

Universidad de Palermo – Facultad de Ciencias Sociales –
Departamento de Psicología

Trabajo Final Integrador

Abordaje terapéutico de un caso de crisis en el ciclo vital de un
adulto joven a partir del modelo Estratégico de Resolución de
Problemas.

Alumna: Lucrecia Barbagelata

Tutor: Lic. Valeria Wittner

Índice

1.	Introducción.....	4
2	Objetivos.....	6
2.1	Objetivo General.....	6
2.2	Objetivos Específicos.....	6
3	Marco Teórico	7
3.1	Modelo Sistémico y Gregory Bateson	7
3.2	Modelo Estratégico de Resolución de Problemas.....	9
3.2.1	Características del modelo.....	10
3.2.2	Conceptos fundamentales	10
3.2.2.1	La cuestión del Cambio.....	10
3.2.2.2	La Realidad en Psicoterapia	12
3.2.3	Proceso terapéutico.....	13
3.2.3.1	Construcción del motivo de consulta	14
3.3	Teoría Psicosocial del ciclo vital.....	16
3.3.1	Cambios normativos y no normativos. Crisis.....	16
3.4	Intervenciones para el cambio.....	19
3.4.1	Concepto.....	19
3.4.2	Intervenciones instrumentadas por el modelo	20
3.5	Otras técnicas	22
3.5.1	Concepto de Técnicas Activas.....	23
3.5.2	Antecedentes.....	24
3.5.3	Conceptos fundamentales	26
3.5.4	Efectos de la Dramatización	27
3.5.5	Descripción de las técnicas básicas más utilizadas	28
3.5.6	Condiciones de aplicación.....	31
3.6	Espacio de supervisión	32
4	Método.....	35
4.1	Tipo de estudio	35
4.2	Participantes	35
4.3	Instrumentos	36

4.4	Procedimiento.....	36
5	Desarrollo	37
5.1	Describir el proceso de co-construcción del motivo de consulta y sintomatología expresada por el paciente	37
5.2	Analizar las intervenciones aplicadas en el caso según el modelo de terapia estratégica de resolución de problemas.....	41
5.3	Describir como la supervisión realizada por el terapeuta colaboró con la posibilidad de cambio en el paciente.....	48
5.4	Proponer la utilización de técnicas activas en este caso.....	51
6	Conclusión	55
7	Referencias	59

1. Introducción

El siguiente Trabajo Final Integrador se realizó a partir de la Práctica de Habilitación Profesional efectuada en el Centro Privado de Psicoterapias (CPP).

El CPP es una organización que brinda programas gerenciados de Salud Mental y ofrece atención a las personas que necesitan ayuda para resolver sus problemas. Con una visión integral de la persona busca incluir al núcleo familiar y social en el cuidado de la salud a partir del modelo de terapia focalizada en la resolución de problemas.

La propuesta de la institución para los pasantes fue la de un intercambio proporcionado entre lo que esta le ofrecía y el pasante le daba a cambio. La institución brindó al pasante la posibilidad de poder observar la dinámica de distintas Cámaras Gesell, permitiéndoles participar en el intercambio de ideas y opiniones que tenían los terapeutas en relación a todos los cuestionamientos y dudas que allí se presentaban. Con sus diferentes formatos (familia, pareja, individual, de admisión, de psiquiatría, con casos más o menos difíciles, agudos o crónicos), en cada una las cámaras se pudo observar cómo trabajaba sinérgicamente un equipo de profesionales (sean solo psicólogos o psiquiatras o equipos combinados) a partir de un caso y objetivo común. Otra de las actividades brindadas por el CPP fue la participación de los espacios de supervisión con la posibilidad de presenciar y participar de la interacción de diferentes terapeutas que sumaban fundamentadas miradas sobre un mismo caso. Cursos internos para terapeutas y ateneos de formación en el modelo sistémico, fueron otras de las actividades de las que se pudo participar.

Ese intercambio entre institución y pasante resultó completamente provechosa para el pasante ya que las tareas que les fueron asignadas en su mayoría estuvieron relacionadas, directa o indirectamente, con la temática que le interesaba. A saber: digitalización, desgrabación y subtulado de sesiones, desgrabación de cursos virtuales o de entrevistas a diferentes teóricos o terapeutas reconocidos, completar historias clínicas en la base de datos a partir de la visualización de los casos grabados, identificar intervenciones, re significaciones, tareas, soluciones intentadas, etc., e indicarlas; y hacer seguimientos a pacientes que hayan terminado la terapia preguntándoles acerca de la calidad percibida del mismo y de la institución. Todas las

tareas y actividades se desarrollaron durante las 280 horas indicadas por la Práctica y Habilitación Profesional.

El tema elegido para el TFI surgió de la presentación de un caso en el espacio de supervisión. Trata de un hombre de 30 años con una crisis personal y familiar, con muchas dificultades para resolver una situación conflictiva de pareja, con una intensa indecisión respecto a si seguir o no con esa relación y con un estado de profunda frustración y descuido personal.

2 Objetivos

2.1 Objetivo General

- Analizar el abordaje terapéutico en un caso de crisis familiar y personal de un hombre adulto a partir del modelo del Mental Research Institute (MRI).

2.2 Objetivos Específicos

- Describir el proceso de co-construcción del motivo de consulta y sintomatología expresada por el paciente.
- Analizar las intervenciones aplicadas en el caso según el modelo de terapia estratégica de resolución de problemas.
- Describir como la supervisión realizada por el terapeuta colaboró con la posibilidad de cambio en el paciente.
- Proponer la utilización de técnicas activas en este caso.

3 Marco Teórico

3.1 Modelo Sistémico y Gregory Bateson

Fue durante la década del 40, en la ciudad de New York, en una serie de conferencias que reunió a un grupo de destacados científicos representantes de las más variadas disciplinas (antropología, matemática, fisiología, filosofía, neurología, psiquiatría) que se gestaron nuevas ideas que influenciarían fuertemente el devenir de muchas disciplinas científicas, especialmente la psicoterapia. Centrados en investigar la posibilidad de alcanzar una ciencia del control, pensadores como Bateson, Mead, Erickson, Wiener, Lewin, Foerster entre otros, hicieron de esos encuentros intercambios transdisciplinarios históricos sobre cuestiones concernientes a la hipnosis, mecanismos teleológicos y cibernética (Cazabat, 2007).

Dentro de ese grupo de destacados investigadores, Bateson fue uno de los que hizo un aporte invaluable para las ciencias humanas (Wainstein, 1997). Fiel a su espíritu transdisciplinario y como experto en comunicación que era, en 1948 publica, junto con Ruesch, el libro *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*, como resultado de su primer contacto con esa disciplina (Cazabat, 2007).

En 1952, con el apoyo de la Fundación Rockefeller, y motivado por la preocupación en encontrar los fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación funda el Proyecto Bateson. Junto con Weakland, Haley y Fry, y más tarde Erickson, se ponen a estudiar los efectos de las paradojas en la comunicación. Al trabajo lo realizan mediante la observación del comportamiento de pacientes esquizofrénicos internados en un hospital de veteranos de guerra, haciendo foco en las formas de relacionarse de los pacientes con el entorno institucional psiquiátrico y familiar y en las variaciones que producía esto en sus conductas (Wainstein, 1997).

KreuzSmolinski y Pereira Tercero (2009) dirán el nuevo paradigma tiene a los sistemas humanos como objeto de estudio e intervención, y relega el individuo a la condición de miembro de este sistema. El foco principal se pone en las comunicaciones e interrelaciones que mantiene con su entorno.

Tomaron para ello, teorías, conceptualizaciones claves y lenguaje de otras disciplinas, así como de la cibernética, de la teoría general de los sistemas, de la teoría de la información y de la comunicación humana (Kreuz Smolinski & Pereira Tercero, 2009).

Respecto de la cibernética, disciplina creada por Wiener en 1948, cuyo supuesto era que las funciones de control, intercambio y procesamiento de información siguen los mismos principios independientemente de que se apliquen a máquinas, organismos o estructuras sociales, fue Bateson en particular, quien se dio cuenta de su importancia para comprender e influir las relaciones humanas complejas (Simon, Sherlin & Wynne, 1984).

Algunos conceptos se desarrollarán a continuación y otros se irán desarrollando a lo largo del presente trabajo.

Simon et al. (1984) definen a los *sistemas* como un conjunto ordenado de elementos que interactúan entre sí en un todo unificado, con un objetivo determinado. Los autores indican como propiedades de los mismos la *circularidad* entendida como la relación de progresión de las causas de tal manera que la causa inicial también se ve afectada por la progresión misma.

La *retroalimentación*, otra propiedad vinculada con la anterior, es la capacidad que tienen los elementos para autorregular su conducta en función de la interacción; la *totalidad* refiere a la relación estructurante y organizada que tienen entre sí los elementos que lo componen constituyendo una totalidad generadora de nuevas propiedades distintas a la de cada una de los elementos; la *homeostasis* refiere al estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante la autorregulación.

Así fue como Bateson y equipo, en su interés de desarrollar una línea teórica dirigida al estudio de la comunicación sistémica, inaugura un nuevo modo de entendimiento de las prácticas clínicas que sería de una importancia decisiva en la evolución de la psicoterapia sistémica (Wainstein, 1997). En su derrotero, el proceso de búsqueda fue arrojando una enorme cantidad de publicaciones. Uno de los artículos más destacados y difundidos fue “Hacia una Teoría de la Esquizofrenia” en el que se formula el concepto del *doble vínculo* como pauta de comunicación que se encuentra en la génesis de la esquizofrenia (Cazabat, 2007).

Corriendo el año 1959 varios de los miembros del proyecto Bateson, Jackson junto con Weakland y Riskin, fundan el *Mental Research Institute* (MRI) con intención de dar continuidad al trabajo de investigación del Grupo de Bateson (Kreuz & Pereira, 2009). Su objetivo era fundamentar una nueva visión de la psicoterapia desde la perspectiva interaccional (Cazabat,

2007). Posteriormente se unirán otros profesionales de gran prestigio dentro de la terapia familiar, como Satir, Haley, Fisch, Bodin, Ferreira, Fry, Sluzkiy especialmente Watzlawick que junto a Jackson gestaron uno de los desarrollos pioneros, cruciales y fundantes con el texto *La teoría de la comunicación humana* (Hirsch & Rosarios, 1987; Kreuz & Pereira, 2009).

Dentro de la perspectiva sistémica de psicoterapia Wainstein (2006) distingue tres modelos: modelo estratégico, modelo estructural y modelo narrativista o también llamado constructivista.

3.2 Modelo Estratégico de Resolución de Problemas

En la década del 60' Haley desarrolla su modelo estratégico de resolución de problemas y Fish propone a Jackson la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Esa propuesta dió origen al *Brief Therapy Center* (Centro de Terapia Breve) al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Bodin (Cazabat, 2007).

Según Haley (1996) una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Si bien la acción está determinada por ambos la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Es este quien deberá identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para poder alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque, haciendo todo lo posible por permanecer sensible al paciente y a su medio social. En la terapia estratégica el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.

Lo que se conoce hoy mundialmente con el nombre Modelo de Palo Alto fue desarrollado por este grupo de hombres que buscaban un modelo breve, simple, efectivo, y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio. Con un límite de 10 sesiones fijadas arbitrariamente y la atención de todos los consultantes en cámara Gesell fue el modo que implementaron para promover activamente un cambio en ellos. Los trabajos más importantes del grupo surgieron a partir de la discusión de los casos clínicos (Cazabat, 2007).

Según Casabianca y Hirsch (1992) el modelo de Palo Alto comparte con otros modelos sistémicos, premisas tales como que la conducta de todo individuo es función de la conducta de otros individuos con los que mantiene relaciones, si el comportamiento de alguno de ellos se

altera, también cambiará el del primero; los individuos que mantienen relaciones más o menos estables pueden ser vistos como miembros de un sistema, que estos miembros significan sus conductas, y que estas conductas en un sistema se organizan en torno a dos ejes: interdependencia y jerarquía. Por último, que todo sistema puede ser visto desde la óptica del inter-juego de dos tendencias opuestas; a favor del cambio y a favor de la estabilidad.

3.2.1 Características del modelo

Las características del modelo del MRI se ven expresadas en función de en dónde ponen la mirada. El proceso de interacción es su foco de análisis, el circuito que mantiene el problema es su objeto de cambio; redefiniciones, sugerencias y prescripciones son el tipo de intervenciones dirigidas a los miembros del sistema que estén más motivados y con capacidad para influir. Bajo la consigna el mínimo esfuerzo para el máximo cambio se podría definir este modelo como el más íntimamente ligado al concepto de terapia breve (Casabianca&Hirsch, 1992).

3.2.2 Conceptos fundamentales

3.2.2.1 La cuestión del Cambio

Desde el modelo del MRI lo que se intenta modificar es la secuencia de conductas que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema. El foco estará puesto en intervenir sobre un circuito específico, el que se considera que contribuye a mantener el problema (Hisch&Casabianca, 1992).

Cuando se habla de la historia de un sistema, se habla de un periodo de tiempo en el que se sucedieron cambios en las relaciones y comportamientos de los elementos (estructura o configuración) que lo componen. La historia podrá expresar cierto modo de relación de sus elementos, como impactan las perturbaciones que pueden venir del medio, modo de manejarlas y de qué modo cambian las relaciones internas y de las relaciones con el medio para lograr mantener su estructura (Wainstein, 1997).

Como se decía en los antecedentes del modelo, una propiedad del enfoque sistémico es la cibernética, aquella disciplina creada por Wiener para referirse a los sistemas que se auto regulan. Su retroalimentación se basa en que todos los elementos de un sistema deben comunicarse entre sí para desarrollar relaciones coherentes permitiendo desplegar la capacidad de auto regularse y auto dirigirse (Borelli & Pinto, 2006).

Según Watzlawick (como se cita en Borelli & Pinto, 2006) esa retroalimentación será negativa cuando un sistema que está en equilibrio se desequilibra por algo, pero tiene la capacidad de volver al estado anterior, conocido, estable, corrigiendo cualquier desviación que se haya producido; o será positiva cuando produciéndose un desequilibrio el sistema aumenta ese desequilibrio, amplifica la desviación y sigue creciendo con más cambio.

En el primer caso, llamado también homeostasis, se produce un cambio de primer orden, que no produce ninguna alteración de la estructura; y en el segundo, llamado morfogénesis, se produce un cambio de segundo orden que sí produce alteración de su estructura, de los elementos y/o de las leyes que los rigen, y que les da mayor adaptabilidad. Estos cambios no alteran la coherencia interna del sistema ni de su identidad, pero sí desequilibrios que generan cambios (Wainstein, 1997). La capacidad de aprender está más relacionada con este cambio.

La historia del sistema podrá expresar cuál de estos cambios le son más representativos. Ejemplo de lo dicho sería una familia muy rígida que se vería mayormente representada en los cambios de primer orden. La homeostasis está ligada cuando se intenta retener rígidamente los mecanismos de equilibrio; en estas familias un miembro desarrolla un síntoma y mientras exista la familia no cambia, y mientras no cambia el síntoma persiste. Así es como el síntoma mantiene estable el sistema familiar (Borelli & Pinto, 2006).

Generalmente los individuos que consultan por el cambio son los motivados para hacerlo porque son los que sufren el malestar en el sistema y viven en una realidad que no les es satisfactoria con lo cual son ellos los que tienen la capacidad de influir en ese cambio (Hirsch & Casabianca, 1992). Así mismo la posibilidad de cambio de la conducta problema es propuesta por el o los individuos que se vean perturbados por la misma, y no por la totalidad del sistema, puesto que el equilibrio que la situación lograba, ha dejado de ser satisfactorio.

Los cambios que el terapeuta quiere facilitar con las intervenciones pueden estar referidos a las creencias del consultante, las conductas, las formas de organización de sus interacciones y a los relatos a través de los cuales describe el mundo (Wainstein 2006).

No se podrá predecir qué harán las personas o si su situación cambiará, esto dependerá en gran medida del insight que sean capaces de lograr, de su propia flexibilidad y capacidad de adaptación, de la motivación que tengan para lograrlo, y de su disposición para asumir su responsabilidad en los hechos (Philip Rice, 1997). Y también, el cambio dependerá, retomando el concepto de circularidad, del devenir de la interacción entre terapeuta, consultante y cierto número de otros elementos, en cómo actúen y reaccionen unos sobre otros de maneras impredecibles cambiando continuamente la naturaleza del campo en que residen estos, convirtiéndose la circularidad en un elemento inextricable de lo que se está tratando de cambiar (Kreuz Smolinski & Pereira Tercero, 2009).

3.2.2.2 La Realidad en Psicoterapia

El constructivismo ha tenido una enorme influencia en los modelos de terapia interaccionista, como la del MRI o la Terapia Estratégica de Haley. Para esta corriente la realidad en la que se vive es una construcción. La experiencia es vista como causa y el mundo como consecuencia ya que para la construcción de este se utilizan los procesos cognitivos individuales y el modo transaccional de experimentar el mundo (Wainstein, 2012).

Uno de sus aportes para la psicología fue el de incluir dentro del sistema significativo al terapeuta en su calidad de observador, con sus propias teorías y prejuicios. El terapeuta deja de ser un evaluador objetivo para ser parte del sistema observado, influir y ser influenciado (Boscolo & Bertrando, 1993). Será él quien trace las distinciones y defina los límites de la realidad observada, convirtiéndose en copartícipe en la construcción del sistema que lo incluye (Wainstein, 2012).

Así es como, dirán Boscolo y Bertrando (1993), se podrá entender de otro modo la manera con las cuales los patrones de ideas y significados contribuyen a la creación consensual de la imagen clínica observada.

La construcción de la realidad es una manera de organizar una a una las experiencias individuales, a partir de operaciones internas y externas que hace la persona en su determinación por conocer. Esto definirá su experiencia psicológica, su propia representación del mundo y la

representación de sí mismo. Esa experiencia es el resultado de la relación de la actividad biológica y la actividad social del propio sujeto (Fernández Álvarez, 2004).

Según Wainstein (2006) la realidad clínica empieza a construirse a partir de ese mapadel mundo con el que se acerca el sujeto a la consulta, ese andamiaje de creencias en el que ya trae cartografiado o inscripto lo que percibe y que constituye su realidad. Estimar esto le permitirá al paciente usar sus propios pensamientos, comprensión, emociones y valores, para poder encarar el proceso de cambio, y al terapeuta le permitirá centrarse en crear una realidad funcional, a partir de la comprensión de la importancia que ciertos supuestos sobre el problema tienen sobre las personas que lo sufren (Wainstein, 2012).

En ese proceso se produce un amalgamiento de los mundos o grillas del consultante y del terapeuta para poder co-construir una tercera realidad común, necesaria y facilitadora del cambio, que permita también la co-construcción del problema, de la meta y de las soluciones (Wainstein, 2006).

Para este autor (2012) así como la realidad es construida por los sujetos en la interacción, en la connotación y significación de los eventos, la realidad clínica se construye en la interacción entre consultante y terapeuta, en un espacio de privacidad y confianza que facilite el dialogo terapéutico, un juego conversacional con reglas de comunicación propias: palabras, gestos, tonos, rituales, que permitan ir construyendo significados a partir de los significados que ya trae el consultante sobre una persona, una situación u objeto y que irán delineando su mundo.

La labor terapéutica consistirá en lograr un andamiaje de aprendizaje de nuevos conocimientos y comportamientos, crear significados que puedan cambiar las creencias del consultante, generar algo distinto, posible y adecuado a su idiosincrasia que desencadenen conductas alternativas y desconocidas, distintas a las que generan sufrimiento, y que puedan ocupar el lugar del síntoma (Wainstein, 2012).

3.2.3 Proceso terapéutico

El modelo del MRI considera a las personas potencialmente capaces de sobrellevar y solucionar las dificultades que pueden aparecer en distintas etapas de la vida, pero a veces los intentos dirigidos a eso en vez de resolverlas, las intensifican y cristalizan convirtiéndolas en un

problema. Cuando esa dificultad convertida en problema se empieza a trabajar en el dispositivo terapéutico es importante sostener las consideraciones del párrafo anterior y orientar al consultante a recorrer el camino que consideren mejor dentro de los que tienen disponibles, pero incentivando a que él mismo decida hacia dónde quiere ir y cuánto está dispuesto a hacer para lograrlo (Kopec&Ravinovich, 2007).

Como condición para que este proceso empiece a correr dentro del sistema terapéutico, es decir en la interacción del sistema consultante con el sistema terapeuta, es necesaria una congruencia en tres niveles distintos de esa interacción: en la definición del problema, en la meta mínima sobre un límite de tiempo y en el convencimiento de poder introducir cambios instrumentando nuevos caminos y soluciones. Todo esto para poder llegar al objetivo común: el alivio de la situación problema (Casabianca&Hirsh, 1992).

3.2.3.1 Construcción del motivo de consulta

Según Casabianca y Hirsch (1992) quien se acerca a la terapia trae consigo una *queja inicial*: una molestia, la percepción de que algo tiene que cambiar y cierta manifestación de lo que está dispuesto a hacer y recibir para lograrlo. Es a partir de ella que terapeuta y consultante partirán para co-construir el motivo de consulta primero, luego la meta y otras posibles soluciones. En este camino el terapeuta deberá utilizar toda su capacidad para, respetando el orden de jerarquía expresado por el consultante, sus expectativas, sus ideas preconcebidas respecto a lo que le pasa y por dónde empezar, ir incluyendo las modificaciones que la organización tolere a fin de contextualizar y focalizar la queja hasta convertirla en el motivo de consulta o problema. Una vez acordado o delineado conjuntamente el problema, convenir la meta mínima es el paso siguiente. Cuál será exactamente respecto del problema, qué tiempo acuerdan para su realización y valoración y posteriormente la co-construcción de nuevas soluciones.

Kopec (1987) considera que la construcción del motivo de consulta tiene que apuntar a la definición del problema en términos de conductas observables, ya que facilita su comprensión y permite una mejor evaluación de los resultados obtenidos, posibilitando un mayor entendimiento de los circuitos de interacción que definen o mantienen el problema. La autora asegura que uno de los puntos neurálgicos para tal definición es identificar la forma en que las personas o sus

otros significativos han intentado resolver el problema *soluciones intentadas*. Esto permitirá realizar un diagnóstico de circuito e identificar si alguna de esas soluciones intentadas perpetúan el sistema o si en algún momento algún intento tuvo un resultado positivo.

En los enfoques estratégicos, los síntomas que presenta un miembro de una familia se consideran una forma más de comunicación; y surgen por la tendencia cada vez más rígida a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas e infructuosas (Kreuz& Pereira, 2009).

Para Wainstein (2006) el problema podría estar expresado en una forma fallida de relacionar medios y fines o en una disfunción de partes estructurales que afecta al funcionamiento de un todo, o en un modo insatisfactorio de organizar la realidad cognitivamente. Sea cual fuese la forma de expresarse es un andamiaje interactivo construido por elementos cognitivos, comportamentales y contextuales que se autoafirman, y que de-construirlo para construir una alternativa posible, es un proceso que requerirá de un aprendizaje para el consultante que le permita una nueva interpretación de los hechos con el consiguiente cambio en las acciones derivadas de esa nueva interpretación. La resolución de un problema deriva de poder reemplazar un procedimiento ya constituido y fallido por otro en proceso de constitución y con probabilidad de éxito.

Casabianca y Hirsch (1992) exponen tres vías posibles para que el consultante pueda desbloquear y desplegar potenciales soluciones, incentivar y persuadir a que realice conductas diferentes, aumentar la dificultad de resolución, a fin de que el mismo sistema intente otras soluciones o una tercera posibilidad es cambiar la percepción del problema por parte de los integrantes del sistema.

Desde el modelo de Palo Alto, se parte de tomar a la conducta-problema contextuada, es decir dentro de un sistema. El intento de solución de la misma de manera fallida, termina por perpetuarla en el tiempo (Hirsch&Casabianca, 1992).

Haley (1980) por ejemplo, define al problema como un tipo de conducta que integra un conjunto de actos realizados entre varias personas y que ha quedado cristalizada en una secuencia reiterada de comportamientos que al auto-perpetuarse se cristaliza. La terapia, dirá el autor, se centrará en una situación social más que en la persona.

Según lo afirma Wainstein (2006) para llegar a la co-construcción del motivo de consulta, es decir a la identificación del problema sobre el que hay que intervenir, se debe hacer previamente un diagnóstico situacional, esto quiere decir un diagnóstico del problema en su

contexto. Muchos terapeutas hacen una recogida de datos sociodemográficos y estructurales iniciales para formular las primeras hipótesis de diagnóstico sobre lo que ocurre en la persona o familia y su entorno vital (Kreuz & Pereira, 2009).

De esta manera se podrá identificar si se trata por ejemplo de un trastorno psiquiátrico o de algún problema del ciclo vital. Tal diagnóstico, como objetivo de la primera entrevista, permite al terapeuta organizar una estrategia de trabajo, para a partir de esta determinar las intervenciones y así poder alcanzar los objetivos acordados en forma conjunta (Wainstein, 2006).

Existen facilitadores teóricos que permiten la organización del material clínico y que ayudan a reducir la complejidad y alcanzar la estrategia adecuada. Wainstein (2006) los llama organizadores del material clínico, y son: el genograma, el CV, si hay o no trastorno psiquiátrico, estilo interaccional del paciente, su idiosincrasia, circuito autoperpetuante, estructura y relatos.

3.3 Teoría Psicosocial del ciclo vital

3.3.1 Cambios normativos y no normativos. Crisis

Los terapeutas sistémicos y estratégicos recurren al CV como uno de sus instrumentos de evaluación, ya que puede expresar expectativas de desarrollo, ser guía para reconocer puntos críticos, aprender el lenguaje y valores del sistema consultante y permite explorar las diferencias en las relaciones a lo largo del tiempo, anteriores y posteriores a hechos nodales significativos en su historia, y con respecto a posibles sucesos futuros (Falicov, 1991).

El CV según Falicov (1991) es un ciclo de etapas esperables en el desarrollo evolutivo de las familias o de los individuos, siempre entrecruzado con la expectativa social, y al parecer bastantes universales pese a las variaciones culturales y sub culturales. Está compuesto de hechos nodales ligados al devenir de los sucesos de los miembros de la familia (nacimiento, crianza de los hijos, partida del hogar retiro y muerte), que producen cambios *normativos*, según la autora, a los que relaciona con un reloj biológico compartido por gran parte de la raza humana presentándose como una expectativa social similar. Por ejemplo: entrada a la pubertad, menopausia, ingreso a la escuela primaria, retiro laboral.

Dirá, el CV es un *reloj psicológico* en el que convergen el reloj biológico y el reloj social, que serían los que en definitiva configurarían los problemas de las personas. Concluyendo que no se sufre de modo aislado, sino que se sufre sobre cosas relacionadas con el contexto social. Lo normativo actúa como una guía o ideal cultural que valorado o no, ejerce influencia sobre el modo que las personas perciben su vida y sobre su conducta.

Según los autores Lalived'Epinay, Bickel, Cavalli y Spini (como se cita en Lombardo&Krzemien, 2008) la sociedad construye y propone un modelo a las personas, una especie de organizador del desarrollo de sus vidas: sistemas de normas, comportamientos esperables, roles según la edad, y las instituciones sociales también responden a ese sistema organizando el trayecto de la vida.

Según el modelo multicausal interactivo contextual de Baltes, tres sistemas interactúan y regulan la naturaleza del desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital influyendo en el desarrollo individual, (como se cita en Martí Sala, 1991), dos de ellos *normativos*. El primero relacionado con determinantes biológicos y ambientales que muestran una alta correlación con la edad, y que por lo general se presentan en todos los miembros de una cultura. Por ejemplo: nido vacío- escolarización. El segundo relacionado con la historia, con acontecimientos y normas completamente generales experimentadas por una unidad cultural en conexión con el cambio biosocial. Por ejemplo: depresiones económicas, guerras, epidemias, cambios políticos importantes. Y el tercer sistema de influencias *no normativo* refiere a determinantes biológicos y ambientales que son significativos en su efecto sobre historias vitales individuales pero no generales. Por ejemplo: acontecimientos de salud de una persona, cambios de trabajo, muerte de un familiar cercano o divorcio. Coincide con esta diferenciación Falicov (1991) y los llama cambios *no normativos*.

Gimeno (1999) sostiene que cada persona tiene necesidades específicas, dependiendo en parte de la etapa de desarrollo en que se enmarca y en parte de su propia idiosincrasia, y que estas necesidades guardan relación con las expectativas respecto del rol propio y de los otros y con las demandas sociales asociadas a cada etapa evolutiva. La realidad actual de una persona pueden ir mas o menos acorde con la propia filosofía de vida, con la propia autopercepción personal y con la escala de valores defendida. Si estas necesidades y expectativas no se ven cubiertas o plasmadas en la realidad pueden verse expresadas como síntomas o malestar.

El concepto CV fue desarrollado también por Haley (1980) en relación a la vida familiar, y lo dividió en seis etapas (galanteo, matrimonio, nacimiento de hijos, destete de los padres, retiro de la vida activa y vejez), a las cuales les atribuye retos emocionales, relacionales y crisis potenciales. Hay puntos de transición entre las etapas consideradas crisis potenciales que pueden derivar en un estancamiento del desarrollo, o por el contrario, dar paso a un nuevo movimiento. Los grandes cambios que se dan durante el desarrollo pueden conducir a incrementar el estrés y, de ahí, a una mayor facilidad de aparición de síntomas. Estos síntomas son considerados como una señal de que se están experimentando dificultades para superar una etapa de su ciclo vital y pasar a otra (Haley, 1980; Falicov, 1991).

Muchos psicólogos evolutivos que estudian el individuo, como Golan (1981) y Levinson (1978), han dedicado muchos trabajos al concepto de la transición como pasaje, es decir como un periodo de inestabilidad en el que se experimenta con nuevas pautas de conducta. Consideran que tanto el período de construcción y de mantenimiento de una etapa es tan estresante como el periodo de desmantelamiento (como se citan en Falicov, 1991).

Según lo expresa Falicov (1991) lo que se necesita para una adaptación sana y poder hacer frente a los desafíos del CV o a algún otro desafío propio del desarrollo, es lograr mantener una sensación de continuidad, identidad y estabilidad mientras evolucionan las nuevas pautas de conducta.

Erikson (1985) hace un extenso desarrollo teórico sobre las diferentes etapas que atraviesa una persona a lo largo de su vida. Fortaleció el entendimiento del yo como una fuerza intensa vital y positiva para solucionar las crisis que surgen del contexto genético, cultural e histórico de cada individuo. Integró la dimensión social y el desarrollo psicosocial. Exploró el impacto de la cultura, de la sociedad y de la historia en el desarrollo de la personalidad (Bordignon, 2005). Llamó a su teoría psicosocial porque sostenía que en cada etapa del desarrollo de las personas deben cumplirse tareas psicosociales. Las motivaciones y necesidades psicosociales se convierten en fuerzas que impulsan el desarrollo y la conducta humana (Philip Rice, 1997). Distinguió ocho etapas o estadios y a cada una le atribuyó una crisis social y emocional, que entendía como crisis vitales normativas producto del juego entre los desafíos y tareas propias de cada etapa (Erikson, 1985).

Según Bordignon (2005) para cada estadio atribuyó una característica central básica y una crisis básica psicosocial dialéctica. La fuerza de cada una de ellas se contrapondrá dialécticamente de forma que la resolución de cada crisis haga emerger una fuerza básica o cualidad.

- ✓ Estadío 1: confianza versus desconfianza – esperanza. Niño: de 0 a 12-18 meses.
- ✓ Estadío 2: autonomía versus vergüenza y duda – autonomía. Infancia: de 2 a 3 años.
- ✓ Estadío 3: iniciativa versus culpa y miedo – propósito. Edad Preescolar: de 3 a 5 años.
- ✓ Estadío 4: industria versus inferioridad – competencia. Edad escolar: de 5-6 a 11-13 años.
- ✓ Estadío 5: identidad versus confusión de roles – fidelidad y fe. Adolescencia: de 12 a 20 años.
- ✓ Estadío 6: intimidad versus aislamiento – amor. Joven adulto: de 20 a 30 años.
- ✓ Estadío 7: generatividad versus estancamiento – cuidado y celo. Adulto: de 30 a 50 años.
- ✓ Estadío 8: integridad versus desesperanza – sabiduría. Vejez: después de los 50 años.

La crisis según la entendía Erikson comprende el paso de un estadio a otro, como un proceso progresivo de cambio o de estancamiento de las estructuras operacionales. La resolución positiva de la crisis trae consigo una fuerza específica para aquella fase, la no resolución genera cierto defecto o fragilidad específica, que será parte constitutiva, al igual que la positiva, del estadio siguiente (Bordignon, 2005; Philip Rice 1997).

3.4 Intervenciones para el cambio

3.4.1 Concepto

Una vez construido el sistema terapéutico, el modo de empezar a generar los cambios convenidos previamente con el consultante, dentro del modelo correspondiente, es a través de las intervenciones, que son aquellas conductas del terapeuta directamente planificadas para lograr

esos cambios sobre el circuito mantenedor del problema, sobre la estructura o sobre el significado (Casabianca & Hirsch, 1992).

Wainstein (2006) aborda con un interrogante la acción de intervenir en psicoterapia preguntando o preguntándose cómo es que las palabras y los gestos de una persona pueden afectar y orientar las creencias y las conducta de otras. Desde la perspectiva que adopta, en la que identifica comunicación y conducta, expone que cualquiera sea la conducta (motora, cognitiva o psicofisiológica) esta debería ser entendida como un acto de influencia sobre uno o sobre los demás.

Para el autor y según el modelo sistémico, siempre se comunica, y cada vez q se comunica dentro del sistema consultante hay una intervención. Entenderá entonces como intervenciones a las prácticas comunicacionales que, a partir de una estrategia deliberada de selección de ciertos datos y de influir en cierta dirección, faciliten la generación de cambios en el consultante, y la creación de una realidad particular de muchas posibles (Wainstein, 2006).

Ahora bien, una de las premisas básicas que plantea Erickson (como se cita en Cruz Fernández, 2009) para que las intervenciones encuentren un terreno dispuesto y fértil en el consultante, es que el terapeuta indague en su mapa interno para adecuar sus intervenciones, y así expandir o alterar compatiblemente el mapa del cliente. Para esto también es necesario que el terapeuta aprenda y emplee su lenguaje, su patrón idiosincrásico, el que Wainstein (2006) entiende como la interacción entre la influencia y el estilo personal.

3.4.2 Intervenciones instrumentadas por el modelo

Según Casabianca y Hirsch (1992) las intervenciones instrumentadas por el modelo de Palo Alto son las redefiniciones, sugerencias y prescripciones. Las redefiniciones intentan desanclar conductas fallidas en relación a la situación definida por el consultante como problema, estimulando si es necesario, las nuevas alternativas de solución a través de prescripciones directas o paradójales, sea reestructurando el síntoma, prescribiéndolo o redefiniéndolo; para este último caso se puede implementar una connotación positiva o lógica. Las sugerencias, son otra forma de intervención, a través de las cuales el terapeuta propone o da una idea respecto a alguna cuestión de interés del consultante.

Las intervenciones estratégicas que presenta Wainstein (2006), cuyo nombre da cuenta del objetivo que pretenden: adecuar los medios a los fines a partir de los objetivos acordados para la solución de los problemas presentados, esperan generar un cambio en la perspectiva preferencial del consultante, interrumpiendo el circuito formado por las soluciones intentadas por él e inaugurando la posibilidad de modificar el encuadre que este tiene de su problema.

La reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad o provocar un cambio en las conductas derivadas, va a ser el objetivo de estas intervenciones; para lo cual se contará con prescripciones directivas que se valdrán del uso del lenguaje para solicitar alguna tarea a realizar en su vida cotidiana con la finalidad que el efecto de la intervención trascienda al dispositivo y pueda llevarlo a la práctica en alguna experiencia de afrontamiento. El modelado es otra forma de impartir directivas, para que el consultante escuche o vea como pretende el terapeuta que él se comporte (Wainstein, 2006).

A continuación se indican ejemplos de tareas o técnicas que el autor propone según en lo que se pretenda intervenir. Si es sobre el patrón que define la ocurrencia del problema, se puede llegar a él con *anécdotas, relatos, lenguaje metafórico o analogías* para comprender de un modo diferente o iluminar o amplificar algo que se quiere transmitir. Esto minimiza resistencia. Si son intervenciones orientadas hacia las soluciones podrían ser: la *Técnica del milagro* que ayuda al consultante en concentrarse en solución potencial y no en el problema. *Ubicación en una escala* que evalúa grado de motivación y posibilidad de cambio percibido por él. *Uso de la ambigüedad* que genera al paciente la necesidad de utilizar recursos propios para la resolución del problema. *Técnica de la bola de cristal* a través de la cual se proyecta al consultante en un futuro que es exitoso. Otras tareas clásicas: *Escribir leer y quemar, Pelea estructurada, Haga usted algo diferente.*

Beyebach y Herrero de Vega (2010) entienden las tareas terapéuticas como propuestas que hacen los terapeutas a sus consultantes para el tiempo entre sesiones, y que independientemente del tipo y finalidad, promuevan a que el consultante cambie fuera de la sesión en el sentido deseado. Algunas tareas serán más cognitivas o conductuales, con más o menos contenido emocional, directas, indirectas o paradójicas, dirigidas a promover soluciones o bloquear secuencias problemas, prefijar la actuación del consultante o dejarle amplio margen de acción.

Las *intervenciones paradójicas*, son las que buscan un objetivo no expresado directamente, y que ejercen una influencia indirecta. La intención es que el consultante se resista a hacer aquello que es solicitado explícitamente por el terapeuta. Estas intervenciones le generan un dilema y el cambio puede producirse por oposición. La más conocida es la que prescribe el síntoma: el terapeuta promueve que se continúe con una conducta que mantiene el problema o hasta lo empeora (Wainstein, 2006).

Las *reformulaciones* son intervenciones que pretenden reenmarcar o modificar la visión desarrollada hasta el momento por el consultante, ya que pensar las situaciones desde un solo punto de vista, limita su posibilidad de acción y de ver distintas alternativas. El cambio llega como resultado de un proceso de construcción de significados alternativos congruentes con el estilo del consultante (Wainstein, 2006)

Una reformulación muy eficaz a la hora de facilitar el terreno para que aumente la probabilidad de que el consultante acepte una nueva perspectiva propuesta por el terapeuta es la reformulación panorámica (Cazabat&Urretavizcaya, 2007). Si bien su objetivo no difiere de cualquier otra reformulación ya que debe ir de acuerdo con el modo de pensar y considerar la realidad por parte del sujeto (puntos de vista, expectativas, motivos), todo lo que arma la trama conceptual de su vida, (Watzlawick, Weeakland&Fisch, 1976) ella otorgara al consultante un marco conceptual en el que su propia historia cobra un sentido distinto. A partir de la enumeración correlativa de los hechos presentados por el consultante y seleccionado por el terapeuta, este reconstruirá la historia del paciente de tal modo que esta nueva construcción, que debe ser verosímil para él, proporcione una armazón de sentido sobre la cual se sustente la reformulación final (Hirsch&Berezosky, 1987).

Wainstein (2006) incluye como otro tipo de intervención la que se utiliza con *procedimientos dramáticos*; y las describe como facilitadoras en la exploración de actitudes propias frente a otro, facilitadoras del cambio de las mismas y un instrumento de entrenamiento para la espontaneidad y creatividad.

3.5 Otras técnicas

Podría decirse que toda terapia exitosa lleva a la modificación de los puntos de vista del consultante respecto a las razones de su malestar, la naturaleza del mismo o los modos de resolverlo, y que esto ocurre cuando el paciente cambia porque acepta una o más redefiniciones con sus correspondientes acciones (Hirsch & Rosarios 1987); pero puede ocurrir que este cambio no se produzca por las vías anteriormente mencionadas, y que el terapeuta pueda recurrir a otro tipo de técnicas, diferentes y potencialmente eficaces que van en esa misma sintonía, pero que habilitan otra vía para llegar al consultante y que apelan a otro modo de participación de su parte, estas son las llamadas *técnicas activas o psicodramáticas*.

Según Espina Barrio (2001) para la integración de alguna técnica es básico considerar siempre los objetivos que se quieren alcanzar con la psicoterapia. Luego del por qué y para qué se podrá sumar lo que se considere más apropiado para ese fin. No se trata de hacer un collage de técnicas, sino de incorporar algo nuevo cuando el logro es insuficiente con el procedimiento habitual. Claro está que habrá que evaluar después su eficacia en función de cuánto dure el cambio en el tiempo.

Existe un cuerpo creciente de estudios empíricos sobre resultados positivos de modelos integrativos en psicoterapia, entre los que se incluyen: integración de psicofarmacología con psicoterapia e integración de diversas modalidades y formatos de tratamiento (Díaz Oropeza & Ismael, 2012).

3.5.1 Concepto de Técnicas Activas

Según Baenza y Pfefferman (1994) estas técnicas son instrumentos que puede utilizar un terapeuta para generar situaciones de cambio: conductas o ideas nuevas, en el aquí y ahora que facilita el escenario, y que a través de una escenificación (puesta en acto de una situación conflictiva para que tenga un impacto diferente), dramatización o juego, se puedan registrar, comprender o desarmar las historias oficiales, los límites, las dificultades, las conductas disfuncionales, los circuitos interactivos que se repiten, promoviendo en el espacio del “como si”, el juego, la fantasía, la prueba, el animarse a nuevas alternativas, a nuevas experiencias y aprendizajes.

En cuanto técnicas psicodramáticas, se trata de técnicas activas que inciden en la dinámica del sistema escena facilitando o promoviendo su cambio estructural. Estas técnicas son una modalidad específica de intervención, así como lo son las técnicas verbales o tareas intercesión, y dependerá de la orientación terapéutica con la cual trabaje el profesional y su formación para poder utilizarlas (Kreuz& Pereira, 2009).

3.5.2 Antecedentes

La primera sesión oficial de psicodrama se celebró en el teatro Impromptu de Viena bajo la dirección de Moreno, un día de abril de 1921, en un espacio de investigación de nuevos modos de expresión teatral, existencial y social (Schutzenberger, 1970).

Moreno, un joven médico rumano, amigo de muchos personajes intelectuales de Viena tales como Adler, Buber, Lehar, Wasserman, fue el creador del psicodrama como vía terapéutica. Tuvo la intuición de las enormes posibilidades que se abrían a partir de la puesta en acto del drama, y comienza con un recorrido de investigación que a lo largo de los años irán cristalizando los enunciados del psicodrama, psicoterapia de grupo y sociodrama (Barberá& Población, 1997). En su derrotero transdisciplinario se nutrió de conocimientos provenientes de la filosofía, sociología y teatro, además de medicina y psiquiatría.

El psicodrama como vía terapéutica fue la primera terapia por la acción. (Etimológicamente drama quiere decir acción). Fue la primera terapia que puso a la acción a la misma altura de la palabra, sino antes. Postergada por la terapia durante muchos años, fue revalidada por Moreno y subrayada por una frase muy conocida “en principio fue la acción”. Este autor defiende su postulado diciendo que esa es la realidad ontogenética del hombre. La acción aparece como principio y fin de toda actividad mental humana y está organizada sintácticamente como lenguaje (Barberá& Población, 1997).

Así es como Moreno promueve la inclusión de la acción en el marco terapéutico, como base del juego existencial por el que el hombre se recrea y cambia al entorno como vía terapéutica. Propugna también como cimiento de la acción la contemplación de la comunicación total que incluye lo digital y lo analógico (Barberá& Población, 1997).

Moreno veía al hombre en su dimensión relacional y no individual e intrapsíquico, sino como parte de los grupos a los que pertenece. Sin olvidar lo intrapsíquico inauguró la era de la psicología relacional, la visión de los individuos y de los grupos como universos o sistemas pertenecientes a otros mayores, hasta incluir la sociedad toda. Así es como presentaba su *teoría biopsicosocial*: la persona humana es el resultado de fuerzas hereditarias, fuerzas espontáneas, fuerzas sociales y fuerzas ambientales (Barberá & Población, 1997).

Su pensamiento tiene como base una filosofía existencial de corte humanístico, ya que reconoce en el hombre la capacidad de crear y recrearse a sí mismo desde su *espontaneidad*. Creerá fervientemente que la creación fundamental del hombre es su propia vida, la relación a través del encuentro con los otros, en el camino que va del Yo al Tu y al Nosotros (Barberá & Población, 1997).

Moreno sostenía que la actuación es un estado interior intermedio entre la fantasía y la realidad. La modalidad es ficticia pero la experiencia es muy real. La modalidad ficticia permite hacer cosas que aún se encuentran fuera de nuestro alcance en la vida real, pero que una vez que las hemos vivenciado, aun en ficción, estas nuevas experiencias pueden formar parte del repertorio de nuestra vida (Barberá & Población, 1997).

Los trabajos de Moreno tuvieron una extraordinaria difusión, no solo en Estados Unidos sino en todo el mundo por los continuos viajes que realizó mostrando sus teorías. A sus talleres tuvieron acceso autores como Perls, Lewin, la escuela de Tavistock en Alemania. Autores como Minuchin, Satir, Omnis, Slutzky lo citan y han adoptado muchos de sus puntos de vista (Poblacion Knappe, 1997)

Su pensamiento y nuevas conceptualizaciones fueron tomados por pensadores de diferentes ramas de estudio. A partir de la instrumentación de la acción en el campo de la psicoterapia y el rescate de su condición de resistencia, han surgido muchísimas técnicas fundadas en ella y una gran corriente de experimentación. Sus estudios sobre la comunicación no verbal en las que se destacan las investigaciones de Bateson sobre el lenguaje analógico y digital. El *role playing* también empezó a formar parte de diversas terapias, como la guesáltica, el análisis transaccional, la modificación conductual, los modelos sistémicos, y técnicas activas del psicodrama en el marco de la terapia familiar (Barberá & Población, 1997).

3.5.3 Conceptos fundamentales

Se destacan tres conceptos fundamentales: *espontaneidad*, *role playing* y *catarsis*.

Moreno plantea la *espontaneidad* como una condición del sujeto, como una disposición para actuar libremente, como el catalizador de la creatividad. La ubica en las antípodas de la conserva cultural o de cualquier sistema o universo cerrado. Es el factor que permite la adecuación de las respuestas al entorno, ya sea como respuesta a una situación nueva o como nueva respuesta a una situación vieja (Barberá & Población, 1997).

En su obra *Psicodrama* Moreno (1974) la conceptualiza como la actitud plástica de adaptación, como una movilidad y flexibilidad del yo, que resulta indispensable para un organismo que se desarrolla con rapidez en un medio ambiente que cambia con la misma rapidez.

Schutzenberg (1970) aclara que la espontaneidad no consiste en hacer cualquier cosa en cualquier momento, en cualquier lugar, de cualquier manera y con cualquiera, ya que en ese caso se estaría hablando de una espontaneidad patológica. En psicodrama ser espontaneo es hacer lo oportuno en el momento necesario. Dar una respuesta propia e integrada, y no una repetición separada de su origen y contexto.

Otro concepto importante que incluye Moreno en el desarrollo de su teoría y práctica biopsicosocial fue el del *role playing* que refiere a toda representación o puesta en juego de una situación dramática (Población Knappe, 1997).

Moreno plantea en su psicología evolutiva que las personas desde el mismísimo seno materno, y a partir de los espacios de crecimiento que le siguen, matrices de identidad familiar y social, establece relaciones y va adquiriendo nuevos roles, roles psicossomáticos roles familiares y roles sociales. Estos roles constituyen el yo operativo del individuo y con ellos establecerá relaciones en las nuevas situaciones. Puede que los roles asumidos sean defectuosos, insuficientes o con un despliegue pobre o cristalizado, e incluso puede darse el caso que estén ausentes, y que en cualquiera de los casos mencionados genere relaciones disfuncionales. He aquí donde el *role playing* pedagógico entraría en juego para mejorar completar o crear el rol que provoca la disfunción (Barberá & Población, 1997).

Según Moreno el psicodrama libera de las inhibiciones, dificultades y traumatismos pasados, y al volver a sacarlos a la luz opera una *catarsis* del pasado en el presente o del futuro en el presente, mediante la representación dramática de los conflictos con gran intensidad emocional. No será una copia del pasado, porque ha muerto, sino que se lo vuelve a vivir tal como este vive en el presente. La catarsis como acto de purificación o efecto de este, la entendía como una acción reparadora, curativa y creativa (Schutzenberger, 1970).

La catarsis va acompañada de un deshielo de las estructuras, con saneamiento del terreno. La persona se hace capaz de aportar algo distinto de una respuesta estereotipada a los estímulos. Es capaz de flexibilidad, de espontaneidad (Schutzenberger, 1970).

3.5.4 Efectos de la Dramatización

Una consecuencia inmediata de la dramatización es que dificulta la utilización de la palabra como defensa, ocultación o deformación de la propia verdad, ya que la palabra se tiene que acompañar con la acción y esta la traiciona con formas disonantes de expresión. Frente a esta situación y ante la necesidad de mantener una congruencia entre ambas, empiezan a aparecer gestos corporales que evidencian una disociación entre el discurso y la expresión emocional plasmada en la acción corporal (Barberá & Población, 1997).

Si el individuo dramatiza sus contenidos internos se convierte automáticamente en el protagonista real de su drama, permitiéndole *jugar* con su propio relato, y a través de esto acceder a construcciones internas que solo la acción lo permite. Esto es posible porque la actuación terapéutica conlleva una movilización del factor espontaneidad del que se ha hablado, y con ello del potencial creativo, permitiendo vehicular un juego verdadero, evitando la perpetuación reiterativa de pautas disfuncionales (lo estereotipado), y con ello la posibilidad de ser el propio protagonista de un cambio significativo (Barberá & Población, 1997).

Hay un lenguaje corporal y gestual que se expresa en el juego dramático, que permite que todo el ser de la persona hable por él y no solo el relato que haga de ella misma y que permite también una comunicación entre el plano racional, emocional y corporal conectados en el aquí y ahora de la dramatización. *Hic et nun*. Un aquí y ahora en tiempo y espacio que refiere al pasado, presente y futuro fundidos en un presente inmediato que expresa el tiempo intemporal del

psiquismo. El “como sí” que habilita el juego de la situación dramática genera cierta conexión fluida entre lo imaginario, lo real y lo simbólico permitiendo la expresión de una realidad más completa, con una comunión entre la palabra y el lenguaje del cuerpo con la consiguiente traducción de las defensas corporales en emoción y palabras.

3.5.5 Descripción de las técnicas básicas más utilizadas

Si bien Schutzenberguer en uno de sus libros describe 60 técnicas clásicas (Población Knappe, 1997), a continuación se detallan las técnicas básicas o elementales más utilizadas: el doble, cambio de rol, espejo, soliloquio, y silla vacía.

El *doble*, también llamada alter ego, es la técnica más importante, la que tiene usos más variados y la más poderosa según Leveton (1980). La autora la describe como una persona que se para detrás del protagonista y actúa otro aspecto de su dilema, algo implícito de la situación no accesible o disponible para el protagonista. Este doble, representado por algún auxiliar en terapias de grupo o por el propio terapeuta en terapia individual, es la voz del conflicto dentro de las personas, de la ironía, de la compasión x uno mismo. Por ejemplo, la voz del cobarde dentro del héroe, del pecador dentro del santo. Es una técnica que facilita la expresión de los sentimientos. Es un medio único para indicar la naturaleza del conflicto. Permite ver varios niveles del problema al mismo tiempo. Es la vía más eficaz para crear empatía. Doblar es “ponerse en el lugar del otro”, pero en aquel lugar que no es accesible para el protagonista de la escenificación. (Leveton, 1980)

La condición fundamental para quien hace de doble es la de estar muy atento a lo que dice, hace y dijo el protagonista. Debe hablar en primera persona. Cuando el doblaje es exitoso el protagonista realmente lo siente como una voz interior (Leveton, 1980)

Población Knappe (1997) describe este momento como el de una fusión entre la mente y el cuerpo del auxiliar con el del protagonista, a partir de la cual este último se percibe expresado fuera de él pero como él mismo, reconociéndose en esa otra identidad con la que convive.

Hay diferentes tipos de dobles (Leveton, 1980)

- ✓ Incoloro: comprende al protagonista, lo valida. No genera mucho ruido se maneja con las palabras del protagonista.

- ✓ Satirico/ironico: exagera modos (de hablar de expresarse) del protagonista, lo expone para que vea lo que hace, para provocar la conciencia de emociones o defensas. Lo ridiculiza.
- ✓ Apasionado: expresa las emociones fuertes que no deja ir el protagonista pero no irónicamente sino dándole una solución alternativa que incluya la emoción contenida.
- ✓ Opositor: aparece defendiendo el extremo opuesto del que defiende el protagonista con la misma firmeza y emocionalidad.
- ✓ Fiscalizador: representa y le pone voz al lenguaje corporal del protagonista.
- ✓ Consejero: puede proponer, en medio de una discusión que no va para ningún lado, “tiempo fuera” que es que el doble se aparte con al protagonista para ver su posición, y luego cuando el director lo indique volver a la escena. Esto podría aplicarse en alguna situación que involucre una pareja.
- ✓ Colectivo: Esta técnica específicamente podría aplicarse en terapias de grupo ya que consiste en que todos los que quieran del grupo hagan de doble.

El *cambio de rol*, según Leveton (1980) suele usarse cuando el director/terapeuta nota que el protagonista/consultante adopta una posición defensiva, por sentirse vulnerable o indefenso, o por sentir que pueden herirlo o pueden perder algo. Frente a ese sentimiento empiezan con el juego defensivo actuando desde la parte herida, contraatacando, creando una distracción, que finalmente genera un decrecimiento o estancamiento en la comunicación. Este es el momento ideal para empezar con el intercambio de roles.

Distingue dos tipos de cambio de rol:

- ✓ *Cambio de rol propiamente dicho*. Es una técnica que tiene como objetivo que el protagonista pueda ver el mundo desde la perspectiva del otro y hacer un sincero contacto con él. Posibilita que pueda mirarse desde la perspectiva del otro. Facilita la identificación de emociones propias pero difíciles de reconocer o registrar, o de permitir desde uno. Al experimentarlas o vivenciarlas desde el cambio de rol, se identifican y es posible que sean usadas o aplicadas luego (Leveton, 1980). El yo auxiliar o terapeuta tomara lugar del protagonista tratando de hacerlo lo más parecido posible. Para Población Knappe (1997) esta técnica es muy productiva ya que permite que las partes implicadas tomen contacto con el otro tal como es, permitiendo tomar conciencia de lo que de propio se le está depositando.

- ✓ *Cambio de rol para dar letra.* Se utiliza para que el protagonista en primera persona cuente como es un determinado personaje para que el yo auxiliar luego lo componga, y de paso es útil para q el protagonista tenga mayor conciencia de cómo ve o describe a ese personaje.

En relación al *espejo*, según Población Knappe (1997) esta técnica permite al protagonista verse representado en su actuación a través del desempeño de su rol por el yo auxiliar o terapeuta. Su finalidad es mostrar a la persona su propia apariencia, como en un espejo social, para provocar en ella una reacción. Se le sugiere a la persona que deje la escena, sin salir del escenario, ubicándose cerca y viendo la representación de la escena, y a él en ella en la fusión con el yo auxiliar. Es importante saber que siente y piensa quien es representado o si quiere cambiar algo (Schutzenberger, 1970).

El *soliloquio* es la expresión de sentimientos y pensamientos por parte del protagonista respecto a la percepción que tiene en ese momento de sí mismo y o del sistema del que forma parte. Implica una aclaración de contenidos ocultos y una redefinición del sistema desde un punto de vista personal (Población Knappe, 1997). Se puede aplicar tanto en el uso espontáneo con el terapeuta como durante la dramatización. La idea es hacer emerger un contenido interno.

Para Schutzenberger (1970) el soliloquio es un monólogo en situación. La persona reflexiona en voz alta y asocia libremente respecto a la acción o la representación dramática que acaba de realizar, enriqueciéndola con pensamientos y sentimientos.

La diferencia con el Aparte, otra técnica básica, es que este último sucede durante la escena, es decir, cuando el protagonista hace un corte para poder expresar algo que le resulta inconveniente expresar dentro de la escena, pero que sabe será escuchado pero no contestado (Barberá & Población, 1997).

La técnica de *silla vacía* fue creada por Perls, fundador de la Terapia Gestáltica, como una herramienta básica en la dramatización y solución de conflictos internos. Consiste en visualizar en esa silla vacía a la persona con la cual se quiere interactuar o con la cual se tiene un conflicto. Luego de dramatizar, se puede pedir al protagonista q cambie de silla y haga el rol de la persona de la silla vacía. También lo podría hacer algún integrante del grupo si fuera terapia grupal (Población Knappe, 1997). Esa silla puede adoptar la forma de sueños, metáforas, símbolos, objetos inanimados, luchas, temores, angustias internas.

Otras técnicas posibles de usar son, externalización del síntoma, concretización, modelado, interpolación de resistencias. Todas las técnicas utilizadas en tiempo y forma, teniendo en cuenta cuál es el objetivo y su finalidad, pueden resultar muy eficaces y habilitantes para el consultante (Población Knappe, 1997).

3.5.6 Condiciones de aplicación

Para todas es tan importante como indispensable generar un ambiente de calidez, apoyo y ánimo. Predisponer positivamente al protagonista o los protagonistas a lanzarse con apertura a la dramatización. De esto se trata el *warming-up* o caldeamiento, de preparar a las personas que van a intervenir, motivándolos para la tarea, ayudándolos a introducirse en su rol, promoviendo el espíritu de improvisación, facilitándoles la disminución de resistencias y creando en general un clima adecuado para la tarea (Barberá & Población, 1997)

El caldeamiento o calentamiento, como también suelen llamarlo, llevará un mensaje respecto a la naturaleza del trabajo, que es de calidad experimental y dramática y no introspectivo y analítico, en el que se va a privilegiar que se muestre un acontecimiento por la vías posibles a que se lo cuente (Leveton, 1980).

Según Barbera y Población (1997) resulta favorecedor para el terapeuta, si quiere lograr mayor efectividad en su trabajo, incorporar una metodología de aplicación de las técnicas siguiendo una serie de pasos:

- ✓ Valoración del sistema en tratamiento considerando la percepción que se tiene sobre el nivel manifiesto y latente de todos los implicados.
- ✓ Decisión sobre si es o no el momento oportuno para la introducción de una técnica determinada. El *timing* es muy importante.
- ✓ Elegir la técnica, en función de lo que se busca, sabiendo cómo actúa y a qué parte del sistema dirigirla.
- ✓ Definir cómo va a ser la propuesta, si sorpresiva, advertida, pidiendo permiso y a quién.
- ✓ Ser claro y preciso en las consignas o instrucciones.
- ✓ En el desarrollo mantener el *timing* para el eslabonamiento con alguna otra.
- ✓ Y siempre cómo cierre requerir los comentarios del o los protagonistas con un soliloquio.

3.6 Espacio de supervisión

Hasta aquí se ha hablado de lo que sucede o debería suceder dentro de un espacio donde se encuentran consultante y terapeuta, es decir, dentro del sistema terapéutico; ahora bien, existe otro espacio que si bien físicamente no incluye al consultante y sí al terapeuta redonda en un inmenso provecho para él también, y es el espacio de supervisión.

La supervisión clínica es una actividad que ya desde 1987 se ubica dentro de los quehaceres importantes de los psicólogos. En dos estudios realizados a psicólogos se concluye que, entre las numerosas actividades profesionales en términos de tiempo empleado, la supervisión estaba entre las 10 primeras (Daskal, 2008).

La supervisión terapéutica es una actividad teórico práctica, en la que se revisan conceptos fundamentales de la psicoterapia, se realiza una inspección técnica, se analizan las diferentes estrategias y tácticas psicoterapéuticas, objetivos, métodos y procedimientos realizados por un terapeuta sobre un caso particular (Loubat, 2005).

Según Daskal (2008) para el modelo de resolución de problemas la supervisión es un proceso compartido que se inicia cuando el supervisado se encuentra frente a un problema con su paciente que le impide avanzar hacia la meta deseada. Acto seguido, pedirá colaboración a su supervisor, y este haciendo uso de su capacitación, contribuirá a detectar cuáles de las variables expresadas constituyen el problema del supervisado.

Preguntando, iluminando zonas, ayudando a que los supervisados fortalezcan sus potencialidades, generen nuevas hipótesis, usen otros instrumentos, relacionen hechos que les pudieron resultar desconectados, encuentren cómo llenar los vacíos de información, el supervisor ira facilitando al supervisado nuevas rutas posibles (Daskal, 2008).

En el proceso de supervisión se considerará el problema que presenta el supervisado, la elaboración interna que hizo del mismo, objetivo que se quiere lograr y recursos usados. Las técnicas aplicadas en la supervisión podrán ser de role playing, sugerencias, bibliografía, etc. Se llevará un registro de las supervisiones para poder chequear en los encuentros subsiguientes los logros y las dificultades (Daskal, 2008).

El trabajo en espejo unidireccional, también llamado Cámara Gessel, es un aspecto diferenciador de las terapias sistémicas respecto al trabajo de supervisión. Es una modalidad directa, donde los supervisores forman parte del sistema terapéutico y por lo tanto, pueden incluso llegar a entrar a alguna sesión de ser necesario. La supervisión directa también puede hacerse con un video de la sesión (Daskal, 2008).

Los supervisores que pueden ser miembros del mismo equipo o consultores, pueden intervenir de manera directa (vía telefonico, o entrando en sesión) o indirecta (equipo reflexivo para el terapeuta) en el transcurso de la sesión (Kreuz& Pereira, 2009).

Según Haley (1996) este estilo de supervisión precisa ciertas cualidades por parte de quien supervisa. Ser muy respetuoso, saber hacer sus aportes de manera muy clara, breve, y no autoritaria, abandonar cualquier lugar de figura, ser tolerante con los errores que puedan surgir ante sus ojos y estar abierto a aceptar los estilos de conducción de otros terapeutas.

Es primario destacar la importancia de la alianza entre supervisores y supervisados, como parte de un clima de contención y apoyo, de diálogo, de guía y de cooperación mutua (Selicoff, 2006).

Haley (1980) favorece esta alianza cuando propone como primordial que supervisor y terapeuta acuerden sobre ciertos puntos importantes:

- ✓ El supervisor intervendrá lo menos posible y solo cuando lo considere necesario, usando el teléfono y no auriculares. Considera al teléfono más adecuado porque lo ven los entrevistados y porque evita interrupciones en demasía por parte del supervisor.
- ✓ Es conveniente que se exprese una idea por llamada ya que de otra manera puede resultar dificultoso para recordar estando frente a los consultantes.
- ✓ Si la sugerencia que se quiera hacer es más complicada o si el terapeuta necesita mayor explicación, hay formas adecuadas para que pueda salir del consultorio para discutir el asunto de forma breve y concisa.
- ✓ Antes de la entrevista puede discutirse sobre la estrategia general, y después de ella tratarse los temas más extensos. Lo ideal es que las intervenciones del supervisor sean breves que sumen al proceso de la entrevista que está llevando adelante el terapeuta y que pueda aprender algún aspecto de la técnica.

- ✓ Todo el proceso de intervención en vivo debe ser explicado a los entrevistados, ellos deben estar al tanto que están siendo observados. Si el terapeuta se siente cómodo con la modalidad esto redundará en comodidad también para los consultantes.
- ✓ Uno de los acuerdos más importantes entre supervisor y terapeuta es que todos los aportes que el primero haga deben ser tomados como sugerencias, ya que se parte de la idea que es el terapeuta el que tiene mayor conocimiento del caso y de lo que pasa dentro de la cámara Gesell. Si en cambio, considerará que por algo que está ocurriendo dentro de ella debe impartir alguna directiva, lo hará ya sea para beneficio del proceso o para proteger a alguien.

La tarea del supervisor será que la terapia se desarrolle debidamente, instruyendo y guiando a un terapeuta en proceso de formación, protegiendo a los consultantes de posibles faltas de competencias del terapeuta (Haley, 1980).

Dirá Selicoff (2006), la nueva relación entre el supervisor y el supervisado se convirtió en un esfuerzo mutuo de colaboración integrada en una posición de co-construcción. No hay un saber objetivado que el supervisado viene a adquirir sino que a través de la conversación, supervisor y supervisado, irán desarrollando un significado nuevo y relevante para la experiencia del paciente.

4 Método

4.1 Tipo de estudio

Descriptivo, no experimental, modelo de caso único.

4.2 Participantes

Caso clínico de un hombre de 30 años, soltero. Estudios secundarios completos. Trabaja como técnico en computación. Hace un año vive con su familia de origen en la provincia de Buenos Aires, luego de haber vivido 11 años con la familia de su novia (29 años, contadora, trabaja en un estudio jurídico) y su hija de 10. Su mamá (65) es ama de casa, su papá (70) jubilado. Tiene un hermano de 32 años.

La terapeuta participante en el caso tiene 47 años. Es egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, realizó el post grado en el Centro Privado de Psicoterapias y tiene 17 años de experiencia en el ejercicio de la profesión, especialmente en el tratamiento de problemáticas de parejas.

4.3 Instrumentos

- Historia clínica. La institución propone un registro estandarizado de las sesiones, a través de un sistema informático, en el que quedan incluidos tanto los datos personales del consultante, detalles de la sesión de admisión y el proceso completo de sesiones (queja inicial, motivo de consulta, historia y circunstancia actual, diagnóstico, soluciones intentadas al problema, observaciones de diferentes índoles, intervenciones y objetivos del terapeuta, actitudes, frases textuales, lenguaje, metas mínimas, tareas a realizar, estrategias a seguir, predicciones, etc.).
- Sesiones individuales grabadas. Observación de la dinámica de la sesión con la posibilidad de ver en el proceso de interacción, actitud y postura corporal del consultante, tono de voz, lenguaje y reacciones.
- Observación no participativa. Espacio de supervisión del caso.
- Entrevista. Conversación grabada con terapeuta acerca de vicisitudes del caso, decisiones estratégicas, elección de técnicas e intervenciones.

4.4 Procedimiento

- Análisis del caso a partir de la lectura minuciosa de la historia clínica del consultante, que consta de una admisión y 23 sesiones con la terapeuta, dos de las cuales fueron grabadas.
- Observación y análisis de las sesiones grabadas a las cuales se tuvo acceso.
- Análisis de los registros tomados sobre las sugerencias y reflexiones del caso realizadas dentro del espacio de supervisión por parte del coordinador y de los terapeutas que lo integraron.
- Realización de una única entrevista grabada y abierta con la terapeuta acerca de sus consideraciones a la hora de abordar y transitar este caso.

5 Desarrollo

El caso clínico a desarrollar es sobre Salvador, un hombre de 30 años con una crisis personal y familiar, con muchas dificultades para resolver una situación conflictiva de pareja, con una intensa indecisión respecto a si seguir o no con esa relación y con un estado de profunda frustración y descuido personal. Hace 13 años que está en pareja con Inés, 29 años, contadora, con quien tienen una hija de 10 años. Hasta hace un año, y durante 11, vivieron en la casa y con la mamá de su pareja. Luego de decidir no compartir más la misma casa por los intensos conflictos en la relación se fue a vivir a lo de sus padres, donde vive actualmente.

El primer contacto de Salvador con el Centro Privado de Psicoterapias (CPP) fue con un llamado que realizó para solicitar una entrevista. La modalidad de la institución es concertar un encuentro con una psicóloga admisoras. La recepcionista que recibió el llamado combinó con él día y hora en el que debería presentarse para tal fin. Luego de la entrevista de admisión, y siguiendo el modo de trabajo del CPP, la admisoras lo derivó con una Psicóloga del plantel que creyó apropiada para el caso.

A continuación se desarrollaran los objetivos establecidos para el presente trabajo según la metodología anteriormente indicada.

5.1 Describir el proceso de co-construcción del motivo de consulta y sintomatología expresada por el paciente

De acuerdo a lo que se indicó en la introducción, el consultante tiene su primera sesión con la admisoras, y según consta en la historia clínica, al ser consultado por la terapeuta sobre el motivo que lo acercaba a la terapia, él expone como queja inicial (Casabianca & Hirsch, 1992) que es por un tema de pareja, que sentía una indefinición total respecto a qué hacer. Que tiene una gran duda: si se separarse definitivamente o si irse a vivir solos con su mujer y su hija, según los planes que siempre tuvieron. Expresó que así como estaban no podía ni quería seguir, pero que tampoco podía cortar la relación, porque así como siente que no puede seguir de esa manera, le encantaría poder estar bien y vivir los tres juntos. Textualmente dice:

- “Hoy en día estoy en un 50 y un 50 con cualquiera de las posibilidades...y me cansé de estar así....indefinido”.

Al ser consultado por la terapeuta, sobre las razones que lo llevaron a hacer la consulta ahora, él dice textualmente:

- “Tengo 30 años y no tengo resuelto esto, ya no da para más, estoy viviendo con mis viejos y me siento frustrado. Hace 13 años que estoy en pareja, tenemos una nena de 10 años, desde hace un año no vivimos juntos, y la relación se volvió muy muy conflictiva, y la nena ahora entiende más y sufre”.

También expresó que el impacto que tiene en su hija toda esta situación le preocupa mucho, ya que siente que le genera mucha presión por sentirse en el medio y de tener que estar defendiendo a uno o a otro, según sea el caso, con el consecuente sentimiento de culpa.

Se le pregunta sobre su familia de origen y lo que dice es que su madre (65) es ama de casa, toma medicación para la depresión y para la memoria y va al psiquiatra hace años, que con el padre (70) la relación nunca fue buena y que con el hermano (32) se lleva bien, siempre le dice que puede contar con él, pero él no lo hace partícipe de nada. Algunas otras cosas que va diciendo a lo largo de la sesión es que se terminó yendo de la casa de su suegra porque lo echaron por la pésima convivencia y que eso le generó mucha bronca y que no lo pudo terminar de superar. Agrega que luego de irse de la casa fue infiel varias veces y como Inés se enteró es un tema recurrente en las discusiones ya que ella se lo recrimina alegando que no confía en él.

Salvador expresa angustiado que varias veces ha intentado arreglar las cosas con ella, tratar de estar bien, mejorar la relación para poder seguir por ejemplo proponiéndole salir solos, o ir al gimnasio juntos o salir los tres con la hija y que ella siempre tiene una excusa para no sumarse. Él cuenta que dice que lo ama pero como le hizo muchas cosas feas no lo puede perdonar. Expresa que por toda esta situación duerme mal, no ve a los amigos, está mal en el trabajo y que hay días que ni a la calle sale.

Cuando se le pregunta en qué pretendería que lo ayude la terapia, importante para poder ir delineando la co-construcción de los objetivos (Casabianca&Hirsch, 1992) dirá primero que necesita hablar con alguien, ya que no tiene con quién, sobre cómo llevar adelante las cosas sin

que su hija sufra, poder adoptar una postura más conveniente para la relación y poder definir el tema con su pareja.

La admisora hace una reformulación, conveniente en este caso para que el consultante pueda acceder a otra significación sobre situaciones o conductas relacionadas con la queja inicial (Casabianca&Hirsch, 1992), en principio normalizando la dificultad de una definición sobre una cuestión tan importante, máxime después de estar juntos tanto tiempo y habiendo pasado situaciones tan importantes, como tener una hija, de tan chicos. Destacando también el hecho de haber crecido juntos, y que en ese proceso muchas veces hay coincidencias de ideas como no, cosas que pueden funcionar y otras que no y esto puede generar situaciones difíciles de resolver.

Como un modo de orientar al consultante a recorrer el camino que consideren mejor dentro de los que tienen disponibles, pero incentivando a que él mismo decida hacia dónde quiere ir y cuánto está dispuesto a hacer para lograrlo (Kopec&Ravinovich, 2007) le sugiere no forzar una decisión sino sale y analizarlo bien para que a la hora de tomarla pueda sentirse seguro que evaluó todo lo más que pudo. Y agrega textual:

- “de hecho lo empezaste a hacer porque estas acá pidiendo ayuda”.

Así la admisora le da una alternativa de acción dejando margen de elección al consultante (Casabianca & Hirsch, 1992). Salvador asiente y acuerda.

Finalizando se le pregunta a Salvador si está de acuerdo en seguir el tratamiento con otra terapeuta a quien le derivará el caso. Él accede rápidamente. La propuesta estratégica que le hace a la futura terapeuta es no forzar la decisión y trabajar detalladamente las ventajas y desventajas del cambio. Indagar como son las discusiones y como son sus reacciones.

En la primera entrevista la psicóloga retoma lo visto en la admisión. El consultante expresa lo mismo como queja inicial, los sentimientos que le generan esa queja y lo que pretendía que sucediera con ayuda de la terapia. La terapeuta empieza a indagar sobre los conflictos que dijo que tenían y él responde que eran muy fuertes, que se agredían verbal y físicamente y que eso terminó por definir que se fuera. Siente que hizo muchas cosas malas en la relación y se siente responsable en alguna medida. Así, poco a poco y a través del dialogo terapéutico y en un espacio de privacidad y confianza es como se irá construyendo la realidad clínica fundamental para que se pueda producir el cambio que se fue a buscar (Wainstein, 2012).

La terapeuta le pregunta qué conforma ese 50% que lo hace querer seguir estando en pareja y luchar por eso y el responde textualmente:

- "Yo lo que quisiera es tratar de llegar a poder irme a vivir con ellas y estando solos, sacar las cosas adelante. Si no va, vemos y me separo. Me importa, quiero y ojalá que vivamos muchos años. Vivo frustrado. Las quiero tener conmigo. Son mi familia. No quiero más esta vida. Quiero vivir con ellas, manejar mis tiempos, hacer lo que quiera y tener a mi familia conmigo"

Agrega que el proyecto que tenían era que él la apoyaba y ayudaba mientras ella estudiaba y cuando se recibiera de contadora se iban a vivir los 3 como una familia. Ella ya se recibió y trabaja pero ahora él duda que eso pueda ser posible por los conflictos constantes, y porque siente que ninguno de los tres es feliz. Considera que están estancados en ese modo de relación, que no les permite cortarla, que es como una costumbre enfermiza.

Lo expresa textual así:

- "Hay trabas entre nosotros, y es lo que ella no puede perdonar. Tiene desconfianza. Todo lo que hago le molesta y trato de ayudarla en todo".

La terapeuta le consulta si hicieron alguna vez terapia de pareja y dice que una vez hace 8 años pero que no les sirvió. Le pregunta sobre en qué le gustaría ser ayudado y esta vez solo indica que en poder vivir solos con su pareja y su hija. El objetivo consignado por la terapeuta es que pueda evaluar y tomar la decisión considerando el bien de su hija.

Todas estas expresiones textuales importantes vertidas por el paciente son anotadas por la terapeuta por considerarlas útiles para ir completando el mapa del mundo con el que viene el consultante, ese andamiaje de creencias que constituye su realidad (Wainstein, 2006).

La reformulación que hace la terapeuta respecto a la historia de la pareja es similar a la que hace la admisor, pero agrega respecto de él y sus deseos de generar un cambio en la vida familiar, que ese cambio no lo puede hacer solo, tiene que haber un acuerdo y en este momento por lo que él cuenta de su pareja ni si quiera se puede llegar a plantear. Y que tampoco su hija lo quiere porque prefiere verlos separado y no juntos por las peleas. Esos cambios entonces a veces resultan difíciles Y concluye diciéndole que hay un tiempo para todo y que posiblemente este sea el tiempo de ocuparse de él para empezar a generar ese cambio que quiere. Lo que queda

registrado en la hoja clínica es que al principio no responde nada, pero que después dice que sí que cree que si él está mejor las cosas pueden estar mejor.

Paciente y terapeuta van co construyendo el motivo de consulta a partir del diálogo dado en los dos primeros encuentros en los que quedan manifiestos: la molestia, la percepción que algo tiene que cambiar y lo que se está dispuesto a hacer para lograrlo (Casabianca & Hirsch, 1992); así como también los intentos ya hechos por Salvador para cambiar algo, y que como dice Kopec (1987) son soluciones intentadas que en vez de solucionar el problema lo profundizan y con el tiempo se cristalizan. Por eso es conveniente determinar un primer diagnóstico de los circuitos de interacción, identificar alguna secuencia reiterada de comportamientos para poder identificar si los intentos de cambio lo perpetúan o no (Haley, 1980).

Finalizada la sesión la terapeuta armó el siguiente circuito:

Salvador propone salida solos o con hija – Inés se niega y si sale lo hace solo con su hija – Salvador se enoja, se angustia, se retrae, se tira en la cama, se aleja – ella desconfía, se aleja y no quiere salir – él cada vez quiere salir más con ella.

Dada la sintomatología presentada por el paciente: cansancio de sentir una duda constante y corrosiva, frustración por no soportar más el estancamiento personal y familiar, angustias por las permanentes peleas, gran preocupación por su hija y la culpa tortuosa de haber sido él mayormente el culpable de que las cosas hayan terminado así; la terapeuta le propone y el acuerda en ir paso a paso. Primero ocupándose de él, fortaleciéndose como persona, viendo qué quiere, que está dispuesto a hacer y que no, para luego, desde esa posición más sólida, poder adoptar una postura más conveniente en la interacción con su pareja, cuidando a su hija en el proceso, habilitando así una vía más saludable y clara que colabore con la decisión que quiere tomar.

5.2 Analizar las intervenciones aplicadas en el caso según el modelo de terapia estratégica de resolución de problemas.

Como lo expresan Casabianca y Hirsch (1992) una vez construido el sistema terapéutico, el modo de empezar a generar los cambios es a través de las intervenciones, es decir, de las conductas del terapeuta directamente planificadas para lograrlos.

De acuerdo a la entrevista que se tuvo con la terapeuta y el registro llevado a lo largo de las sesiones Salvador siempre estuvo bien dispuesto y abierto a la interacción en el dispositivo, independientemente de las dificultades que se le fueron presentando a lo largo del proceso. Esa actitud, según lo expresaba la psicóloga, lo ayudó mucho y ayudó al proceso de cambio.

Expresiones textuales que ejemplifican lo anteriormente mencionado:

- “Uh va a estar duro, pero bueno por eso estoy acá”
- “Me está costando mucho despegarme de lo que le pasa a ella, me siento arrastrado, pero voy a poder... así no quiero más”.
- “Si es necesario vendré todos los días pero de esta salgo”
- “La estuve pasando mal y casi no vengo, no quiero escucharme más con lo mismo, pero bueno ahora estoy contento porque vine... ya entendí”

Agrega la psicóloga en la entrevista que esa actitud, esa buena motivación para el cambio, le permitió escuchar más allá del dolor, recibir las intervenciones con atención y llevar a cabo las tareas o sugerencias, las más de las veces.

Una de las tareas que le indicó al inicio del tratamiento, cuando estaba muy abrumado por pensamientos negativos, angustiantes, depresivos, fue la de Escribir leer y quemar esos pensamientos en algún momento determinado del día y lugar, cual ritual, para que de esa forma, lo explicaba en la entrevista la terapeuta, pueda darle un carácter más concreto a los mismos, que pueda habilitarlos, pero dándole un tiempo preciso para eso y pueda ir generando cierto control (Wainstein, 2006).

En coincidencia con lo que plantean Kopec y Ravinovich (2007) la psicóloga agregó:

- “Las mismas ganas que le puso tantas veces para tratar de solucionar el problema y consolidarlo, ahora las está poniendo en el dispositivo para desandar el camino. Yo solo le presento opciones o caminos posibles para que él decida hacia donde quiere y puede ir”.

Ya para la tercera sesión y habiéndose desplegado su propia representación del mundo y de sí mismo (Fernández Álvarez, 2004), sumando del mundo con sus creencias, percepciones, emociones, pensamientos, valores y todo lo que constituye su realidad (Wainstein, 2006), la terapeuta consideró el terreno propicio para hacer la siguiente maniobra.

Considerando que el motivo con el que se acercó a la terapia estaba centrado en definir qué hacer con su relación de pareja y dado que su estado anímico variaba según se presentaba la

conflictiva en esa relación: si había más o menos pelea, si se veían o no se veían, si ella aceptaba alguna propuesta o no, en la tercera sesión, y a partir del eje temático sobre el que giró, la terapeuta hace la siguiente reformulación:

- “Vos describiste la relación de esta semana con Inés como mejor, me dijiste que estuviste mas solo, que no tuvieron mucho contacto porque ella prefirió hacer otra cosa y no salir con ustedes, que la notás alejada y que aunque eso te duela y no te guste, porque sentís que no te acompaña en lo que vos querés para el futuro, eso te hizo ver que no están queriendo lo mismo, que ella está lejos de lo que vos querés. Entonces la pregunta que te hago es: ¿qué es lo vos querés para vos, para tu vida, independientemente de Inés, a vos como hombre, qué te gustaría hacer, qué proyectos personales?”.

Fue un modo que tuvo la terapeuta, según lo explicaba después, de re enmarcar o modificar la visión desarrollada hasta el momento por el consultante y aumentar la posibilidad de acción y de ver otras alternativas para pensar la situación (Wainstein, 2006).

Seguido a esto le propuso que para el próximo encuentro, una semana después, anotara en una hoja lo que quería para él, qué actividades les gustaría hacer, y le sugirió que si pensar esto desde el hoy le resultaba dificultoso por no poder despejar la mente, un disparador podría ser que apelara a algún momento del pasado en el que soñaba o pensaba su futuro. La terapeuta se valió de una prescripción directiva al solicitarle una tarea para que el efecto de la intervención trascienda al dispositivo (Wainstein, 2006) y, según lo explicaría después en la entrevista, para que habilite en el próximo encuentro hacer eje en su persona y en su desarrollo personal.

En el siguiente encuentro en la apertura de la sesión lo que dijo fué:

- “uff me costó mucho, es difícil y me di cuenta lo embrollado que estoy que no puedo ni siquiera pensar eso. Así que lo que quiero es estar tranquilo... poder pensar y estar bien con mi hija. y me sirvió porque estuve más tranquilo en la semana, con ella bien, no hubo nada”.

El eje temático de la sesión giró en torno a pensar en él como hombre y como persona más allá de su pareja, en lo que quería para él, en qué proyectos personales lo llevarían a pensar en positivo y hacia adelante. La estrategia de la terapeuta fue, según lo que clarificó después en la entrevista, ir acercándose al objetivo co-construido viendo la posibilidad de utilizar otros medios

(Wainstein, 2006), que en esa instancia del proceso creía era poner el foco de atención en él para que pueda fortalecerse en lo personal.

Salvador le contó que se había sumado para jugar al fútbol una vez por semana a un nuevo grupo de compañeros de trabajo y que estaba pensando en participar de un torneo. Que sabía que eso le iba a hacer bien para tener la cabeza ocupada en otra cosa.

La terapeuta cierra la sesión diciéndole que la alegraba su decisión porque hacerlo efectivamente lo iba a ayudar y hacer sentir bien, y le sugirió (Casabianca&Hirsch, 1992) que se anote pronto en el torneo que no deje pasar el envío, y reformula diciendo que todo lo que venía haciendo en los diferentes órdenes de su vida: pensar en lo que quería y no seguir la inercia, venir a terapia, tratar de salir de las peleas y del encierro y empezar fútbol lo iban a hacer sentir más contento con él mismo y lo incentivarían con el cambio.

Entre la sesión anteriormente mencionada y las que siguieron, la terapeuta llevó el caso a supervisión porque necesitaba confirmar que estaba haciendo lo mejor para Salvador y necesitaba ver otros recursos para tratar la sensación de soledad que le causaba estar lejos de su hija y su pareja.

En supervisión los terapeutas le aconsejaron que ilumine la parte buena de “el estar solo”. Dada la instancia que estaba atravesando del proceso, resignificar ese espacio de soledad como una posibilidad a valorar podría ser muy provechoso. Le propusieron que le sugiriera una tarea que empiece a movilizar un poco ese pensamiento. Este punto está detallado en el apartado siguiente de supervisión.

En las sesiones que siguieron fue presentando problemáticas que surgían en relación a su interacción con Inés, y según la terapeuta muchas diferencias derivaban de los cambios que estaba haciendo él, tal como indican que sucede KreuzSmolinski y Pereira Tercero (2009) y Wainstein (1997). Pero paralelamente seguía sosteniendo los cambios y generando más, no sin sufrir por cada pelea, desplante o alejamiento de ella y tampoco sin dudar. Sus palabras eran, según lo apuntaba ella en la entrevista, que cada semana le era un desafío seguir estando bien y poniendo la atención en él. Así lo expresaba:

- “Un 50% mío quiere estar bien, el otro 50% es la pareja”

Por eso la estrategia que la terapeuta se planteó para esos altibajos fue seguir fortaleciendo su persona. Sugiriendo salidas, encuentro con amigos. Y tal cual se lo habían

indicado en supervisión amplificando el beneficio de estar solo con la siguiente reformulación y posterior tarea:

- “Ahora cuando estás solo, si bien te cuesta después de estar con ellas, es el momento para encontrarte con vos mismo. Sería bueno que uses esos espacios de soledad que estas teniendo para sacar algo provechoso. Aprender a encontrarle el gustito a eso. Quizás antes no tenías esa posibilidad y ahora es una oportunidad para ver de qué se trata”.

La tarea que le propusieron y que también está detallada en el apartado de supervisión fue que le sugiriera al consultante que se fije qué podría hacer pero que no lo hiciera todavía. Animarlo a que actúe, pero que no todavía. Una de las consecuencias de esta tarea suele ser que hacen lo que no se espera que se haga todavía, teniendo como un efecto paradójico.

Así fue. Sesión siguiente lo primero que enunció cuando llegó fue que la semana había estado bien, todo tranquilo, cada uno en la suya, sin verse tanto. Que el jueves había estado en futbol y lo había disfrutado mucho y que había tenido una pelea con Inés y en vez de quedarse tirado en la cama, pensando y sufriendo, había llegado a la casa se había puesto a lavar el auto y escuchar música. Sus palabras textuales fueron:

- “Traté de despejarme con alguna actividad y no volver a donde estaba antes”
- “Me fui para no pelear. Siento que estoy más reflexivo, más abierto a las cosas que pasan, más para afuera”.
- “Ya no me pongo los guantes. Me voy. Tengo la fuerza de voluntad para cambiar”.

En esta sesión, que la terapeuta marcó como muy significativa, aparecieron ciertas señales de que los cambios empezaban a tener una estructura más sólida. El cambio llega como resultado de un proceso de construcción de significados alternativos congruentes con el estilo del consultante dirá Wainstein (2006). Aparecieron conductas distintas que cortaban el circuito habitual de interacción y que permitían evitar o alejar el problema (Hisch&Casabianca, 1992).

La reformulación que hizo fue remarcar que para que haya pelea tiene que haber dos y si uno elige no ponerse los guantes no hay pelea. Su contestación textual a esa intervención fue:

- “Parezco un GPS donde hay pelea la esquivo. Siento que estoy alineado. Pero no creo que pueda seguir así si llegara a convivir”.

Así siguen las sesiones y el objetivo sigue siendo trabajar los cambios, el descubrimiento de este nuevo Salvador más equilibrado y más tolerante y el refuerzo de estos cambios solicitando al consultante la ejecución de algunas tareas, acciones posibles y congruentes, fuera del ámbito terapéutico (Wainstein, 2006).

En la sesión número 12 el eje de la conversación giró en torno a una sensación de retroceso que había sentido en relación a lo que venía logrando en la terapia. Aclarando que esa sensación tenía que ver con haber vuelto a utilizar la mentira en la relación con Inés cuando se había propuesto no hacerlo más porque eso les había causado mucho daño. Y que haberlo hecho otra vez le daba bronca. Solo quería ir a un cumpleaños, pero como sabía que Inés se iba a oponer a que vaya y quería evitar la pelea, le dijo cualquier cosa y fue. Inés se enteró que le mintió y fue peor. Ahora estaba muy angustiado porque toda la situación lo retrotraía a momentos que no le gustaban del pasado de él y que creía había empezado a cambiar.

La reformulación de la terapeuta fue textualmente:

- “Lo importante no es que se presenten las peleas sino superarlas. Eso habla de un real avance.....”.

Para testear la sensación de Salvador respecto al proceso hecho hasta ahí, y para que inclusive él mismo lo pueda registrar y sirva como motivación para encarar los inconvenientes que se pudieran ir presentando, intervino con la técnica Ubicación en escala (Waintein, 2006). Le pide que señale donde estaría hoy en términos numéricos, considerando que el 0 es lo peor q se puede estar y el 10 los problemas totalmente resueltos. Dijo 6, 7.

Al finalizar la sesión la terapeuta hace una revisión del caso y piensa que sería conveniente hacer una sesión en Cámara Gessel bajo supervisión del equipo de Cámara de Parejas del CPP ya que la sesión de ese día junto a lo que había aparecido en otras sesiones lo ameritaba. La angustia por la mentira presentada por Salvador, junto con lo que fue expresando en sesiones anteriores respecto a todo su sentir en función de la relación, a saber: que sentía que Inés no tenía las mismas necesidades que él, que no le daba bola y eso le causaba rechazo, que nada lo hacía sentir bien, que la tenía a distancia, que sentía que había un abismo entre ellos, que como no recibía nada planteaba esta distancia, que veía que no iba ni para atrás ni para adelante, que se sentía emocionalmente mal pero que no se había permitido deprimirse, que el sábado había tenido un cumpleaños pero que no había tenido ganas de ir, alertaron a la terapeuta sobre

un posible retroceso y un volverse a encerrar otra vez. Si bien parecía que tenía controlada la interacción con Inés, no estaba muy segura y notaba que eso lo complicaba mucho emocionalmente aunque lo creyera estar manejando.

En esa ocasión la reformulación fue: “parecería que cuantos más lazos querés con ella, más te alejas, más distancia ponés. Más te querés acercar, más te alejas”.

El caso es llevado a cámara con muy buenos resultados tanto para el consultante como para la terapeuta. El nuevo encuadre: esperar y darle tiempo a Inés a hacer los cambios que hagan coincidir en el tipo de relación de pareja que quieren, había colocado a Salvador en un lugar distinto, de logro y de control.

En las siguientes sesiones se trabajó la actitud de él frente a los cambios en ella. Dijo, que le gustaban, le hacían bien, pero que duraban poco y que eso lo sacaban de su tranquilidad, y que le gustaría que mantuviera una conducta y que la cumpla.

La reformulación textual que le hizo la terapeuta fue:

- “Los procesos tienen altibajos vos lo sabes bien. Para todos. Las cosas estuvieron bien y hoy o esta semana no están tan bien, y eso te frustra y te angustia pero pueden volver a estar bien. Te toca seguir poniendo la semillita y esperando, si seguís queriendo por supuesto. Atendiendo eso y todas tus demás intereses y actividades.

Su contestación fue:

- “ Sí, la verdad, los dos estamos poniendo de nuestra parte”

Desde esa sesión a la última que se tiene registrada se trabajó para que la espera no lo desespere. Tomárselo con calma.

Dijo respecto a eso:

- “Se me pasó la revolución interna, ese malestar que tenía. La cámara me dio un empujón y me hizo bien 100%. Aire nuevo”.

Se siguió con el trabajo del vínculo con su pareja y lo que él haría por la relación y lo que esperaba de ella. Finalmente la terapeuta connotó positivamente la voluntad y el esfuerzo que ponía para poner calma donde aparecía desesperación y que eso era muy bueno porque volver a su eje le ayudaba a ver las cosas de otra manera.

Según la última sesión que se tiene registrada el estado del síntoma en relación a la admisión siempre fue evolucionando favorablemente.

Históricamente la relación de ellos estuvo atravesada por las mentiras y los celos. El asumió las infidelidades y asumió que le dio muchos motivos durante mucho tiempo para que lo cele. Esta dinámica se estableció entre ellos y determinó ciertas reglas en la pareja, lo que sí se podía (solo estar ellos) y lo que no (salir en general, reuniones, amigos fiestas). Hoy no habiendo motivos para celar ella no puede evitarlo, y él lo entiende. Lo que le sucede ahora es que como él está en proceso de cambio personal, y lo que pretende es un cambio en la pareja, el deseo de construir otro tipo de vínculo, sin mentiras, sin ocultamientos, sin infidelidades, con mayor confianza, con amigos, salidas, actividades, y ese cambio implicaría un cambio de reglas, nuevas reglas, un cambio de segundo orden según Borelli y Pinto (2006), esto provoca un desequilibrio mayor en el sistema (conflictos, problemas) ya que hay otra fuerza que se resiste que es Inés (Wainstein, 1997).

5.3 Describir como la supervisión realizada por el terapeuta colaboró con la posibilidad de cambio en el paciente.

Como dice Loubat (2005) la supervisión terapéutica es una actividad teórico práctica, en la que se analizan las diferentes estrategias y tácticas psicoterapéuticas, objetivos, métodos y procedimientos realizados por un terapeuta sobre un caso particular.

Una de las veces que la terapeuta llevó a supervisión el caso con el equipo de Cámara de parejas del CPP fue porque necesitaba confirmar que estaba haciendo lo mejor para Salvador y porque necesitaba recursos para tratar la sensación de soledad que le causaba estar lejos de su hija y su pareja.

Uno de los terapeutas del grupo dijo que creía que el consultante estaba en una etapa del proceso que llamó: estabilidad en conflicto, que podía ser productivo que ilumine la parte buena de “el estar solo” y que resignificar ese espacio de soledad como una fuente de cosas nuevas podía ser muy provechoso.

La tarea que le propusieron que sugiriera al consultante fue una de las que indican Beyenbach y Herrero de Vega (2010) y que llaman *Fijarse en que podría hacer... pero no hacerlo todavía*. Es decir, sugerirle que durante las próximas semanas se fije en qué haría con ese espacio de soledad, como una forma indirecta de animarlo a que actúe, pero que no lo hiciera todavía, que solo vaya pensando y que si se adelantaba y no esperaba sería más mérito para él.

Más adelante en el proceso, dado que la terapeuta se venía sintiendo un poco desorientada respecto a los pasos a seguir con Salvador decidió supervisar el caso pero esta vez tratando de llevarlo a Cámara Gessel, propuesta que ya le habían hecho.

Según decía en la entrevista ella veía que Salvador había avanzado mucho en el fortalecimiento personal y había logrado importantes cambios, pero su otro 50 %, como él lo llamaba, lo desestabilizaba mucho, notaba que eso estaba dificultando el proceso y estaba necesitando otras miradas que le iluminaran algo que ella no estaba viendo.

Finalizando la sesión en la que él expresó angustiado una sensación de retroceso respecto a lo que venía consiguiendo, porque le había mentado a Inés para que no salte, para evitar la pelea y había ido a un cumpleaños y le daba bronca lo que había hecho, la terapeuta le hizo la propuesta de hacer una sesión en Cámara Gessel y Salvador aceptó. Le explicó que era un espacio de consulta conformado por un equipo de profesionales del CPP cuyo único objetivo era evaluar y ayudar en el proceso terapéutico, aportando una mirada diferente a partir de un intercambio de ideas y opiniones en relación a todos los cuestionamientos o dudas que allí se presenten. Preguntando, iluminando zonas, generando nuevas hipótesis, relacionando hechos que les pudieron resultar desconectados, facilitando nuevas rutas posibles (Daskal, 2008).

Se le explicó la modalidad de participación del equipo que era a través del teléfono y con la posible intervención en persona y que la terapeuta saldría en algún momento de la sesión a conversar con ellos (Kreuz & Pereira, 2009).

El encuentro del equipo con la terapeuta se marca para media hora antes de la llegada del consultante, para que cuente el caso, ayudada con la historia clínica disponible online, y para acordar ciertas reglas básicas (Haley, 1980).

Le sugieren que trate de sentirse como en su consultorio, que el supervisor llamaría si fuera necesario para darle algunas directivas claras y que cuando lo creyera oportuno saliera a hablar con el equipo.

Ya en Cámara Salvador le cuenta al equipo su proceso terapéutico desde que empezó hasta hoy. Habló de su necesidad de componer el vínculo con su pareja, sus logros personales, y el no estar preparado todavía para tomar la decisión de seguir o no con su pareja.

Textuales:

- “Me siento estancado. Siento que me duele mucho todo esto. Cada vez las siento más lejos. Me cuesta generar un vínculo distinto cuando la agresión no está en nosotros”.

La terapeuta salió a consultar con el equipo que observaba detrás del espejo y cada uno expuso su parecer respecto lo planteado en la sesión: la situación actual del paciente y su pareja. Lo que él siente que hace por recomponerla y lo que siente que ella no hace. La tristeza y bajón que le provoca. Su sensación que no avanza, que siempre está en función de lo que su pareja hace, que quiere evitar enojos.

Alguna de las cosas que se dijeron fueron:

Supervisor 1: expresó que creía que Salvador tenía que ir con la verdad, no mentirle, y dejarla enojarse y bancársela hasta que él crea que pagó por todo lo que hizo a lo largo de su relación. Amplificaría eso. Que justamente se trata de las desventajas del cambio que hizo hasta acá. “Tiene consecuencias ese cambio” Y concluyó, que una vez que Salvador hubiera pagado todo, le preguntaría. Qué haría diferente.

Supervisor 2: consideró que era importante ordenar todos los logros de él hasta acá, lo que hizo lo que no, lo que quería lo que no...

Hubo una tercera opinión que fue la que se acordó se implementaría como línea de reformulación y quien la expuso entraría para hacerla y cerrar la sesión.

El supervisor que entró, luego de presentarse, hacerle unas preguntas e intentar lograr la mayor empatía posible en un instante, hizo una reformulación panorámica, a fin de facilitar el terreno para que aumente la probabilidad de que Salvador acepte una nueva perspectiva (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).

A partir de la enumeración correlativa de algunos hechos que él presentó y que el terapeuta seleccionó, se reconstruyó su historia de tal modo que esta nueva construcción, verosímil para él, le pudiera otorgar un marco conceptual en el que su propia historia cobrara un sentido distinto y le ayudara al supervisor a la aceptación de la reformulación final (Hirsch & Berezosky, 1987).

En la reformulación final se le dijo que él tuvo un crecimiento personal en este último tiempo y que eso hacía que viera a la pareja de una manera diferente, que tuviera una mirada diferente sobre ella. Es decir, sobre lo mismo, el cambio que él hizo, hacía que de lo mismo se vea algo diferente. Que eso indicaba que se tenía que redefinir el vínculo que tenían, ya que él la

quería pero diferente debido a tu crecimiento personal y ella iba a tener que hacer un cambio. Y concluye textualmente:

- “Quizá lo que te toque es esperar. Ella ahora no está. Al lado tuyo hay una silla vacía. Quizás no tenés que hacer nada más que esperar, esperarla”.

Su contestación inmediata fue:

- “Estoy en la lona”.

Una vez cerrada la sesión y quedando solo el grupo de terapeutas concluyen que se debería insistir en que espere el cambio, que le de tiempo y que se le deberían facilitar herramientas para poder usar cuando sea sincero con ella y sepa que se le viene una. Eso lo ayudaría a enfrentar la situación que podría resultarle pesada, y con la verdad ir construyendo y creciendo. Y eso la ayudaría a ella a crecer. Incluso agregaron que si era necesario para que el mantenga la calma podía tomar un poco de distancia

Estimaron que el cambio de encuadre podría ser: darle tiempo y ver qué pasa con su estar solo.

Cuando en la entrevista se le consulta a la terapeuta sobre la supervisión y su experiencia, la calificó de fundamental para evaluar el desarrollo del tratamiento y aportar nuevas ideas. Que ella se había sentido contenida y apoyada. Cualidades que destaca Selicoff (2006) a la hora de construir la alianza entre supervisores y supervisados.

Expresiones posteriores a la sesión supervisada

- “la sesión del otro día me dejó pensando. Fue una síntesis de todo. No faltó ni sobró nada”.
- . La cámara me dió un empujón y me hizo bien 100%. Aire nuevo.

5.4 Proponer la utilización de técnicas activas en este caso.

Las técnicas activas según las describen Baenza y Pfefferman (1994) son instrumentos que se utilizan para generar situaciones de cambio. Conductas o ideas nuevas, en el aquí y ahora que facilita el espacio construido para que la dramatización se despliegue. Son una modalidad específica de intervención, que inciden en la dinámica del sistema que trabaja.

Producto de la ambivalencia de Salvador respecto a si seguir o no con la relación de pareja, en las sesiones a veces se trabajaba su persona, a veces su sentir respecto al vínculo con Inés, y a veces también las dos cosas, según lo que llevara a la consulta, presentara como preocupación y privilegiara la terapeuta para darle lugar.

En la sesión en la que se proponen técnicas activas, Salvador expresaba textualmente:

- “Me pongo a pensar cómo cambió ella conmigo. Antes yo era todo para ella. Vivía para mí. Siento una mezcla de dolor, con arrepentimiento, con culpa. Tengo que sacar las capas que me separan de ella para llegar a ella”.

En sesiones anteriores había dicho:

- “El lazo afectivo con ella es muy fino. Yo tiré mucho de la cuerda y el hilo se cortó”.
- “Pienso que el 70% es culpa mía pero no puedo remar contra la corriente”.

Una propuesta de acción para ayudarlo a “sacar las capas que lo separaban de ella” podría ser la utilización de una técnica activa llamada *Silla vacía*. Cuya implementación consistiría en visualizar en esa silla vacía a la persona, Inés, con la cual se quiere interactuar o con la cual se tiene un conflicto (Población Knappe, 1997). Que pueda decirle lo que quiera y sienta respecto a esas capas que los separan o decirle algo que ayude a correrlas y los acerque de a poquito. Lo que se le ocurra, lo que aparezca, dejándose llevar, recordándole que en ese espacio de juego y experimentación nada está bien ni mal, sino que todo es posible.

Claro está que la propuesta sería viable de hacer, porque se cuenta con un ambiente de calidez, apoyo y ánimo necesarios para predisponer positivamente a Salvador a lanzarse a la dramatización (Barberá & Población, 1997). Bien explicada la propuesta, la técnica podría ser eficaz y habilitante para él, ya que a partir de la puesta en acto de la situación conflictiva, Salvador podría registrar, comprender o desarmar, conductas disfuncionales, circuitos interactivos que se repiten, promoviendo en el espacio del “como si”, el juego, la fantasía, la prueba, el animarse a nuevas alternativas, a nuevas experiencias y aprendizajes (Baenza & Pfefferman, 1994). Porque si bien la modalidad es ficticia la experiencia es muy real y le permitiría hacer cosas que aún se encuentran fuera de su alcance en la vida real, pero vivenciadas, en ficción, estas nuevas experiencias puedan formar parte del repertorio de su vida.

Sería beneficioso para la terapeuta también poder acceder a parte de ese mundo interno, desplegado desde la acción, para ir completando el mapa de su consultante y desde ahí intervenir.

Luego de dramatizar, se podría pedir a Salvador que cambie de silla y haga el rol de la persona de la silla vacía, Inés (Población Knappe, 1997), o, si el timing lo da, proponer hacer otra técnica, la llamada *Cambio de rol*, para que Salvador, adoptando el rol de Inés, diga lo que para él podría decirle o sentir Inés, pueda ver el mundo desde la perspectiva de ella, y hacer un sincero contacto. Permitiéndole que pueda mirarse desde la perspectiva de ella, facilitando la identificación de emociones propias pero difíciles de reconocer, registrar o permitirse, y que al experimentarlas desde el cambio de rol, pueda identificarlas y posiblemente también capitalizarlas y usarlas en su vida cotidiana (Leveton, 1980).

Un modo para que la terapeuta le proponga el juego sería:

- Salvador”, ahora, si estás de acuerdo, me gustaría que cambies de rol, vos serías Inés y yo voy a hacer de vos, y quisiera que desde Inés (señalándolo) le digas a Salvador (señalándose) lo que suponés que te respondería Inés o te diría habiéndote escuchado.

Al finalizar la dramatización es importante, y condición para que la técnica sea bien aplicada (Barberá & Población, 1997), que la terapeuta invite hacer un cierre con un *soliloquio* del protagonista, es decir, un monólogo en situación a través del cual la persona reflexiona en voz alta y asocia libremente respecto a la acción o la representación dramática que acaba de realizar, enriqueciéndola con pensamientos y sentimientos respecto a la percepción que tiene en ese momento de sí mismo y o del sistema del que forma parte. La idea sería hacer emerger un contenido interno o aclarar algún contenido oculto que permita una redefinición del sistema desde un punto de vista personal (Población Knappe, 1997).

Así Salvador puede también, a través del *role playing* (Barberá & Población, 1997) trabajar sobre ciertos roles asumidos históricamente y que por defectuosos, insuficientes o ausentes generaron relaciones disfuncionales. El rol del culpable por ejemplo, lo podría rever jugando en un “como sí”, viendo qué le pasa si asume otro rol, alguno difícil de asumir en este momento pero que podría ser funcional para desplegarlo en su vida hoy. Aportando algo distinto a una respuesta estereotipada (circuito autopetruante) con flexibilidad y espontaneidad (Schutzenberger, 1970).

Moreno (1974) reconocía en el hombre la capacidad de crear y recrearse a sí mismo desde su *espontaneidad*, que es su libertad dada, y de recuperarla permitiéndole la adecuación de sus respuestas al entorno, al encuentro con el otro, con los otros...

6 Conclusión

El caso clínico presentado y analizado fue el de Salvador, un hombre de 30 años con una crisis personal y familiar, con muchas dificultades para resolver una situación conflictiva de pareja, con una intensa indecisión respecto a si seguir o no con esa relación, y con un estado de profunda frustración y descuido personal.

Para el desarrollo se partió de la descripción del caso a partir del abordaje que propone el modelo del Mental Research Institute de Palo Alto, identificando problemas solubles, fijando metas, diseñando intervenciones para poder alcanzarlas, (Haley, 1996) poniendo el foco en la interacción, tratando de identificar el circuito mantenedor del problema e interviniendo allí donde se creía conveniente para influir y generar el cambio (Casabianca & Hirsch, 1992).

A partir del dialogo terapéutico de las primeras sesiones, se fue configurando la historia del sistema, el modo de relación de sus elementos, como impactaban las conflictos en ellos, los intentos de solucionarlos y el modo de volver a acomodarse en el sistema (Wainstein, 1997).

La primera intervención que se hizo, fue una reformulación para que el consultante pueda acceder a otra significación de la problemática que tenía (Casabianca & Hirsch, 1992), normalizando la dificultad de una definición sobre una cuestión tan importante como era la de definir si separarse o no de su pareja, con las características particulares que tenía: tiempo de relación, edad de los participantes, paternidad precoz, y connotando positivamente el hecho de haberse acercado a la consulta para pedir ayuda como primer paso generador del cambio.

El diagnóstico de circuito que estableció la terapeuta a partir de la descripción de ciertas conductas que hizo el consultante, fundamental según Kopec (2007) para que los cambios y la evaluación del tratamiento también puedan observarse, fue que cuando Salvador proponía salida solos o con su hija, Inés se negaba y si salía lo hacía solo con su hija, entonces Salvador se enojaba, se angustiaba, se retraía, se aleja, entonces ella desconfiaba, se aleja también, no quería salir y en consecuencia él quería salir más con ella.

Dada la sintomatología presentada por el paciente y su queja inicial, se acuerda conjuntamente con la terapeuta que, aún sin perder de vista que él quería definir qué hacer con su pareja, lo primero a hacer sería ocuparse de él, fortalecerse como persona, identificar deseos personales, lo que estaba dispuesto a hacer por ello y lo que no, para luego, desde esa posición más sólida, poder adoptar una postura más conveniente en la interacción con su pareja, cuidando

a su hija en el proceso, habilitando así una vía más saludable y clara que colabore con la decisión que quisiera tomar.

Construido el sistema terapéutico y para empezar con los cambios acordados que permitieran bloquear el circuito autoperpetuante de la conducta, la terapeuta implementó una serie de reformulaciones, prescripciones y tareas, (Casabianca & Hirsch, 1992), contando con el beneficio de la buena disposición y apertura del consultante.

Una de las primeras tareas que le indicó fue la de *Escribir leer y quemar* (Wainstein, 2006) los pensamientos negativos que lo abrumaban como un modo de habilitarlos pero a su vez acotarlos y controlarlos para que esto le permitiera un marco más placentero en su búsqueda personal.

Le siguieron otras reformulaciones. Una en la que intentó que pudiera ver beneficiosos y no malestar en los momentos de soledad, y lo provechoso que podían ser esos espacios para el proceso que estaba haciendo. Se le dio una tarea para apoyar esta reformulación y fue la de escribir para el próximo encuentro en una hoja lo que quería para él, qué actividades les gustaría hacer, y le sugirió una forma facilitadora para hacerlo.

De a poco fue encontrando espacios de disfrute como ir a jugar al fútbol con compañeros de trabajo y encontrarse con amigos.

La terapeuta llevó el caso a supervisión dos veces. La primera vez le ratificaron que estaba haciendo bien en iluminar la parte buena de “el estar solo” y le propusieron una tarea para sugerirle al consultante *Fijarse en que podría hacer... pero no hacerlo todavía* (Beyenbach & Herrero de Vega, 2010) que resultó muy bien. La segunda vez supervisó pero con una sesión en cámara, para poder recibir otras opiniones en función de ciertas problemáticas que venía planteando el consultante en relación a la interacción con su pareja y que podían afectar los cambios que había empezaba a hacer. Cambios significativos, conductas distintas que cortaban el circuito habitual de interacción y que permitían evitar o alejar el problema (Hirsch & Casabianca, 1992). En la segunda supervisión se intervino primero con una reformulación panorámica (Cazabat & Urretavizcaya, 2007) que abonó el camino para la reformulación final que se hizo, en la que se amplificó la espera como una necesidad para que sea posible la redefinición de un nuevo vínculo con su pareja, dándole tiempo para que ella también pueda cambiar. Una vez más la supervisión tuvo buen resultado. El nuevo encuadre colocó al consultante en un lugar distinto, de logro y de sensación de control.

En las siguientes sesiones se trabajó la actitud de él frente a los cambios en ella. Con nuevas reformulaciones, acompañándolo en la espera y el crecimiento personal. Debido a que el grado de sintomatología del consultante fue mejorando las sesiones se empezaron a hacer cada 15 días.

En el desarrollo del último objetivo del presente trabajo se propuso hipotéticamente la utilización de técnicas activas en una sesión específica, para que a través de la acción y del “como sí” que facilita la dramatización, pudieran generarse conductas o ideas nuevas que llevaran a situaciones de cambio (Baenza & Pfefferman, 1994). Se propusieron la *silla vacía* para que pueda decirle a su pareja lo que quería y sentía respecto a las cosas que lo separaban de ella, *cambio de rol*, que le permita ponerse en el lugar del otro, de ella, y tratar de ver el mundo desde la perspectiva de ella y hacer un sincero contacto (Leveton, 1980), *soliloquio* como un modo de reflexionar en voz alta y asociar libremente respecto a la acción o la representación dramática que se acababa de realizar (Población Knappe, 1997), y el *role playing* para trabajar sobre ciertos roles asumidos históricamente o roles nuevos (Barberá & Población, 1997).

En el caso analizado, hubiera sido conveniente insistir en realizar una sesión de pareja, para poder observar directamente la interacción entre ellos, modos posturales, actitudinales, ubicación espacial, modos de mirarse, tratarse.

En muchos casos hubiera sido conveniente utilizar la repregunta para entender mejor que quería decir con frases como “hice muchas cosas malas” o “hice muchas cosas feas” o “quiero vivir con ellas, manejar mis tiempos, hacer lo que quiera, y tener a mi familia conmigo”. O indagar sobre la relación de violencia, para poder entender un poco más. La propuesta de hacer la *silla vacía* también se pensó para poder acercarse o acceder a eso que no había sido dicho.

Hasta aquí la conclusión sobre el caso.

La conclusión sobre la práctica V y el presente trabajo integrador requiere ir al inicio, a la elección de la institución donde se hizo. Ambas cosas representaban una etapa en la carrera muy importante. La práctica pretendía ser un eslabón interesante y nutritivo para la próxima etapa, la profesional. Pretendía ser un puente entre la formación y el acercamiento real al ejercicio de la profesión. Un puente que diera ciertas certezas, que calmara ansiedades y que confirmara que si bien enmarcados, rígidos o deformes los conocimientos estaban, y que con ayuda y “millas” podrían desenredarse y convertirse en una red que pudiera sostener de forma teórica y práctica un

hacer profesional. Con lo cual dónde se hiciera y cómo, y que a partir de ella se debiera armar este trabajo, la revestía de mucha importancia.

El proceso de práctica en el CPP junto con el desarrollo del trabajo final integrador resultaron un pasaje muy enriquecedor, por los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos y por el contacto intenso, directo, teórico y práctico con un modelo psicoterapéutico y su hacer.

Es importante destacar la importancia de espacios de consulta, apoyo y aprendizaje para terapeutas en el inicio de su hacer profesional, así como el trabajo permanente en conexión con otros profesionales, en supervisión, o en espacios específicos creados, como entrenamiento necesario y enriquecedor para el terapeuta.

7 Referencias

- Baenza, S., & Pfefferman, R. (1994). *Las técnicas Psicodramáticas en la terapia familiar*. Revista *Perspectivas Sistémicas*, 33, 15-18.
- Barberá, E., & Población, P. (1997). *La Escultura y otras Técnicas Psicodramáticas aplicadas en Psicoterapia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Beyenbach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Borelli, A., & Pinto, B. (2006). Modelo sistémico aplicado a un centro de rehabilitación de drogadependencia. *Organo de difusión científica del departamento de psicología Universidad Católica Boliviana*, 4 (1), 1-18. Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v4n1/v4n1a2.pdf>.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1993). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (1992). *Como equivocarse menos en Terapia*. Buenos Aires: Gabas Editorial y Asociados.
- Cazabat, E. (2007). Historia de la Terapia Estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Cazabat, E., & Urretavizcaya, A. (2007). La reformulación panorámica. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica* (pp. 91-100). Buenos Aires: Dunken.
- Cruz Fernández, J. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 129-142. Doi <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000100013>
- Daskal, A.M. (2008). Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (3), 215-224. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921795003>
- Díaz Oropeza, G. & Ismael, F. (2012). La investigación en terapia familiar. *Revista del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey*. 6 (11), 163-196. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=141125357010>

Erikson, E. (1985). *El Ciclo Vital Completado*. Buenos Aires: Paidós.

Espina Barrio, J. A. (2001) Integración del Psicodrama con otras líneas teóricas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* Nro77. Doi <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352001000100004>

Falicov, C. J. (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo vital*. Buenos Aires: Amorrortu.

Fernández Álvarez, H. (2004). *Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

Gimeno, A. (1999). *La familia el desafío de la diversidad*. Barcelona: Ariel

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J. (1994). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Madrid: Amorrortu.

Haley, J. (1996). La supervisión en vivo. En J. Haley, *Aprender y enseñar terapia* (pp. 189-226). Buenos Aires: Amorrortu.

Hirsch, H., & Rosario, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales: La Organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir.

Hirsch, H., & Berezosky, I. (1987). Construcción de redefiniciones: base de todo proceso terapéutico. *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales: La Organización del cambio* (pp. 45-53). Buenos Aires: Nadir.

Kopec, D. (1987). El diseño de la terapia estratégica. *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales: La Organización del cambio* (pp. 21-30). Buenos Aires: Nadir

Kreuz Smolinski, A. & Pereira Tercero, R. (2009) (2 ed.), *Terapia familiar*. En L. Vallejo, & C. Leal, *Tratado de Psiquiatría*. Recuperado de: http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/pdffiles/VallejoTratado/c131706082.pdf

Leveton, E. (1980). *Cómo dirigir Psicodrama*. México: Ed. Pax-México.

Lombardo, E. & Krzemien, D. (2008). La Psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del Desarrollo. *Revista argentina de sociología*, 6 (10). Recuperado de:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166932482008000100008

- Loubat, M. (1995). Supervisión en Psicoterapia: una Posición Sustentada en la Experiencia clínica. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 75-84. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78523208#>
- Moreno, J.L. (1974) *Psicodrama*. Buenos Aires: Ediciones Horme S.A.E.
- Philip Rice, F. (1997) *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital*. Madrid: Pearson Educación.
http://books.google.es/books?hl=es&lr=lang_es&id=ZnHbCKUCtSUC&oi=fnd&pg=PA1&dq=crisis+ciclo+vital+individual&ots=yyVya6F06O&sig=twBIf6Bxc0fqr9QPD4uh2GwxdAw#v=onepage&q=crisis%20ciclo%20vital%20individual&f=false
- Población Knappe, P. (1997) *Teoría y Práctica del juego en psicoterapia*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Schutzenberger, A. A. (1970). *Introducción al Psicodrama en sus aspectos técnicos*. Buenos Aires: Aguilar.
- Selicoff, H. (2006). Looking for good supervision: a fit between collaborative and hierarchical methods. *Journal of Systemic Therapies*, 25 (1), pp. 37-52.
- Simon, F., Sherlin, H. & Wynne, L. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Wainstein, M. (1997). *Comunicación Un paradigma de la Mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2012). La influencia del Constructivismo en la Psicoterapia Interaccionista. En G. Nardone, & P. Watzlawick, *Terapia breve: Filosofía y Arte* (pp. 51 - 60). Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Barcelona: Herder