



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

“Reestructuración orientada al cambio del sistema perceptivo-reactivo y de las soluciones intentadas fallidas en una paciente en una terapia estratégica focalizada”

Gimenez, Giulia Nadina

Tutor: Traverso, Gregorio Martín.

Buenos Aires, 06 de Diciembre de 2021

Índice

1- Introducción	3
2- Objetivo General	3
2.1- Objetivos Específicos.....	3
3- Marco Teórico	4
3.1- Modelo Sistémico	4
3.1.1- Antecedentes y características principales del Modelo Sistémico	4
3.1.2- Paradigma Sistémico Estratégico	7
3.2- Terapia Estratégica Focalizada.....	9
3.2.1- Construcción del Problema	10
3.2.2- Sistema Perceptivo Reactivo.....	11
3.2.3- Acerca del cambio	12
3.3- Tratamiento.....	15
3.3.1- Intervenciones	15
3.3.1.1- Reestructuración orientada al cambio del sistema perceptivo- reactivo ..	17
3.3.1.2- Soluciones intentadas fallidas	19
3.3.2- Finalización del tratamiento	20
4- Metodología	22
4.1 Tipo de estudio	22
4.2 Participantes	22
4.3 Instrumentos.....	22
4.4 Procedimiento	23
5- Desarrollo	23
5.1- Introducción: Presentación del caso	23
5.2- Describir el sistema perceptivo- reactivo de la paciente, la construcción del problema y las conductas mantenedoras del problema al inicio de una terapia estratégica focalizada de una paciente de 30 años	24
5.3- Describir las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta focalizadas en la reestructuración del sistema perceptivo- reactivo y de las soluciones fallidas de la	

paciente durante la terapia estratégica focalizada	28
5.4- Analizar los cambios en el sistema perceptivo-reactivo de la paciente al finalizar el tratamiento en una terapia estratégica focalizada	33
6- Conclusiones	36
7- Referencias Bibliográficas	41

1-Introducción

El presente Trabajo Final Integrador fue a partir de la Práctica y Habilitación Profesional (V) realizada en una institución situada en el barrio de Belgrano (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). En la misma se brinda tratamiento psicoterapéutico a personas tanto de manera individual y grupal como a parejas y familia. A su vez, brinda asistencia desde el enfoque sistémico estratégico focalizado breve.

Debido a la situación de pandemia la práctica fue llevada a cabo de manera online. Las tareas desarrolladas durante la misma fueron: presenciar sesiones en Cámara Gesell Online, asistencia a clases teóricas, lectura de material relevante, exposición de textos ejes del modelo y transcripción digital de materiales antiguos. A su vez, se pudieron observar supervisiones tanto en vivo como a través de videograbaciones. También se presenciaron diferentes charlas informativas acerca de la práctica profesional. Además, se logró estudiar diferentes enfoques para abordar distintas temáticas; y al mismo tiempo se analizó la manera de intervenir de cada terapeuta.

De las temáticas abordadas en la práctica, el estudio de un caso fue el que generó un mayor interés en profundizar, para así poder ahondar en el conocimiento de esta área, ya que a través de su análisis se pudieron plantear diferentes tipos de intervenciones; y a su vez, conocer distintas herramientas utilizadas en terapias anteriores que resultaron fallidas; en cambio, con el modelo Sistémico Estratégico se pudo implementar la reestructuración orientada al cambio, la cual resultó eficaz en la paciente. Con la elección de esta temática, se busca abordar intervenciones que sean efectivas para los futuros tratamientos que se presenten, respecto a conductas similares. De esta manera se busca una optimización y perfeccionamiento de los tratamientos.

En este trabajo se describe el caso de una paciente en la que se trabajó sobre la reestructuración orientada al cambio del sistema perceptivo reactivo y las soluciones intentadas fallidas. El caso fue facilitado a través de una videograbación de una Cámara Gesell Online del año 2020, desde un modelo de terapia estratégica focalizada.

2-Objetivo General

Analizar la reestructuración orientada al cambio del sistema perceptivo-reactivo y de las soluciones intentadas fallidas en una paciente en una terapia estratégica focalizada.

2.1-Objetivos Específicos

1. Describir el sistema perceptivo-reactivo de la paciente, la construcción del problema y las conductas mantenedoras del problema al inicio de una terapia estratégica focalizada de una paciente de 30 años.
2. Describir las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta focalizadas en la reestructuración del sistema perceptivo- reactivo y de las soluciones fallidas de la paciente durante la terapia estratégica focalizada.
3. Analizar los cambios en el sistema perceptivo-reactivo de la paciente al finalizar el tratamiento en una terapia estratégica focalizada.

3- Marco Teórico

3.1 - Modelo sistémico.

3.1.1- Antecedentes y características principales del modelo sistémico.

Inicialmente, se nombrarán aquellos temas que se desarrollarán en el presente apartado. En un primer momento, se abordarán los antecedentes del modelo sistémico, luego se continuará con la mención de aquellos conceptos clásicos relevantes impulsores de este paradigma. También, se aludirá a los principales 5 axiomas de la comunicación humana y aquellas características correspondientes al pensamiento sistémico. Para finalizar, se referirá a las diferentes escuelas sistémicas existentes.

En la década del 40 se llevaron a cabo en la ciudad de Nueva York un conjunto de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy. Éstas tuvieron como participantes a un conjunto de científicos tales como Bateson, Mead, Erickson, Wiener, Lewin y otros, quienes tenían como eje principal de abordaje la hipnosis, teología y fundamentos de la cibernética. Esta serie de conferencias tenían como fin investigar qué posibilidad había de alcanzar una ciencia general acerca del funcionamiento de la mente humana. Años más tarde este suceso contribuyó en el crecimiento de diversas disciplinas científicas, entre ellas y especialmente, la psicoterapia (Cazabat, 2007).

Asimismo, en 1952 Bateson funda el Proyecto Bateson cuyo objetivo era desarrollar un marco teórico que incorpore un resumen de diversas teorías en una sola, la cual, se dirige a analizar la comunicación sistémica (Wainstein, 1997). En conjunto con Weakland, Haley y Fry comenzaron su trabajo sobre la comunicación, las paradojas y cómo éstas influyen en la comunicación. Un año más tarde, Weakland y Haley, logran entrevistar a Erickson quien era un psiquiatra especialista en la hipnosis y quien tenía la particularidad de llevar a cabo una psicoterapia breve, propia y distinta. Esta relación lograda entre estas

tres figuras permitió que todo el grupo opte por una visión clínica (Cazabat, 2007).

En concordancia con estos antecedentes, cabe mencionar algunos conceptos que fueron impulsores de este paradigma, entre los que se encuentran la teoría general de los sistemas, la cibernética y el concepto de doble vínculo formulado por Bateson (Fernández, 2014). Cuando se alude a la cibernética se refiere a la teoría que aporta aquellos conocimientos referidos a la forma en cómo se dispone la información dentro de un sistema destacando que cada uno de ellos logra autorregularse y autocontrolarse. De esta manera, Cannon propone que dentro de los sistemas (organismos vivos) se desencadenan procesos de autorregulación que logran la constancia de este, independientemente del contexto; así, afirma que todo organismo es propenso a reponer cada vez que sea alterado su equilibrio interno a través de una determinada acción que será considerada una conducta. La autorregulación y la homeostasis dentro del sistema familiar, desde este enfoque sistémico, permitirán comprender ciertos patrones de funcionamiento (Fernández Cid, 2020). El concepto de doble vínculo formulado por Bateson, refiere aquella cadena de mensajes contradictorios en diversos niveles de comunicación donde una persona recibe un mensaje en un contexto de relación significativa con otro viéndose imposibilitado de accionar frente al mismo mediante una respuesta o escapando de la situación. De esta manera, Bateson y su equipo, logran la apertura de un campo en relación a la etiología de enfermedades mentales graves tal como la esquizofrenia en donde el nivel de interacción y el estilo de comunicación toman un lugar relevante en la patología mental logrando un giro de una dinámica intrapsíquica a un nivel interaccional (Fernández, 2014).

Otro punto de gran relevancia en el modelo sistémico es la pragmática de la comunicación. En tal sentido se destacan los 5 axiomas de la comunicación humana, tal como los menciona Camacho (2006), y los cuales son:

- La imposibilidad de no comunicar: no existe un opuesto a la conducta, es decir, la no-conducta. Por lo tanto, si toda conducta se comporta como una unidad comunicacional singular en un contexto de interacción se produce como consecuencia la imposibilidad de no comunicar, incluso, cuando la persona no se muestra con intención de hablar, manifestando su intención de no querer comenzar una comunicación por medio de estos mensajes y conductas de aislamiento.

- Contenido y relación en la comunicación: por un lado, existe un aspecto referencial, que refiere al contenido del mensaje, a su información; y por otro lado, se conoce un aspecto connotativo, que refiere al carácter de mensaje que se debe entender como el qué es y a la relación que guardan los comunicantes. Este último nivel de relación clasifica al primero, al nivel de contenido, siendo ambos niveles lógicos diferentes de comunicación.
- Cómo se puntúan los hechos: los hechos se ordenan de acuerdo a cómo se puntúan. Esta acción, arbitraria, la realiza uno de todos los comunicantes por lo que no siempre el/los otro/s están de acuerdo y como consecuencia se producen diversos conflictos en las relaciones. Se debe tener en cuenta a todos los participantes que se encuentren comunicando debido a que, toda conducta afecta y es afectada por el accionar de los demás.
- Comunicación analógica y digital: se alude al término comunicación analógica cuando se quiere referir a todo aquello que no es comunicación verbal, es decir, gestos, expresiones faciales, posturas, etc.; por otro lado, se alude a la comunicación digital cuando se quiere referir a aquella que es verbal, es decir, la que se lleva a cabo mediante la palabra.
- Interacción simétrica y complementaria: en el caso de las interacciones complementarias, las personas se adaptan unas a las otras o, si esto no sucede, se complementan. Es en este caso, en donde se aceptan y aprecian las diferencias entre uno y otro. De lo contrario, en las interacciones simétricas, ambas partes toman el mando, se consideran con el derecho de iniciar la acción, criticar a la otra, etc., como si fuesen iguales o con una mínima diferencia.

Con lo expresado anteriormente, se podría concluir que toda conducta es comunicación, es decir, no solo al emitir un mensaje sino también, la postura, el tono, lo contextual, etc. Por lo tanto, es imposible no comunicar (Watzlawick, Bavelas & Jackson, 1981).

Aunado a lo mencionado, se podría afirmar que el pensamiento sistémico alude a un pensamiento en donde su interés se sitúa en las conexiones entre las partes del mismo. Es esto lo que diferencia a un sistema de lo que es un “montón”. Cuando se permite pensar como un “montón”, no tiene relevancia aquello que se agregue o se quite o la distribución de las partes, etc. (Wainstein, 2006). Como consecuencia, el comportamiento de una de las

partes del sistema se relaciona al comportamiento de las otras partes de éste, de manera tal que si un comportamiento del sistema se altera también cambiará el comportamiento de otra de las partes (Casabianca & Hirsch, 1992). De esta manera, tal como mencionan Minuchin y Fishman (2004), aquel accionar por parte de un miembro de una familia, por ejemplo, repercutirá en todo el sistema; así, el terapeuta deberá lograr una mirada integral de todo el sistema e intervenir en aquellas interacciones vistas como problema.

Finalizando, resulta relevante destacar lo que propone Camacho (2006) en referencia a que los terapeutas sistémicos fueron influenciados tanto por autores sistémicos como por autores de otras orientaciones. A su vez, añade que no existe un único abordaje clínico; por lo tanto, expone tres escuelas clásicas señaladas por autores significativos que intentaron sistematizar todas las escuelas sistémicas existentes, estas son:

- La escuela estructural estratégica. Sus figuras principales fueron Haley y Minuchin, quienes pusieron el foco en cómo eran las jerarquías y los roles familiares que hacían a la estructura del sistema. A su vez, se refirieron al concepto de *triángulo perverso* en donde se desarrolla una coalición entre miembros en contra de otro; caracterizaron a la familia como un sistema con límites y fronteras logrando diferenciarse de otros subsistemas y entre sus integrantes, a través de límites. Y, a su vez, el sistema familia se diferencia de otros sistemas mediante fronteras. Entre los métodos llevados a cabo por esta escuela, el más relevante es la reestructuración en la cual tiene por objetivo romper con las coaliciones logrando un nuevo orden de poderes y jerarquías.
- La escuela de Milán. Su figura fue Selvini Pallazoli quien trabajó junto con su equipo con familias con una estructura rígida y con disfuncionalidades de gran índole. Su foco de atención se centra en aquella información relevante desde el primer momento de contacto con la familia, es decir, al llamado telefónico y a la derivación. Se trabaja con aquello según lo que el síntoma y el paciente en cuestión signifique para la familia. Esta escuela, logró intervenciones tales como la pregunta circular, intervenciones paradójicas y connotación positiva.
- La escuela interaccional del *Mental Research Institute (MRI)* o Escuela de Palo Alto. La cual se definirá en el siguiente apartado.

3.1.2 -Paradigma Sistémico Estratégico

Jackson, Haley, Weakland, Watzlawick y Fisch crearon el MRI. Ellos pusieron el foco de atención en aquellas interacciones entre integrantes de una familia y en las reglas con que actúan dentro de ciertos límites, las cuales sostienen aquel problema con el que asisten luego a terapia. No todo inconveniente en la vida es un problema, sino que lo es al utilizar soluciones no prácticas para arribar a una solución del mismo. Como consecuencia se desencadena un circuito de retroalimentación el cual será únicamente disuelto mediante tareas de tipo estratégicas. Como segunda cualidad y punto a destacar del MRI, es que logró arribar hacia un tipo de terapia eficiente abreviando en lo más mínimo posible las cantidades de terapias, suprimiendo aquellas no funcionales o no relacionadas con solucionar la problemática del paciente. Así, se creó en 1968 dentro del MRI un Centro de Terapia Breve el cual fue conformado por Weakland, Fisch, Watzlawick y Segal quienes llegaron a la premisa de que tan solo 10 sesiones de una terapia podían lograr cambios de carácter estable en las personas. Finalmente, se llamó a la terapia del MRI con el nombre de terapia breve estratégica (García Martínez, 2013).

Tal como plantean Fisch, Weakland y Segal (1984), el objetivo primordial del Centro de Terapia Breve es enfocarse en el actual desorden tomando, por ejemplo de Erickson y Jackson, aquellas técnicas que permitan estimular un cambio logrando que éste tenga la particularidad de ser el más mínimo necesario para lograr una solución del problema evitando remodelar familias enteras.

Según Wainstein (2006), lo principal que se debe lograr estratégicamente es la influencia sobre el cliente para que éste pueda enfrentar de manera distinta el problema. Esto se lleva a cabo mediante una observación del paciente, hablando y aprendiendo su lenguaje, logrando disminuir lo más posible su resistencia al cambio. Para lograr esto mencionado por parte del terapeuta, deberán realizarse en una primera instancia tres preguntas básicas:

- Cómo se demuestra el cliente ante el problema, es decir, comportamiento, opinión, motivación, etc.
- Cómo se puede lograr que esa postura disminuya lo más posible.
- Cuál es la estrategia posible para ser llevada a cabo por el cliente la cual deberá poder responder a las preguntas *¿qué?* y *¿cómo?* para solucionar el problema. Deberá de tener

en cuenta también, cómo transmitirlo para que dicho mensaje sea coherente con la postura del cliente.

Como se ha mencionado, la terapia estratégica, tiene como característica ser una terapia de intervención breve (7 a 12 sesiones) centrada en la resolución de los problemas; de esta manera, el profesional se centra en modificar aquellas conductas que le generan un malestar a la persona en la actualidad, dejando a un lado, la búsqueda de las causas y las etiquetas prescriptas (Nardone & Watzlawick, 1992).

De este modo, la terapia estratégica breve pone el foco en la manera de intervenir en la que se debe tener en cuenta aquello que surge en la clínica, en relación al contexto y el sistema, para así, lograr el cambio. De esta manera, el terapeuta debe diseñar cómo abordará cada problemática en particular, en un corto periodo de tiempo (García Martínez, 2013).

Cabe destacar las ventajas positivas, sobre todo prácticas y económicas de esta terapia, como consecuencia de brindar un tratamiento más acotado. Es relevante hacer mención que no es un propósito en sí que la terapia sea breve, sino que al limitar una cantidad de sesiones ayudará a arribar a mejores resultados tanto para pacientes como para terapeutas (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

Recapitulando lo expuesto hasta aquí, se podría afirmar que la terapia breve toma como primordial aquello que trae el paciente, con lo que se presenta a la sesión. Lo traído a sesión es lo que se utiliza, con el propósito de atender sus carencias para que éste, logre una vida plena por sí mismo (De Shazer, 1986).

3.2 -Terapia Estratégica Focalizada

Apuntando a la terapia en sí, el malestar de la persona, es decir lo que trae el paciente, es con lo que se trabaja en las sesiones. El paciente a través de la narración de su historia, la presentación de datos biográficos y sus propias relaciones interpersonales forma lo que será su clínica. De este modo es como el paciente solicita ayuda al sentir que su propia vida se encuentra bloqueada a causa de un problema. Por lo tanto, el terapeuta acepta la manera en que el paciente narra su propia historia y sobre todo, el significado subjetivo de esta, teniendo en cuenta que en ese diálogo se construyen significados, y no solamente se lleva a cabo un intercambio de información (De La Fuente Blanco, Alonso & Vique, 2019).

3.2.1- Construcción del problema

A partir de lo expuesto en el párrafo anterior, en la terapia estratégica, el terapeuta tomará datos relevantes de la comunicación con el paciente a partir de sus conductas; de esta manera se podrá moldear la visión que el paciente tenga de su problema según lo que el terapeuta considere para trabajar. En este caso, el paciente aceptará una redefinición de su problemática y de esta manera se llevará a cabo una co-construcción del problema (Hirsch & Rosarios, 1987).

Según Nardone y Watzlawick (1992) es fundamental la construcción del problema ya que, teniendo una visión clara del mismo facilita arrojar una solución más eficaz. De esta manera, es relevante saber que existen tres tipos generales de problemas en los que transcurre un paciente y, se entiende que, con tan solo presentar un mal funcionamiento en alguna de estas tres categorías, las restantes funcionarán incorrectamente. Estas son:

- La relación entre la persona y él mismo.
- La relación entre uno mismo y los otros.
- La relación entre uno mismo y el mundo.

Igualmente, es de sumo interés considerar el vínculo terapéutico como en otros tipos de psicoterapia. Desde este aspecto, se entiende al mismo, como una relación en donde ambas partes colaboran, es decir, un llamado de humildad terapéutica en donde el terapeuta no opta por una posición de autoritarismo, y donde se apuesta a aquellas fortalezas y capacidades de la otra parte, ya sean, pacientes, colegas, supervisados empoderando a los mismos. En este sentido, el terapeuta no deberá ajustarse únicamente a las singularidades de cada interlocutor sino que, debe tener una participación activa para encuadrar las conversaciones con el fin de que sean seguras y terapéuticas (Beyebach, 2016).

Se tomará también como relevante, el contexto de la persona ya que toda conducta ya sea normal o problemática proviene y se conserva en el sistema que interactúa la persona y en el que se manifiesta tal conducta (Fisch et al., 1984). Tal como lo plantean Weakland et al. (1974) y como se ha mencionado anteriormente, se debe tener en cuenta que las conductas problema deben ser consideradas como un fenómeno social, manifestándose como consecuencia de algún mal funcionamiento del sistema.

En el marco de esta terapia breve centrada en la resolución de problemas, el terapeuta, al presentarse un paciente, le debe preguntar cuál fue el motivo que lo trajo a sesión. En este caso, puede ser que el paciente traiga varias quejas, por lo que el terapeuta

debe preguntar cuál es la más importante de ellas, si el paciente da una respuesta concreta se lo relaciona a una conducta concreta, en otros casos también, puede dejar en duda el problema presentado por lo que el terapeuta continuará preguntando hasta elaborar un problema concreto. El problema persistirá siempre y cuando sea reforzado de manera repetitiva en la interacción del paciente y las personas significativas (Weakland et al., 1974).

Según Fisch et al. (1984), un problema se constituye mediante la expresión de una conducta por parte del cliente que le produce malestar ya sea, una acción, pensamiento o sentimiento. Esta conducta, no necesariamente debe ser producida por el paciente sino que, puede llevarse a cabo por otra persona con la que guarda una relación significativa. Esta conducta, tiene como característica ser anormal, inadecuada, desviada y, con la particularidad de producir un daño inmediato o potencial para el propio paciente o para otros.

Una vez definido el problema, el terapeuta tendrá como tarea hallar respuesta a una serie de interrogantes tales como, ¿Cuáles es el patrón de comportamiento del paciente que se observa?; ¿Cuál es el problema que el paciente indica cómo suyo?; ¿En qué momento se manifiesta el problema?; entre otras. Estas respuestas halladas, orientan la investigación diagnóstica estratégica y, permitirán, llevar a cabo las estrategias adecuadas con el fin de romper el círculo vicioso de aquellas acciones y retroacciones que sostienen la problemática. Se deberá también, establecer los objetivos terapéuticos los cuales guardan una doble función. Por un lado, funcionan como un mapa metodológico con el fin de alcanzar de manera gradual una serie de objetivos controlando el trabajo lo que es funcional para el terapeuta, y, por otro lado, colabora a que el paciente se sienta activo en el cambio ya que se negocia en conjunto y, se acuerdan los plazos de duración y la finalidad de la cura. (Nardone & Watzlawick, 1992).

3.2.2- Sistema perceptivo-reactivo

Como se ha explicado en el apartado anterior, y según lo postulado por Nardone y Watzlawick (1992), es fundamental establecer de manera concreta cuál es el problema y aquel sistema interactivo disfuncional que mantiene esa problemática. En este caso, es el terapeuta quien desde la primera sesión deberá tomar el problema desde la propia mirada del paciente y como éste explica el mismo. De esta manera, podrán identificarse aquellos puntos pragmáticos de la problemática actual. Es el constructo perceptivo-reactivo, el que

permite caracterizar un problema, sustituyendo la clasificación tradicional en relación a la patología mental (Nardone & Portelli, 2005).

La interacción entre la observación de la realidad, las herramientas de las que se sirve y el lenguaje que emplea la persona para comunicarse con esa realidad, dará fruto a cómo el paciente percibe la realidad y cómo se relaciona con la misma, incluso los problemas y las patologías. Por lo tanto, no va a existir una única y verdadera realidad, sino que, dependen de las interacciones entre la persona y la realidad. De esta manera, los trastornos mentales por ejemplo, serán consecuencia de aquellas percepciones disfuncionales y reactivas en relación a la realidad que, la propia persona obra por medio de sus acciones (Watzlawick & Nardone, 2000).

Los modelos inamovibles de interacción del sujeto y la realidad logran una construcción de tipologías de diversos trastornos psicológicos, manteniéndose por aquellos intentos por solucionar los problemas llevados a cabo por el sujeto, de tipo disfuncional, dando lugar a un sistema de percepción y reacción de tipo patológico. Esto se transmite debido a que el sujeto se encuentra en una situación perseverante por utilizar aquellas conductas estratégicas que le han sido funcionales en el pasado, en situaciones similares, pero que en la actualidad sólo funcionan para asentar aún más el problema (Nardone & Portelli, 2005).

Como se ha expuesto anteriormente, desde este punto de vista, no se clasificará, es decir, se evitará que un paciente pertenezca a una teoría específica. Por ende, se abordará con el fin de hallar una intervención de tipo diagnóstica, operativa, que permita observar aquella modalidad con la cual persiste el problema, es decir, como la problemática se sostiene mediante una red de retroacciones perceptivas y reactivas entre el sujeto y su realidad tanto personal como interpersonal (Nardone & Portelli, 2006).

Por lo tanto, el objetivo de la teoría es brindar al terapeuta, las herramientas necesarias para descubrir cómo el paciente organiza su sistema perceptivo relacional, externo e interno, con el objetivo de lograr dentro de este sistema una reestructuración, eliminando el problema (Nardone, 1995).

3.2.3- Acerca del cambio.

Para Nardone, el terapeuta deberá ser activo y prescriptivo, buscar el cambio por medio de estrategias y técnicas introduciendo cambios en la percepción-acción del sujeto para que luego se pueda hacer una redefinición. Como consecuencia, los terapeutas deberán intervenir con una directividad de carácter sutil a través de prescripciones del comportamiento encubiertas o disfrazadas para poder alterar el ciclo repetitivo de la conducta problema (Nardone & Watzlawick, 1992). Una intervención activa deberá brindar una manera diferente de percibir la realidad, lo que interesa, es el cambio en sí, el modo en cómo se percibe la realidad y la relación pragmática que se obtenga con esa percepción (Nardone & Portelli, 2005). Si se logra cambiar esa forma de percepción del sujeto se logrará un cambio en sus acciones (Watzlawick & Nardone, 2000).

Lo primordial es lograr el cambio en sí, la forma de percibir la realidad y lo pragmático con esa percepción. Este cambio, se logra mediante estrategias, de manera tal, que evita ser doloroso y consciente para el paciente. Es sumamente importante la experiencia para poder lograr el cambio. Así, es como se observa que el cambio es inevitable, y son esos cambios que se van produciendo de manera natural los que permiten arribar a una solución (García Martínez, 2013).

Es relevante destacar, que el modo en que se establece una comunicación y cómo interactúan el paciente y el terapeuta contribuye al cambio, incluso, a veces, el simple hecho de que el terapeuta logre una comunicación benévola con el paciente, produce cambios terapéuticos. También, es importante mencionar que, un pequeño cambio logra un efecto en cadena de cambios en el interior del sistema, los cuales, buscan ordenarse dentro del sistema con el fin de lograr un nuevo equilibrio; por lo tanto, pequeños cambios logran movilizar más de lo esperado por lo que, se debe acudir a ellos en la terapia con legitimidad, ya que si, mediante ellos el terapeuta logra alterar las conductas disfuncionales y aquellas imágenes del mundo, significa que ha logrado su cometido (Nardone & Watzlawick, 1992).

Una gran diferencia entre la terapia breve y otras, se encuentra en que al observar la terapia breve, las situaciones más dificultosas que se presentan, pueden ser abordadas desde un pequeño cambio. Este cambio logra desencadenar diferencias extremas en la conducta de todas aquellas personas pertenecientes a la situación, ya que, un pequeño cambio logra otros produciéndose como consecuencia una gran mejoría (De Shazer, 1986). De esta manera, es más viable un cambio cuando las metas tienen como característica ser pequeñas

y claras. Por lo tanto, cuando el paciente observa cambios reales automáticamente se produce un círculo benéfico que da lugar a que se continúen con cambios producidos por él mismo tanto en esa esfera de su vida donde se logró ese cambio como en otras (Cade & O'Hanlon, 1995).

Cabe destacar, que hay factores que influyen en que se logre el cambio terapéutico. Estos son: aquellos que son parte del cliente y del espacio extra terapéutico relacional, por fuera de la terapia. Otros son aquellos conocidos como comunes y de relación que son aquellos que se comparten por todas las terapias como, por ejemplo, un vínculo terapéutico seguro. Otro factor son las técnicas que lleva a cabo cada modelo en particular que ayudan además de la relación entre el terapeuta y el paciente a lograr el cambio. Por último, cabe mencionar como factor influyente de cambio, el efecto placebo y las expectativas del cliente tanto en recibir ayuda como en creer en las técnicas llevadas a cabo (García Martínez, 2013).

Tal como propone Wainstein (2006), el cambio logrado en una percepción, sentimiento, posición o en las actuaciones ocurre en un contexto llamado sistema consultante. Estos cambios, son consecuencia del encuentro entre los mensajes del terapeuta y sus pensamientos, percepciones y sobre el entorno en los que la persona habitualmente participa. Para dar lugar a un cambio, se deberá producir una ruptura de aquella coherencia interna que sostienen los sistemas cognitivos y/o sociales rompiendo algo de manera creativa. De esta manera, no se trata de arribar a un cambio mediante una comprensión, sino por el contrario, que el paciente logre entender mediante el cambio, es decir, una vez que éste ya se haya producido. Así, logra realizar un cambio sin darse cuenta, tal como sucede por ejemplo, en un paciente con ataques de pánico que, al otorgarle una tarea en el instante que percibe síntomas del ataque de pánico, logra desplazar su atención hacia la misma evitando controlar su ataque de pánico. Como consecuencia, elude activar la conducta de retroalimentación que desencadena el pánico ya que la atención está puesta en la tarea y no en intentar manipular una respuesta del sistema nervioso autónomo (Roger Ballescá, 2021).

Según Nardone, el terapeuta se focaliza en alterar ese círculo vicioso consecuencia de las soluciones intentadas y la persistencia del problema logrando desplazar aquella percepción disfuncional y rígida permitiendo, una percepción funcional. Utiliza intervenciones flexibles y auto-correctivas en cada momento del cambio (Pérez Salmón &

Rodríguez Sánchez, 2010). Es así como el cambio logra flexibilizar el sistema perceptivo-reactivo de la persona, logrando otras formas más viables y con más posibilidad conductual (García Martínez, 2013).

3.3 – Tratamiento

3.3.1 – Intervenciones

Este enfoque propone que aquellas técnicas que se lleven a cabo en el proceso terapéutico deberán ajustarse al estilo particular de la relación que se desarrolle entre paciente-terapeuta. Es importante tener conocimiento de cuál es el perfil de esta relación ya que ayudará a saber cuál será la intervención más adecuada que logre la participación del paciente y, así, se logrará disminuir el tiempo de tratamiento (García Martínez, 2013). Las soluciones no dependen de la creatividad del terapeuta/equipo terapéutico o del paciente, sino de ambos sistemas, por lo que las intervenciones que haga el terapeuta tendrán como objetivo lograr estas soluciones creativas (De Shazer, 1986). Es importante que el terapeuta logre definir si la problemática del paciente se encuentra entre subsistemas de sí mismo (ejemplo, fisiológico y pensamiento) o, en sus relaciones sociales o, si abarca contextos de mayor amplitud. Esta información le permitirá al terapeuta tomar conocimiento de aquello a trabajar, es decir, si conviene alterar aquel sistema perceptivo-reactivo responsable de mantener el problema o, intervenir de manera directa sobre el paciente y de esta manera se verá alterado también todo su sistema interpersonal. También puede hacer una intervención sobre las otras personas significativas alterando las secuencias interactivas arrojando como consecuencia un cambio de igual índole en el sistema perceptivo-reactivo del consultante quien conlleva el problema (Wainstein, 2006).

En una primera instancia se destina tiempo a llevar a cabo una fase social, es decir, manifestando interés en conocer los recursos e intereses de los pacientes. El terapeuta en conjunto con el paciente negocia un proyecto de trabajo según lo que el paciente espera de la terapia incluyendo en este proyecto, el motivo por el cual consulta en la misma y, algunos indicadores de conductas que considere exitosas. También, se le consulta por aquellos intentos previos de terapia con el fin de saber de qué manera otros profesionales pudieron intervenir y cómo están implicados (Beyebach, 2016). También permitirá esta instancia, saber si el paciente percibió algún cambio previo a la consulta actual y en caso de que haya experimentado alguno de ellos, serán ampliados en esta instancia haciendo uso de los factores del paciente. Este accionar, es propio de este enfoque, la importancia de utilizar

aquello que el paciente ya se encuentre realizando de manera correcta (García Martínez, 2013). Es necesario tener en cuenta, que la principal estrategia del terapeuta será observar, aprender y hablar el mismo lenguaje que el paciente (Nardone & Watzlawick, 1992).

Siguiendo este lineamiento, otra técnica de gran importancia es el diálogo estratégico, la cual se utiliza en la conducción de la primera sesión de terapia (o consulta) para conseguir que el paciente pueda ir cambiando sus convicciones; su validez como técnica estratégica reside en el hecho de que este cambio no es percibido como una imposición externa, sino como la disolución natural del malestar y del conflicto (Nardone & Portelli, 2005).

En la terapia breve del MRI se desarrollan dos técnicas e intervenciones axiales: reencuadres (o reformulación) en las cuales se intenta asociar nuevos significados a hechos similares es decir, se brinda una alternativa de esa realidad y las prescripciones, en este caso, se solicita al paciente la realización de conductas o tareas con el objetivo de que este realice algunas con el fin de alterar una conducta (prescripción directa); y otras veces, las prescripciones suelen ser indirectas (García Martínez, 2013). En estas últimas, los terapeutas intervienen utilizando analogías tales como anécdotas, parábolas, relatos y cuentos humorísticos (Cade & O'Hanlon, 1995). Según Caliri Picón y Traverso (2019) en este modelo, utilizando el lenguaje y el ritmo de cada persona, se pueden emplear diferentes intervenciones, como podría ser la tarea, en donde se propone llevar a cabo un registro de avances que se centren en aquellas ocasiones excepcionales notando que hacen de diferente, que piensen qué cosas de su situación presente no quisieran que cambie (Casabianca & Hirsch, 1992). A su vez, cuando estas tareas logran traspasar el espacio terapéutico, se espera que se conviertan en cambios concretos en la vida de la persona (Beyebach & Herrero de Vega, 2010).

Otra intervención viable es la pregunta milagro con la que se ayuda al paciente a centrarse en una solución potencial y no en los problemas; de esta manera, el terapeuta guía a la persona mediante una pregunta no solo enfocada en ese futuro cuando el problema ya no exista sino también se le puede preguntar al paciente de que hablará en esa sesión cuando el problema haya mejorado; para esto el terapeuta debe adoptar un vocabulario apropiado que presupone la inevitabilidad del cambio. Una vez logrado ese pensamiento en el paciente de lo que será diferente se lo ayuda a experimentar nuevas conductas llevándolas a cabo ciertos días elegidos por ellos mismos. Estas últimas, siempre

congruentes con las ideas del paciente y no con las del terapeuta (Cade & O'Hanlon, 1995). Otra pregunta puede ser, por ejemplo, qué cosas notaría distinto, o cómo lograría darse cuenta. Lo ideal, para trabajar sobre lo que los pacientes respondan es hallar aquellos puntos por más mínimos que sean que indiquen un cambio con la finalidad de ser utilizados como objetivos terapéuticos concretos y, logrando transcribir aquello brindado por el paciente en una acción concreta a producirse, por ejemplo: de todo aquello que has dicho, ¿Cuáles te resultan más fáciles para llevar adelante?; de empezar hacer algo mañana mismo, ¿qué de todo podría llevarse a cabo? (García Martínez, 2013).

Los terapeutas de este enfoque breve consideran que los pacientes tienen consigo capacidades, las cuales, si se destacarán, permitirían cooperar con la solución del problema. Hay momentos en que los pacientes, se desenvuelven con una actitud menos pesimista pero, aun así, no se sienten capaces de poder resolver el problema por sí solos o directamente, sienten que no se va a poder resolver. Desde el enfoque de las excepciones, se incita al paciente a valorar y considerar aquellas conductas realizadas que han sido exitosas. Al incitar a que el cliente considere esos éxitos, es importante también, que el cliente considere al profesional como aquél que escucha y valora su problema. Es así, como siempre y cuando el reconocimiento de las excepciones sean consideradas como significativas por el cliente, que darán lugar a un salto para posteriores cambios (Cade & O'Hanlon, 1995). Tal como plantea García Martínez (2013), estas excepciones son aquellas percepciones, acciones, emociones e ideas que se oponen a la queja y tienen el poder de arribar a una solución si son ampliadas. Existen distintos tipos de excepciones, aquellas previas a la terapia -excepciones-; aquellas entre el intervalo que se pacta la entrevista hasta que la misma tiene lugar -cambio pretratamiento-; y aquellas que surgen una vez que se inicia el tratamiento, llamadas cambio terapéutico. El lugar para las excepciones se puede desarrollar en cualquier momento de la terapia siempre y cuando se observe que el paciente logra hacer algo positivo para él dirigido a lograr sus objetivos. Una pregunta planteada por el terapeuta como un modo de intervenir podría ser: ¿Qué debería de suceder para que esta acción sea más frecuente?, es importante, destacar siempre la excepción.

3.3.1.1- Reestructuración orientada al cambio del sistema perceptivo- reactivo

Reestructurar alude a volver a asignar un nuevo valor a la percepción de la realidad, alterando la estructura de las cosas, pero no sus significados. La idea es cambiar aquello que sostiene el significado de lo que la persona expresa y no su valor semántico. De esta

manera, si el paciente introduce lo que expresa en otro contexto, cambia también su valor. En cuanto al término realidad, se podría decir que hay tantas posibles de acuerdo a cómo las personas la perciben, es decir, se determina según el lugar desde donde la persona la mire, por ende, si se modifica el lugar desde donde la mira, cambia también la realidad. En efecto, no se intenta alterar el contenido del problema, sino su marco que, inevitablemente al alterar el mismo, se altera su contenido (Nardone & Watzlawick, 1992).

Según Pérez Salmón y Rodríguez Sánchez (2010), Nardone define a la terapia breve estratégica como aquella que logra alterar la percepción que tiene la persona de su realidad, cambiando esta percepción disfuncional a una funcional, explicando que la percepción es la base de la psicología por lo que, todo cambio de percepción implica un cambio en la reacción logrando la terapia, que la persona vivencie experiencias en las que primero sienta y luego comprenda.

Cabe destacar, tal como plantean Nardone y Watzlawick (1992), que las reestructuraciones pueden emplearse mediante un acto comunicativo, o bien, por algún accionar del terapeuta que logre que el cliente se desplace de la perspectiva en la que se encuentra. Éstas pueden llevarse a cabo con diversos grados de complejidad, una manera más sencilla es redefinir cognoscitivamente una representación o acción. Por otro lado, también pueden llevarse a cabo mediante una reestructuración paradójica en donde se utilizan metáforas y se influye de manera evocativa.

De esta manera, se intenta en un principio lograr un cambio en esta percepción-acción, para luego concluir en una redefinición (García Martínez, 2013). Tal como plantean Hirsch y Rosarios (1987) el motivo de consulta pone en marcha a la reestructuración, la cual facilita las siguientes redefiniciones que alejan al cliente de su mirada actual. Es así, que se le presenta al paciente diversos caminos, de acuerdo a la redefinición que se haga de la problemática. Al aceptar la misma, el paciente, debe en cierto punto confiar en ésta para que pueda lograr un cambio en su comportamiento. En este sentido, cuando se habla de comportamiento, se tiene en cuenta tanto la esfera cognitiva, como conativa y afectiva. En conclusión, será la redefinición, la que tenga el poder de influenciar en el accionar del paciente y será ésta una estrategia del terapeuta.

La reestructuración implica alterar aquella lógica del sujeto, es decir, utilizar esta técnica para proponer posibles cambios y nuevos horizontes, y no, introducir de manera directa significados. Para esto, será necesario, saber el significado que tiene para el cliente

su problema; aquello que se prescriba como intervención, deberá alterar aquel ciclo repetitivo del problema; toda estrategia terapéutica deberá tener como finalidad arribar a objetivos mínimos. Es así cómo se logrará evitar la resistencia y lograr pequeños cambios; los terapeutas son sutilmente directivos y las prescripciones tendrán la característica de estar encubiertas (Nardone & Watzlawick, 1992).

Es importante destacar dos cuestiones a tener en cuenta para que la redefinición logre lo esperado por el terapeuta. Como primer punto, la redefinición deberá ser vista como algo cotidiano por el paciente, es decir, tendrá que ser afín a la realidad psicológica del mismo. Por otro lado, el poder del terapeuta será destinado a influir en los pensamientos, emociones y comportamientos de su cliente en relación a su consulta. Es decir, tiene poder únicamente en el sentido de alterar aquellas percepciones y comportamientos del paciente en relación a la problemática por la cual concurre a terapia (Hirsch & Rosarios 1987).

3.3.1.2- Soluciones intentadas fallidas

Los problemas con los que se asiste a terapia son producto de aquellas soluciones que se mantienen aun no habiendo sido efectivas formando circuitos de retroalimentación, que pueden romperse a través de una intervención de tipo estratégica (García Martínez, 2013). Estas soluciones intentadas por parte de las personas son las que sostienen una problemática obstaculizando el curso de un cambio y, generalmente, es otro integrante del sistema el que define un obstáculo como un problema (Camacho, 2006).

Es así, como las soluciones llevadas a cabo por los pacientes con el fin de solucionar estos problemas, provocan el mantenimiento de estos (Fisch et al., 1984). Muchas veces, se aplica la misma solución que logró solucionar algún problema similar al actual en el pasado y, si esta no funciona se insiste sobre la misma con más fuerza, como consecuencia se logra un proceso complejo de retroacciones en donde se mantiene el problema en vez de lograr el cambio (Nardone & Portelli, 2005). Es la perseverancia en responder hacia el problema de la misma manera, la que produce la manifestación patológica (Nardone & Watzlawick, 1992).

Estas soluciones que se repiten una y otra vez, y que forman los circuitos autopertuantes, son los que luego operan por sí solos, formando patrones de conducta (Ruiz Dávila, 2007). Estas formas de querer solucionar, frecuentemente, son reconocidas por los pacientes como no funcionales pero, se le es imposible llevar a cabo un accionar

diferente. De esta manera, no logra ganar confianza en que va a poder lograr un cambio. Desde este enfoque estratégico, se trabaja sobre estas soluciones intentadas llevadas a cabo reiteradas veces, ignorando las causas originales, para lograr modificar la situación problemática (Pérez Salmón & Rodríguez Sánchez, 2010).

Es necesario que el terapeuta logre evaluar cómo el cliente acciona ante el problema. Es importante aquí saber qué es lo que hace, más que lo que siente, y lograr arribar mediante ciertas preguntas a aquellas soluciones intentadas fallidas. Algunas de las preguntas que puede llegar a plantear el terapeuta son por ejemplo: ¿Qué haces para obtener aquello que te propones?; ¿lo que te dice esa persona, te ayuda? Al arribar aquellas soluciones intentadas fallidas con las que el cliente cree solucionar su problema, se evaluará, cuál es aquel patrón que se repite en ellas para poder elaborar una estrategia que esté destinada al cambio (Ruiz Dávila, 2007).

De esta manera, observando aquel factor que sostiene al problema e interviniendo en él se podrá intervenir con mayor éxito. También, es importante que se tenga en cuenta las interacciones sociales y el valor que se tenga de las mismas, ya que, muchas veces, las mismas influyen en las soluciones intentadas del cliente o se añaden a las mismas. Lo mencionado, es sumamente relevante ya que le permitirá al terapeuta saber si debe intervenir sobre las soluciones intentadas fallidas en conjunto con los sucesos interpersonales, de tal manera que se pueda alterar el sistema relacional, lo cual generará un cambio en el sistema en su conjunto. Es decir, se producirá un cambio en las soluciones intentadas fallidas como así también en los sucesos interpersonales (Nardone & Watzlawick, 1992).

3.3.2- Finalización del tratamiento

En última instancia, y al encontrarse sometidas las soluciones intentadas fallidas al cambio, será de gran relevancia que el paciente transmita al terapeuta su satisfacción con respecto a los cambios. En tal sentido, el cambio se manifiesta por parte del paciente, logrando lo opuesto de aquello que venía realizando mediante una alteración de la conducta problema o por el contrario, alterando la valoración que tiene de la misma. De este modo, se logrará que el paciente pueda percibir la situación, ya no como un problema significativo (Fisch et al., 1984). Es decir, se podría afirmar que el cambio guarda relación con una alteración en las percepciones de la realidad. Es así como logrando un cambio en la percepción, se dará lugar a un cambio en la reacción, modificando por efecto, el

comportamiento y la cognición del paciente (Castillo Sotelo, Brito Sánchez & Vargas Jiménez, 2018).

Como se ha mencionado anteriormente, otra de las diferencias de este enfoque con otros es que es el cliente quien determina si las mejoras durante el tratamiento son suficientes o no, a diferencia de los otros enfoques donde es el terapeuta quien una vez que se perciben esos avances, considera la eficacia de estos (García Martínez, 2013).

Por otro lado, en lo que respecta a la terapia breve, lo relevante es eliminar o reducir aquel malestar con el fin de que el paciente crea que ya no es necesario asistir a terapia, dando por finalizado el tratamiento. Pese a como se ha mencionado anteriormente que es el cliente quien determina la eficacia de su mejoría, también puede que sea el terapeuta quien sugiera el momento indicado para finalizar el tratamiento, siempre y cuando el paciente esté de acuerdo ya que es el profesional quien tendrá en cuenta la dolencia original, los objetivos y que estos hayan sido logrados (Fisch et al., 1984).

En la terapia breve centrada en la resolución de problemas, además, se suele efectuar un breve recorrido de cómo se fue desencadenando el tratamiento destacando todos aquellos logros y reconociéndoselos al paciente. A la vez, no se deja de advertir algún tema pendiente de resolver si fuese necesario. Por otro lado, se le advierte que en un periodo estimado de tres meses se lo contactará para saber cómo continúa (Weakland et al., 1974).

Cabe mencionar que, muchas veces, pese a que el cliente se encuentre a gusto con los cambios realizados, manifiesta una preocupación por la finalización del tratamiento y los reconocimientos de los logros obtenidos no le son suficientes. En estos casos, es muy probable que el paciente retome con el tratamiento buscando el motivo que le permita convencerse de que las cosas realmente se van nuevamente deteriorando (Fisch et al., 1984).

Como se ha expuesto anteriormente, en el caso de que se presente un paciente que no confía en sus progresos y que se encuentre preocupado por la finalización del tratamiento, se opta trabajar con el mismo mediante una estrategia de terminar el tratamiento, aún sin terminar. Es decir, se le propone al cliente, detener el tratamiento, pero se tendrá en cuenta cualquier resto de las sesiones en caso de que el paciente considere que tenga alguna dificultad. El objetivo de esto es lograr la tranquilidad del paciente y como consecuencia, de acuerdo a la experiencia, no suele volver al tratamiento. Es relevante, recordarle al paciente que los tratamientos desde este enfoque de terapia breve centrada en

la resolución de problemas tienen por finalidad encontrar una base sobre la cual ellos puedan lograr una solución; contrario a otros tratamientos que tienen como objetivo el hallazgo de una solución final (Weakland et al., 1974).

4- Metodología

4.1- Tipo de Estudio

Tipo de estudio descriptivo de tipo cualitativo. Estudio de caso.

4.2- Participantes

Los nombres de los participantes utilizados en el estudio de caso fueron ficticios, con el fin de no violar la confidencialidad correspondiente.

Lucia, 60 años, Licenciada en Psicología, directora y fundadora de la institución. Especializada en terapias breves sistémicas familiares y de pareja con más de 30 años de experiencia en terapias sistémicas breves. Entrenadora de terapeutas en la práctica de este modelo, organizadora y coordinadora de posgrados así como también de ciertos cursos tanto en Argentina como en el exterior.

Camila, 35 años, Licenciada en Psicología, forma parte del equipo institucional hace 4 años, allí es terapeuta tanto de manera online como presencial, también coordina pasantes en la institución y participa de manera activa en las sesiones terapéuticas.

Gabriela, 32 años, Licenciada en Psicología, trabaja en la institución hace un año, formando parte del Programa de Iniciación Profesional (PIP) que brinda esta institución, y fue la terapeuta de Paula, paciente.

Paula de 30 años, paciente, abogada, vive sola a partir del fallecimiento de su madre, padre y tío (quien vivía con ellos) y debido a que su hermano (8 años mayor que ella) convive con su pareja. Su consulta se debió porque sentía que especialmente a partir de la cuarentena su agenda se había congelado y desordenado aún más.

4.3- Instrumentos

La institución ha brindado una serie de instrumentos, que se especifican a continuación, con la finalidad de poder ahondar en el caso:

Video-grabaciones de Cámaras Gesell Online de un caso clínico: 16 (dieciséis) sesiones de terapia.

Anotaciones realizadas de las videograbaciones de Cámaras Gesell Online.

Entrevista semi-estructurada a la coordinadora de la institución. Se interrogó acerca de cómo se analizaron las percepciones, cómo se intervino en las conductas mantenedoras

del problema, cómo se ahondó en las soluciones intentadas fallidas, cómo se acompañó en la reestructuración de esas conductas y cómo se colaboró con la terapeuta en aquellas tareas que se le propusieron a la paciente en cada sesión.

Entrevista semi-estructurada a la directora de la institución. Se interrogó acerca de cómo realizó la entrevista de admisión, si obtuvo el motivo de consulta de manera inmediata o hubo que trabajarlo con la paciente y la terapeuta, si desde la primera entrevista se tenía definido el problema, cuál fue el rol que desempeñó durante las sesiones, cómo intervino, cómo siguió la evolución del tratamiento, si participó en las estrategias que aborda el terapeuta.

Entrevista semi-estructurada a la terapeuta de la paciente. Se interrogó sobre el motivo de consulta de la paciente, la co-construcción del problema, cómo trabajó acerca de las conductas mantenedoras del problema, qué tareas fueron más eficaces y aceptadas positivamente por la paciente, cómo trabajó sobre su sistema perceptivo-reactivo, qué tipos de intervenciones utilizó, cuál fue la más eficaz y cuál la menos, cómo fue el resultado del tratamiento y cuándo decidió finalizarlo, cuáles fueron los cambios más notorios y favorecedores de la paciente.

4.4- Procedimiento

Las videograbaciones, aportadas por la institución, de un caso clínico del año 2020 fueron realizadas a través de videoconferencia. Las sesiones, tuvieron una duración de 60 minutos, de los cuales los primeros 10 minutos fueron utilizados para exponer el caso, sus avances y su forma de abordaje de la sesión, otros 10 minutos al finalizar fueron destinados para debatir la sesión realizada, y en el tiempo intermedio se llevó a cabo la sesión propiamente dicha. Las cámaras tuvieron una duración total de 2 horas, una vez por semana durante 4 meses. A su vez, se tuvo una reunión al mes para la supervisión de la terapeuta.

Se realizaron anotaciones con respecto a las videograbaciones, para tomar más datos relevantes del caso con el objetivo de registrar aquellos avances por parte de la paciente así como también, el trabajo logrado por parte del equipo profesional.

Las entrevistas semi-estructuradas a la directora, terapeuta y coordinadora se realizaron de manera individual, a través de videoconferencias, con una duración de 30-45 minutos.

5. Desarrollo

5.1- Introducción: Presentación del caso

Paula actualmente es abogada, vive en una casa situada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires donde antiguamente vivía con sus padres, hermano y tío. Su madre falleció cuando ella tenía 15 años a causa de una enfermedad renal y, en el año 2018, fallecieron su padre a causa de diversas complicaciones producto de un accidente de tránsito y luego de 2 meses su tío paterno, quien padecía una enfermedad y con el fallecimiento de su hermano su malestar se incrementó aún más. Su hermano, mayor que ella, convive con su actual pareja y es también paciente de la institución y es quién le recomienda y aconseja comenzar terapia en la misma.

A partir del fallecimiento de su madre, el papá de Paula se había convertido en un gran amigo para ella, ya que, compartían mucho tiempo juntos. Ella ayudaba a su padre y tío, los llevaba al médico, y acompañaba en los quehaceres domésticos del día a día.

En la primera sesión llevada a cabo por Lucia, Paula manifiesta no haber logrado aún ejercer su profesión, por lo que, realiza dibujos de animé por encargo y mediante el cobro de estos logra enfrentar los gastos de su vida. Siempre fue una persona activa y, últimamente se ha sentido estancada, por lo que, necesita activar su rutina, sentir que está en equilibrio, ejecutar aquello que dice que quiere hacer. Es decir, tal como menciona la terapeuta, la paciente presenta problemas en el sistema perceptivo reactivo, por aquella percepción y reacción repetitiva frente a la realidad.

Como consecuencia de lo anteriormente dicho, se trabajó sobre el sistema perceptivo reactivo y las soluciones intentadas fallidas a través de una terapia estratégica focalizada y mediante un plan solidario que presenta esta institución, el cual permite a aquellas personas que lo necesiten y con otras posibilidades económicas asistir a terapia de manera más económica mediante Cámara Gesell. De esta manera, es como se fueron logrando aquellas alteraciones en su sistema perceptivo reactivo.

5.2- Describir el sistema perceptivo- reactivo de la paciente, la construcción del problema y las conductas mantenedoras del problema al inicio de una terapia estratégica focalizada de una paciente de 30 años.

El primer objetivo propone describir el sistema perceptivo reactivo, la construcción del problema y las conductas mantenedoras del problema al inicio de una terapia estratégica focalizada. Para llevar a cabo su análisis y desarrollo, se utilizó las videograbaciones de las Cámaras Gesell y aquellas entrevistas realizadas a la directora de la institución (Lucia), coordinadora (Camila) y a la terapeuta del caso (Gabriela).

Durante la observación de una de las sesiones llevada a cabo por Lucia, se pudo visualizar en la paciente una continua queja por su actual rutina de vida alterada a partir de la situación de pandemia. A su vez, se pudo advertir que Paula es una persona muy activa pero que no logra concluir con todas aquellas actividades que se propone realizar. Además, a través de las anotaciones realizadas, se pudo registrar su deseo por comenzar natación, solicitar turno con un cardiólogo para iniciar el gimnasio, juntarse con amigas dos o tres veces por semana, ordenarse con las comidas y volver a la nutricionista y, tener otro tipo de relación con su hermano. En tal sentido, tal como lo relata Lucia en la entrevista, se entiende a esta queja continua como: *“entiendo esta manera rígida que tiene de llevar adelante su vida, de percibir su realidad, quejándose continuamente queriendo hacer muchas cosas y no ejecutando ninguna, como una forma de desconectar con lo emocional alejándose de sentimientos penosos”*. Paula percibe y reacciona ante su realidad, de manera poco flexible, lo que permite construir un sistema de recepción y reacción de tipo patológico tal como lo plantean Nardone y Portelli (2005). Posteriormente, en la entrevista realizada a Gabriela, se le consulta en donde ella percibe una conducta disfuncional y logra explicarlo de la siguiente manera: *“en la cuarentena se le había exacerbado esta conducta de continua de queja y no hacer nada con ella, de decir de hacer muchas cosas y no hacer nada con ninguna, no logra ejecutar, se mantiene en ese círculo de decir y no hacer”*, es así cómo se logra identificar la disfuncionalidad como consecuencia de cómo percibe y reacciona ante la realidad (Watzlawick & Nardone, 2000). Además, en la misma entrevista, Gabriela destaca el modelo de interacción que Paula tiene con la realidad; el cual se basa en pensar en otras cosas en los momentos que se le presenta un problema, en lugar de afrontarlos. Lo mencionado le ha funcionado con anterioridad, en cambio en estos momentos, esas conductas estratégicas sólo le asienta aún más el problema, lo cual concuerda con lo expuesto por Nardone y Portelli (2005) en relación al funcionamiento de aquellos modelos inamovibles de interacción del sujeto y la realidad mantenidos por intentos por solucionar un problema de carácter disfuncional logrando un sistema de percepción y reacción de tipo patológico.

Según lo observado en las videograbaciones de la Cámara Gesell Online la paciente demuestra facilidad en narrar su propia historia, presentar datos biográficos y sus propias relaciones interpersonales permitiendo durante ese diálogo la construcción de significados evitando ser un simple intercambio de información, cuestión que concuerda con los aportes

de De La Fuente Blanco et al. (2019) en relación a la importancia del carácter subjetivo en cómo el paciente narra su propia historia, y es en ese momento de diálogo que se construyen significados evitando un simple intercambio de información. De igual manera, es pertinente destacar en base a la entrevista realizada a Camila, que no solo se ha observado esta conducta particular en Paula, sino, todo su accionar, gestos, posturas, tono, el contexto. A modo de ejemplo y en relación a lo expuesto, se observó cómo continuamente cruzaba y descruzaba los brazos, como entrelazaba sus dedos, como elevaba el tono de voz cuando contaba algo que le molestaba, como fruncía el ceño cada vez que la terapeuta le señalaba alguna conducta disfuncional, también se tuvo en cuenta el contexto el cual, siempre fue solitario. Es así como en todo momento Paula estuvo comunicando (Watzlawick et al., 1981), pese a aquellas limitaciones presentadas por ser una videograbación y no poder contemplar la totalidad de aquello perteneciente a lo corporal, gestos, etc.

A partir de lo anteriormente expuesto y de los datos recabados, Lucia comienza a indagar “¿por qué la terapia ahora?”. Durante la observación de una de las sesiones, Paula no logra admitir una única respuesta concreta sobre el por qué ha solicitado ayuda terapéutica, sino que cuenta que la situación de pandemia hizo que deje de hacer aquellas actividades que le hacían bien. A lo que continúa preguntando “¿y en lo que tiene que ver con la salud mental, por lo que venís acá?”, a lo que Paula logra responder que para ella esa es la principal, la que afecta toda su vida porque sabe que depende de cómo ella está mentalmente puede lograr o no hacer todo lo demás y ese fue el motivo por el cual decidió ocuparse, ya que es lo más importante para ella. También se pudo registrar que la paciente realizó anteriormente terapia y logró mejorar ciertas cosas, pero que luego de dejarla, pudo notarse un retroceso con aquello obtenido. Lo cual produjo una exacerbación en el malestar, a causa de la pandemia. Es así como al tener varias quejas Lucia vuelve a indagar ¿por qué venís acá? con el fin de considerar cuál de todas ellas es la más importante para lograr una construcción del problema lo cual se asocia con aquello planteado por Weakland et al. (1974). Ante esto, Paula manifiesta con sus propias palabras: “quiero volver a estar en equilibrio” como aquel desencadenante para volver a realizar una terapia.

Continuando con lo anteriormente expuesto, se destaca en una de las videograbaciones como Lucia continúa profundizando en el problema, situando a Paula un año atrás sin pandemia, preguntando qué pasaba en ese entonces, si las quejas existían y si

eran las mismas a las planteadas en la actualidad, lo cual permitió ordenar un poco sus quejas: el duelo del padre y tío, los sentimientos con ella misma, mejorar y volver a poseer aquellos logros previos a la pandemia y, dejar de sentir que está “*estancada*” y que su vida se encuentra bloqueada, tal como sostienen De La Fuente Blanco et al. (2019) en relación a aquel motivo por el cual la paciente se acerca a terapia, solicitando ayuda por un problema. Vale la pena destacar, que continúa con la queja al remitirse que antes hacía alguna de las cosas que dice que quiere hacer pero sintiendo que podía dar más de lo que estaba dando. En este contexto, y tal como lo plantean los autores Hirsch y Rosarios (1987) se evidenció en una videograbación la consideración por parte de la terapeuta de aquellos datos relevantes en la comunicación con la paciente, con el objetivo de moldear la visión que esta posee de su problemática teniendo en cuenta aquello importante para la paciente, es decir, lo destinado a trabajar entablando una co-construcción del problema.

Es así como Lucía comenta en la entrevista realizada como consideró aquello manifestado por Paula como motivo de su malestar para constituir el problema teniendo en cuenta que la conducta expresada, tiene como característica ser dañina para la paciente tal como plantean Fisch et al. (1984) en relación a aquella conducta anormal, desviada, inadecuada que produce malestar y mediante la cual se construye un problema. También se destaca como en una de las videograbaciones de las sesiones, Gabriela toma como relevante el contexto de Paula consultando por su red social, a lo que responde que tiene tres amigas con las cuales no suele juntarse mucho como antes y que con su hermano tiene una buena relación pero que necesita corregir muchas cosas ya que él es una persona que la cuestiona mucho. A partir de lo expuesto, se le ha consultado a Gabriela en una de las entrevistas por esto mismo considerando tal como plantean Fisch et al. (1974) que toda conducta problema se considera un fenómeno social como consecuencia de un mal funcionamiento del sistema. A modo de concluir con una co-construcción del problema, Gabriela profundiza aún más, preguntando *¿en qué crees que te podríamos ayudar?* a lo que Paula considera que serían de gran ayuda tanto para su organización rutinaria como así también para su orden con respecto a pensamientos, sentimientos y emociones.

En una videograbación de la Cámara Gesell, se presenta nuevamente aquel patrón de comportamiento al haber Paula manifestado el deseo de agregar como disciplina de entrenamiento crossfit y no únicamente natación y musculación. A su vez, se corrige rápidamente, al recordar esta conducta señalada por parte de Gabriela manifestando a modo

de chiste haber sumado algo nuevo sin haber comenzado alguno de los otros, con lo cual, logra en parte identificar el propio problema. Contemplando estas situaciones, se permite apreciar a partir de las entrevistas realizadas a Gabriela, Camila y Lucia como en conjunto logran orientar la investigación diagnóstica estratégica, con el fin de lograr una ruptura del círculo vicioso de aquellas acciones y retroacciones que sostienen la problemática tal como plantean Nardone y Watzlawick (1992).

En este mismo contexto, en una de las videograbaciones de las sesiones, Gabriela invita a Paula a pensar que sucede entre aquellos momentos en los que habla de la pérdida familiar y se conmueve y, aquellos momentos en los que de repente se la percibe “armada”, si será su manera de protegerse, considerando si aquello que hace no va en pos de aquello que siente. Es así, como intenta explicar que al mantener siempre la misma conducta no logrará hallar una solución sino que, la problemática se sostendrá tal como exponen Nardone y Portelli (2006) por una red de retroacciones perceptivas y reactivas entre ella y su realidad personal e interpersonal.

Para finalizar, a través de esta continua queja de querer hacer y no lograr llevarlo a cabo, se puede observar el sistema perceptivo-reactivo de la paciente, lo cual logra una construcción del problema efectiva al identificar aquellas conductas repetitivas que acentúan el problema, lo que da lugar a un circuito autoperpetuante que motivó el tratamiento por parte de la paciente.

5.3- Describir las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta focalizadas en la reestructuración del sistema perceptivo- reactivo y de las soluciones fallidas de la paciente durante la terapia estratégica focalizada.

El segundo objetivo pretende describir aquellas intervenciones utilizadas por la terapeuta orientadas a la reestructuración del sistema perceptivo-reactivo y de las soluciones fallidas de la paciente. Para llevar a cabo su análisis y desarrollo, se ha utilizado videograbaciones de las Cámaras Gesell y aquellas entrevistas realizadas a la directora de la institución (Lucia), coordinadora (Camila) y a la terapeuta del caso (Gabriela).

Durante la observación de la primera sesión llevada a cabo por Lucia, se evidencia (durante el debate con el equipo terapéutico) como Camila y Gabriela trabajan acerca de cuál es la manera más apropiada de intervención para abordar la problemática de Paula en particular, considerando un periodo de tiempo y lo propio y específico de este caso (García Martínez, 2013). A su vez, tal como plantea De Shazer (1986) en relación a la creatividad

de las soluciones y como se ha reportado de la entrevista realizada a Lucia donde la misma explica que, todas las intervenciones implican una creatividad y que ésta no sólo se llevó a cabo por parte del equipo terapéutico sino en conjunto con la paciente aunque, siempre se respeta una cierta forma de intervención acorde al modelo. Es decir, la forma de intervenir siempre será artesanal, se podrá tener una especie de boceto de aquello que se debe llevar a cabo, pero siempre se hará una adaptación dependiendo de cada caso.

A su vez, en la entrevista realizada a Gabriela, resalta que, desde el primer encuentro, Paula se ha demostrado con mucha confianza hacia ella manifestando todo lo que le estaba ocurriendo lo que permitió que Gabriela obtenga conocimiento de cuáles serían aquellas intervenciones más adecuadas y que permitan la participación de Paula tal como plantea García Martínez (2013) en cuanto a la importancia de la relación paciente-terapeuta ya que permitirá intervenciones más adecuadas.

En este mismo contexto, a través de las videograbaciones, se registró como Gabriela comienza a consultarle a Paula con el fin de negociar en conjunto un proyecto de trabajo, sobre aquello que le gustaría que sucediera en este tratamiento y, teniendo conocimiento de su intento previo de terapia, que cree ella que podrían retomar de aquel momento, en qué pensaba que la habían ayudado y en qué no (Beyebach, 2016) a lo que Paula manifiesta que le gustaría hacer todo aquello que dice que quiere hacer y, hallar una terapia más práctica en donde sienta un acompañamiento y una participación en cómo solucionar lo que le está sucediendo.

De esta manera, y una vez esclarecido los puntos anteriores, a partir de las siguientes intervenciones, se intenta alterar la percepción-acción para luego lograr una redefinición (García Martínez, 2013). Para ello, Lucia comenta en la entrevista que se le realizó que, en la primera sesión se ha intervenido de la siguiente: *“yo creo que tenés un discurso súper organizado como consecuencia de una necesidad tuya de afirmarte. Es una expresión de deseo y necesidad de que sean las cosas como las decís a lo que realmente estás haciendo. Yo creo que tu modo de hablar tan estructurado tiene que ver con no dejar pasar balas para mantenerte en tu fuerte”*. Es así como Lucia intervino con el fin de que Paula pueda ir cambiando sus convicciones incorporando una posibilidad diferente de aquello que le estaba sucediendo, que aún no lo había considerado, disolviendo el conflicto de manera natural, lo cual coincide con lo planteado por Nardone y Portelli (2005) en cuanto a la intervención *diálogo estratégico*; a su vez, está en concordancia con lo

planteado por García Martínez (2013) en lo que refiere a reencuadre o reformulación.

Por otro lado, mediante la observación de la videograbación, se evidenció como Gabriela interviene mediante un acto comunicativo (Nardone & Watzlawick, 1992) reconociendo aquello que Paula ha logrado previo a comenzar terapia, registrando su capacidad y recursos para enfrentar situaciones tan difíciles como la muerte de sus familiares y aun así obtener grandes logros como lo es un título universitario, por lo que, teniendo todos estos recursos, posibilidades y opciones se logrará una vida mejor siempre y cuando logre ejecutarlos. Esto, concuerda con los aportes de Cade y O'Hanlon (1995) en relación a la importancia de considerar aquellas capacidades del paciente. De esta manera, en esta intervención Gabriela reconoce aquellas capacidades de Paula a fin de que cooperen con la solución del problema. Por lo tanto, Paula reconociendo aquellas situaciones exitosas (excepciones) y sus propias virtudes, logrará obtener una percepción de su realidad que se oponga a la queja, lo cual ayudará a arribar a una solución (García Martínez, 2013).

En la entrevista realizada a Camila, cuando se le pregunta cómo colaboró con la terapeuta en relación a las intervenciones, destaca que muchas veces en el observar por fuera de la sesión surgen situaciones que quizás en el momento con la paciente pasan por alto, por ejemplo, señala cómo colabora con Gabriela en hallar un reencuadre ante un comentario por parte de Paula en una sesión. Paula ha dicho: *“el año pasado fue el peor año de mi vida”* lo cual podría considerarse como que ese año le ha servido para ver que se estaba encerrando en sí misma, perdiendo contacto con el resto, con su orden y cuidado personal; seguramente, haya servido para que ella pudiera contemplar todo lo que le estaba sucediendo es así como, Gabriela en base a lo trabajado en conjunto con Camila, logró brindarle a Paula una alternativa de esa realidad (García Martínez, 2013).

Tal como exponen Hirsch y Rosarios (1987) en cómo debe ser una redefinición, la misma deberá ser afín a la realidad psicológica de la paciente; de acuerdo con esto, en una de las videograbaciones, Gabriela le consulta a Paula como estaba durmiendo ya que se quejaba que estaba muy cansada a lo que Paula responde que venía durmiendo poco, y que ella creía que era porque se quedaba *“viciando”* con series, redes sociales, videos, etc., pero como no se podía dormir las continuaba utilizando porque al menos la entretenían y sabía que en algún momento la ayudarían a dormirse. Gabriela le consulta si podían acordar un tiempo límite diario generoso de uso de pantallas y que el mismo finalice a las 19:00 hrs, a lo que Paula responde entusiasmada que le gustaría intentarlo ya que necesitaba descansar

mejor. Gabriela explica esta intervención en la entrevista realizada, destacando que, es muy importante en el trabajo con Paula realizar intervenciones que permitan pequeños cambios, llegar a objetivos mínimos, era inviable quitarle del todo o por más tiempo las pantallas. Esto para evitar la resistencia y la frustración con la finalidad de que estos pequeños cambios alteren el ciclo repetitivo del problema, cuestión que concuerda también con los aportes de Nardone y Watzlawick (1992) en relación a cómo debe ser aquello que se prescriba como intervención.

En este mismo contexto, se registró como Gabriela analiza esta conducta de Paula ante el sueño, cómo hace uso de las pantallas con la finalidad de que la ayuden a dormir aun sabiendo que posiblemente son las que alteran aún más su sueño, es decir, logra Gabriela arribar a aquellas soluciones intentadas fallidas con las que cree solucionar el problema, tal como plantea Ruiz Dávila (2007) en cuanto a la importancia de que el terapeuta logre hallar la manera en cómo el cliente acciona ante el problema.

De las observaciones realizadas de la Cámara Gesell, se destaca una situación en la que Paula comienza a contarle a Gabriela, que estaba enojada con ella misma porque estaba demorando más de un mes en entregar un dibujo de animé por el que ya le habían pagado y, aun así, había aceptado dos trabajos más para entregar en dos semanas y se sentía muy enojada con ella porque sabía que se había equivocado en aceptarlos pero que no podía realizar algo diferente y que esto, le hacía pensar en cómo iba a organizar su vida si no podía ni siquiera organizar un trabajo con el que tiene un compromiso. Es aquí donde Gabriela interviene diciéndole a Paula que trabajarán sobre estas conductas a las cuales ellos llaman "*soluciones intentadas*" que se repiten y, que lograrán en conjunto modificar esta conducta (Pérez Salmón & Rodríguez Sánchez, 2010). A su vez, Gabriela le prescribe la realización de una tarea (García Martínez, 2013) en la que deberá en primera instancia finalizar para la sesión que viene el primer trabajo que ella había tomado, el que estaba demorando un mes y, que solamente se debía ocupar de finalizar ese trabajo. Le advierte que con esta misma manera iban a ir trabajando semana a semana.

En la observación de la cámara Gesell siguiente se destaca como Paula comienza la sesión con una postura diferente. Comienza a contarle a Gabriela que estaba contenta, que había podido finalizar el trabajo, que sentía que este espacio la estaba ayudando a sentirse y organizarse mejor, que sabía que aún le quedaba un largo camino por recorrer, pero que pudo realizar algo distinto. Gabriela utiliza este momento de sincericidio para proponer

como tarea que comience a registrar aquellos avances, aquellas conductas que ella note que son diferentes a las de antes y cuáles no quisiera cambiar de lo que está sucediendo en su actualidad; intervención que coincide con lo señalado por Caliri Picón y Traverso (2019) en relación a la intervención *tarea*. Gabriela continúa la sesión utilizando una analogía en donde le propone a Paula pensar que lo que le sucede es similar a “*nadar en la marea, ¿no? Hay veces que es más calmo y a veces hay que esforzarse para nadar y brucear un poco más. Y aquí estaremos para eso, para ayudar a nadar en esta marea*”, lo cual constituye una técnica de intervención de prescripción indirecta en las cuales se utiliza una analogía (Cade & O'Hanlon, 1995). Así también, lo mencionado tiene relación con lo expresado por García Martínez (2013) en cuanto al reencuadre o reformulación.

Durante la observación de una de las sesiones, Paula manifiesta que le gustaría hablar de la relación con su hermano. Comenta que, desde el fallecimiento de su papá, su hermano se comporta como un padre y no como un hermano, siempre le “*regaña*” todo lo que hace y que a ella le afecta todo lo que él dice hasta el punto de a veces hacer lo que él le dice que haga. De hecho, él fue quien la impulsó para que comience terapia nuevamente, porque le hizo ver que no estaba bien, y quien le dijo que tenía un problema, lo cual, coincide con lo planteado por Camacho (2006) en relación a que muchas veces, es otro integrante del sistema el que define un obstáculo como un problema. Ante esto, Gabriela le propone a Paula comenzar hacer pequeños planes en conjunto con su hermano, que puedan regalarse momentos de ocio como podría ser juntarse almorzar una vez por semana, con el fin de que no sean los únicos momentos de charla cuando algo sucede. A Paula le parece una buena idea, y afirma que es algo nuevo que puede llevar a cabo y que nunca había hecho porque pensaba que manteniendo la relación que venía teniendo con su hermano en algún momento iba a mejorar.

Continuando con lo anteriormente expuesto, Gabriela le pregunta, “*¿cómo te darías cuenta que la relación con tu hermano es mejor?, ¿qué tendría que pasar?*” a lo que Paula expone que se daría cuenta al tener libertad de contarle algo sin miedo a que la juzgue. Ante esto, se le consulta a Gabriela en la entrevista realizada por esta intervención y explica, que las preguntas realizadas tienen como objetivo ayudar a la paciente a pensar en una solución y no en el problema, proponiendo además, nuevas conductas a realizar en días que ella elija. Es así, como recuerda en la entrevista de admisión llevada a cabo por Lucia como utilizó esta misma intervención preguntando: “*suponte que la terapia empieza a*

funcionar... ¿cómo nos daríamos cuenta que es así?, ¿qué tiene que pasar?”, aquí, Paula manifiesta que se daría cuenta porque cambiaría un poco su rutina, a lo que Lucía pregunta: “*¿qué sería que cambiaría un poco tu rutina, en que dirías estoy mejor?*” Paula menciona que lo vería en sus horarios, en no estar tanto en la casa, se ocuparía más de la alimentación y que si logra cambiar su rutina dejaría de posponer cosas, dejaría de hablar y se ocuparía más en hacerlas. Ambas intervenciones, coinciden con lo propuesto por Cade y O'Hanlon (1995) en relación a la intervención llamada *pregunta milagro*.

Por medio de estas intervenciones focalizadas en reestructurar como la paciente percibe su realidad, es como se logra alterar aquella disfuncionalidad con la que reacciona ante la misma. También estas intervenciones ponen su foco en alterar aquellas soluciones intentadas fallidas las cuales sostienen el problema.

5.4- Analizar los cambios en el sistema perceptivo-reactivo de la paciente al finalizar el tratamiento en una terapia estratégica focalizada.

Para llevar a cabo este objetivo, en el cual se analizarán los cambios en el sistema perceptivo-reactivo de la paciente, se ha realizado un contraste de la primera videograbación, dos intermedias y la última del tratamiento, lo que permitió evidenciar el cambio. También, se han utilizado las entrevistas y anotaciones realizadas a las tres profesionales.

“Te quería contar que me siento feliz, el domingo me puse a pensar y a comparar como era mi vida desde aquel día que empecé acá y a como es hoy, y siento que cambié muchas cosas no solo en cuanto a tareas sino también en relación a pensamientos, emociones y sentimientos, antes me sentía muy “pesimista” y ya no tanto, puedo verlo en mi organización, y en cómo busco el lado bueno a las cosas”. Con estas palabras inició Paula la sesión, a lo que Gabriela no demoró en destacar todos aquellos logros realizados por ella, reconociéndolos y llevando a cabo un breve recorrido de cómo fue toda su terapia (Weakland et al., 1974) acción característica de la terapia breve centrada en la resolución de problemas.

En este mismo contexto se produce un análisis desde aquel momento en el cual se dio inicio al tratamiento en donde Paula llega con la queja de que estaba cansada en decir que quería hacer cosas y en no ejecutar nada, como consecuencia de esa queja y no hacer nada comenzaba a sentir culpa por ello formando un sistema de soluciones intentadas y persistencia del problema. Ahora, puede realizar una organización de aquellas cosas que

quiere hacer, ocuparse de su alimentación, hacer ejercicio y, sobre todo, está pudiendo mantener esa conducta. Es así, como se logró en conjunto con todo el equipo terapéutico alterar la percepción de Paula en cuanto a su realidad, lo cual permitió que se alterara también su conducta.

Si se realiza una mirada de la postura de Lucia durante la primera sesión y la postura de Gabriela en las siguientes, fue necesaria en todo momento una actitud activa y prescriptiva con la finalidad de que se logren aquellos cambios (Nardone & Watzlawick, 1992), esto se evidencia en aquellas estrategias y técnicas mencionadas anteriormente en donde Gabriela logró brindarle a Paula una percepción distinta de su realidad (Nardone & Portelli, 2005).

Aunando en esto, pensando al cambio como aquel proceso inevitable se destaca como la terapeuta logra acompañar a Paula en el transcurso de la terapia, brindando las herramientas necesarias para que la misma logre los mismos y permita arribar a una solución (García Martínez, 2013).

En la entrevista realizada a Gabriela, se evidencia como la misma manifiesta que desde el primer encuentro, Paula siempre ha sido una persona muy amable y dulce, el vínculo terapéutico siempre ha sido bueno y se ha afianzado rápidamente, lo cual, que se haya establecido de esa manera, y que se haya logrado una buena comunicación e interacción entre ambas fue sumamente necesario para dar lugar al cambio (Nardone & Watzlawick, 1992) ya que facilitó un diálogo fluido y una transmisión de información clave para establecer aquellos objetivos a cumplir.

Pese a que lograr esta alteración en el sistema perceptivo-reactivo de Paula no resultó ser nada fácil, ya que, tal como ella ha dicho es una persona muy activa y le costaba respetar espacios y tiempo, fue viable gracias a que Gabriela fue pautando metas pequeñas y claras, lo cual, al haber Paula percibido cambios reales permitió que se produjeran más cambios por ella misma tanto en esa misma esfera donde se inició ese cambio como en otras (Cade & O'Hanlon, 1995). Expresado en palabras de Paula: *“antes me enojaba mucho cuando no me funcionaba Internet, me hacía mucha mala sangre y esta vez decidí cambiar de compañía, pagar un poco más, pero tener mejor servicio y atención. Antes me apegaba o seguía renegando, me quejaba y no hacía nada para cambiarlo. Podría haber cambiado de telefonía antes y nunca lo hice, siempre me queje”*. En tal sentido, se destaca como la paciente logra transmitirle a Gabriela su satisfacción con respecto a los cambios, al ver

alteradas aquellas soluciones intentadas fallidas. Es así como logra manifestar que optó por realizar una conducta opuesta a lo que venía haciendo (Fisch et al., 1984).

En la entrevista realizada a Gabriela, señala cómo estos pasos cortos fueron indispensables para el éxito terapéutico con Paula, para aumentar la autoeficiencia en ella y lograr que se reafirme. En la videograbación de las sesiones correspondientes a la mitad del tratamiento, se evidencia lo anteriormente expuesto, en cómo la terapeuta continuamente se focaliza en alterar ese círculo vicioso que surgió de las soluciones intentadas y la persistencia del problema con el fin de reemplazar aquella percepción disfuncional y rígida por una funcional (Pérez Salmón & Rodríguez Sánchez, 2010). Este logro por parte de ambas, se refleja en la videograbación de la siguiente manera: *“el otro día pase por un lugar de crossfit y me gustaría probar en algún momento algo más elevado de entrenamiento, pero creo que aún no es el momento, apenas estoy sosteniendo después de tanto tiempo ir al gimnasio tres veces por semana”*, ante esto, Gabriela acompaña este pensamiento y comportamiento de Paula afirmándolo, recordándole que van por pasos cortos con la finalidad de realizar pocas actividades para *“evitar darte la cabeza contra la pared y tirar todo por la borda por no poder sostener todo”*..

Analizando el transcurso de las sesiones, no cabe duda en que Paula posee todas las herramientas y recursos para salir adelante y enfrentar cualquier tipo de situación, además, ha logrado desarrollar otros recursos y herramientas durante el proceso terapéutico que la han ayudado a concretar y ejecutar asuntos pendientes. Paula demostró, tal como lo expreso Lucia en las entrevistas *“que pudo ejecutar su agenda, hasta se compró un calendario para llevar un orden de sus tareas diarias, si falta una vez al gimnasio no lo deja por toda la semana como antes, falta una vez y queda ahí, tampoco se compromete más con mil trabajos de animé para realizar y entregar”*.

Continuando con lo anteriormente expuesto, una vez logrado los objetivos propuestos de trabajo y comparando las conductas de Paula, se comienza a pensar en espaciar las sesiones con la idea de continuar afianzando lo conseguido, y en dar un paso más sin dejar de advertir algún tema pendiente de resolver (Weakland et al., 1974) como podría ser mejorar su relación con el hermano. Gabriela manifiesta: *“con todo el equipo terapéutico acordamos en que durante este tiempo has logrado hacer todas los cambios que habíamos acordado, pudiste ir identificando las cosas que te molestaban y hacer algo con eso, fuiste buscando soluciones saliendo de la queja”* ante esto, Paula expresa que

estaba de acuerdo, que ella lo veía y que si bien algunas veces continuaba quejándose, se ponía en acción y ya no quedaba dando vueltas en el lamento.

En relación a lo anteriormente expuesto y ante lo analizado en todo el recorrido de este trabajo, se logra afirmar que se ha eliminado o reducido al máximo aquel original malestar de Paula (Fisch et al., 1984) por lo que en una de las videograbaciones se le propone finalmente comenzar a espaciar las sesiones cada 15 días, considerando por parte del equipo terapéutico la disolución de la dolencia original, y haber arribado a los objetivos planteados (Fisch et al., 1984). En concordancia con esto, cabe destacar como continúan trabajando con el “paso a paso” evitando suspender del todo y de manera repentina la terapia hasta lograr la finalización de la misma.

Paula comenzó terapia, sumamente afligida y bloqueada por la situación en la que se encontraba. Su vida era, tal como lo dijo Camila en la entrevista, *“un auto sin batería, no iba ni para atrás ni para adelante”*, se encontraba en una posición súper fuerte, con una estructura rígida, en donde solo reaccionaba de manera redundante percibiendo y reaccionando ante su realidad a través de conductas fallidas en donde en vez de solucionar un problema lo alimentaba aún más. Es así, como en el transcurso de todo el tratamiento, por medio de aquellas intervenciones creativas mencionadas anteriormente, se procedió de acuerdo a lo propuesto por Roger Ballescá (2021) en relación a lo que debería de suceder para permitir el cambio, a romper aquella coherencia interna que sostenían los sistemas cognitivos y/o sociales. Es decir, se logró demostrar otra manera de percepción y reacción ante la realidad, sin que Paula halle una comprensión del cambio sino que lo entienda mediante él, es decir, vivenciando el mismo. Así fue, como en la última sesión, manifestó *“nunca imaginé que haciendo pequeñas cosas iba a poder hacer todo lo que quería hacer, estaba caminando en sentido contrario, desde la cima de la montaña hacia atrás en vez de ir desde atrás hacia la cima. Me hacía una pelota de cosas que quedaban en el aire”*.

6- Conclusiones.

El objetivo general del presente trabajo final integrador fue analizar la reestructuración orientada al cambio del sistema perceptivo-reactivo y de las soluciones intentadas fallidas en una paciente en una terapia estratégica focalizada. Para esto, fue necesario enlazar la teoría con la práctica. Si bien el objetivo se analizó desde el modelo de terapia estratégica focalizada, fue relevante el aporte de diferentes autores sistémicos para su posible conformación. A su vez, este análisis pudo ser llevado a cabo gracias a las

videgrabaciones de las Cámaras Gesell correspondientes a las sesiones de la paciente en cuestión y los aportes de las tres profesionales que llevaron a cabo el caso.

En cuanto al primer objetivo, se pudieron describir el sistema perceptivo-reactivo de la paciente, la construcción del problema y las conductas mantenedoras del problema. En relación a lo mencionado, se ha podido observar como la interacción entre lo que observa de la realidad, las herramientas de las que se sirve y el lenguaje utilizado por Paula para comunicarse con esa realidad, dio fruto a como la paciente percibía la realidad y cómo se relacionaba con la misma (Watzlawick & Nardone, 2000). Fue así como el constructo perceptivo-reactivo permitió caracterizar el problema (Nardone & Portelli, 2005). También, se observó la importancia del rol activo por parte de la terapeuta ya que a partir de los datos relevantes de la comunicación con la paciente y de sus conductas, se pudo comenzar a moldear la visión que Paula tenía de su problema, aceptando una redefinición del mismo y llevando a cabo una co-construcción del problema (Hirsch & Rosarios, 1987). Por último, se pudo evidenciar aquellas conductas que Paula repetía una y otra vez y que únicamente daba lugar a circuitos autoperpetuantes (Ruiz Dávila, 2007). Fue así como resultó ser imprescindible establecer de manera concreta el problema y aquel sistema interactivo disfuncional que mantenía al mismo (Nardone & Watzlawick, 1992).

Luego, como segundo objetivo, se logró describir aquellas intervenciones utilizadas para alterar aquel sistema perceptivo-reactivo y las soluciones intentadas fallidas. Fue así, como durante el tratamiento se evidenció el hallazgo de aquellas intervenciones pertinentes al caso que permitieron alterar el sistema interactivo disfuncional que mantenía esa problemática (Nardone & Watzlawick, 1992) en conjunto con aquellas soluciones intentadas fallidas. Esto fue posible gracias a que la terapeuta logró definir en dónde se manifestaba el problema, y de esta manera decidió alterar aquel sistema perceptivo-reactivo responsable de mantener el mismo (Wainstein, 2006).

Por último, se llevó a cabo un análisis de aquellos cambios obtenidos en el sistema perceptivo-reactivo de la paciente. Se logró evidenciar en cada una de las videgrabaciones aquellos pequeños cambios por parte de Paula que le permitieron arribar a grandes diferencias en cuanto a su conducta pasada y a la actual lograda (De Shazer, 1986). Es así, como al finalizar el tratamiento la paciente logró observar aquellos cambios en conductas actuales reales, manifestando en las videgrabaciones, que pocas veces sintió que estaba realizando un gran esfuerzo por cambiar. De tal manera, fue como se fueron evidenciando

de manera ordenada y secuencial aquellos cambios en relación a como Paula percibía y reaccionaba ante su realidad, logrando correrse del lado de la queja, ejecutando aquellos pensamientos de manera ordenada evitando que sean solamente palabras de cosas por hacer.

En cuanto a las limitaciones, el presente trabajo se ha realizado en un contexto social dificultoso para toda la población mundial en relación a la existencia del COVID- 19. Con lo cual, en primer lugar, se halló como limitación la imposibilidad de asistir físicamente a la institución. Esto hubiese sido muy enriquecedor para observar de manera íntegra el contexto en cómo se podrían haber llevado a cabo las sesiones, en especial, como la terapeuta interviene presencialmente, se hubiese podido también percibir la totalidad de aquello perteneciente a lo corporal, gestual, postural, etc. de la paciente tal como aquellos posibles movimientos con sus piernas y pies. En segundo lugar, por el mismo motivo, se manifiesta como limitación la imposibilidad de entablar una relación personal con las participantes señaladas para este trabajo considerando que sin una pantalla de por medio, las conversaciones suelen ser más fluidas y de esta manera, se hubiese recabado más información sobre el caso como por ejemplo, la implicación del hermano de Paula (paciente de la institución) en su comienzo de terapia. En tercer y último lugar, se ha hallado una limitación en relación al material bibliográfico, ya que, si bien el sistema perceptivo reactivo en psicoterapia breve estratégica alude al circuito perpetuante, al ser mencionado desde el modelo de Nardone, se vio limitado el hallazgo de contenido bibliográfico actual (de los últimos cinco años) con la misma terminología que en ese entonces. Sin embargo, el conjunto de las videograbaciones de la terapia y el acceso a las terapeutas del caso, han brindado la información necesaria y pertinente para la elaboración de este trabajo y para evidenciar el cumplimiento de los objetivos mediante este proceso terapéutico.

En cuanto a la perspectiva crítica, en primer lugar se alude al objetivo central de esta terapia, el cual es enfocarse en el actual desorden del paciente (Fisch et al., 1984). En función de esto, como pasante, surge el interrogante sí, además de centrarse en el problema actual, hubiese sido pertinente profundizar en aquellas dolencias por la pérdida de sus familiares, ya que, tal como lo había manifestado la terapeuta y descrito en los apartados anteriores, su conducta implicaba desviar el foco de atención de aquellas pérdidas y evitar conectarse con aquellas emociones que le surgían por la misma. Además, si bien se ha logrado una reestructuración del sistema perceptivo-reactivo de Paula logrando eliminar el

problema, surge el interrogante, sobre qué sucedería, si la paciente comienza a profundizar, en la pérdida familiar y en su soledad producto de la misma. Es decir, el tratamiento finaliza con la reestructuración del sistema perceptivo-reactivo, pero, no se evidencia ninguna intervención puntual en cuanto a los duelos. Por último, desde esta perspectiva crítica y luego de este análisis surge la pregunta de si hubiese sido más fructífero durante la terapia llevar a cabo como intervención por parte de la terapeuta interrupciones durante el relato de Paula con la finalidad de ahondar en lo que realmente era importante en relación a la queja, evitando detalles insignificantes y sobre todo, para que sea la terapeuta quien guíe el caso. Es decir, se observaron las intervenciones al finalizar cada sesión cuando quizás hubiese sido más productivo ir interrumpiendo e interviniendo de acuerdo a los objetivos planteados.

En cuanto al aporte personal, se sugiere la posibilidad de consultar con el terapeuta anterior para conocer qué herramientas o técnicas funcionaron con la paciente y cuáles no, para poder utilizar y avanzar sobre un camino más seguro y firme dentro de su sistema perceptivo-reactivo. También, resulta como propuesta la presencia del hermano de Paula en alguna de las sesiones con el fin de que la terapeuta logre evidenciar el grado de participación que éste tenía en la problemática de la paciente, observando las formas de relacionarse entre ellos. Asimismo, algunos de los interrogantes planteados ante este caso, podrían ser por un lado, si hubiese sido beneficioso obtener la información con el terapeuta anterior para verificar si la manera en que se elaboraron las intervenciones estratégicas con el fin de reestructurar el sistema perceptivo-reactivo de Paula fueron pertinentes o si hubiesen sido mejores otras y por otro lado, si hubiese sido fructífero una sesión de psicoeducación para Paula y su hermano en donde ambos se vean sometidos a un aprendizaje en cómo relacionarse y fortalecerse como familia luego de pasar por situaciones de tales índoles.

En cuanto a nuevas líneas de investigación, teniendo en cuenta que la reestructuración del sistema perceptivo-reactivo es el punto de interés de este trabajo, surge la posibilidad de ampliar el campo de investigación con dos finalidades. La primera, en relación a sí las formas de percibir y accionar ante la realidad como las de Paula suelen ser un patrón de conducta que predomina en personas que llevan con sí grandes duelos. De esta manera, podría este trabajo ser tenido en cuenta por terapeutas a modo de prevenir un sistema perceptivo-reactivo patológico en pacientes con estas dolencias y lograr que estos

continúen con su vida de manera funcional. La segunda finalidad, surge con el objetivo de que se logre evidenciar si este modelo estratégico breve por sí solo es eficaz para alterar un sistema perceptivo-reactivo disfuncional o si es más benéfico abordarlo de manera multidisciplinaria, es decir, teniendo en cuenta otros modelos teóricos.

7- Referencias

- Beyebach, M. (2016). *Terapia sistémica breve como práctica integradora*. En F.García & M.R, Ceberio (Eds.), *Manual práctico de terapia sistémica breve* (pp.29-67). Santiago, Chile: Mediterráneo.
- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Cade, B., & O'Hanlon, W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona- Buenos Aires- México: Paidós Ediciones.
- Caliri Picón, M.C., & Traverso, G. (2019). *Intervenciones sistémicas en el tratamiento de disfunciones sexuales*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia, Buenos Aires, Argentina.
- Camacho, J. (2006). *El humor en la práctica de la psicoterapia de orientación sistémica (tesis de Doctorado inédita)*. Universidad de Buenos Aires
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (1992). *Como equivocarse menos en terapia*. Buenos Aires: Gabas Editorial y Asociados.
- Castillo Sotelo, M., Brito Sánchez, A. I., & Vargas Jiménez, R. (2018). Enfoque Breve Estratégico: un camino simple y efectivo para solucionar problemas complejos. *Revista De Psicoterapia*, 29 (110), 257-271. doi: 10.33898/rdp.v29i110.181
- De la Fuente Blanco, I., Alonso, Y., & Vique, R. (2019). Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un modelo teórico relacional. *Revista de Psicoterapia*, 30 (113), 259-273. doi: 10.33898/rdp.v30i113.277
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona- Buenos Aires- México: Paidós Ediciones.
- Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Fernández, A. M. (2014). *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S.A.
- Fernández Cid, H. (2020). *Aproximación histórica a los enfoques de la teoría sistémica y la ciencia cognitiva*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica

- Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia, Buenos Aires, Argentina.
- García Martínez, F. E. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: Bibliodiversidad.
- Hirsch, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nardone, G. (1995). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., & Portelli, C. (2005). *Conocer a través del cambio. La evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Pérez Salmon, C., & Rodríguez Sánchez, P. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone. Terapia Breve Estratégica: una realidad inventada que produce efectos concretos. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Clínica Contemporánea*, 1(1), 61-66. doi: 10.5093/cc2010v1n1a8.
- Roger Ballescá, R. (2021). Uso de elementos de terapia breve estratégica en encuadres psicodinámicos. *Temas de Psicoanálisis*, 21(3), 4-7.
- Ruiz Dávila, M. (2007). *Intervenciones estratégicas individuales del modelo clínico sistémico* (tesis de Maestría). Recuperado de la Facultad de Filosofía Universidad del Azuay (<http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1062/1/06248.pdf>).
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Bavelas J., & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona- Buenos Aires- México: Paidós Ediciones.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. (1974). Terapia breve: centrada en la resolución de problemas. *FamilyProcess*, 13, 141-168.