentros, resulta fundamental comprender la queja inicial, el motivo por el cual busca ayuda en ese momento (y no en otro), la naturaleza del problema y los objetivos mínimos deseados. Junto a éste se co-construirá el problema, de ser posible, antes que finalice la sesión (Fisch, et al., 1984).

Este primer encuentro entre el consultante y el terapeuta es considerado como un momento de gran relevancia para Nardone & Watzlawick, 1990). La obtención de datos relevantes se realiza desde la pre-entrevista o llamada telefónica para Ceberio (2016). Se tiene en consideración quién realiza la llamada telefónica. De esta forma se intenta conocer la estructura familiar, la ocupación, o si se contactan a través de una derivación. Sutilmente, se indaga el motivo de consulta que expresa la persona. Esta información aclara el panorama de a quién citar; dado que algunas veces el paciente identificado no es el interesado en resolver el problema.

Kopec (2007) sugiere que, de ser factible, la admisión esté a cargo de un profesional que no sea el designado para el tratamiento. Recalca que dentro de las ventajas se encuentran: la elección del terapeuta acorde a las necesidades del consultante; alguien a quien éste pueda recurrir en caso de no sentirse a gusto con el vínculo; la corrección de parte del psicólogo en caso que alguna intervención en la admisión le haya sido rehusada; y la conformación de un equipo para la supervisión.

El paciente que llega a la entrevista inicial, trae algo que percibe cognitivamente que tendría que modificar, que le genera un malestar afectivo y con alguna conducta que considera que debería realizar. Estas primeras verbalizaciones llamadas queja inicial (que puede ser una o múltiples), al ser contextualizadas, pueden ser convertidas en un problema. Para esto, es conveniente que el terapeuta realice un registro con las palabras exactas pronunciadas por el consultante (Casabianca & Hirsch 2009).

Un problema puede ser entendido como una dificultad que a pesar de las acciones realizadas, no se pudo resolver favorablemente. El individuo llega a la consulta al encontrarse desanimado al respecto (Wainstein, 2006).

Hay dos condiciones que, según Fisch et al. (1984), se deben cumplir para que una situación se pueda convertir en un problema: que se enfrente de manera errónea, y al no obtener los resultados esperables, se intensifique y replique la misma solución. De esta manera, los reiterados esfuerzos potencian la dificultad prolongándola en el tiempo. Todas las conductas son conservadas en el sistema social en el cual interactúan los individuos. Por esto, para la existencia y permanencia de un problema como tal, debe haber tales conductas problemáticas. El objetivo primordial del terapeuta, es iniciar un proceso de inversión en la interacción de este círculo vicioso. Profundiza a su vez, en que el problema deberá ser

significativo en el presente y cuantificable en metas concretas, expresables en forma de conductas.

Casabianca & Hirsch (2009) remarcan que se debe rastrear el motivo que provocó la consulta en este momento preciso y no en otro; desde cuándo lo acarrea; y si tiene períodos de intensificación y/o mejora. En caso de presentarse múltiples quejas o situaciones, es importante facilitarle que determine cuál considera la más urgente o importante a resolver.

Retomando la ampliación sobre el cuestionamiento de cómo funciona un determinado conflicto, el propósito es correrse del enfoque de la culpabilidad de alguna de las partes intervinientes. El trabajo terapéutico se centra entonces, en la modificación del sostén del mismo. El modelo estratégico no pretende describir la realidad de las cosas de manera positivista; sino que por el contrario, hace pie en un conocimiento constructivista que lo habilita a operar sobre la realidad, de la manera más funcional posible (Nardone, 2002).

Luego de haber consensuado el problema, se da comienzo a co-construir el objetivo mínimo a lograr. Se debe pactar con el paciente a qué lugar desea llegar, los cambios mínimos y/o los beneficios que se desea obtener del trabajo terapéutico. Muchas personas presentan dificultades para planear los deseos en términos positivos. Se expresan de manera difusa o dubitativa. Es común que diluciden con mayor claridad información sobre lo que no quieren que les suceda. Una buena pregunta orientativa podría ser: “si llegase a producirse un cambio, ¿qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño?” (Fernández Moya, 2006).

Con el fin de concretar los objetivos descriptos para esta fase del trabajo terapéutico, el profesional debe procurar: conocer el estilo comunicacional, las representaciones del mundo, los valores y la realidad que vive la persona. Se sientan de este modo las bases para futuras intervenciones. Así mismo, evita asumir una postura contraria a la sensibilidad o puntos de vista del paciente; lo cual favorecerá notablemente su disponibilidad para el trabajo conjunto. Es factible que incluso en esta primera fase, se puedan producir mejoras en los síntomas. Esto, se debe al efecto que tiene en algunas personas que alguien se preocupe por ellos (Nardone & Watzlawick, 1990).

Al cierre de la entrevista, es fundamental realizar de manos del terapeuta una síntesis de lo acontecido en la sesión. Este recurso tiene el fin de mostrar al consultante cuánto se ha comprendido su emocionalidad; manifestar interés; y a nivel conativo, evidenciar cuáles son las acciones que deba hacer o dejar de hacer. Así mismo, se aconseja mencionar lo que no han profundizado y aclarado, dejándolo pendiente de ser posible para las próximas sesiones. Por último, se pacta una nueva cita y de ser oportuno para dar continuidad terapéutica, se propone una tarea entre sesiones (Casabianca & Hirsch 2009).

En esta línea, Kopec (2007) recalca la importancia de la clara y efectiva transmisión de la información entre quien realizó la admisión y el profesional que llevará a cabo el proceso. Esto tiene por finalidad no repetir preguntas ya realizadas. Otra propuesta en lo relativo a la continuidad, es averiguar si hay algo que le quedó resonando al consultante desde la admisión o si percibió algún cambio desde ese encuentro. De esta forma se puede obtener cierta idea de pronóstico.

3.3.2. Obstáculos en el foco en el problema

Para poder abordar el problema en terapia, éste no puede tener una formulación vaga que confunda un pseudo-problema con un objetivo plausible de resolver. Si esto sucediera, se estaría obstaculizando el foco del problema. Cuando el paciente plantea el motivo de consulta en términos generales o abstractos (como poder disfrutar más o ser feliz), puede perder el eje y llevar a sesión temas subyacentes al conflicto. Otra posibilidad, es que la persona llegue a terapia con un malestar pero sin lograr identificar un tema concreto. Si la meta co-construida fuera indefinida o utópica (con lo cual inalcanzable), el trabajo resultaría largo y tedioso. En ese caso, se deberá revisar y/o re pautar la meta original en función de retomar el camino (Fisch et al., 1984).

Puede ser que con el tiempo se imponga la necesidad de repensar el motivo de consulta y los objetivos mínimos. Lo aconsejado es intentar simplemente posicionarlos como otros aspectos a modificar dentro de su vida. Si no funciona, los mismos serán tomados como nuevas temáticas y se requerirá reconstruir el problema. Con este procedimiento se evita que el proceso terapéutico se estanque, o sea interrumpido abruptamente por el abandono del paciente (Casabianca & Hirsch 2009).

Es posible plantear de forma explícita qué es lo que el consultante espera obtener de la terapia. En este modo de trabajo, es fundamental que los consultantes se expliquen con

claridad. De no hacerlo, el terapeuta podría manejarse con un supuesto hipotético, alargando el tratamiento (Beyebach, 2006).

El trabajo terapéutico requiere de estrategia y planificación. Haley (1973) considera que el profesional es quien inicia lo que sucede en la sesión y plantea un enfoque para cada situación problemática. Si bien el clínico debe considerar la sensibilidad del consultante y su contexto social, el modo de proceder es establecido por él. De esta forma, asume la responsabilidad manifiesta de su influencia. El trabajo clínico entendido a la luz de lo expuesto es directivo.

Fisch et al., (1984) remarcan que se debe evitar la distracción con sucesos cotidianos que funcionan como evasión y facilitan la resistencia al cambio. García Martínez (2013) desarrolla que se debe evitar un trabajo con explicaciones causales, o centradas en situaciones pasadas que no tengan injerencia en el momento actual. En esta línea, Styczynski & Greenberg (2015) exponen que los factores del pasado son únicamente relevantes si continúan afectando el momento actual. Se interviene entonces, solo en caso que los mismos sostengan la continuidad del problema.

Desde el modelo no se le atribuye importancia, tal como se ha expuesto, a la historización de los problemas. Solo interesa a alguna información sobre el período que lleva siendo afectado el sujeto, o si ha estado ya en tratamiento por el mismo. En caso que una persona realiza un minucioso repaso de tipo histórico, se le marca necesidad de conocer estado actual del conflicto. Si no obstante la aclaración continúa explayándose, la mejor opción en vez de insistir, es escuchar al paciente. Este momento puede ser utilizado para lograr una reformulación clara en tiempos actuales. Puede suceder, que el paciente comience por hablar del problema o de la tarea proporcionada en la sesión anterior. No obstante, muy prontamente desvíe el relato hacia una sucesión de conflictivas, describiendo un escenario de múltiples frentes que resolver. Ante la evidencia de esto, se debe actuar para definir un único centro de atención reestableciendo las prioridades pautadas. Solicitar ejemplos concretos, es una buena manera de conseguir información certera y precisa (Nardone & Watzlawick 1990).

Dentro de las cualidades y atributos de competencia en el acompañamiento de personas que atraviesan una pérdida importante, se encuentran la capacidad empática y el reconocer el dolor percibido. Se requiere que los psicólogos sintonicen con la experiencia

subjetiva de pérdida, para lograr comprender en profundidad al paciente, y así conseguir un tratamiento efectivo (Espinosa Sierra, Salinas Rodríguez & Santillán Torres-Torija, 2017).

Perrone & Nannini (2010) postulan que quienes sufrieron violencia, pueden tender a considerarse responsables de lo sucedido, y sentir que no son dignos de amor. Las secuelas son variadas pudiéndose nombrar: baja autoestima, autodescalificación, sentimientos de abandono y ponerse al servicio de personas maltratantes, entre otras. A menudo, según lo descrito por Hirigoyen (1998), les lleva un tiempo ponerlo en palabras. Esto es debido a que lo sucedido les parece ajeno e impensado. Nombrar y ordenar los hechos, puede liberar de la negación y la culpa, y quita la ambigüedad cognitiva. El terapeuta debe facilitar el relato (más allá del marco teórico al que adhiera), para que la persona pueda retomar la confianza en sus recursos internos.

Una noción que puede esclarecer este tipo de escenarios, es el de familia multiproblemática expuesto por Wainstein & Wittner (2017). Se caracterizan este tipo de familias, por las diversas complejidades en la interacción entre sus miembros y también con contexto. Manifiestan factiblemente sintomatología psicológica, psiquiátrica y /o médica en más de uno de sus miembros. Presentan a su vez, problemas variados de diferente gravedad y urgencia. Se retroalimentan del estrés de la organización diaria, crianza, violencia intrafamiliar; así como factores de corte social como pobreza, marginalidad por migraciones, desocupación, etc.

El concepto de red social significativa, aporta a la comprensión a los diversos vínculos posibles de las personas más allá de la familia. Descrito por Sluzki (1998), aporta a la comprensión de las fronteras de las personas más allá de la familia nuclear. Incluye a los vínculos interpersonales de amistad; relaciones laborales y de estudio; inserción comunitaria y prácticas sociales. Hecha luz al alcance de la integración psicosocial, desarrollo de la identidad, potencialidad del cambio, bienestar personal, adaptación a las crisis e imagen de sí. Las múltiples funciones de la red, pueden recaer entre diversos vínculos, o abrumar a algunos de los integrantes. El trabajo sobre la red social, proporciona acceso a materializarla o modificarla, para aliviar la carga subjetiva en momentos de crisis. Incluso, es beneficioso utilizarlas en intervenciones.

Kahn & Antonucci (1980) afirman, que los individuos habitan y salen de roles de sostén en diferentes instantes de su vida. Cada rol implica ciertas relaciones, como ser que

los estudiantes suman compañeros de clase a su red. Es así como se puede considerar a las redes dinámicas y transformables, en relación a la composición como al tamaño. Esto último puede impactar en el sostén que suministra. El resultado del estudio sobre valoración del apoyo social durante el curso vital de Lombardo & Soliveréz (2019), dimensiona la implicancia del apoyo emocional brindado por las redes a lo largo de todo el ciclo vital. Es el apoyo emocional el más valorado por todos los grupos etarios investigados. Tiene a su vez, un profundo alcance en el bienestar subjetivo a lo largo de toda la vida. Por lo expuesto, puede inferirse la necesidad de tener en cuenta la cantidad y calidad de las redes de apoyo con las que cuenta el paciente.

Es necesario para Beyebach (2006), tener en consideración que si bien este modelo plantea la necesidad de acortar la terapia; esto no significa simplificar o poner al paciente en función del mismo. El trabajo conjunto también implica estar atentos al tiempo que requieran para llegar a sus objetivos. Se planifica de este modo la menor cantidad de sesiones, pero todas las necesarias. A su vez, hay problemáticas que por la complejidad o cronicidad requieran prolongarlo.

3.3.3. Tipo de Intervenciones en el modelo estratégico

Una vez bien delimitado el problema, el profesional comienza a diseñar las intervenciones específicamente para promover el cambio (Ceberio & Watzlawick, 2010).

La planificación del caso para Watzlawick et al. (1974), es indispensable para la eficacia terapéutica y la resolución rápida a los problemas. Es también un factor determinante para el éxito en el tratamiento. Desde el enfoque estratégico breve, se requiere de una planificación mayor y más específica que otros modelos. Un procedimiento esperado según García Martínez (2013), es eliminar las técnicas no vinculadas a la resolución del problema y las que resultaron ineficaces.

Las intervenciones, descritas por Wainstein (2006), son herramientas que tienen como fin cumplir con el objetivo pautado con el consultante. Estas son formas comunicacionales brindadas por el terapeuta para facilitar la resolución de problemas. Las tareas son evocadas para: generar cambios, incrementar la relación terapéutica y dirigir las conductas en función de los objetivos. Promueven también la continuidad entre consultas.

Dentro del modelo, pensadas para trabajarlas observando los efectos que producen en cada una de las fases del proceso. El terapeuta de este modo, tiene como única variable

de control su propia estrategia. Se debe tener especial cuidado a las reacciones del consultante sobre las intervenciones realizadas. Es en función a éstas, que el profesional deberá reafirmar el camino tomado, o revisar el diagnóstico. Las intervenciones y las tareas se reformularán si el paciente no las tomó en consideración (Nardone & Portelli, 2012). La evaluación y corrección serán continuas durante el tratamiento. Se debe tener especial cuidado a las reacciones del consultante sobre las intervenciones realizadas. Es función a éstas, el profesional deberá reafirmar el camino tomado o revisar el diagnóstico. Las intervenciones y las tareas se reformularán si el paciente no las tomó en consideración (Casabianca & Hirsch 2009).

Para el buen proceso terapéutico, se requiere que la persona que asiste a terapia acepte la modificación de varias miradas con respecto a la situación que está viviendo, la naturaleza de la misma, y el tipo de malestar que le provoca. Esta ampliación de dirección, facilita su crecimiento. Cuanta más flexibilidad y práctica logre en captarlas, más ajustada será su direccionalidad hacia el cambio (Ceberio & Watzlawick, 2010).

Las intervenciones desde el modelo estratégico breve son directivas, prescriptivas y cuidadosamente planificadas para Nardone & Watzlawick (1995). Tienen en cuenta los diferentes tipos de vínculos que sostienen los consultantes (incluyendo al que mantienen con el terapeuta y consigo mismos), y a los diferentes tipos de ambientes en los que se despliegan. Estas, se enfocan en el presente y consideran que cada caso es único e irrepetible; por lo cual requieren de un diseño artesanal. El cambio motivado debe estar dirigido a conductas claras y observables. Las mismas, influirán con el correr del tiempo a todos los sistemas en los cuales se desenvuelva el sujeto.

En lo referido a la puesta en juego del propio sistema de creencias, Perrone & Nannini (2010) describen que se mueven mecanismos de defensa o acomodación. Estos dan lugar a cambios en el sistema personal y en de los otros. Los individuos con conductas violentas, viven las confrontaciones o las diferencias como amenazas. No pueden percibir la singularidad del otro con respeto, por lo que buscan someterlo a su propio mundo de referencias. Los terapeutas, pueden inducir una novedad en la mirada de la realidad, que evidencien los puntos ciegos de estos modos de vinculación. Este momento en el proceso, requiere de analizar las ideas del paciente sobre la obediencia, la autoridad, los modelos educativos, las definiciones de la violencia en el sistema familiar, etc.

Desde el modelo se cuenta con variadas herramientas, las cuales deben estar siempre encaminadas a acercarse de a poco a la meta acordada. Si se planteara un objetivo demasiado ambicioso, al ser tan distante, podría provocar frustración y resistencia al cambio. Las pequeñas modificaciones, llamadas *step by step*, arman un nuevo circuito, que de a poco logran generar un quiebre en la disfuncionalidad mantenida hasta el momento. Al acercarse escalón por escalón, habilitan a conseguir resultados tangibles y observables. Estos, retroalimentan la motivación para seguir alcanzando otros niveles. Un pequeño movimiento puede lograr un efecto mariposa (Ceberio, 2016).

Se podrían resumir las técnicas terapéuticas como redefiniciones. El paciente experimenta una reestructuración al cambiar el marco conceptual, y al experimentar la situación. Se cambia el sentido de atribución que fueron dados a los sucesos, aunque no cambien los mismos (Ceberio & Watzlawick, 2010). La reformulación debe ir en sintonía con la forma en la cual la persona lea la realidad en sus mismos términos, ya sean intelectuales, emocionales, acordes a sus expectativas. Esta, para que sea exitosa, requerirá de correrlo del lugar del síntoma. Se redefine para que sea posible su solución, pero siempre dentro del marco de referencia del paciente (Kopec, 2007).

Este reencuadre según explica Schaefer (2013), es un proceso de asociación de nuevos sentidos a situaciones iguales. Puede ser realizado de forma directa o indirecta. Si se toma la vía directa, se explicita la mirada alternativa. Una opción puede ser redefiniendo en una categoría distinta, que habilite nuevos significados. Otra posibilidad es la *connotación positiva*, es decir, valorar deliberadamente lo que es considerado insignificante o negativo. A través de metáforas, analogías e historias se consigue también el mencionado reencuadre de forma indirecta. La utilización de asociaciones inconscientes mediante estos recursos, puede ser potenciada por la utilización del lenguaje hipnótico. Esto es debido a que corresponde con la indirecta y metafórica funcionalidad de la mente inconsciente.

Sobre la prescripción de recaídas, Beyebach (2006) amplía que son útiles cuando el consultante describe avances. Puede ayudar a reconocer herramientas para hacer frente a situaciones de riesgo, y adjudicar control a las personas sobre los progresos conseguidos. Así mismo, ayuda a explorar el riesgo percibido. La técnica propone usar la posibilidad que la recaída ocurra (aunque se considere improbable); pero ratificando la capacidad de afrontamiento del individuo.

Se debe evitar la utilización de formas de expresión negativas en lo referido a las ideas o acciones del paciente, según Nardone & Watzlawick (1990). Así, se prescinde de culpabilizar y/o favorecer reacciones de rechazo y rigidez perceptual. Aún en los casos que se considere la conducta como equivocada y disfuncional, resulta de mayor eficacia orientar prescribiendo acciones directas. Se emplea una postura llamada *one down position*, en la cual el terapeuta asume una actitud de no experto. Resulta, a partir de hacer una serie de comentarios y preguntas de apariencia sencilla, para abrir lentamente a otras alternativas. El fin es, que el paciente tenga la posibilidad de aclarar si es un adecuado reflejo de su problema. Esta actitud terapéutica, sirve para que la persona que asiste a sesión sea quien realice el trabajo y reoriente sus acciones (Schaefer, 2013).

Las intervenciones paradójales son consideradas clave; un recurso eficaz en situaciones en las cuales la persona está teniendo percepciones rígidas y con sintomatología reiteradas. La paradoja destraba la lógica dicotómica de pareja de opuestos, corriéndose de la lógica de racionalidad absoluta. Desliga e interrumpe los círculos viciosos. Así mismo, libera de la perpetuación de infructuosas *soluciones ensayadas*, cuando no funciona la confrontación lógica. En vez de oponerse, el terapeuta la acompaña llevándola a una intensificación tal, que en un punto se anula (Nardone & Watzlawick, 1990).

Cuando una evolución viene siendo lenta, el sentido común implicaría motivar, animar a acelerar el proceso. Sin embargo, existen un conjunto de problemas en los seres humanos, en los cuales el optimismo y apoyo generan reforzar la perseverancia del problema. Un pequeño cambio, requiere de una intervención paradójica de *ir despacio*; se considera contraproducente sobre estimular felicitando. Por el contrario, se puede sugerir dejar que las ideas se vayan asentando y ni siquiera pensar en el asunto (Watzlawick et al., 1974).

En los casos que el paciente es colaborador, está bien predispuesto, y opone poca resistencia al cambio, resulta adecuado darle las claves de comportamiento frente a la situación problemática. También, se utilizan en la consolidación de la capacidad de la persona a afrontar situaciones anteriormente conflictivas, mediante acciones progresivas (Nardone, Watzlawick, 1990). Algunas de las prescripciones de conductas, serán realizadas para que el paciente las lleve a cabo; mientras que otras lo serán con un fin opuesto (Schaefer, 2013).

3.4. El cambio en el proceso terapéutico

Basándose en la teoría de grupos y de los tipos lógicos, se puede decir que existen cambios de dos tipos: el llamado cambio uno, que se realiza dentro del sistema pero que no modifica su estructura, y otro que cuando aparece modifica el sistema en sí y es llamado cambio 2. Pensado en términos de la cibernética, un sistema que experimenta cambios de primer orden, logra mantener el equilibrio en su entorno medianamente constante debido a la homeostasis. La retroalimentación negativa permite estabilizar las desviaciones y mantener el sistema constante. En el cambio de segundo orden, también llamado el *cambio del cambio*, a través de la retroalimentación positiva se incrementan los desvíos y facilitando nuevas estructuras del sistema (Watzlawick et al., 1974).

Desde la terapia sistémica, lo que resulta primordial para generar un cambio no es, como en otros modelos, conocer el origen del problema. Nardone (2002) amplía que lo principal es conocer cómo persiste el mismo en el momento actual, para interrumpir de ese modo su perpetuación. Al bloquear o modificar las salidas disfuncionales, se obstruye el círculo vicioso que retroalimenta y sostiene el problema. Se abre paso de esta forma a un cambio alternativo y real. Llegado este punto, el cambio es inevitable; dado que este quiebre lleva a generar un nuevo equilibrio basado en percepciones novedosas de la realidad.

Se presta entonces atención al comportamiento que desencadena la *conducta problema*, teniendo en cuenta quién es el individuo señalado (Casabianca & Hirsch 2009). Como requisito para accionar un cambio, se necesita de la motivación del consultante como fuerza motora. También se requiere de la capacidad de influencia del terapeuta al amplificarla y orientarla. El fin de esto es hacer viable un nuevo funcionamiento en el sistema de relaciones. Para desbloquear las potencialidades del consultante, el profesional puede optar por persuadirlo a realizar acciones diferentes; aumentar la complejidad de la resolución para que el propio individuo ponga en movimiento otras opciones; o modificar la percepción del problema y así, consecuentemente, cambie sus conductas por otras propensas a resolverlo. Debe estar dirigido a conductas claras y observables, las cuales influirán con el correr del tiempo a todos los sistemas en los cuales se desenvuelva el sujeto (Nardone & Watzlawick, 1995).

Resulta fundamental, como describe Kopec (2007), chequear en todas las sesiones si hubo una mejoría por insignificante que pudiera resultarle al paciente. Si un paso pequeño es remarcado por el profesional actuante, se transforma en significativo. Esta *amplificación del cambio* aloja pensamientos y emociones que incentivarán el avance. Reforzar las habilidades promueve mejor que marcar la falta.

El modelo de terapia breve, busca fomentar la auto eficiencia en los pacientes para promocionar la apertura al cambio. El incremento de confianza aumenta el repertorio de conductas eficaces; con lo cual produce resultados beneficiosos. Cuando un individuo se percibe capaz de resolver el problema presente, lo proyecta a futuras situaciones adversas. Provoca además un aumento en la tendencia a la motivación, al desarrollo de estrategias y al propósito de cambio (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009). Mediante la colaboración entre consultante y el profesional interviniente, la apertura al futuro a través de objetivos y el avance en dirección a la superación del problema, se establece la construcción de una esperanza relacional que promueva el cambio (Schaefer Alarcón, 2018).

En las interacciones con los otros se refuerza la autovaloración, entendida como valoración profunda del sí. Las personas al tener un buen autoconcepto no solo se sienten satisfechas, sino que comparten y ofrecen lo mejor a los demás. En su polo opuesto, la desvalorización, es un padecimiento profundo de sentirse descalificado, no tomado en cuenta y/o no querido. (Ceberio & Watzlawick, 2010).

Shaefer (2013) plantea que en la clínica, las intervenciones terapéuticas disponibles, deberán considerar la peculiaridad del consultante y su modo de construir la realidad. Es plausible que modificando las pautas de interacción, se amplíen las maneras de percibir el medio.

Levinton (2003) aporta que en el caso de las mujeres, es común que la autovaloración esté ligada en base a tareas de cuidado y vínculos interpersonales. Esto facilita los sentimientos culposos, y entorpece que otorgue trascendencia a otros aspectos de su ser. Por esto, socialmente se promueven diferentes interacciones orientadas a cumplir con expectativas de los otros en pos de los propios deseos, salvar y proteger al entorno para la obtención de reconocimiento. Esto extendido en el tiempo, puede llevar a la pérdida de la identidad personal y a una elevada dependencia emocional (Ceberio & Watzlawick, 2010).

Si las intervenciones están bien planificadas, el individuo mejora con incipiente rapidez. El cambio flexibiliza la mirada del mundo, de los otros y de sí mismo y se extiende a una *elasticidad perceptivoreactiva*. Hacia el final del proceso terapéutico, se realizará una evaluación de resultados. Este hecho predispone al paciente a sentirse ahora como agente de cambio de su propia vida. La persona aumenta el autoconcepto e incrementa la sensación de autonomía personal. Logran tolerar mejor las frustraciones de la vida, y se adaptan más favorablemente a los infortunios si se sienten capaces de modificar el recorrido de los sucesos (Nardone & Portelli, 2012). Al aproximarse a los objetivos, se incrementa la sensación de tarea cumplida, lo que a su vez aumenta la valoración personal (Ceberio & Watzlawick, 2010).

El modelo asentado en la filosofía constructivista, busca la funcionalidad en el vínculo entre el individuo y la *realidad*. No implica que el paciente consiga una ausencia de contrariedades, sino la resolución del problema específico pactado en un momento y contexto acotado de su existencia (Nardone & Portelli, 2012), Ceberio (2016) señala que el cambio terapéutico marca una flexibilización cognitiva, aumento en la valoración personal y autonomía.

Los cierres del proceso terapéutico para Figueroa, Hirsch (2007), deben planificarse en un tiempo relativamente acotado, basándose en los alcances obtenidos y a la satisfacción del individuo que asiste a terapia. Estos últimos están íntimamente relacionados dado que la satisfacción hace base en los objetivos cumplidos. Desde la mirada profesional, la finalización del proceso se indica cuando la extensión del mismo, no significaría una ventaja adicional para el paciente, pero sí un costo extra. El sustento es facilitar en el consultante que el cierre se debe a la misma lógica del tratamiento y no por una decisión arbitraria.

Fernández Moya (2006) al respecto del cierre, aporta en lo referente a los resultados, que los beneficios serán considerados mérito del paciente, dado que les otorga confianza. Por el contrario, los fallos el profesional debe aceptar en qué medida ha participado del mismo.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo. Estudio de caso.

4.2. Participantes

La Paciente del caso sobre el cual se realizó el presente trabajo se llama Mariela y tiene 30 años. Vive junto a 2 de sus hermanas y sus padres en el conurbano bonaerense. Comenzó terapia porque recientemente se había separado de su pareja quien ejercía sobre ella violencia de género. Planteó sentirse angustiada, querer valorarse, no aceptar lo que no se merece y que ansía encontrar trabajo relacionado a sus estudios universitarios.

La Licenciada en Psicología que interviene en el caso se apellida Márquez y tiene 28 años. Forma parte del Programa de iniciación profesional de la institución donde se realizó la pasantía.

Los nombres de las participantes fueron modificados con el fin de respetar la confidencialidad y preservar la identidad.

4.3. Instrumentos

Entrevista semi-dirigida a la profesional que lleva el tratamiento para recabar información sobre la planificación del caso desde la terapia estratégica breve, el planteo del problema, intervenciones realizadas, los obstáculos en el foco del problema, la evolución de la consultante y las condiciones necesarias para dar el alta.

Observación no participante de la cámara Gesell vía zoom del proceso terapéutico seleccionado, con el objetivo de observar y analizar las intervenciones realizadas por la terapeuta que lleva el caso, así como las devoluciones propuestas por el equipo.

Acceso a la grabación de la entrevista de admisión realizada vía zoom por la Directora de la institución.

4.4. Procedimiento

Se realizó una observación no participante del proceso terapéutico a lo largo de tres meses en cámara Gesell de forma semanal. Las cuales tuvieron una duración aproximada de 60 minutos y se concretaron por la plataforma zoom. Así mismo, se examinó la grabación de la primera entrevista de la paciente, en la cual se acordó el encuadre y el motivo de consulta.

Con el objetivo de conocer y profundizar sobre la conceptualización del caso, la capacidad de maniobra durante el proceso para mantener el foco en el problema, los cambios durante la terapia y la posibilidad que los mismos perduren en el tiempo, se pautó

una entrevista de aproximadamente media hora con la terapeuta que lleva a cabo el caso adelante.

5. Desarrollo

5.1. Presentación del caso

Mariela tiene 30 años y vive con su familia desde que volvió de su país de nacimiento, luego de finalizar la carrera de Psicología. No ha homologado su título en el país, con lo cual todavía no pudo ejercer su profesión hasta el momento de elaboración del presente trabajo. Manifestó que esta situación la hace sentirse frustrada. Trabaja en la fábrica del padre. Tiene fuertes lazos y sentido de pertenencia a su comunidad.

Ella por ser la hija mayor, se tuvo que involucrar más en el negocio familiar y el cuidado de sus hermanas. Comienza terapia en el instituto donde se está tratando su hermana menor. La misma, está atravesando un cuadro grave con presunción de Psicosis. La terapia de ambas es costeadada por el padre.

El motivo de consulta es la reciente ruptura de una relación de pareja, en la cual sufrió violencia de género. Expresa sentir miedo de no poder sostener su decisión sola, ya que en el pasado lo intentó y no lo logró. Busca sentirse orgullosa de ella misma.

5.2. Describir la queja inicial y la co-construcción del problema al inicio del tratamiento.

En el presente apartado se dará lugar a la descripción de las sesiones pertinentes en lo referido a la queja inicial y la co-construcción del problema.

Como se ha expuesto con anterioridad, la primera entrevista es de suma importancia para fortalecer vínculo terapéutico. Tiene un relevamiento fundamental ya que sienta las bases para una correcta planificación del caso (Nardone & Watzlawick, 1990).

La paciente pide de forma telefónica un turno, dado que conoce la institución por la hermana menor (quien allí se atiende). Dice estar muy preocupada por las conductas erráticas de su hermana, y no sabe cómo ayudarla. Así mismo, tiene temas personales que desea trabajar. Ceberio (2016) conceptualiza la relevancia de esta primera llamada, al facilitar información sobre el motivo de consulta, la estructura de la familia, ocupación de la persona y quién es el consultante interesado en resolver el problema. Tal como se desarrollará posteriormente, en este caso, la paciente indicada por la familia es la hermana

menor (quien abandona muy rápidamente el tratamiento); sin embargo Mariela es la interesada en la resolución del problema.

La admisión fue realizada por la directora de la institución. En este punto, Kopec (2007) describe siguiendo esta línea, que esta es una práctica recomendada al ampliar el círculo de profesionales intervinientes. Al principio de la sesión, le pidió a la consultante el consentimiento para grabarla. Comenzó aclarando que el día anterior vieron a su hermana y le consultó a Mariela si la misma le comentó cómo se sintió. Le respondió que ve cada vez peor a su hermana y está muy preocupada por ella. Cree que también asiste a otra Psicóloga para elegir en algún momento (según palabras de la adolescente), cuál de las dos le gusta más. Los primeros 15 minutos del encuentro fueron en referencia al delicado estado de la joven, la complejidad para obtener información y la postura que iban a tomar los profesionales al respecto. Cerrado el tema, se procedió a la focalización del motivo de consulta.

Las primeras preguntas fueron orientadas a facilitar la verbalización sobre lo que la afligía, llamada queja inicial (Casabianca & Hirsch 2009). Mariela inició relatando que debido a la enfermedad de su madre, dejó la maestría que estaba realizando, a pesar que hacerla fue uno de los motivos que la llevaron a venir al país. A medida que se fue involucrando en el negocio familiar, fue disminuyendo la cantidad de materias que cursaba hasta abandonar definitivamente su Maestría. A su vez, por pedido explícito de sus padres, comenzó a encargarse del bienestar de las hermanas y de la organización del hogar. La paciente reflexionó *ya pasaron cuatro años desde que me recibí y lamentablemente me quedé ahí. Dedicué tanto tiempo y dinero al estudio que quiero dedicarme a mi profesión.*

La joven retoma la historia de sus idas y venidas hacia su país natal, y cómo debido a la pandemia terminó viviendo a sus 30 años con sus padres. Este hecho marca un cambio, ya que vivía sola con la hermana en su país de origen desde los 16. Desde su regreso aclara que como *hija mayor en Argentina yo me sentía con mucho peso, sé que no es casualidad que lo haya ido posponiendo mi profesión.* Residir en el hogar paterno le implica ocuparse de temas familiares, cumplir con reglas y aceptar el control de horarios impuestos por sus padres. Esto último, reconoce que interfirió en gran medida en la relación de pareja de la cual se mantiene distanciada.

Se observa la postura de la admisor a lo largo de toda la entrevista, acorde a lo postulado por (Nardone & Watzlawick, 1990). Se orientó cuidadosamente a conocer y respetar la idiosincrasia de la cultura de la paciente; respetando los puntos de vista personal y familiares. Esto facilita la disponibilidad al trabajo conjunto y presentando al espacio terapéutico como un lugar seguro.

La guía de preguntas debe orientar a la paciente a centrarse en el malestar actual, como explican Casabianca & Hirsch (2009). Es fundamental que la consultante logre priorizar, de todas las múltiples situaciones que la aquejan, cuál es más urgente trabajar. Se recalca la importancia de indagar la problemática que afecta en el momento de la consulta. Debido a esto, la psicóloga realiza una serie de preguntas para llevarla en esa dirección: *Ahora estamos en el presente. ¿Qué es lo que hace ahora que vos digas quiero hacer terapia? Vos viniste a Argentina en octubre ¿Qué hace que ahora en febrero consultes? ¿Qué paso ahora?*

Ante una breve pausa, Mariela manifiesta que pidió una entrevista ahora (y no ni bien llegó al país), porque se le sumaron varias cosas. La hermana tiene conductas cada vez más erráticas, las cuales afectan a toda la familia; siente la responsabilidad de ayudarla. Además de lo expuesto anteriormente sobre su profesión, relata que la semana previa le pidió un tiempo a su pareja y tiene miedo a volver. En varias ocasiones intentó separarse pero al poco tiempo retoma el vínculo. Su *miedo a ceder* viene de haber *tolerado malos tratos, insultos y aceptado distanciarse de sus vínculos afectivos*.

Un punto que vale la pena resaltar de esta instancia, es que faltando unos pocos minutos del cierre de la sesión, la paciente comenzó a abrir la historia de violencia sufrida en su reciente noviazgo. En este punto, la coordinadora interrumpió muy respetuosamente a Mariela y en tono acorde expresó: *yo no quiero hondar en este tema, porque no voy a hacer tu terapeuta. Quizás esto sería interesante poder trabajarlo con ella. Empezaría con esto: tu relación con él*. De esta forma, como desarrolla Kopec (2007), ordena el trabajo terapéutico y marca una continuidad de trabajo con la psicóloga a la cual le deriva la paciente. También cuida la relación, al evitar que se profundice el vínculo y no facilitar la transferencia, ya que no va a ser ella quien la atiende.

Antes de finalizar la sesión se debe lograr pasar la queja inicial contextualizándola a la co-construcción del problema (Casabianca & Hirsch, 2009). El problema construido,

entendido según lo desarrollado por Wainstein (2006), debe poder ser evaluable en términos de conductas y metas concretas a trabajar (Fisch et al., 1984). Para conseguir esta elaboración, la coordinadora *pregunta ¿si la terapia resultara, que deberíamos ver como resultado?* Sostiene que busca de la terapia *poder sentirse orgullosa de sí misma y que le sucedan cosas buenas*. Aclara en este punto una vez más, que tiene miedo de volver con su pareja y que sola siente que no va a poder.

No se llegó a co-construir el mínimo objetivo a lograr que, en términos de Fernández Moya (2006), son las metas que se busca conseguir a través del proceso terapéutico. Para que la evaluación de los resultados sea fructífera, se retomará dicha co-construcción en las primeras sesiones con la Psicóloga asignada para el tratamiento.

En los últimos minutos del encuentro, se realizó un breve resumen de lo trabajado. La profesional a cargo de la admisión, mencionó que no quiso ahondar sobre la gravedad de lo ocurrido en su pareja porque *yo no voy a hacer tu terapeuta y quizás esto sería interesante poder hacerlo con ella. Por ahí habría que empezar con esto: tu relación con él*. De esta manera explicitó lo que no han profundizado y aclarado, dejándolo pendiente de ser posible para las próximas sesiones (Casabianca & Hirsch 2009).

En el cierre de la admisión, se procedió a hacer el encuadre, comentar los pasos a seguir y comunicar que la terapeuta elegida se va a comunicar con ella para concertar la próxima sesión.

La psicóloga asignada comienza la sesión aclarando que vio la entrevista de admisión y preguntando si algo le quedó resonando de lo que hablaron en la misma. De esta forma marca una continuidad con lo trabajado, tal como fue desarrollado anteriormente (Kopec, 2007).

Mariela relata que a la coordinadora le había comentado que sola no iba a poder mantener la separación, pero que ésta le marcó *pensás que sola no vas a poder, y fuiste muy valiente al tomar esa decisión*. Esto, la llevó a reconocer que *necesita recordar que a ese lugar no debe volver*.

Para que pueda establecerse un vínculo terapéutico se debe facilitar la confianza, aceptación interpersonal y escucha activa (Nardone & Watzlawick, 1990). Mariela empieza a describir su relación y comienza a llorar (algo que sucede en las 10 primeras

sesiones) con lo cual la terapeuta la deja explayarse y en caso de hacer preguntas usa un tono calmo y pausado.

Con el fin de co-construir el problema, la terapeuta debe correrse de la búsqueda de culpabilidad de alguno de los miembros de la relación (Nardone, 2002). Dentro de los circuitos que perpetúan el problema (Ceberio, 2016), se puede describir que ante las reiteradas infidelidades de la pareja (a quien se mencionará con el nombre de Arturo) se involucran en una discusión que de a poco va escalando en agresiones. Él justifica sus acciones diciendo que estaba borracho, que no se acuerda y/o que Mariela inventa historias en su cabeza. Arturo la culpabiliza de poner en riesgo la relación, la denigra infantilizándola y ella *no sabe si hizo bien o mal en reclamarle* y termina pidiendo perdón.

Las conductas problemáticas, son las que sostienen, intensifican y perpetúan la misma solución; retroalimentando el sostenimiento del problema. Por dicho motivo es fundamental en este modelo detectarlas para interrumpir dicho circuito (Fisch et. al., 1984; Nardone, 2002). Un ejemplo de las mismas descritas por la psicóloga, es con lo referido a que sus padres la involucran en los conflictos maritales. La consultante describe que dentro de las actividades que la distienden y le hacen bien, se encuentra asistir a sus clases de gimnasia. Su pareja insistentemente le indicaba que no tenía buen cuerpo y esto la dejó dañada. Ir al gimnasio la hace sentir que se prioriza y también le sirve para *descargar las tensiones del día*. Varias veces suspende por problemas familiares y comenta que tuvo que faltar el jueves, debido a que su padre quiere que esté en la casa. El motivo es para hablar con la mamá porque la ve muy cambiada. Mariela explica: *siento que estar en ese intermedio no me corresponde, no sé qué busca mi papá o qué quiere escuchar. No voy a sumar nada, no me corresponde*. Sin embargo, cancela sus planes y participa de la reunión, reforzando desempeñar un rol en el cual no quiere estar, pero que continúa cumpliendo.

El tono y la disposición con los cuales acompañó a la joven en su relato, estuvieron en sintonía por lo desarrollado por Espinosa Sierra, Salinas Rodríguez & Santillán Torres-Torija (2017). En el corte de la primera sesión, el equipo platicó sobre la importancia de que cuente lo que le estaba sucediendo para conocerla, y *estar con ella en su problema* para ayudarla mejor. Al contar lo sucedido, se abre la puerta a la relación, así como a la obtención de información clara para la planificación del caso (Fisch et al., 1984).

Se le sugirió a la psicóloga que pregunte si hay algo que le podría aliviar el dolor. Esto tiene por finalidad plantear una meta mínima u objetivo en términos de lo desarrollado por Fernández Moya (2006). La consultante se quedó pensando y contestó que no sabía qué podría hacer para no sentirse tan mal.

Hacia el final de la sesión, acordaron que ella estaba en un proceso de duelo, y que de a poco iba a poder transitarlo. Como primer paso, la consultante quería mantener su decisión de separarse para *poder reconocer lo que no me merezco y autovalorarme; para llegar a sentirme orgullosa de mí*. En este punto se despidieron y concertaron una nueva entrevista.

5.3. Describir las intervenciones sistémicas aplicadas por la terapeuta y los obstáculos que se presentaron durante el tratamiento para mantener el foco en el problema.

Las intervenciones planeadas y ejecutadas por la Psicóloga fueron muy variadas y acorde al momento y las interacciones con la paciente. Se procedió readecuando las mismas, según lo planteado por Nardone & Portelli (2012).

En el modelo estratégico breve es fundamental la estratégica y la planificación, siendo el rol de la psicóloga directivo y posicionado como un agente de cambio (Haley, 1973; Des Champs, 1991, Nardone & Watzlawick, 1995). Esto pudo observarse en las conversaciones con el equipo, previas al inicio de cada sesión.

A continuación se desarrollará una descripción de algunas de las intervenciones llevadas a cabo, y también lo referido al foco del problema.

La consultante mencionó la relación que la llevó a consultar en este momento, reiterando que no lo había hablado con nadie dado que no se sentía preparada. La psicóloga la invitó a que cuente su historia. Para una correcta planificación de intervenciones, es primordial recabar información clara y precisa sobre el tiempo que lleva siendo afectada. (Nardone & Watzlawick 1990). Los datos del pasado sirven para optimizar la planificación de las intervenciones (Fisch et al.1984).

A partir de reconstruir los primeros momentos, expone la dinámica que sostuvieron en todo el vínculo. En la primera noche que la invitó a encontrarse en una fiesta, Arturo se besó con otra chica. En la semana la llamó y le pidió perdón. Se justificó diciendo que estaba triste porque siente que le falló, que está interesado en ella y la quiere conocer. *Para mí eso fue muy sorprendente, empezó así. Yo estaba muy feliz, me sentía muy segura y*

confiada. La psicóloga interviene preguntando en qué momento dejó de sentirse segura. De esta manera, se centra en delimitar el problema e indagar en los momentos de intensificación y mejora, tal como lo desarrollan Casabianca & Hirsch (2009).

La consultante llora a medida que se mete en el relato. Al poco tiempo de haber comenzado la relación, en la primera discusión, hubo violencia física. Este motivo los llevó a estar separados dos semanas. Conecta con varios momentos en los cuales *no hice caso a lo que sucedía, no hablé ni quise reclamarle*. En este punto, comenta que luego de la última discusión no volvieron a juntarse para hablar, y quiere hacerlo. La terapeuta reconociendo la peligrosidad a la cual podía exponerse desaconsejó esta iniciativa, pero sin confrontarla o culpabilizarla. Le prescribió en cambio, una intervención directa de esperar al menos una semana para que aclare en su cabeza lo que quería decirle. Evitó, de esta manera, la utilización de formas de expresión negativas descritas por Nardone & Watzlawick (1990).

Con el equipo se acordó, remarcar la importancia que cuente toda la historia una vez completa. Se buscó con esto, forjar la alianza terapéutica y que la consultante se sienta acompañada (Nardone & Watzlawick 1990). Consideran que la historia es muy densa, y todavía necesitan conocer más para ayudarla. Sugieren intervenir en ir de a poco, una intervención descrita por Watzlawick et al. (1974). En esta línea, la terapeuta cierra la sesión diciendo: *Quizás hoy la recomendación es que no tengas que hacer cosas nuevas, ya estás haciendo mucho. Ya contar tu historia es hacer mucho*.

En el siguiente encuentro, inicia el relato con la mención que el día anterior fue el 8 de marzo y le resultó muy movilizador leer en las redes sociales sobre violencia de género. La consultante dijo *sentirse confundida*, y no estar segura si estaba exagerando la gravedad de lo sucedido en su pareja. En Hirigoyen (1998) se describe este estado, como de empobrecimiento y descreimiento de la propia capacidad de análisis. Duda de su propia percepción de la realidad.

Mariela prosigue reflexionando. Comenta que *él me decía que me amaba, pero yo creía en el príncipe azul y eso no existe. Me aseguraba que iba a encontrar a una persona que me iba a tratar peor de lo que él me trataba. Para Arturo así son los problemas de pareja. Me aseguraba que no es peor de lo que va a pasar más adelante. No sé si pensar que en una relación no exista dolor. Hoy no estoy muy segura de eso*. La consultante, ante estos patrones de comunicación incongruentes que se pueden describir como de doble

vínculo, se queda empantanada. Mediante la utilización del doble vínculo en relaciones de pareja, se deja a la persona desprovista de recursos para metacomunicar semejante incongruencia vincular (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1967; Wainstein, 2006). La pareja decía amarla y querer formar una familia con ella; sin embargo, salía con sus amigos y la dejaba plantada, le era sistemáticamente infiel, criticaba su cuerpo, descalificaba sus logros y la violentaba también físicamente. Con el correr del tiempo, esto fue debilitando su autoestima, la confianza que ella tenía en sus propias percepciones de la realidad, en concordancia por lo descrito por Ceberio & Watzlawick (2010).

La consultante tras dos años de relación, fue sintiéndose cada vez más desvalorizada ante la desjerarquización que tiene con respecto a su pareja. La misma, puede ser leída desde la disparidad de poder asentadas y sostenidas culturalmente desde una perspectiva de género (Rojo, Tesoro & Peñín, 1993; Polo Usaola, 2015).

La psicóloga valida la forma en la que ella se siente en el vínculo al decir: *no importa si exageras o no, qué es real o no. Te duelen sus acciones, sus palabras, y eso es cierto. Lo primero es algo que hay que transitar, lo importante es que respetes tu dolor.* Esta intervención se puede comprender desde una mirada constructorista del modelo; ya que busca que la consultante tome una posición activa en la manera de pensar sus relaciones, necesidades y experiencias personales. De esta forma, las propias percepciones lograrían tener un rol protagónico en la construcción de la realidad (Nardone, 2002; García Martínez, 2013).

Otras intervenciones con respecto a esto que utilizó sistemáticamente, fueron las connotaciones positivas definidas por Schaefer (2013). Con ellas buscó reestructurar y flexibilizar la mirada de Mariela sobre sus capacidades y valor personal.

En lo referido a lo postulado por Perrone & Nannini (2010) sobre cambiar el sistema creencias en la normalización de la violencia en la pareja; la psicóloga buscó brindar la oportunidad de reorganizar la mirada sobre las interacciones y el lugar que cada miembro ocupa en la misma. Puso en juego el repensar cómo fueron sus noviazgos anteriores, qué es lo que más valoriza de esas relaciones, de qué forma finalizaron, cómo son otras parejas cercanas, etc. A partir de esa reflexión, la joven consiguió asentarse en su propio modo de percibir las relaciones vinculares.

Una tendencia que se discute en el equipo, es que Mariela ocupa gran parte de la sesión relatando detalles minuciosos. Para este tipo de casos, Nardone Watzlawick (1990) sugieren que intentar enfocarse en el momento actual a través de interpelaciones. La psicóloga acuerda con el equipo interrumpir con pequeñas preguntas. De esta forma, busca guiar el proceso a lo relevante en el momento presente. La psicología sistémica no centra el interés en explorar el pasado, sino la valoración del problema que afecta en la actualidad (Watzlawick & Nardone, 1992; Styczynski & Greenberg, 2015).

La directora de la institución le observó a la psicóloga actuante, que intente revertir (desde el comienzo de las próximas sesiones) el tono emocional bajo y descendente que utiliza la paciente. Ella como estrategia para generar buen clima y empatía, lo igualaba. El resultado de esto era que la consultante se quede en lo doloroso del relato, sin poder salir de ese lugar. La sugerencia estaba orientada al uso de un lenguaje hipnótico para promover el cambio (Haley 1973; Schaefer, 2013).

Ante el malestar constante de la paciente por rumiar sobre contactarse con la ex pareja, averiguar con quien sale, etc., se trabajó sobre la prescripción de recaídas descritas por Beyebach (2006). La profesional le explicó la posibilidad que vuelva a hacerlo; pero a su vez, reforzó de diferentes maneras los recursos que tenía disponibles para esos momentos previos. Por un lado, le dio como tarea hacer una lista sobre los beneficios y desventajas de la relación; y tenerla a mano. También sugirió repetir lo que le funcionó en otros momentos, como llamar a una amiga o salir a caminar. Así mismo, puntualizó en repetidas veces la decisión de separarse: *Lo que sí sabemos, es que te diste cuenta que esas cosas no las querías en tu vida. Te lo voy a repetir: sos muy valiente por tomar esta decisión.*

Si bien pudo mantener la separación, la paciente evadía los intentos de enfocarse en las metas pautadas en lo relacionado a trabajar de su profesión. Se marcó la cantidad de sesiones que venían trabajando. Con respecto a esto, Beyebach (2006) conceptualiza que hay casos complejos que requieren más tiempo. El trabajo estratégico se planifica maximizando el uso del mismo. En esta línea, hacia el final de la sesión, la terapeuta deja la tarea de pensar qué pasos concretos podía dar para acercarse a ese objetivo (Fisch et al. 1984).

En lo referido a las tareas, resulta de importancia realizar una observación. Si bien la consultante no se opone ni argumenta en contra de dichas intervenciones, no las realiza. Wainstein (2006) sostiene que son herramientas que marcan una continuidad entre sesiones y dirigen conductas en función del cumplimiento los objetivos deseados. Es responsabilidad del psicólogo actuar guiando el proceso, planificar las intervenciones en base al feedback de lo trabajado en el espacio terapéutico.

Mariela abre la sesión siguiente explicando que tuvo una mala semana. Su hermana está cada vez peor, lo cual la tiene muy angustiada. Retoma durante toda la sesión el tema familiar con mucha tristeza, describiendo la presión que siente de parte de los padres para involucrarse. Describe que *la verdad no tuvo espacio de poder escribir. Fuimos recibiendo noticias dolorosas respecto a mi hermana, y toda la semana fue estar pendiente de ella. Me duele ver que mis papás sufran.*

Haley (1973) afirma la importancia de agudizar la mirada desde el ciclo vital familiar del consultante, aportando bases sólidas para el trabajo terapéutico. En este caso en concordancia con lo desarrollado por el autor, la familia está estancada en la resolución de la crisis. A medida que los hijos van llegando a la edad adulta, el matrimonio empieza a tener discusiones cada vez más turbulentas, y una de sus hijas está desarrollando un trastorno mental severo. El padre ejerce un control inadecuado sobre los horarios de llegada de la paciente luego de una cita, a pesar que la paciente tiene 30 años. En palabras de ella *mi papá es muy tradicional, no me deja llegar muy tarde si salgo con un novio.*

Lo postulado por López Girones (2015), amplía el análisis al aportar que la utilidad de pensar en el ciclo vital radica en la universalidad de las crisis, etapas y transiciones que atraviesan las familias. En el caso descrito en el presente trabajo, el sistema familiar parecería no asimilar el crecimiento de los hijos; y los padres no están adaptando su rol con llegada a la edad adulta de los mismos. En ninguna de las 15 sesiones disponibles, se pudo observar mención alguna a los recursos que aporta el modelo sistémico al trabajo con el ciclo vital.

La hermana menor de Mariela (en la misma época que ella se separa de su pareja), comienza a tener actitudes bizarras; desaparecer del hogar; contar encuentros con personas extrañas; ponerse agresiva; por lo cual la familia empezó a girar en torno a ella. Relató que ese martes a la madrugada *tuvimos que llamar al 911 porque no la podíamos parar, nos*

pegaba y lastimó a mi mamá. Quedó internada en un Hospital psiquiátrico. A partir de esa situación, la familia muy paulatinamente reestableció su equilibrio homeostático, en coincidencia con lo postulado por García Martínez (2013) en casos de similares características.

Por varios encuentros, la paciente se remite a temas familiares viviéndolos con mucha angustia y emocionalidad. Según lo desarrollado por Wainstein & Wittner (2017) sobre familias multiproblemáticas, podría pensarse este sistema familiar desde ese concepto: una hermana con sintomatología psiquiátrica, la madre con una enfermedad médica grave, migración, altos niveles de estrés por el afrontamiento de la vida diaria, interacciones violentas, etc. Esto, sumado al estilo de comunicación personal de la consultante, lleva a que en terapia se explore reiteradas veces de la urgencia y la priorización del problema a trabajar (Nardone & Watzlawick, 1990; Casabianca & Hirsch 2009). Un recurso que utilizó la Licenciada fue *preguntar ¿cómo crees que la terapia puede ayudarte hoy?* Beyebach (2006) sostiene lo primordial que resulta, que la persona que concurra a terapia logre explicitar la utilidad de la misma.

El problema co-construido era sentirse orgullosa de ella misma, poder autovalorarse. Plasmado de esta forma confusa y no medible en conductas, puede resultar demasiado abstracto para traspararlo a conductas (Fisch et al., 1984). Ante la falta de resultados observables, la terapeuta pone en juego *que en la primera sesión hablaste de sentirte orgullosa de vos misma, de esto de sentirte bien con vos misma. . Mi pregunta es ¿qué te gustaría hacer por vos? o ¿qué crees que debería pasar, para que vos te sientas más orgullosa de vos misma?* Estos cuestionamientos, logran centrar que Mariela considere prioritario organizarse para buscar trabajo relacionado a su profesión. Así mismo, validó la propuesta de la Licenciada de volver a averiguar sobre la validación de su título en Argentina.

5.4. Describir los cambios en la autovaloración de la consultante durante el proceso terapéutico estratégico focalizado.

El proceso terapéutico del presente caso fue sinuoso en lo que respecta (tal como fue detallado en el punto precedente) al foco en el problema. La paciente en reiteradas ocasiones detalló con lujo de detalle lo sucedido en la relación de pareja. Fueron aproximadamente las seis primeras sesiones utilizadas con este fin. No por esto, pueden ser

consideradas improductivas. La violencia a la que estuvo expuesta, fue dejándole huellas en su valoración personal, al sentirse culpable y merecedora de las conductas violentas de Arturo. Se pudieron observar algunas de las secuelas descritas por Perrone & Nannini (2010). Uno de los primeros avances logrados a partir del proceso terapéutico, fue poder poner fin y sostener el contacto cero con su ex pareja. Logró poner en palabras y ordenar los recuerdos que tenía de lo ocurrido y así darle un cierre. Esto acorde a lo desarrollado por Hirigoyen (1998).

Antes de comenzar a asistir al instituto, Mariela no estaba acostumbrada a hablar de sus problemas, o estar en contacto con los mismos. Detalló en los primeros encuentros con respecto a la violencia que ejercía su pareja: *no me siento preparada de hablar con mi familia de esto. Me cuesta mucho hablar de esto de mi familia porque a mí en cierto punto me da vergüenza*. En lo que respecta a sus amigos, aclara en la misma línea que cuando querían acercarse a ella para advertirla de los comportamientos de Arturo, no quiso escucharlos. Relata que le da *pudor reconocerlo ante ellos*.

Dentro de los valores de la paciente que quería recuperar al volver de su país de nacimiento, fue sentirse parte activa de su comunidad. Restableció contacto a través de ser parte de un centro cultural. *Yo pertenezco a la colectividad de mi país y tenemos actividades que nos representan. Una de esas son las danzas folclóricas. Yo soy la representante de uno de esos grupos*. La profesional, rescata la representación del mundo comunitario que tiene la consultante en varios momentos, con el fin de alinearse a los objetivos pautados; estrategia postulada por Nardone & Watzlawick (1990).

Si bien el poder asistir a las actividades fue interrumpido intermitentemente debido a la pandemia motivo del COVID-19; uno de los problemas que más entorpeció el contacto con sus pares, fueron los celos constantes de la pareja. Con el correr de la relación, y a través de descalificaciones, peleas, imposiciones, fue aislando a Mariela de su grupo de amigos y familiares. Describe con claridad que *él era muy demandante, no quería que pase tiempo con mi familia o mis amigos. No me sentía muy contenida por él. Cuando yo lo notaba triste trataba de entenderlo, pero no recibía lo mismo de él. Me sentía sola*. Ceberio & Watzlawick (2010) sostienen que la desvalorización de sentirse anulada, no tomada en consideración o no querida, afecta el sentido de la autonomía. En el relato mencionado, se logra visualizar la conducta problema en lo que refiere al aislamiento. La dependencia

emocional reforzaba el alejarse de sus seres queridos; lo cual retroalimentaba la dependencia (Casabianca & Hirsch 2009).

La situación descrita, da lugar a la comprensión del trabajo sobre la red social realizado por el equipo terapéutico del Instituto. Tal como conceptualiza Sluzki (1998) dedicar trabajo a la revisión de la red social de los pacientes, puede potenciar el cambio. Al ser funcional en múltiples aspectos la situación de control y aislamiento, profundizaba la crisis y el malestar de la consultante.

Teniendo en cuenta lo puntualizado en el párrafo anterior, la Licenciada asignada al caso, realizó múltiples intervenciones directivas en dirección a la reconexión con su red. En una ocasión remarcó que con el equipo estuvieron hablando que *él intento alejarte de tus vínculos, de tu familia de tus amigos, como te fue socavando poco a poco tu valor. Él lo intento y claramente no lo consiguió porque estas acá.* Dentro de las tareas que propuso la profesional al respecto, se puede mencionar la siguiente *Te propongo que en esta semana te puedas quedar pensando qué cosas o a quiénes te gustaría recuperar. Escribirlo en dos columnas y eso tráelo para la próxima.* Si bien Mariela una vez más no realizó la lista, dijo que no tuvo tiempo de pensar en ello por la situación familiar y evadió el tema contando minuciosamente alguna situación cotidiana, con el tiempo amplió su red.

A medida que fue retomando el vínculo con sus amigos de la Universidad y del centro cultural, pudo compartir sus preocupaciones al menos con alguno de ellos. La recuperación de las redes sociales (las cuales son dinámicas y transformables), funcionan ahora como parte de su apoyo social y amplían la percepción subjetiva de bienestar (Kahn & Antonucci, 1980; Lombardo & Soliveréz 2019).

Los descripto, significó un cambio terapéutico, ya que ante la pregunta propuesta en un principio *¿para qué sentís que te sirve la terapia?*, Mariela alegó que su valor es tener un espacio *para hablar de lo que me sucede y poder llorar.* Este es uno de los motivos por el cual ocupaba gran parte de la sesión (a pesar de los intentos de la profesional) enfocándose en sucesos del pasado y resistiendo el cambio. La ampliación de su red de sostén, amplió la disponibilidad de la consultante al trabajo terapéutico propiamente dicho.

Ante el uso de las connotaciones positivas, amplificación del cambio y las diversas reformulaciones utilizadas por la terapeuta (descriptas en el objetivo precedente), la consultante pudo comenzar a dar pasos en dirección a los objetivos pautados. Comenzó a

ser capaz paulatinamente de priorizarse y valorar aspectos personales. Se asentó en sus principios de pensar en el bienestar comunitario, y afianzó el vínculo con su familia. En sus palabras *mi familia está más unida, tratándonos de entender entre nosotros y ocupándonos de mi hermanita. Hoy pensaba que soy feliz con mi familia, compartir con ellos, son en quiénes confío*. El asentarse en los logros, afianzar las herramientas adquiridas funcionan como promotores de la confianza y facilitadores del cambio (Hewitt Ramírez & Gantiva Díaz, 2009; Schaefer Alarcón, 2018).

Sobre lo desarrollado, se puede pensar que los vínculos familiares complejos y/o conflictivos, pueden revertirse en ser el espacio donde se encuentran soluciones (Wainstein, 2021). El modelo estratégico breve no requiere que todos los miembros del sistema acudan a terapia para producirse una mejoría, sino el consultante que está interesado en que se produzca un cambio (de Shazer, 1986; Feixas & Miró, 1993). Se pudo observar que en este sistema familiar que con la introducción de una novedad en lo conductual de uno de sus miembros, se fue logrando modificaciones pequeñas en el resto de los individuos del mismo.

El tiempo del plan solidario pautado en el encuadre es de 10 sesiones, pero se extendió por 5 sesiones más, dada la complejidad del caso. Consideraron que si bien se había avanzado, los objetivos acordados todavía no fueron alcanzados.

La consultante no logró desplegarse en su vida profesional y continúa trabajando en el emprendimiento familiar, lo cual la mantiene insatisfecha. Tiene pendiente terminar su maestría, no finaliza de definir en qué país va residir a corto plazo, ni formula un plan para conseguir el dinero para la revalidación del título. Si bien Mariela acepta las prescripciones e intervenciones propuestas por la psicóloga, no logran éstas bloquear ni modificar las conductas disfuncionales. Conseguir el bloqueo de salidas disfuncionales que retroalimentan y sostienen el problema, abriría paso a un cambio novedoso acorde a lo sostenido por Nardone (2002). En este punto, lo trabajado no cumple con lo postulado por García Martínez (2013) sobre la necesidad de descartar las intervenciones con resultado ineficaz.

Hasta el momento, no se llegó a producir un cambio de tipo 2 descrito por Watzlawick et al. (1990). Las sugerencias y propuestas de la psicóloga o bien ya fueron intentadas, o son descartadas por la consultante por considerarlas inalcanzables. En este

punto se observa que las soluciones intentadas al respecto, retroalimentan el problema y la dejan más decepcionada.

En la sesión 15, (última observación a la cual se tuvo acceso para la confección del presente trabajo), se pauta con la consultante continuar el tratamiento en sesiones privadas por fuera del Programa de iniciación profesional. Cabe destacar, que este proceso terapéutico superará lo descrito por Ceberio (2016) en lo que respecta a la duración del tratamiento en el modelo estratégico breve.

6. Conclusiones

En el presente trabajo, se realizó el seguimiento del proceso terapéutico de una mujer de 30 años. Llegó a la consulta debido a que recientemente había dado por terminada una relación de pareja, en que sufrió violencia de género. La elaboración está asentada en el modelo estratégico breve, dado que es el utilizado por los profesionales de la institución donde se realizó la práctica. Asimismo, se articuló con diversos autores de la terapia sistémica.

Se han observado 15 sesiones, en su gran mayoría fueron observaciones no participantes en cámara Gesell vía plataforma virtual. Por los medios descriptos, y la entrevista realizada a la psicóloga principal del caso, se ha recolectado la información pertinente sobre el mismo. Se procedió a la descripción, análisis y articulación teórica, las que dieron lugar a las conclusiones que se van a exponer a continuación.

Los objetivos específicos, fueron planteados con el fin de describir las etapas de tratamiento propuestas por el modelo estratégico breve; fueron cumplidos en su desarrollo. En el primer objetivo, se describe el proceso por el cual partiendo de la queja inicial y el motivo de consulta, se llega a la co-construcción del problema (Fisch, et al., 1984; Casabianca & Hirsch 2009). Los instrumentos tomados en consideración, fueron la grabación de la admisión realizada por la directora de la institución, así como las de las primeras sesiones de la psicóloga asignada al caso. Se vislumbró el trabajo en equipo junto con la explicitación a la paciente de la continuidad del proceso (Kopec, 2007).

A través de generar el espacio suficiente para que la consultante se sienta contenida, se facilita que explore y priorice los diversos problemas que la aquejan (Nardone & Watzlawick, 1990; Wainstein, 2006). Se co-construye que el problema es la dificultad de sostener la separación de su pareja. Debido a que en dicho vínculo sufría violencia, se

podría considerar que tener como objetivo terapéutico trabajar en la autovaloración, le permitiría resolver el problema (Nardone, 2002; Ceberio & Watzlawick, 2010).

La psicóloga tuvo en cuenta el contexto, los valores y el mundo interno de la consultante para la planificación del caso. La influencia estratégica fue puesta a disposición del problema. El mismo, tuvo que ser reformulado para que pueda ser llevado a conductas observables. Esto es, debido a que en múltiples ocasiones, la consultante no conseguía vislumbrar qué acciones podría realizar para sentirse más orgullosa de ella misma por ser esta una formulación poco específica.

En consonancia con la característica comunicacional de la paciente y de la familia multiproblemática a la cual pertenece (Wainstein & Wittner, 2017), muchas intervenciones estuvieron dirigidas a hacer foco en el problema. Se rescataba por parte del equipo que se conecte con su historia de pareja y ponerlo en palabras con un fin terapéutico; de ese modo poder lograr un cierre. Sin embargo, el modelo se basa en generar una resolución en el menor tiempo posible, por lo cual se proponían tareas e intervenciones para lograr focalizar la terapia.

El paulatino aislamiento provocado por su pareja, había generado una dependencia; sumada al patrón de comunicación de doble vínculo, dejó a la paciente sometida, desjerarquizada y perpleja (Hirigoyen, 1998; Wainstein, 2006; Polo Usaola, 2015). Generaba así un circuito disfuncional en espiral. El trabajo terapéutico realizado sobre la ampliación y reconexión de la red de apoyo de Mariela, produjo pequeños cambios que fueron llevando a un efecto mariposa (Ceberio, 2016). Se observaron múltiples beneficios como validar su necesidad de pertenecer a su comunidad y aumentar el apoyo emocional percibido. Logró además sostener la separación de pareja, y amplió la disponibilidad en terapia para trabajar sobre el problema co-construido.

Otro cambio que se pudo observar, fue en lo que respecta a la dinámica familiar. Pudo compartir al menos una parte de lo ocurrido en su pareja con la familia, integrándola a su red de apoyo. Bajó la alta conflictividad y multiplicidad de focos problemáticos. Asimismo, comenzó a ordenar paulatinamente la prioridad de los temas a trabajar y ajustar la percepción de urgencia sistemática. Si bien continúa haciéndose responsable en parte de sus hermanas menores, dejó de sentirlo como un mandato paterno impuesto; lo reformuló en términos positivos, validando el bienestar que le genera ayudar.

Sobre las limitaciones de presente trabajo cabe mencionar, que la bibliografía e investigaciones encontradas de terapia sistémica, se dispuso de escaso material de los últimos 5 años, en lo referido a la violencia en la pareja y familias multiproblemáticas con perspectiva de género. Esto hubiese profundizado y enriquecido el análisis del desarrollo del caso.

Con motivo de la emergencia sanitaria causada por COVID-19, se habilitó para el ingreso a la práctica a un número superior de alumnos de diferentes Universidades (dado que se habían acumulado vacantes del cuatrimestre anterior). Pese a la buena voluntad de todos los participantes, resultó disruptivo en lo referente a las conversaciones del equipo en el corte de la sesión. El caso descrito, fue el primer proceso llevado a cabo por la psicóloga tratante. En las grabaciones solía pedir organización, ya que las diversas opiniones le dificultaban planificar la devolución al final de cada sesión. Debido al mismo motivo, no se pudo realizar ninguna observación no participante a las supervisiones que realizaba el equipo una vez por semana. Hubiese resultado muy enriquecedor para la conceptualización del presente trabajo el poder tener acceso a las mismas.

Por último, en lo que respecta al proceso psicológico, se extendió el número de sesiones a 15 realizadas dentro del Programa de iniciación profesional; aun así, se obtuvo un alcance parcial en lo relativo a los objetivos terapéuticos. Cabe destacar, que la terapia estratégica breve tiene en cuenta que el motivo de alta está relacionado con las necesidades del paciente, y no con los tiempos pre-pautados del modelo (Beyebach, 2006). Hubiese resultado de gran interés poder describir en el presente trabajo el total del proceso.

Se postula hacer uso de un modelo directivo, enfocado en el cambio, centrándose en la detección y interrupción de las soluciones previamente intentadas que son las que generan la perpetuación de los problemas. Se presentan ciertos cuestionamientos, al no poderse detectar la búsqueda de nuevas intervenciones alternativas, en lo referido al estancamiento en el desarrollo de su vida profesional. Si bien la consultante acepta las tareas propuestas en la sesión, no las lleva a cabo. A su vez las intervenciones realizadas no consiguen modificar ni desbloquear las conductas disfuncionales. Se encontró que las soluciones propuestas por la psicóloga o bien ya fueron intentadas previamente o son desacreditadas por Mariela por percibir las como impracticables. Surge el interrogante de la posibilidad de abordar el encuadre que se hizo del problema. Teniendo en cuenta que se deberían reformular las

intervenciones y tareas si no fueron tomadas en consideración por la paciente, esto no fue observado en las sesiones (Casabianca & Hirsch 2009). Así mismo, podría hacer uso de alguna de las intervenciones desarrollados por la corriente estructural y narrativa.

La institución no cuenta con profesionales con conocimientos específicos en violencia de género, ni trabajan en red con otros establecimientos u organismos. Durante la práctica no se observó que realicen ninguna evaluación de riesgo del caso. No profundizar en los conocimientos específicos e interdisciplinarios de la temática, estaba comenzando a vislumbrarse como necesario entre las terapeutas. Por este motivo, invitaron a los pasantes que lo desearan, a participar de una charla extra-curricular con una abogada del Ministerio Fiscal de CABA sobre la judicialización de los casos mencionados. Se postuló durante la pasantía que, si en los procesos terapéuticos se detectan Trastornos de la Alimentación, se activa un protocolo y son derivados a otro Centro especializado, debido a la gravedad de los mismos. Se podría sugerir, establecer un protocolo para detectar los casos graves y urgentes de violencia de género que requieran de intervención interdisciplinaria.

En lo relacionado a las nuevas líneas de investigación, sería interesante estudiar las intervenciones del modelo del MRI específicamente en casos de violencia de género, trabajando transdisciplinariamente con ONG u Organismos estatales. Hubiese resultado de gran importancia encontrar estudios del aporte específico del modelo breve aplicado a esos casos. Conocer la contribución que las mismas tienen para dar, extenderían el conocimiento sobre la resolución de problemas en la temática. La planificación estratégica de los casos, la focalización en las conductas que sostienen el problema, la brevedad del proceso (con lo cual la disminución de los costos), podría resultar de mucha utilidad en los dispositivos de ayuda para población de menores recursos.

La realización de la práctica y del presente Trabajo de integración final, han resultado beneficiosos en numerosos aspectos. Promovió la profundización del estudio de la Terapia sistémica, primeramente obtenidos en los primeros años de la carrera de psicología. Facilitó la articulación de los conocimientos teóricos con la práctica clínica, y permitió el seguimiento en vivo de los casos seleccionados por los alumnos. Las terapeutas de la institución tuvieron una muy generosa predisposición a brindar material, capacitación y responder dudas con calidez y profesionalismo. Además, la experiencia permitió experimentar formar parte un equipo de trabajo donde habita el buen clima y el respeto.

7. Referencias

- Beyebach, M. (2006). *24 ideas Para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo MRI*. Santa Fe: Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Castro Solano, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate*, 3, 59-90. doi:10.18682/pd.v3i0.503
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Ceberio, M.R. (2016). *Terapia breve sistémica: una breve introducción*. Póster presentado en las Jornadas provinciales de Psicología, Trenque Lauquen, Argentina.
- Ceberio, M.R. & Watzlawick P. (2010). *Si quieres ver, aprende a actuar: Diseño y prescripción de tareas en psicoterapia*. Buenos Aires: Teseo.
- Des Champs, C. (1991). *Introducción: Padres de la terapia familiar*. En E. Chahpazian (Ed.), *Teoría y técnica de la psicoterapia sistémica* (pp. 13-60). Buenos Aires: E.C.U.A.
- de Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Espinosa Sierra, Violeta, & Salinas Rodríguez, Jorge Luis, & Santillán Torres-Torija, Carolina (2017). Incidencia del duelo en la ruptura amorosa en estudiantes universitarios en un Centro de Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio (CREAS). *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 27-35. doi: 10.1016/j.jbhsi.2018.01.001
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Fernández Moya, J. (2006). *En busca de resultados. Una introducción a las terapias sistémicas*. Mendoza: Ed. De la Universidad del Aconcagua.
- Figuroa, E., & Hirsch, H. (2007). Sobre los cierres. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 129-136). Buenos Aires: Editorial Dunken.

- Fisch, R., Weakland, J.H., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Kahn, R. L., & Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En Baltes P. B., Brim O, editors. (Eds.), *Life-span development and behavior*. (3) 254–283. New York: AcademicPress.
- Kopec, D. (2007). El diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 21-30). Buenos Aires: Dunken.
- Gálvez Lara, M., Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., García Torres, F., & Moriana, J. A. (2018). *Aproximación a un modelo de intervención psicológica en atención primaria basado en la terapia breve*. *Información psicológica*, 115, 25-38. doi:10.14635/IPSIC.2018.115.10
- García Martínez, F.E. (2013). *Terapia sistémica Breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago: RIL Editores.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erikson*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, C.A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79911627012>
- Hirigoyen, M. F. (1998). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Paidós.
- Lambert, M. (2002). Improving psychotherapy outcomes for poorly reporting clients vía measuring, monitoring and feed-back. Presentación a la Primera Conferencia Bi-anual: Heart and Soul of Change. Toronto. Canadá.
- Levinton, N. (2003). Psicoanálisis y feminismo. En T. López Pardina, & A. Oliva Portolés (Ed). *Crítica feminista al psicoanálisis y a la filosofía*. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid.
- Lombardo, E., & Soliveréz, C. (2019). Valoración del apoyo social durante el curso vital. *Psicodebate*, 19(1), 51-61. doi:10.18682/pd.v19i1.859

- López Gironés, M. (2015). El ciclo vital familiar. En A. Moreno Fernández (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 49-75). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Miller, S., Duncan, B., & Hubble, M. (2004). Beyond Integration: The Triumph of Outcome over Process in Clinical Practice. *Psychotherapy in Australia*, 10 (2), 1-19.
- Nardone, G. (2002). *Psicosoluciones*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., & Portelli, C. (2012). *Conocer a través del cambio. La evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1997). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Perrone, R., & Nannini, M. (2010). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Una visión sistémica de las conductas sociales violentas*. Buenos Aires: Paidós.
- Polo Usaola, C. (2015). La perspectiva de género en terapia familiar sistémica. En A. Moreno Fernández (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 77-103). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Rojo, G., Tesoro, A., & Peñín, E. (1993). Modelo sistémico y concepto de género: Un encuentro posible. En J. Mass y A. Tesoro (Eds.), *Mujer y Salud Mental. Mitos y realidades* (pp. 672-678). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Schaefer, H. (2013). La terapia estratégica breve: fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En F.E. García Martínez (Comp.), *Terapia sistémica Breve. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 29-62). Santiago: RIL Editores.
- Schaefer Alarcón, H. (2018). La esperanza relacional: una concepción sistémica de la esperanza como factor de cambio terapéutico en terapia breve. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 16(2), 326-340. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612018000200005&lng=es&nrm=iso
- Sluzki, C.E. (1998). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.

- Styczynski, L. E., & Greenberg, L.D. (2015). Terapia estratégica. En A. Moreno Fernández (Ed.) *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. (pp. 297-323). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas; fundamentos, desarrollos, aplicaciones*. México: Fondo de cultura económica.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M., & Wittner V. (2017). *El concepto de familia multiproblemática y la medición de su funcionalidad/ disfuncionalidad*. Anuario de Investigaciones, vol. XXIV, (pp. 193-198). Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires
- Wainstein, M. (2021). Familia, terapia y posmodernidad. *Intersecciones Psi*, 40 (1), 9-13.
Recuperado de:
http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=126:familia-terapia-y-posmodernidad&catid=9:perspectivas&Itemid=29
- Watzlawick, P., Bavelas J., & Jackson, D.D. (1967). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1974). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.