

Universidad de Palermo  
Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Psicología.

# **TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN**

Primera Entrevista en Psicología Sistémica

Autor: Marcelo Unda Bernal  
Tutor a cargo: Dra. Wittner Valeria

## Índice:

1. Introducción: .....	3
2. Objetivos .....	4
2.1. Objetivo General: .....	4
2.2. Objetivos específicos: .....	4
3. Marco Teórico .....	5
3.1. Modelo Sistémico en Psicoterapia .....	5
3.1.1. La Pragmática de la Comunicación .....	6
3.1.2. Teoría General de los Sistemas .....	7
3.1.3. Cibernética .....	9
3.1.4. Modelo Estratégico .....	10
3.1.5. Modelo Estructural .....	13
3.2. Primera Entrevista .....	16
3.2.1. Desarrollo de la Primera Entrevista .....	17
3.3. Organizadores Clínicos .....	21
3.3.1. Genogramas .....	22
3.3.2. Ciclo Vital .....	23
3.4. Joining Terapéutico .....	25
4. Método .....	27
4.1. Tipo de estudio .....	27
4.2. Participantes: .....	27
4.3. Instrumentos: .....	28
4.4. Procedimiento: .....	28
5. Desarrollo .....	29
5.1. Modelo estratégico y estructural en la primera entrevista .....	29
5.2. Los organizadores clínicos .....	39
5.3. Joining terapéutico .....	48
6. Conclusiones .....	51
Referencias Bibliográficas .....	53

## **1. Introducción:**

En la actualidad existe un gran número de lugares en los cuales se realiza el ejercicio profesional de la práctica de psicoterapia, los cuales brindan, de acuerdo a su orientación o modelo específico, una alternativa a la resolución de las diversas problemáticas o situaciones específicas que se presentan diariamente en la vida de cualquier ser humano. El lugar en el cual se realizó la práctica profesional para culminar la carrera de psicología fue en una fundación de psicoterapia sistémica ubicada en la ciudad de Buenos Aires. El pasante manifestó su interés en el área clínica de la psicología en la rama sistémica siendo entonces éste el lugar adecuado para la realización de su pasantía, en el primer semestre de 2016. Una de las principales actividades que se realizaron durante la pasantía fue la de ver grabaciones de videos de entrevistas de admisión, las cuales sirvieron de base para la explicación y la formación de aptitudes para diferenciar diversos aspectos dentro de la primera entrevista y las problemáticas relacionadas al ciclo vital de los pacientes. Así mismo se realizó la observación de pacientes por medio de la cámara Gesel y se realizó una participación como observador en grupos de supervisión de terapeutas con casos reales de pacientes.

Este trabajo intenta mostrar cómo se realiza el proceso de la primera entrevista en un centro de psicoterapia enfocada en el modelo sistémico y describir cómo este modelo incluye diferentes aspectos relevantes para la correcta realización de dicha entrevista. Al ser una descripción del proceso de la realización de la primera entrevista en la fundación, fue necesaria primeramente la autorización por parte de los directivos de esta institución, así como la autorización del uso de las historias clínicas de los pacientes y las filmaciones de los videos en donde quedaron registradas las entrevistas de admisión.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General:**

Describir el proceso de primera entrevista realizado en una institución enfocada en el modelo sistémico.

### **2.2. Objetivos específicos:**

1: Describir y analizar cómo esta institución incluye el modelo estratégico y el modelo estructural en la primera entrevista.

2: Analizar la importancia de los organizadores clínicos en el proceso de primera entrevista en la institución.

3: Describir las características del joining terapéutico dentro de la primera entrevista realizada en la institución.

### 3. Marco Teórico

#### 3.1. Modelo Sistémico en Psicoterapia

Todo profesional de las ciencias humanas y sociales necesita de una referencia teórica que le oriente en la práctica, un encuadre conceptual que le brinde el marco propicio para tener en donde basarse y saber cómo complementar los asuntos prácticos que le brinda el día a día en su profesión (Cibanal, 2006).

Existen varios encuadres en psicoterapia, como lo son, primeramente, el modelo biofísico, el modelo psicoanalítico, modelo conductista, modelo cognitivo, modelo humanista y el modelo sistémico. Cada uno de los modelos intenta definir las relaciones existentes entre la persona y su mundo (Wainstein, 2002).

Fue a principios de los años cincuenta cuando Gregory Bateson introdujo una concepción teórica nueva en las ciencias humanas, reemplazando cierta forma de pensamiento causalista y lineal por otro *circular* (Wainstein, 2006).

El modelo sistémico está basado en La Pragmática de la Comunicación, La Teoría General de los Sistemas y conceptos de La Cibernética. Dicho modelo parte del teorema de que “toda conducta es comunicación”, y considera a la patología como “patología relacional” y no como un conflicto del individuo; es decir como el resultado que se genera del conjunto de las situaciones y las vivencias y como éstas se relacionan entre sí para cada individuo (Cibanal, 2006).

Según Wainstein (2002), un sistema es un conjunto interrelacionado de elementos y las personas se encuentran insertas en un sistema, siendo sus miembros interdependientes de éste. Por lo que un cambio en uno de los elementos tiene efecto sobre todo el sistema (Cibanal, 2006).

El proceso de desarrollo del ser humano, al igual que ocurre en cualquier otro organismo vivo, se enmarca en una serie de sistemas relacionados unos con otros, que son distintos escenarios de interacción con el ambiente y son estos los que permiten que los seres humanos logren un desarrollo saludable y eficiente en las diferentes etapas de la vida (Bronfenbrenner, 1987). Cibanal (2006) sostiene que el síntoma, en el modelo sistémico, cumple la función comunicativa y de mantener el equilibrio en el sistema. Eso resulta clave y fundamental durante este modelo pues brinda las condiciones necesarias para que el equilibrio se constituya y mantenga las condiciones adecuadas para que se pueda generar un clima sólido y óptimo para el desarrollo de sus funciones.

Como ya se ha hecho mención, el modelo sistémico en psicoterapia está basado en 3 pilares claves que se desarrollan y se relacionan entre sí partiendo desde el teorema que plantea que toda conducta es comunicacional. El primer pilar es La Pragmática de la Comunicación.

##### 3.1.1. La Pragmática de la Comunicación

La Pragmática de la Comunicación aborda el área relativa a la ciencia de la comunicación que se encarga del estudio y de la interpretación de los signos lingüísticos en tanto expresiones del actuar, consecuencia directa de que el término *pragma*, en su idioma original griego, denota el concepto de acción. Estos actos pueden llegar a ser pasados por alto por los propios protagonistas del acto comunicativo, siendo sin embargo de gran importancia para quien analiza dicha comunicación. Es, por tanto, una disciplina que hace un análisis de todas aquellas valoraciones y factores extralingüísticos que determinan el uso del lenguaje, variables que en otras disciplinas de la lengua serían usualmente ignorados y que cobran una gran importancia teórico-práctica en esta temática (Galindo, 2010).

Austin (1995), distingue tres actos lingüísticos claramente específicos y diferenciados en

función de su especificidad y de sus respectivas funcionalidades determinadas. En primera instancia, está el acto locutorio, siendo el encargado de decir algo, conteniendo un enunciado que dé cuenta de una estructura morfosintáctica y un sentido específico. Seguidamente, el acto ilocutorio, que posee el respectivo sentido de hacer algo, ya que al momento en que se pronuncia algo, se hace con un fin pre-determinado. Finalmente, el acto perlocutorio, que hace referencia a los efectos que se genera el mensaje sobre los receptores. Esto implica que en el acto comunicativo, la comunicación se ve sujeta a un sinfín de actos y variables específicas, en un contexto determinado, no dependiendo la adecuada comunicación específicamente de los matices propios del emisor de los mensajes, sino de la fuerza que el mensaje y los actos emitidos tienen en su interior. Se debe entonces entender que cierta comunicación, en este caso verbal, no sólo tiene una función descriptiva de un objeto determinado, lo que sería el nivel locutorio, sino también funciones conativas e imperativas, entre otras, dando cuenta del nivel ilocutorio implícito en cada uno de los citados y referidos mensajes de todo acto comunicativo.

Zanón (2007) hace una clasificación específica en lo que refiere a actos del lenguaje, distinguiendo cinco tipologías posibles en lo que a actos lingüísticos refiere. En primera instancia, da cuenta de aquellos actos representativos, también denominados asertivos, en donde se hace una representación del estado de las cosas, afirmándose en referencia a la opinión del locutor de alguna manera la verdad tal cual es. En segundo lugar, están los actos expresivos, que hacen expresión de estados de ánimo, sentimientos y algunos estados psicológicos internos. En tercera instancia se encuentran los actos comisivos, que expresan una promesa ó se compromiso de realizar algo en el tiempo futuro. Luego se encuentran los actos directivos, que sugieren al interlocutor a hacer determinadas acciones y, finalmente, los actos declarativos, que producen una modificación en el estado de las cosas, viéndose claramente modificada la situación en que vive una determinada persona. Se evidencia aquí que el lenguaje no sirve tan sólo para expresar de qué manera están las cosas, sino también para poder cambiar el estado de las mismas, evidenciando contener un lenguaje de contenido pragmático dentro de sí.

Otro de los pilares básicos del modelo sistémico en psicoterapia es el que hace referencia a la necesidad de integración e interrelación de los individuos con un contexto determinado dentro de un sistema y como el más mínimo cambio por parte de alguno de los integrantes de dicho sistema en sus interrelaciones altera de alguna manera a la totalidad de ese sistema.

### **3.1.2. Teoría General de los Sistemas**

La Teoría General de los Sistemas ofrece una metodología comunicacional renovadora, distinta y diferencial a los parámetros de la disciplina de la comunicación. Se trata de una nueva ciencia, que hace un paralelismo entre distintos principios generales en los diferentes campos de la actividad social y científica del hombre concebida por Von Bertalanffy (1993), que pretende claramente proporcionar un marco teórico-práctico a las ciencias naturales y sociales. Supone una nueva construcción relativa a la forma de interpretar el pensamiento y las formas de entender la realidad humana en lo que implica al pensamiento lógico sobre la comunicación.

La regla básica de la teoría de los sistemas es que, si uno pretende comprender algún fenómeno o manifestación, debe considerarlo dentro del contexto de todos los circuitos completos que sean relevantes para ese fenómeno.

Es decir, se pone el acento en el concepto del circuito comunicacional completo. Un sistema es, sin ir más lejos, un conjunto de elementos que interactúan de manera simultánea. Vinculando la presente definición a los sistemas humanos, se puede realizar una definición de sistema como el conjunto de individuos que comparten historias, reglas y formas de pensamiento que tienen como finalidad perseguir a un objetivo en común

(Bateson, 1997; Wainstein, 2006).

Hay patrones característicos que Von Bertalanffy (1993) destaca como primordiales en cuanto a un sistema. La totalidad hace referencia a que un sistema actúa de manera grupal en cuanto tal por el hecho de que el mismo trasciende las características personales e individuales de los miembros que forman parte de sí.

El todo puede más que las partes. La entropía, que da cuenta de que los sistemas tienen la tendencia a conservar su propia identidad. La sinergia es una característica fundamental de un sistema, ya que todo cambio que se genere en una de las partes del sistema, por mínimo que esta sea, generará una repercusión global en todas las partes. La finalidad del sistema es la de motivar y lograr a las partes para que actúen de forma específica y así facilitar llegar a los objetivos propuestos. La retroalimentación es una característica de esta teoría e implica que los sistemas tienen tendencia a intercambiar constantemente información entre las partes, brindándose un aspecto relacional influyente y que motiva el surgimiento constante de mejoras y los medios óptimos para actuar eficientemente ante las potenciales amenazas. Por último, se encuentra la homeostasis que es la variable central de todo pensamiento sistémico, y se refiere a la tendencia por excelencia y pretensión máxima de que todo sistema radica en el mantenimiento de la estabilidad.

### **3.1.3. Cibernética**

La cibernética es una parte innovadora de la comunicación y es el tercer pilar sobre el cual se fundamenta el modelo sistémico en psicoterapia; pretende demostrar nuevas maneras de comunicar variables informativas y de brindar métodos novedosos en el proceso de la comunicación. Esta disciplina es entendida como la ciencia del control dentro de la comunicación. La educación misma, analizada desde una mirada cibernética, brinda una nueva suerte de método dialéctico en donde no se pretende generar nuevos conocimientos, sino ajustes ó adaptaciones, buscando aprovechar la información con la que ya se cuenta para complementar los objetivos del sistema comunicacional; no busca generar nuevos conceptos, pero en cambio es un facilitador innovador (Obando, 1999).

Wiener y Cerro (1969) proponen a la cibernética como una especie de sistema circular retroactivo, en el que la información es el elemento constitutivo de la sociedad. Propone una serie de elementos que son fundamentales para que la disciplina cibernética pueda ser comprendida y aplicada a las teorías comunicacionales modernas y contribuir con su finalidad profesional y laboral.

Primero toma el concepto de entropía, entendido como la tendencia propia del aspecto de la naturaleza capaz de destruir lo ya ordenado y contribuir con el caos social que se entiende como la amenaza fundamental a la que el sistema debe hacer frente es decir la desorganización. Otro elemento fundamental es la libre circulación de la información, la cual posibilita la existencia de la sociedad de manera libre y diversa. El feedback, que denota aquella capacidad que tiene el sistema para hacer frente a la tensión entre los procesos internos que la integran, sostiene que todo sistema depende de las entradas y salidas, en relación a aquellas interacciones con el entorno circundante, las que responderán de mejor ó peor forma ante éste.

La pretensión de la cibernética reside, bajo la mirada de Wiener y Cerro (1969), en desarrollar un lenguaje y ciertas técnicas que permitan al usuario hacer frente a todos aquellos problemas relativos al control comunicacional general. Se hace cargo del funcionamiento del sistema en sí, y no al porque del funcionamiento ni a su propósito en sí, sino a la cuestión de la eficacia de las partes que componen al sistema. La retroalimentación puede darse de tres diferentes maneras. En primera instancia, puede ser negativa, cuando su intencionalidad reside en regular el cambio; positiva cuando multiplica el cambio hacia una dirección determinada y compensada cuando un regulador

ejerce retroalimentaciones positivas ó negativas dependiendo de las necesidades del sistema y del contexto.

En la psicoterapia sistémica, se puede hablar de distintos modelos como: terapia estructural, terapia intergeneracional, terapia estratégica, terapia breve del MRI, terapia focalizada (Gómez de Agüero, 2014).

### 3.1.4. Modelo Estratégico

Según Wainstein (2006), se llama estratégico al modelo de psicoterapia sistémica que se centra en adecuar medios y fines.

Es un modelo que se focaliza en el problema concreto y ayuda a ordenar y focalizar las metas del paciente en tareas específicas. Las intervenciones estratégicas tratan de generar la solución a los problemas de una manera estratégica y facilitada. Para el modelo estratégico, el problema está determinado por el mecanismo de acciones y automatismos que son desencadenados y mantenidos por las "*soluciones ensayadas*" que el paciente busca para hacer frente al trastorno o síntoma. (Gómez de Agüero, 2014). El Objetivo principal es romper el circuito que se auto perpetúa con la "solución intentada fallida", por lo que la tarea primordial será influir sobre el paciente para que afronte el problema de una forma diferente a como lo viene haciendo (Wainstein, 2006).

Durante el proceso de la primera entrevista, desde el modelo estratégico, se dedicarán, terapeuta y paciente, a crear un vínculo, a la clara definición del problema y cómo éste es sostenido por el paciente (Wainstein, 2006).

Este momento se desarrolla recorriendo varios aspectos como: La etapa social donde se construye el primer vínculo con el paciente y se accede a los primeros datos, etapa en la que el terapeuta debe prestar atención a la relación entre las personas que conforman el sistema. La etapa de planteamiento del problema, se pasa aquí de una instancia social a las intervenciones propiamente dichas, ¿por qué han concurrido? La etapa de la interacción en la que se pide que interactúen los miembros del sistema para dar cuenta de la configuración de las interacciones. La etapa de fijación de metas donde se solicita que especifiquen los cambios que quieren alcanzar, lo recomendable es focalizarse en el síntoma y la persona-problema puesto que servirá como pedal para el cambio. Por último, la conclusión de la entrevista, concretar una nueva cita (Wainstein, 2006).

Una vez el terapeuta y el paciente logran definir y establecer cuál es el objetivo que se desea lograr, el terapeuta utiliza diferentes técnicas o procedimientos que éste implementa sobre el paciente para generar un cambio (Wainstein, 2006).

Los procedimientos directivos son las principales intervenciones del modelo estratégico, son el medio para que las cosas ocurran en terapia (Gómez de Agüero, 2014).

Se habla de intervenciones directas e indirectas. Las intervenciones directas tienen como objetivo cambiar el patrón de relación entre los miembros y acercarse más a la meta deseada ya establecida; por su parte las intervenciones indirectas se utilizan cuando las directas no han dado resultado (Gómez de Agüero, 2014).

Las intervenciones paradójicas, son un tipo de intervención indirecta ya que se pide a las personas que hagan algo con la intención de que no lo cumpla (Wainstein, 2006). Según Gómez de Agüero (2014), esta intervención es utilizada cuando el terapeuta percibe una fuerte resistencia al cambio.

La analogía y metáforas, son otro tipo de intervención indirecta, ante la imposibilidad de abordar un tema de forma directa (Gómez de Agüero, 2014). El uso de analogías y metáforas permite recurrir a nuestra experiencia y usar concepciones para enfrentar o comprender de una forma distinta una vivencia (Wainstein, 2006).

El reenmarcamiento o la reformulación es una intervención clave, en la que se intenta modificar el mapa conceptual y la conducta del paciente, es una modificación de la visión acerca del problema que implica redefiniciones cognitivas sobre alguna idea o conducta



(Wainstein, 2006).

Al accionar sobre el *pattern*, que se define como las secuencias reiterativas de comportamiento en el tiempo, se actúa sobre las pautas de comportamiento las cuales, al seguir reforzándose podrían generar la aparición de lo que posiblemente podría llegar a ser el inicio del conflicto, se debe alterar las conductas habituales que están establecidas como rutinas estables (Wainstein, 2006).

Haley (2015) en el modelo estratégico permite que el análisis catadrático gire en torno a la organización jerárquica familiar, las influencias que se ejercen dentro de sí y las disfunciones que se ven implícitas en su estructura interna. Es en ese rol donde el especialista asume su funcionalidad de ser el responsable de influir de manera directa en el sistema familiar, siendo quien detecta y diagnostica los problemas cotidianos, fija metas y diseña ciertas intervenciones específicas, a la vez que formula sus respuestas para los casos citados.

Según Sluzki (1983), el ser humano puede asumir un nivel epistemológico que le permite descubrir una realidad externa, al que no le es posible mirar una pauta interaccional desde el interior del sistema, es decir, siendo parte de él. Este nivel epistemológico también implica el poder definir familias disfuncionales vs. familias sanas.

Minuchin (1982), uno de los principales profesionales especialistas en la materia, afirma que los subsistemas que existen en la estructura familiar tienen límites interiores, y al mismo tiempo la familia tiene límites con el exterior, pudiendo estos ser difusos, claros ó rígidos. En lo que refiere a las familias aglutinadas, éstas tienen límites difusos y es muy complejo poder tener fronteras amplias, por lo que normalmente resultan muy rígidas. Resulta compleja la manutención de la individualidad dentro de la escala familiar y difícil el compromiso con el exterior. Conforme lo referido a las familias desligadas, éstas tienen límites, a la vez que fronteras más bien rígidas. El grado de individualidad existente es excesivamente amplio y extenso, y en ciertas ocasiones, una gran cantidad de necesidades afectivas quedan sin verse claramente satisfechas.

Según Wainstein(2006), el modelo estratégico de la psicoterapia sistémica tiene como objetivo en la primera entrevista establecer y definir el motivo de consulta, así mismo generar un vínculo favorable entre el terapeuta y el paciente y fijar metas. Es más utilizado en situaciones cuando el paciente es una sola persona, pero también es utilizado en terapia de familia.

Tanto el modelo estratégico como el modelo estructural en psicoterapia sistémica pueden ser implementados durante el proceso terapéutico para el abordaje de un solo individuo o para el de un grupo familiar; será el terapeuta y su equipo de trabajo quienes lo decidirán conjuntamente. El modelo estructural de la psicoterapia sistémica, por el contrario, se centra en clarificar límites y fronteras, y para promover el cambio dentro de la estructura familiar se debe identificar al miembro de la familia que está en conflicto con la homeostasis del sistema familiar ya que al hacerlo se modificará la problemática o síntoma que aqueja a la familia y es por eso que se utiliza en terapia familiar (Wainstein, 2006).

### **3.1.5. Modelo Estructural**

El modelo estructural sistémico surge en el campo de la psicología. Su principal representante es Salvador Minuchin, y fue desarrollado a finales de la década del siglo XX como un intento por explicar la relación entre el individuo y su contexto familiar. El modelo estructural nació como consecuencia de los intentos de desarrollar una intervención terapéutica para jóvenes delincuentes y posteriormente fue ampliada a familias multiproblemáticas y familias de suburbios.

Minuchin y sus colaboradores desarrollaron en el *Philadelphia Child Guidance Center* un modelo basado en la importancia de la organización familiar para su adecuado

funcionamiento y bienestar de sus componentes.

Según Minuchin (1982), el modelo estructural, como también los otros modelos dentro de la psicoterapia sistémica, se guía por algunos principios básicos de la Teoría General de los Sistemas. La familia es un sistema vivo y abierto en el que su totalidad lo conforman no solamente sus elementos que son los miembros de la familia, sino también las relaciones que estos establecen entre sí. Como sistema, la familia busca el equilibrio (homeostasis) y el cambio (morfogénesis). La familia, así como el sistema se autorregula. Como sistema, la familia se relaciona con supra sistemas de los cuales forma parte (familia de origen, familia extensa, comunidad, etcétera). La familia es un sistema en el que se pueden identificar subsistemas: individual, conyugal, parental, fraterno. Existe un conflicto familiar cuando se produce una disfunción en las interrelaciones que se establecen entre sus miembros. El conflicto individual en cualquiera de los miembros del sistema es solo la manifestación de un conflicto familiar. El modelo estructural de la psicoterapia sistémica es una opción de análisis e intervención terapéutica que da la oportunidad de estudiar a las familias como sistemas abiertos en los que se establecen ciertas pautas de interacción o estructuras familiares que determinarán la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares. Desde ésta perspectiva el origen de los problemas psicológicos se encuentra en el ámbito familiar, en el núcleo en el que se desarrolla el paciente identificado, de manera que el análisis de dichos problemas y sus tratamientos se realizan a nivel familiar, no individual (Falicov, 1991).

El modelo de psicoterapia sistémica llamado estructural centra su intervención en la relación ya que genera y explica los comportamientos funcionales o no funcionales, también conocidos como disfuncionales, de las familias. Se modifica la estructura y se moviliza a la familia para que interactúe y experimente modos diferentes de comunicación y relación (Gómez de Agüero, 2014).

El concepto de estructura define los patrones de interacción de la familia (Wainstein, 2006). La disfunción familiar está dada por la incapacidad del sistema familiar de organizarla dinámica y adaptarse al cambio (Gómez de Agüero, 2014), son periodos de transición que implican cambio en la distribución de los roles y en las definiciones de las fronteras familiares (Falicov, 1991).

Minuchin (1982) abordará las presentes temáticas haciendo estricta mención a los extensos casos de familias que presenten problemas en lo que implique límites. Se clasificará a las familias en tanto funcionales y disfuncionales.

En las familias que presenten características de disfuncionalidad, los conflictos cotidianos tradicionales, la complementariedad de roles de manera rígida, los problemas existentes entre cónyuges, el stress y muchas veces el abuso de un miembro de la familia por sobre otro lleva a ciertos miembros de la familia a acomodarse a tales situaciones, lo que genera que al tiempo se acostumbren y perciban tales situaciones como parte de la normalidad, adaptándose a las vivencias experimentadas y entendiéndolas como recurrentes, lo que constituye un hecho grave en lo que refiere a las relaciones tradicionales entre miembros de la estructura familiar referenciada. Los ejemplos tradicionales referidos al asunto explicitado radican en la existencia de familias aglutinadas y desligadas.

La escenificación es una de las principales técnicas de intervención del modelo estructural, es una puesta en escena (Wainstein, 2006). El terapeuta pide a los integrantes de la familia que interactúe de forma habitual con el fin de observar y modificar su forma de relacionarse (Gómez de Agüero, 2014).

El desequilibrio con el que se busca cambiar las afiliaciones, el vínculo jerárquico entre los integrantes de los subsistemas además se atribuye a cada subsistema capacidades distintas y complementarias (Wainstein, 2006).

Gómez de Agüero (2006) indica que en la terapia estructural el terapeuta debe dirigir su

atención sobre la estructura familiar. Su análisis debe ser holístico porque examina propiedades del sistema familiar como un todo.

Wainstein (2006), sostiene que cuando se pone en escena la interacción de los miembros de la familia el terapeuta puede encontrarse con el problema de hacerse entender. El aumento de la intensidad, es una técnica utilizada para superar el umbral de "sordera psicológica" con la que el sistema se está manejando.

Minuchin y Fishman (1984) mencionan que los miembros de la familia localizan el problema sólo en uno de ellos y esperan que el terapeuta trabaje en ese individuo. Sin embargo, para el terapeuta ese miembro es solamente el portador del síntoma y el problema es causa de interacciones disfuncionales de la familia.

La primera entrevista es un proceso clave en el desarrollo de la vinculación personal y profesional del terapeuta con el paciente o con el grupo familiar o grupo social que asista en búsqueda de psicoterapia (Minuchin & Fishman, 1984).

### **3.2. Primera Entrevista**

A continuación, se abordará el concepto de primera entrevista, en general, para el macro modelo de psicoterapia sistémica y posteriormente se desarrollarán aspectos de la primera entrevista para los sub modelos que hacen parte del macro modelo de la psicoterapia sistémica llamados modelo estratégico y modelo estructural.

Para el modelo sistémico de psicoterapia; macro modelo que incluye diferentes sub modelos; tales como: terapia estructural, terapia intergeneracional, terapia estratégica, terapia breve del MRI, terapia focalizada, etcétera (Gómez de Agüero, 2014); la instancia de primera entrevista resulta de suma relevancia dentro del proceso terapéutico. Durante ella se intenta recabar información de todo el sistema, la cual se utiliza no solo para el diagnóstico sino también conlleva una intervención en si misma (Palomar Villena & Suarez Soto, 1993).

Durante el proceso de la primera entrevista, desde el modelo estratégico, el cual generalmente es el que se utiliza cuando se trabaja con un solo paciente, se dedicarán, terapeuta y paciente, a crear un vínculo, a la clara definición del problema y cómo éste es sostenido por el paciente (Wainstein, 2006).

Según Haley (1980), para establecer dicho contexto la primera entrevista quedaría estructurada en cuatro fases. Una fase social en la que ambas partes de la relación se presentarían. Una segunda fase de planteamiento, definición y estudio del problema. La fase de interacción en donde se observan los patrones relacionales de conductas. Y por último la fase de definición de los cambios deseados.

Este momento de primera entrevista incluye diferentes etapas, siendo la más importante la denominada etapa social en la cual se debe generar una adecuada alianza entre el terapeuta y el paciente, cuando se hace referencia al modelo estratégico, seguida por la etapa de planteamiento del problema, en donde junto con las quejas que el paciente trae consigo mismo, se debe lograr definir la razón por la cual el paciente está realizando la consulta. También está la etapa de interacción que se lleva a cabo cuando la consulta es familiar; es cuando el terapeuta utiliza el modelo estructural, utilizado siempre con familias: los integrantes al interactuar entre ellos, guiados por las indicaciones del terapeuta, dejan en evidencia cómo es su relación real. En la etapa de fijación de metas, el paciente expone los objetivos que desea lograr y lo que está dispuesto a hacer para lograrlo; al final se llega a la conclusión de la entrevista, donde después de una devolución se concreta una nueva cita (Wainstein, 2006).

Al realizar la evaluación inicial, es decir la primera entrevista, el terapeuta debe pasar de la teoría a la práctica y al dialogo real, para ello se va a valer de técnicas o herramientas específicas para realizar la evaluación y poder organizar la información (MidoriHanna & Brown, 1998).

### 3.2.1. Desarrollo de la Primera Entrevista

Cómo ya se ha mencionado, para el modelo de psicoterapia sistémica; el primer contacto con el paciente es un momento de gran importancia para el futuro tratamiento del potencial paciente, ya que concurre con la urgencia de hallar una posibilidad de resolver el problema que lo aqueja. La primera entrevista establece fases o etapas dentro del proceso terapéutico, un comienzo, un desarrollo y un fin del proceso. Esta primera entrevista es cara a cara con el terapeuta, luego de haber sido agendada por medio de una llamada telefónica donde se habrán solicitado algunos datos como quién pide el turno, quién lo deriva y si fuera posible, el porqué de la consulta (Kopec, 2013; Nardone & Watzlawick, 1995; Wainstein, 2006).

En la mirada de este modelo, el problema está constituido por el conjunto de acciones y retroacciones que han sido formadas, desencadenadas y mantenidas por las soluciones intentadas por el paciente o la familia para tratar de hacer frente a los síntomas o trastornos (Nardone & Watzlawick, 1995). Por consiguiente, desde el modelo sistémico, un problema conlleva una estrategia fracasada, una falta de adecuación de medios afines; una interacción circular autopertuante que, al no solucionarlo, lo sostiene. De esta manera, todo lo que el paciente o la familia define como problema se encuentra apoyado en la solución intentada fallida que, al estar sostenida en el tiempo, agrava y rigidiza el problema (Wainstein, 2006).

En la fase social, el psicólogo se reúne con el paciente o con todos los miembros de la familia que hayan asistido a la entrevista, los hace sentirse cómodos invitándolos a presentarse y dándoles un carácter individual, a fin de establecer un contacto inicial con ellos. Para tal finalidad, el terapeuta debe adaptar su propio lenguaje al de los pacientes, jugando a mimetizarse y a tratar de minimizar las existentes diferencias de personalidad; realiza esto con la intención de generar la confianza necesaria para que el paciente se sienta interesado e identificado con él (Minuchin & Fishman, 1984).

A fin de poder realizar un correcto diagnóstico presuntivo, una de las preguntas que siempre debe hacerse y que en la primera entrevista ayuda a obtener mucha información del paciente, es de qué forma el paciente y su entorno más próximo han intentado hasta el momento solucionar el problema y si ese intento en algún momento ha tenido éxito en algún punto o si por el contrario ha sido fallido. Otra pregunta inicial y de mucha importancia es la de indagar la razón por la cual la persona consulta en ese momento específico; esta pregunta será de gran ayuda para el terapeuta ya que de esa manera se podrá evaluar si el paciente está en condiciones de solucionar el problema y si tiene voluntad para hacerlo ya que si el paciente percibe su problema como una característica personal, puede que las intervenciones no hagan el efecto que se busca y de esta manera tal vez la terapia no tenga sentido en ese momento o haya que modificar los objetivos propuestos hasta hacerlos alcanzables y esto frustra a la persona (Kopec, 2013).

Posteriormente, en la etapa denominada de planteamiento, definición y estudio del problema, el terapeuta se preguntará cuál fue la causa que ha motivado al paciente a la consulta, así como también deberá indagar la razón, el problema por el cual se siente aquejado el paciente y que ha motivado la entrevista (Minuchin, 1982).

Una forma más simple y práctica de definir el problema es hacerlo como conductas observables; de esta manera se facilita su comprensión y permite una mejor evaluación de los resultados. Es de gran utilidad saber si el paciente ha tenido consultas psicológicas anteriores, y en caso de que haya tenido, preguntarle qué piensa qué le sirvió y qué no de las anteriores consultas. Al hacer estas preguntas, se puede organizar un poco más la manera en la cual se va a abordar el proceso terapéutico con el paciente, por ejemplo, saber que cuestiones debería evitar, en cuales hacer más hincapié con base a lo que el paciente manifieste haber percibido de las otras terapias (Kopec, 2013).

Según Minuchin y Fishman (1984), haciendo referencia específicamente al proceso de

primera entrevista desde el modelo estructural de la psicoterapia sistémica; hay dos formas en las cuales una familia puede presentarse a la primera entrevista; primero de una forma sintomática, en donde la causa de la consulta presentada por la familia está en la personalidad propia de un solo miembro de la familia y que por lo tanto representa un problema que interfiere en la funcionalidad normal y la adecuada estabilidad de la familia. La segunda manera en la cual una familia puede presentarse a la primera entrevista es la denominada forma interaccional, en la que se plantea no la presencia de un problema individual, sino la presencia de dificultades que presenta el grupo de familia a la hora de la convivencia cotidiana, trascendiendo la especificidad de un solo miembro. En ciertas instancias el síntoma problemático puede ser parte de un solo miembro de la familia, pero con el transcurso del tiempo, éste puede ser apoyado e inclusive mantenido por el sistema familiar.

Según Minuchin (1982), en la etapa de Interacción, desde el modelo estructural, se busca que los miembros de la familia dialoguen entre ellos para posibilitar la solución de un problema. En este caso, para que la terapia sea efectiva, todos los miembros de la familia deben interactuar y hablar entre ellos de manera conjunta, mutuamente, sin excepción alguna, ya que lo que se pretende es ver la interacción del todo y no solo de las partes. Lo que se debe definir en esta etapa son las soluciones y establecer parte del diagnóstico, así como verificar como es la interacción.

En esta etapa se deben activar una serie de cambios y patrones comunicacionales directos entre los miembros de la familia en relación con el problema que los vincula; el terapeuta debe asumir una postura menos centralista y debe dar mayor importancia a la resolución global del problema como sistema familiar por sobre los problemas de cada miembro de la familia y las cuestiones personales. Esta acción es muy útil para observar como es la modalidad de interacción y de qué manera se relacionan y se vinculan los miembros de la familia de una manera comunicacional verbal, no verbal y corporal (Minuchin & Fishman, 1984).

Según Haley (2015), en el final de la primera entrevista, lo que se pretende obtener del encuentro entre el paciente y el terapeuta es la definición de los cambios que se pretenden alcanzar. Es la etapa en la que se busca establecer un contrato con el paciente para determinar qué objetivos quiere lograr y cómo se debería trabajar para lograrlos. Si los cambios no se logran generar de una manera natural y exitosa, va a verse disminuida el nivel de motivación del paciente; por lo que los objetivos que deben establecerse deben ser alcanzables, medibles, observables, identificables y sobre todo que el paciente los pueda percibir.

Al realizar la evaluación inicial, es decir la primera entrevista, el terapeuta debe pasar de la teoría a la práctica y al diálogo real, para lo cual se va a valer de técnicas o herramientas específicas para realizar la evaluación y poder organizar la información (MidoriHanna & Brown, 1998).

### **3.3. Organizadores Clínicos**

Los genogramas, son unas de dichas técnicas y quizás la más importante y relevante en la psicoterapia sistémica ya que en ellos se diagrama la relación de tres o cuatro generaciones de la familia, incluye a cada miembro de la familia y sus relaciones, así como edad, matrimonios, divorcios, lugar de residencia, etc.

Para que la utilidad del genograma sea satisfactoria, el terapeuta tiene que lograr la articulación entre una explicación de la construcción que sea significativa y que le sirva al paciente (MidoriHanna & Brown, 1998).

Otra herramienta, es el ciclo vital, el cual intenta describir los cambios que tienen lugar desde la concepción hasta la vida adulta tanto de la persona como individuo y la familia como conjunto (Philip Rice, 1997).

Gimeno Collado (1999) sostiene que, si bien la realización familiar y personal se logra en el “*aquí y ahora*”, siempre el pasado y el futuro configuran el presente. El pasado se hereda de forma implícita en conductas, conflictos, valores, estrategias de afrontamiento y el futuro da significado al presente a través de aquellos proyectos que hacen al sistema organizado y con propósito (Gimeno Collado, 1999).

Los manuales de diagnósticos que son un lenguaje en salud mental, son consultados por los profesionales con el fin de orientar la prescripción o el enfoque teórico. El “Congreso Internacional de Estadísticas” (CIE), el cual fue incorporando en las últimas ediciones diferentes categorías diagnósticas, y el “Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedad Mental” (DSM) son los manuales actualmente más utilizados (polaco, 2007).

La historia clínica es otra de las técnicas utilizadas para obtener la mayor información posible del paciente y organizarla, no solo de su estado actual sino que también del previo, lo que puede implicar más de una sesión. Se intenta recopilar información demográfica, su historia personal, familiar y social, así como la existencia de problemas con la ley, económicos, médicos, uso de sustancias por familiares (Reynoso Erazo & Seligson Nisenbaum, 2005).

### **3.3.1. Genogramas**

Según Cinabal (2006), el genograma es una representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional de por los menos tres generaciones que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida ubicación y explicación de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

El genograma también llamado familiograma es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico que pueden ser problemas hereditarios o de aparición familiar, psicológico al llegar a tener tendencias que quizás puedan tener una funcionalidad filiar inadecuada, o social referida a familias numerosas y/o sin recursos. Así, al retratar las características de tres generaciones, el familiograma ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si ésta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra (Palomino & Suárez, 2006).

Los genogramas son formatos en forma de árbol genealógico en donde se registrará información relativa a los miembros de la escala familiar y las relaciones que se ven establecidas entre ellos por, mínimamente, tres generaciones a la fecha (MidoriHanna & Brown, 1998).

El genograma es una excelente herramienta para describir a los pacientes y su entorno familiar, permitiendo definir un perfil de cada paciente. Si el paciente tiene una mala relación con sus familiares, éste podría manifestar no querer completar correctamente el genograma o inclusive mentir para de alguna manera cumplir con la demanda del terapeuta. Se destaca la importancia de la realización del genograma de forma rutinaria al inicio de la psicoterapia ya que establece una vía de diálogo entre la familia y el terapeuta y se logra así una mejor atención a los pacientes (McGoldrick & Gerson, 1993).

La realización del genograma se realiza en tres fases que se suceden las unas a las otras, de manera complementaria y respectiva. En primer lugar, se hace el trazado de la estructura familiar, en donde se representa la forma en que los miembros del núcleo familiar se localizan biológica y legalmente unidos entre sí; luego, se recoge información básica sobre la estructura de la familia, en donde se destaca la información relativa a las variables demográficas, como la fecha de nacimiento, muerte, fecha de matrimonio, entre

otras, así como las variables sobre el nivel de funcionamiento de los integrantes en término de sus registros médicos, emocionales y sociales, y, finalmente todos aquellos sucesos familiares críticos, relativos a los cambios en las relaciones, las migraciones, si las hubiera, entre otros afines conceptos similares; por último, se delimitan las relaciones familiares, en donde se aportan los niveles de conflicto en una determinada familia entre los miembros de la estructura organizativa (Compañ, Feixas, Muñoz, & Montesano, 2012). La Teoría General de los Sistemas, en cooperación con la Cibernética, confeccionan en sí al genograma como un intento de hacer visible a la complejidad de las relaciones familiares en torno a los procesos en que los miembros se ven implicados, con el fin de brindar ventajas definitivas al tratamiento de los problemas constantes y cotidianos relacionados a los vínculos establecidos por la familia (Goñalons, 2008).

### **3.3.2. Ciclo Vital**

El ciclo vital tiene la pretensión en tanto herramienta psicológica de contribuir al terapeuta a definir y entender los comportamientos humanos al momento de la entrevista y del grupo familiar en su totalidad, llegada la instancia de consulta profesional, haciendo un entendimiento gradual y sistemático del acontecer de la vida del sujeto, en función de los cambios que se suceden en el sujeto desde el momento de la concepción hasta el desarrollo de la vida adulta (Philip Rice, 1997).

Según Minuchin (1982), la familia se desarrolla en el transcurso de etapas a lo largo de las cuales el sistema familiar sufre variaciones; los periodos de desarrollo pueden provocar transformaciones al sistema y un salto a una etapa nueva y más compleja. Las etapas, conocidas como el ciclo de vida, son los momentos en los cuales los pacientes se encuentran según su edad y es lo que se espera socialmente que una persona esté haciendo en esa determinada etapa de la vida según la edad; en la familia se incluyen las etapas de formación de la pareja, la pareja con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes, la familia con hijos adultos. Cada etapa requiere de nuevas reglas de interacción familiar, tanto al interior como al exterior del sistema. Sin embargo, hay familias que pueden permanecer estancadas en una etapa, a pesar de que el sistema familiar requiere de una transformación ante nuevas situaciones como, por ejemplo, el nacimiento de un hijo (a) y su crecimiento, el ingreso al ámbito educativo formal, cambio de nivel escolar, cambio de escuela o el alejamiento del hogar por cuestiones de trabajo, por estudios, matrimonio, entre otros. Este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital puede llevar a la disfuncionalidad familiar y manifestaciones sintomáticas.

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves. El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo del ser humano: in útero y nacimiento, primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez. Aunque no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe diversidad individual y cultural (Papalia, Olds, Feldman & Salinas, 2005).

### **3.4. Joining Terapéutico**

Durante el proceso de la primera entrevista, juntos, el terapeuta y el paciente, deben crear una alianza y una compatibilidad sin juzgamientos ni prejuicios en todo momento de la entrevista y dicha alianza se debe fortalecer a medida que avance la entrevista

(Wainstein, 2006).

Según Minuchin y Fishman (1984), el joining es una actitud. Es permitir que el paciente sepa que el terapeuta lo entiende y que trabaja con él, es lo que mantiene unido al sistema terapéutico.

El joining se puede definir como un patrón de interacción que se repite en el desarrollo de todo el proceso terapéutico, es en sí un proceso que impregna todas las fases de la terapia (MidoriHanna & Brown, 1998).

Las habilidades profesionales, así como las emociones personales del terapeuta, hacen parte de los aspectos técnicos y personales que se evidencian durante la entrevista; el joining se conforma además con la contratransferencia que siente el profesional a cargo incluyendo los diversos contextos de la vida de éste y al generar puntos en común con el paciente muchas veces desde lo emocional (Winter & Aponte, 1987).

El éxito del modelo estratégico dependerá en gran medida del nivel de afinidad y confianza que se genere entre el paciente y el terapeuta para lograr la correcta construcción de los objetivos que se deben alcanzar. Basados en este razonamiento, es la terapia la que se adapta al paciente y no el paciente el que se adapta al modelo psicoterapéutico utilizado por el terapeuta, siendo necesario primero haber generado un vínculo y una alianza sostenible y durable. El principal punto a tener en cuenta es entender que el joining en el modelo sistémico se basa en la flexibilidad y la capacidad del terapeuta para poder adaptarse específicamente al paciente y a sus problemas y brindar una contención y solución a estos de manera conjunta con el paciente (Nardone, 1997).

Para MidoriHanna y Brown (1998), la flexibilidad del terapeuta se relaciona con el proceso de joining. La habilidad del terapeuta de sentirse cómodo con una gran diversidad de personas va a influir sobre la "química" entre terapeuta y paciente.

Como ya se ha mencionado, el desarrollo de la primera entrevista, transcurre por distintas fases, cada una de las cuales tiene momentos particulares, que se diferencian respecto de los otros de acuerdo a lo que se busca hacer en cada uno; ese primer contacto cara a cara entre terapeuta y paciente, en principio, debe ser de una manera muy tranquila y sin que el paciente se sienta juzgado en ningún momento ya que cada paciente tiene una historia diferente y una serie de vivencias que lo aquejan y justamente en ese momento se va a generar mucha ansiedad; se busca generar una suerte de enganche conocido como joining (Lever & Gmeiner, 2000).

Desde el enfoque sistémico, es posible sostener que el joining terapéutico es una pretensión psicológica que pretende evitar la estigmatización del paciente, a fin de considerar herramientas que antes se consideraban no tratables, pretendiendo evitar la potencial internación psiquiátrica del paciente, ó a fin de que en caso de que la misma sea inevitable, reducirla lo más que se pueda, naturalmente (Tello, 2016).

El rol del terapeuta en la vida del paciente es percibido como el de una especie de guía y si se ha logrado una buena alianza éste genera un apego muy fuerte, ya que formará parte de la vida interna del paciente, compartiendo con él su propio mundo y sus situaciones cotidianas (Lever & Gmeiner, 2000).

## **4. Método**

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

Es un tipo de estudio descriptivo de diseño no experimental.

### **4.2. Participantes:**

Las personas que participaron en este estudio fueron 8 terapeutas profesionales en el



área de la psicología dedicados al modelo sistémico que trabajan actualmente en la fundación de terapia sistémica donde se llevó a cabo el estudio, quienes cuentan con varios años de preparación y experiencia en su área; fueron los que llevaron a cabo las primeras entrevistas. De estos, 3 eran hombres y 5 mujeres. También fueron participantes los pacientes quienes iban a ser tratados; en total fueron 10; donde el 50% eran hombres (5) y el 50% mujeres (5). La edad promedio de todos los participantes al momento del estudio fue la de 40 años, con un mínimo de 11 años y un máximo de 70. La mayoría de los participantes residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, algunos en GBA, otros del interior del país y no hubo nadie del exterior del país. En relación al estado civil, 2 pacientes estaban de novios; 2 solteros, 1 se encontraba conviviendo con su pareja, 3 estaban casados, 1 divorciado y 1 es viuda. 6 de los participantes no se encontraban estudiando, 4 si lo estaban. En relación a la clase social, la mayoría de los participantes manifestaron pertenecer a la clase alta, otros de la clase media y uno solo manifestó pertenecer a la clase media-baja. Al haberse tratado de potenciales pacientes para la fundación, no se les asignó ningún diagnóstico ni siquiera presuntivo ya que fue en la primera entrevista donde surgió dicho diagnóstico. En el desarrollo de este trabajo se han cambiado todos los datos sociodemográficos y personales de los participantes con el fin de mantener el anonimato y ejemplificar de una manera correcta los casos.

#### 4.3. Instrumentos:

Los instrumentos que se implementaron para la realización de este estudio fueron las **historias clínicas de los pacientes**; mediante estas se obtuvieron variables tales como sexo, edad, nivel de educación, ocupación, nivel socioeconómico, estado civil, entre otras. Las **filmaciones en video** de las primeras entrevistas realizadas por los profesionales que fueron filmadas en la cámara Gesel dentro de la fundación y que quedaron como muestra fiel de todo el proceso de la primera entrevista entre los terapeutas y los pacientes. **Observación no participante** dentro de todo el proceso para no interferir en el normal y natural desarrollo de las actividades donde se registraron lo más relevante e importante; en algunos casos también fueron utilizadas una serie de **preguntas y consultas** a los terapeutas de la institución que abarcaron las temáticas tales como la contratransferencia en las entrevistas, los criterios para aceptar o no aceptar continuar el proceso con algún determinado paciente, como se manejó la propia idiosincrasia en el momento de la consulta y si además hubo algún seguimiento de esta temática en supervisión.

#### 4.4. Procedimiento:

Cuando el alumno pasante en la carrera de psicología, realizó la residencia profesional en la fundación especializada en terapia sistémica, implementó los instrumentos para la recolección de los datos cuya utilización fue necesaria para la confección del estudio. No fue necesaria la firma de consentimiento informado por parte de los participantes ya que para ese entonces ya habían manifestado dicho consentimiento en el momento de la filmación de la primera entrevista. Se realizaron varias observaciones de los videos ya filmados a lo largo de varios meses cuya duración aproximada fue de 60 minutos por entrevista y se obtuvieron los datos necesarios y relevantes para el estudio de dichas observaciones. Así mismo se utilizaron las historias clínicas de los pacientes en las que se encontraron los diferentes organizadores clínicos utilizados, así como toda la información recabada en la primera entrevista de cada uno de los participantes. A lo largo de todo el estudio el pasante fue un observador no participante para no interferir en el desarrollo de las actividades efectuadas y realizó consultas y preguntas pertinentes que consideró

necesarias a los terapeutas participantes a lo largo de todo el estudio incluyendo las temáticas de contratransferencia en el proceso de la entrevista, la idiosincrasia de los terapeutas, criterios de aceptación de pacientes y supervisiones del equipo.

## 5. Desarrollo

### 5.1. Modelo estratégico y estructural en la primera entrevista

Para el modelo sistémico de psicoterapia, la primera entrevista es el momento más importante dentro del proceso terapéutico ya que es donde se realiza el primer contacto entre el terapeuta y la persona o la familia que consulta; éste es un momento definitivo y decisivo donde el terapeuta debe dirigir la entrevista de una manera abierta y nunca directiva por medio de preguntas y de intervenciones que le ayudan a descubrir cuál es el verdadero motivo por el cual se consulta, que generalmente está siempre asociado a una falla en la etapa del ciclo vital y ésta a su vez genera un trastorno. Dentro de este proceso se debe diferenciar el modelo estratégico de psicoterapia sistémica del modelo estructural de psicoterapia sistémica.; Si bien los dos modelos mencionados son adecuados para los pacientes que consultan solos, es decir, de manera individual así como también para las familias, el modelo estratégico es más utilizado en personas que consultan individualmente ya que como señala Wainstein (2006), se llama estratégico al modelo de psicoterapia sistémica que se centra en adecuar medios y fines; éste modelo estratégico se enfoca principalmente en problemas concretos y en focalizar las metas del paciente; mientras que el modelo de psicoterapia sistémica estructural centra su intervención en la relación ya que explica y estudia los comportamientos funcionales o no funcionales de las familias.

Durante la primera entrevista con pacientes individuales se pudo observar que la mayoría de las veces los pacientes asistieron al encuentro pactado con algún tiempo de anticipación, como fue el caso de R, un paciente de 32 años que llegó a la primera entrevista media hora antes de la hora que tenía que llegar, lo que indica, según las entrevistas a los terapeutas, una señal de ansiedad y de que los pacientes están buscando ayuda lo más pronto posible, además de ser un indicador de motivación para realizar la consulta; esto fue confirmado por el mismo R en el posterior desarrollo de la entrevista al manifestar que se sentía muy ansioso y nervioso por realizar dicha consulta ya que necesitaba, según él, ayuda urgente y no veía la hora de llegar a la consulta.

El terapeuta asignado para la realización de la entrevista, previamente, ha recibido por parte de la secretaria de la institución, algunos datos socio demográficos que han sido solicitados al momento de la llamada para concretar la entrevista.

Siguiendo con el ejemplo de R; la secretaria de la institución le había preguntado hacía una semana, cuando él había llamado a solicitar la entrevista, algunos datos específicos: Nombre: R. Edad: 32 años. Domicilio: CABA. Ocupación: Empleado Administrativo. Cómo consiguió el contacto de la institución: Por medio de un amigo que le pasó el dato. Motivo de la consulta: *“Me pongo muy nervioso cuando hablo con chicas y soy muy tímido”*. Al momento de la entrevista es necesario establecer un contexto de confianza y colaboración recíproca, se situaron frente a frente el terapeuta y R en una sala especialmente destinada para este fin; un consultorio donde se encuentra una cámara de filmación para filmar toda la entrevista y así después poder discutir y revisar con el resto del equipo lo que se observó y lo que pudo pasar desapercibido en el momento de la entrevista. De las entrevistas realizadas a los terapeutas y de lo observado de los videos se confirmó que lo primero que el terapeuta empezó a hacer; luego de informarle a R que estaba siendo filmado; fue preguntarle algunas preguntas puntuales y directivas: *¿“Ha realizado anteriormente alguna psicoterapia”?*; la respuesta de R fue negativa; si la respuesta hubiese sido positiva, el terapeuta hubiese preguntado cuál fue la razón por la

cual dejó dicha terapia; también le preguntó si se encontraba en ese momento en algún tratamiento médico, así como aspectos relevantes de su estado de salud en general y como llegó a conocer la institución; a lo cual R respondió que había sido por medio de un amigo quien ya había realizado terapia en la institución; esto último es muy importante ya que da información al terapeuta respecto al grado de motivación del paciente para empezar con el proceso de psicoterapia.

Para este momento R estaba mucho más tranquilo y generaba una contratransferencia de estar cómodo y más seguro; Winter y Aponte (1987) afirman que tanto las habilidades profesionales así como las emociones personales del terapeuta, hacen parte de los aspectos técnicos y personales que se evidencian durante la entrevista; el joining o la alianza terapéutica se va conformando desde el primer momento en que se encuentran los pacientes y los terapeutas y durante todo el proceso psicoterapéutico, con la contratransferencia que siente el terapeuta y su habilidad para no juzgar y sentirse cómodo frente a diferentes temáticas y situaciones que surgen en el momento de la entrevista, ya que pueden asemejarse e incluso describir y coincidir con algunos contextos de su vida personal. es por eso que, como refirió uno de los terapeutas en una entrevista, la idiosincrasia del terapeuta no debe convertirse en prejuicios ni preconceptos y nunca transmitir la preocupación propia del terapeuta al paciente.

Una vez que, durante la entrevista, el terapeuta siente un grado menor de ansiedad en el paciente y puede ser evidenciada por la posición corporal del paciente o inclusive por medio de la manera en la cual responde, se expresa y las palabras que utiliza; R ya no se veía tenso, estaba sentado de una manera en la cual se evidenciaba que estaba más cómodo y respondía a lo que le preguntaba el terapeuta más rápido y daba la sensación de que estaba hablando con un amigo y no tanto como un terapeuta; el terapeuta procede a la realización de la historia familiar o genograma del paciente. El terapeuta le pidió a R que comenzara a describir cómo estaba conformada su familia en por lo menos 3 generaciones con todos los datos de cada uno de los integrantes de su familia, empezando con los abuelos maternos y paternos y le hizo preguntas muy puntuales de cada uno de los familiares que R mencionaba, como el lugar de nacimiento, la edad, la ocupación, el estado civil, el nivel de educación, el lugar de residencia, dónde vivían actualmente y además le realizó preguntas relacionadas con la salud mental de cada uno de ellos. R explicó que aún estaba viviendo con sus padres y el terapeuta le preguntó cómo era la relación y la convivencia con ellos, a lo que R respondió que era buena y él estaba cómodo viviendo de esa manera. Estas preguntas y la realización de un adecuado genograma, van a permitir al terapeuta tener una visión más clara de cómo es la dinámica de convivencia del paciente con su entorno, además, es la manera que más se utiliza para empezar a confeccionar una historia clínica completa.

Después de la confección del genograma, el terapeuta comenzó a indagar sobre el posible motivo de la consulta de R; le preguntó: *“que te trae por acá “*, aunque también en otras entrevistas se pudo observar que la pregunta que realizó el terapeuta fue: *“en que te podemos ayudar”*. Esta pregunta dio pie a R para comenzar a explicar con sus propias palabras las quejas que tenía y lo que él percibía como la razón por la cual consultaba; según las propias palabras de R, él sentía que todo en su entorno laboral y familiar estaba bien pero qué cuando salía con sus amigos a algún boliche o pub y tenía que hablarle a alguna chica, se ponía muy nervioso y se bloqueaba y que esa ansiedad empezaba inclusive desde el día Jueves cuando sabía que se acercaba el fin de semana e iba a salir; además explicó que había tratado de solucionar el problema tomando mucho alcohol en las previas que hacía en casa con sus amigos antes de salir, para así tratar de minimizar el sentimiento de exposición que él sentía cuando *“encaraba a una mina”* en el boliche o en el pub, pero que no estaba bueno ya que como estaba muy alcoholizado, no disfrutaba de los lugares a los que iba.

A medida que se fue desarrollando la narración de R, el terapeuta observaba y analizaba

las gesticulaciones y la posición corporal de él, así como el contenido de su relato.

Como dice Wainstein(2006), lo que los pacientes perciben como problema, es en realidad un circuito que se ha auto perpetuado, ya que los pacientes han intentado, sin tener éxito, la solución de eso que perciben como problema. Las soluciones intentadas fallidas generalmente derivan de un problema en alguna etapa del ciclo vital que no ha sido transcurrido correctamente y que ha quedado establecido como el momento en donde se empezó a constituir el problema y no fue atendido o simplemente pasó desapercibido por el paciente o por alguna persona de su familia o entorno; tal y como plantearon Nardone y Watzlawick (1995).

Para generar más confianza y mayor grado de comodidad para el paciente, el terapeuta trata de imitar la posición corporal del paciente y se esfuerza para hablar el mismo lenguaje del paciente. Con toda la información que el terapeuta obtuvo de R: sus datos personales como su nombre: R, su edad: 32 años, su estado civil: soltero, su lugar de residencia: CABA, su profesión: empleado administrativo; la composición de su familia: convive actualmente con sus padres, no tiene hermanos, su padre pensionado y su madre ama de casa; la manera en la cual se relacionan entre sí: manifestó relacionarse muy bien con sus padres y demás familiares; su situación laboral: actualmente es empleado administrativo en una empresa telefónica; la relación con sus compañeros de trabajo es buena y ha logrado entablar amistades en ese lugar; sus amistades: tiene un grupo de amigos en los cuales confía, se junta y sale con ellos los fines de semana pero por vergüenza no les ha dicho lo que le ocurre, aunque él cree que ya lo sospechan; la percepción de motivo de consulta: ansiedad y timidez al momento de tener que interactuar con personas del sexo opuesto; sus soluciones intentadas: tomar mucho alcohol para desinhibirse y así afrontar más fácilmente a las chicas; la manera en la cual llegó a la institución: por recomendación de un amigo quien ya había realizado terapia en la institución. El terapeuta utilizó la *reformulación*; una intervención que busca dar al paciente otra perspectiva de su problema; consiste en repetir lo que el paciente percibe como problema y que hizo mayor hincapié, pero con otras palabras para intentar modificar la visión acerca del problema redefiniendo la cognición sobre la conducta o idea que tiene el paciente del problema. Coincidiendo de este modo con lo que estableció Wainstein (2006). El terapeuta dijo: *“Vengo porque un amigo me habló del lugar, me dijo que había hecho terapia acá y le había ido muy bien y aunque todo en mi vida marcha bastante bien, no tengo problemas en casa con mis padres, tengo una buena relación con mi familia, tengo un buen laburo, uno que me gusta, tengo amigos con los que puedo contar y estoy bien de salud; soy muy tímido y me cuesta relacionarme con las mujeres y conocer chicas, por eso cuando salgo, me pongo muy ansioso y me emborracho para poder de esa forma tratar de hacer menos evidente mi timidez y mi ansiedad y así poder acercarme a las mujeres en los boliches y en los pubs.* Mientras el terapeuta decía éstas palabras, R se veía sorprendido, se veía seguro en cuanto a que el terapeuta había entendido su visión del problema y asentía con la cabeza a medida que el terapeuta seguía relatando lo que él había dicho antes con otras palabras.

Como dice Gómez de Agüero (2014); en el modelo estratégico de psicoterapia sistémica, las intervenciones que se utilizan tratan de generar la solución a los problemas de una manera más facilitada. Después de realizar esa intervención, la *reformulación*; el terapeuta y el paciente pasaron a la etapa de construcción del motivo de consulta y de su objetivo, el terapeuta le preguntó a R si la narración que había hecho se asemejaba a eso que lo había motivado a venir y lo que buscaba cambiar, R le respondió que lo había entendido perfectamente y entre los dos establecieron que ése sería el objetivo de trabajo: el de lograr una mejora en las habilidades sociales de R para poder relacionarse de una mejor manera con las mujeres sin tener que recurrir al efecto desinhibidor del alcohol para conseguirlo. Kopec (2013) rescata que cuando los pacientes tienen muy claro lo que quieren cambiar y lo que vinieron a buscar, la construcción conjunta entre el

terapeuta y el paciente del motivo de consulta es mucho más sencilla de llevar a cabo, R tenía muy claro cuál era la razón por la cual consultaba: era muy tímido y se ponía extremadamente nervioso cuando hablaba con mujeres. La construcción del motivo de consulta implica que el terapeuta tiene que plantearse cuál es el problema que debe tratarse según la visión del paciente, y de ella sacar las posibles hipótesis; esto el terapeuta lo constató luego de realizar la intervención de *reformulación* y R confirmó que era exactamente de esa manera.

Luego de haber construido el motivo de consulta, resultado de los diferentes organizadores clínicos: el genograma de R, su etapa de ciclo vital: 30-40, su historia clínica: es sano mental y físicamente, su propia visión del problema: "*soy tímido y me pongo muy nervioso y ansioso con las minas*", así como la reformulación hecha por el terapeuta y su visión de la situación:

"*habilidades sociales pobres*"; además de haber planteado el o los objetivos que se pretenden lograr: mejora en las habilidades sociales para relacionarse de una mejor manera; se dio por terminada la entrevista con R y se le informó que iba a ser llamado para coordinar, con su disponibilidad horaria, los de terapia. En este caso se estableció que R iba a asistir los días martes a las 11:00 de la mañana; esto coincide con Haley (2015), plantea que, en el final de la primera entrevista, lo que se pretende obtener es la definición de los cambios que se pretenden alcanzar.

Finalizada la primera entrevista, el terapeuta que realizó la entrevista se reunió con el equipo de trabajo formado por todos los terapeutas de la institución y juntos vieron de nuevo el video filmado de la primera entrevista de R.

Discutieron la historia clínica y el genograma, para decidir a quién se asignaría el paciente R de 32 años, con habilidades sociales pobres, según las aptitudes, disponibilidad y las habilidades de cada terapeuta de la institución.

El modelo estructural de la psicoterapia sistémica se centra, como explica Wainstein (2006), en clarificar límites y fronteras dentro de la *estructura familiar*, y es por esto que se utiliza en la primera entrevista cuando asisten familias, ya que el objetivo es el de promover un cambio dentro de la estructura familiar al identificar al miembro o a los miembros de la familia que está o están generando el malestar y ésta es la principal diferencia con el modelo estratégico de la psicoterapia sistémica que como ya se ha dejado bien claro, se centra en adecuar medios y fines, se focaliza en un problema concreto y es mayormente utilizado con un solo individuo.

Como se evidenció en las observaciones de las primeras entrevistas a las familias y como se constató con la familia L. Antes de que llegue la familia a la entrevista se prepara un consultorio con varias sillas formando un semicírculo con suficiente espacio entre cada una de las sillas para que se ubiquen los miembros de la familia y frente a este semicírculo una silla para el terapeuta, así como la cámara que filmará la entrevista para el posterior análisis y material terapéutico.

Cuando la familia se presenta, tal y como figura en las historias médicas de varias familias y como se observó con la familia L, se les invita a pasar al consultorio, se les informa que van a ser filmados y no se les indica a los miembros de la familia en qué lugares deben sentarse, pero generalmente lo hacen de una manera dividida, da la sensación de que hay alguna especie de alianza entre alguno de los subsistemas existentes dentro de la familia como el subsistema conyugal (esposos), parental (padres), el subsistema filial (padre ó madre e hijo (a)), o el subsistema fraternal (hermanos); queda en evidencia lo que plantea Minuchin (1982) cuando dice que la familia es un sistema en el que se pueden identificar subsistemas: individual, conyugal, parental, fraterno.

La familia L se presentó el día de la entrevista en el horario que se les había asignado cuando C, la madre, había llamado para solicitar la entrevista; pasaron al consultorio y se sentaron, primero C (42 años, ama de casa), a su lado P (14

años, estudiante), la hija de C y J y la hermana de A; a su lado A ( 17 años, estudiante) y finalmente en el otro extremo J ( 45 años, astillero), el padre.

Suele haber, además, un integrante de la familia quién es la persona más involucrada y la que generalmente trata de tomar el control de la entrevista; es la persona quién responde a las preguntas hechas por el terapeuta y es fácilmente identificable ya que es la que siempre habla y contradice a los demás miembros de la familia cada vez que estos responden, en la familia L quedó evidenciado que esta persona fue C, quién empezó a explicar que se encontraban ahí por A y además porque cada vez que el terapeuta hacia alguna pregunta, era la que contestaba aunque no le preguntaran directamente a ella.

El terapeuta inició con la confección del genograma de la familia y a medida que lo iba diagramando, iba identificando a cada uno de los miembros de la familia, al mismo tiempo observaba quién era la persona que más hablaba, la que siempre respondía, la que de alguna manera intentaba sobresalir por sobre los demás integrantes de la familia y en este caso fue muy fácil para el terapeuta poder identificarla ya que C, la madre, era siempre quién respondía. Una vez que el terapeuta la identificó, le pidió que le comentara el motivo de consulta. C, la madre, comenzó a quejarse sin mirar a J, su marido: *“Nos trae A, hay demasiado descontrol en él, no quiere estudiar, no quiere obedecer, quizás no termine el secundario...”*. A medida que C narraba su queja, se pudo observar que la mirada de J era hacia el piso, no miraba ni al terapeuta ni a su familia; A negaba todo y constantemente contradecía a su madre interrumpiéndola, diciendo que no era tan así; P, su hermana, asentía siempre con la cabeza y estaba de acuerdo en todo lo que decía su madre; en un momento

P mirando a su madre con cara de indignación dijo: *“ Que trabaje!, es un vago, sos un vago A, no haces nada, no querés estudiar, nunca ayudas en casa, siempre la molestas a mamá, nunca hacés lo que te piden.* “Se notaba una especie de alianza entre C, la madre y P, su hija. Como explican Minuchin y Fishman (1984), hay dos formas en las que una familia puede presentarse a la primera entrevista; puede ser de una forma sintomática, cuando el problema es percibido por la familia como culpa de un solo miembro de la familia y éste está afectando a toda la convivencia familiar; o de una forma interaccional, cuando la familia no percibe que exista un problema individual, sino que existen dificultades en la familia para su convivencia diaria.

Quién dirigió siempre la entrevista con un tono directivo en sus preguntas e intervenciones fue el terapeuta; por más que haya un miembro de la familia que intente llevar el control, el terapeuta sabe que los pacientes movilizan y debe aprender a manejar los enojos y la contratransferencia que éstos generan.

Luego de la exposición de C, el terapeuta empezó a buscar que todos los miembros de la familia comenzaran a hablar entre ellos, a relacionarse; el terapeuta empezó a preguntar cuestiones propias de cada miembro de la familia para generar que discutan y dialoguen entre ellos y así conocer un poco más los intereses y posiciones particulares de cada miembro de la familia; según Minuchin (1982), ésta es la etapa de Interacción, donde justamente se identifica y analiza cómo los miembros de la familia interactúan entre sí; cuando le preguntó a J cómo él percibía la situación, todos los miembros de la familia empezaron a responder y no dejaban hablar a J quién trataba de hablar por encima de todos alzando el tono de su voz. El terapeuta generó como intervención un aumento en la intensidad de la discusión para que, como indica Wainstein (2006), se lograra superar el umbral de sordera psicológica de la familia. Al final no se entendió nada de lo que dijo J.

En un momento de la discusión de la familia, generada como intervención por el terapeuta, los integrantes de la familia parecían haberse olvidado que estaban frente a un terapeuta; éste, indicó a J y a P que cambiaran de lugar y que se sentaran en la silla del otro; ésta intervención conocida como cambio de lugar, el terapeuta la realizó para mostrar la organización de los subsistemas dentro de la familia y cómo deberían estar delimitadas las jerarquías dentro de la familia; además le solicitó a P que actuara por un

instante como su madre, P empezó a imitar la voz y las gesticulaciones de C de una manera exagerada y burlona; la reacción de su madre fue la de retarla pero el terapeuta le pidió que se controlara y permitiera a P continuar con su imitación. Como plantea Gómez de Agüero (2014), el terapeuta solicita a los miembros de la familia que actúen como el otro miembro de la familia para observar la manera en la cual son percibidos por los demás integrantes de la familia. De esta manera, el terapeuta intenta observar dónde se encuentra el desequilibrio por medio de la escena recreada, es decir, el problema, y ver si además, existen problemas en la jerarquía durante la interacción de los subsistemas; Wainstein (2006), señala que la escenificación - imitación, es la principal técnica de intervención en el modelo estructural de psicoterapia sistémica.

Para este momento, como se pudo observar en los videos y como se constató con la familia L, generalmente los miembros de la familia ya han establecido una alianza y sienten un mayor grado de confianza con el terapeuta que siempre observa los comportamientos de todos los miembros de la familia sin involucrarse con ninguno en particular. Con la familia L el terapeuta realizó cambios en la comunicación de los miembros de la familia y el problema que los vincula, y se centró en la resolución del problema integral de la familia y no en los específicos de cada integrante, dejó de lado las cuestiones particulares de cada miembro y se enfocó en lo global dentro del sistema familiar total, como sostiene

Gómez de Agüero (2006), en la terapia estructural el terapeuta debe dirigir su atención sobre la estructura familiar. De las entrevistas realizadas a los terapeutas se encontró que los principales problemas que surgen en la primera entrevista de familias son los relacionados con la autonomía, la independencia, el galanteo y la inclusión social de los miembros más jóvenes de la familia; esto quedó confirmado con la entrevista de la familia L.

Una vez quedó claro el motivo del conflicto en la familia para el terapeuta, éste le indicó a los integrantes de la familia que retomaran sus lugares iniciales donde estaban sentados y les hizo una devolución, pero no lo hizo de una manera particular a cada miembro sino, a la familia como un todo, como un sistema completo; les dijo: *“Me pude dar cuenta de que son una familia muy unida, se preocupan los unos por los otros y se cuidan y protegen entre todos; aunque intentan ayudarse hay una clara falta de límites marcados dentro de la familia y no se ve el respeto hacia la autoridad de los padres. Vamos a trabajar un poco en lograr establecer los límites y las jerarquias dentro de esta familia y vamos a buscar la manera de poder hacer que se cumpla”*. Después de la devolución, se agendó y se pactó un próximo encuentro donde todos pudieran asistir nuevamente y se dio por terminada la entrevista. De los videos observados y de algunas entrevistas a los terapeutas se constató que el terapeuta puede optar por recomendar en algunos casos que se realice terapia individual a alguno de los miembros de la familia si lo considerara necesario o si evidenció, como explicaron Minuchin y Fishman (1984), que él o ella es la persona sintomática por la cual la familia consultó. En el caso de la familia L el terapeuta solicitó una entrevista por separado a C y a J como pareja, sin sus hijos.

## **5.2. Los organizadores clínicos**

Durante el proceso de la primera entrevista, el terapeuta suele pasar de la teoría a la práctica y de la práctica a la teoría, todo al mismo tiempo y a la vez que además está escuchando a los pacientes y prestándoles atención a lo que están manifestando. Los organizadores clínicos son herramientas que facilitan la organización al terapeuta en el momento de realizar cualquier tipo de diagnóstico, como manifiestan MidoriHanna y Brown (1998), el terapeuta se va a valer de técnicas o herramientas específicas para realizar la evaluación y poder organizar la información que va obteniendo del paciente durante la entrevista.

Existen algunos manuales de diagnóstico en salud mental, que son consultados por el terapeuta para confirmar alguna sospecha que pueda llegar a tener referente a un diagnóstico presuntivo del paciente; el que más suelen utilizar los terapeutas cuando surgen dudas, según lo leído en las historias clínicas de los pacientes, es "*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013)" (DSM - V); coincidiendo con lo que dice Polaco (2007), este manual es actualmente el más utilizado.

El nivel de experiencia y conocimiento de los profesionales que realizan la entrevista en la institución, suele evitar que tengan que recurrir a esta herramienta, aunque consultan cuando surgen dudas e hipótesis como por ejemplo en el caso de Ax, una paciente de 66 años que consultó por una idea recurrente que tenía de cómo suicidarse que había aparecido y se había vuelto más recurrente luego de la muerte reciente de su esposo. En este caso el equipo de terapeutas de la institución se basó en los criterios de diagnóstico de este manual para determinar una derivación con un psiquiatra luego de sospechar que podría tratarse de un caso de trastorno depresivo mayor (TDM) y estaba en riesgo de suicidio. Queda ejemplificado con este caso, como los terapeutas de la institución utilizan el (DSM) como organizador clínico.

Los familiogramas o genogramas, son una de las herramientas que utiliza el terapeuta durante la primera entrevista y, como refieren los terapeutas entrevistados, es quizás el organizador clínico más importante de todos durante todas las fases de la psicoterapia sistémica. Consiste en un esquema en forma de árbol, en el cual se registran cuidadosamente todos los datos del paciente y de cada uno de los integrantes de su familia de por lo menos 3 o 4 generaciones y de sus seres más significativos. De las observaciones realizadas y tomando como ejemplo a M, se pudo identificar que el terapeuta utiliza una hoja en blanco y empieza por escribir el nombre del paciente en la parte central de la hoja, escribe su edad y su ocupación actual: M, 29 años, empleado de una inmobiliaria; el terapeuta continúa diagramando el genograma a medida que el paciente va respondiendo las preguntas referentes a su estado civil: soltero; el nombre, la edad y la ocupación de sus padres: Jx 63 años, empresario; V 58 años, Bioquímica; si tiene o no hermanos: tenía una hermana menor, J1 de 24 años que estaba estudiando Biología en la universidad; M no tenía ni hijos ni sobrinos; el genograma debe incluir al menos 3 generaciones tal y como lo plantea Cibanal (2006).

El terapeuta dibujó el genograma de M en tres etapas diferentes a medida que él le fue dando más información; primero, dibujó la estructura familiar para poder identificar cómo estaba constituida la red familiar del paciente de forma biológica y legal; esta información le va a ser muy útil al terapeuta para poder organizar y obtener información referente a posibles enfermedades o condiciones genéticas que ya existan en la familia, así como también, le da una perspectiva del tipo de paciente que presuntamente podría llegar a ser, en el caso de M el terapeuta constató que en esos aspectos no había ningún indicador que hiciera sospechar de alguna posible condición genética. En la segunda etapa, el terapeuta obtiene información acerca de la estructura de la familia del paciente donde hace hincapié en las variables socio demográficas de los integrantes de la familia como fechas de nacimiento, fechas de muertes, fechas de matrimonios, así como las variables referentes a las emociones de sus familiares y los aspectos sociales de los miembros de la familia como las cuestiones que tienen que ver con el nivel de estudios alcanzados, el lugar en donde residen actualmente, los viajes y demás aspectos relacionados con el nivel de vida de las personas; ésta información le da al terapeuta una noción sobre el nivel socioeconómico y de funcionamiento social del paciente y de su familia. Según los datos referidos por M, su familia parecía ser de clase media alta, con integrantes profesionales, viajes en familia al exterior, clubes sociales, salidas en familia a restaurantes y actividades culturales como museos y obras de teatro. Finalmente, el terapeuta indaga sobre los sucesos familiares críticos, los que son de connotación negativa referentes a los cambios



negativos y conflictos en las relaciones entre sus familiares y con él mismo; y observa y analiza cómo es la respuesta y el nivel de afectividad que presenta el paciente cuando responde a éstas preguntas; M manifestó no encontrar por lo menos evidente ninguna crisis ni conflicto entre ningún miembro de su familia ni con él. Todas estas etapas le sirven al terapeuta, como lo plantean Compañ, Feixas, Muñoz y Montesano (2012), para poder determinar las relaciones familiares y las estructuras organizativas entre los miembros de una familia.

Si bien la realización y cumplimiento de los objetivos personales se logran en el “*aquí y ahora*”, del pasado familiar se heredan formas implícitas de conductas, conflictos, valores, estrategias de afrontamiento y significaciones que pueden modificar, como dice Gimeno Collado (1999), la mirada del presente; al ser intervenidas por aspectos familiares del pasado.

Según lo observado en las historias clínicas de los pacientes, los terapeutas destinan mucho esfuerzo y dedicación a la realización del genograma para que sea más fácil después, una descripción de los pacientes y de su entorno familiar y para que una vez sea asignado el terapeuta definitivo para la psicoterapia; coincidiendo con lo que plantea Cibanal (2006), éste pueda identificar a simple vista el funcionamiento sistémico de la familia del paciente y las estructuras que la conforman a través del tiempo, además, de definir un perfil para el paciente.

Después de la adecuada confección del genograma, el terapeuta cuenta con un instrumento muy completo para poder evaluar de una manera más rápida y directa el funcionamiento familiar; como pudo verse en el genograma de A de 27 años, quien no tenía estudios universitarios, solo había completado el secundario y trabajaba como mesera en 3 diferentes lugares para sobrevivir con Cx, su mamá de 54 años que estaba incapacitada para trabajar y no tenía ninguna relación con su padre ya que nunca lo había conocido, ella y su madre vivían en una pequeña habitación en una pensión y manifestó no conocer a ningún otro miembro de su familia.

Junto con toda la información recolectada en el genograma, se va a poder identificar si existe el riesgo de que algunas estructuras familiares como los padres, abuelos y demás familiares, puedan generar alguna funcionalidad inadecuada en el algún momento de la psicoterapia en el paciente. En el caso de A, como ella misma manifestó y se pudo observar en su genograma, (no se incluye en este trabajo para mantener el anonimato) el funcionamiento de su familia se ve claramente afectado debido a la estructura que tiene su familia, es ella la que debe trabajar para sobrevivir y mantener a su madre y no conoce a ningún otro miembro de su familia, lo que hace que esto represente un problema para ella. Esto hace referencia a lo que Palomino y Suárez (2006), denominan como continuidad o alternancia del síntoma; se ve claramente la complejidad de las relaciones familiares en cuanto a los procesos que los miembros de la familia viven o han vivido; esto pudo ser evidenciado en el genograma de Mx de 25 años de edad, un estudiante de Ingeniería Agropecuaria residente de la ciudad de Buenos Aires, quién convivía con sus padres y sus hermanos, que consultó por una disminución en su capacidad de concentración y había sido derivado por el médico clínico; no mostraba hasta ahora ninguna señal de alguna enfermedad mental, pero que en su genograma se podía observar que tenía un tío con esquizofrenia residual lo que permite identificar un riesgo potencial de ese trastorno en su familia.

Además de la confección del genograma, como se observó en los videos y se constató en las historias clínicas, el terapeuta tiene muy en cuenta la etapa del ciclo vital en la cual el paciente se encuentra. Como explica Wainstein (2006), las etapas del ciclo vital deben coincidir con lo que se espera socialmente que la persona esté haciendo y haya logrado para la edad que tenga, aunque no deben tomarse en forma absoluta y se debe recordar que existe la diversidad individual y cultural.

Ya que muchas veces no coincide la edad biológica con la etapa de ciclo vital, el

terapeuta indaga, con preguntas o intervenciones del modelo de psicoterapia sistémica con el que esté trabajando, acerca de sus actividades cotidianas, así como sus intereses, hobbies, qué hace en el tiempo libre, qué rutinas tiene por el momento, los lugares que frecuenta, etcétera. A la paciente D, de 20 años se le preguntó en la entrevista de admisión, cómo era un día cotidiano de su vida y qué hacía en su tiempo libre a lo que ella respondió: *“Estoy haciendo el ciclo básico común (CBC), por lo que tengo mucho tiempo libre y lo único que hago es quedarme en casa mirando televisión y comiendo; durante la semana no puedo salir con mis amigas porque ellas estudian o trabajan y no tienen tiempo, yo soy la única que no hace nada y me bancan mis padres, no me gusta estudiar ni salir los fines de semana”*.

El terapeuta hace esta indagación, según la respuesta de un terapeuta en una entrevista, para poder determinar si la edad biológica coincide o no con la etapa de ciclo vital en la que se encuentra el paciente; según lo registrado en las historias clínicas de los pacientes y lo dicho por los mismos terapeutas en las entrevistas, la institución en donde se basó la realización de este trabajo, utiliza ciertas etapas que ya están establecidas desde cuando se fundó la institución.

Según varios autores los cuales no fueron referidos, los terapeutas las utilizan en todos los casos en los que se realizan las primeras entrevistas; para esta institución las etapas del ciclo vital se dividen en edades comprendidas en los siguientes subgrupos:

La niñez; hasta los 12 años, en donde se espera, según la institución, que el infante se encuentre en el ámbito escolar, comparta y juegue con amigos de su edad y vaya formando una red social con ellos y además que comience a demostrar algún interés por alguna actividad específica; el paciente T de 11 años de edad, se encontraba estudiando en el colegio y manifestó tener un grupo de amiguitos con los que jugaba y se divertía; para el terapeuta que realizó la primera entrevista, según dejó constancia en la historia clínica de T, la etapa del ciclo vital coincidía sanamente con su edad biológica.

La adolescencia; desde los 13 hasta los 20 años. En esta etapa, según la institución, la persona debería tener una red de amigos consolidada, demostrar un interés en tener una pareja y empezar a ser sexualmente activo así como ir definiendo sus intereses académicos y de ocio; la paciente D de 20 años de edad, de quien ya se hizo mención anteriormente, manifestó no tener interés alguno por realizar alguna actividad además de estar en su casa mirando televisión y comiendo, manifestó que no le gustaba estudiar ni salir los fines de semana; por lo que el terapeuta que realizó la primera entrevista de D, escribió que su etapa de ciclo vital no coincidía para nada con su edad biológica.

Etapa 20-30; para la institución, se espera que la persona que se encuentra en esta etapa, tenga una vocación determinada, una pareja estable, una profesión definida y se preocupe y ocupe de la estabilidad financiera para el futuro así como de ir pensando en formar una familia; en el caso del paciente M de 29 años de edad, de quien ya se hizo referencia en este trabajo, se constató que la edad biológica coincidía parcialmente con la etapa de ciclo vital; ya que tenía una profesión definida estable, se ocupaba de su estabilidad financiera, aún vivía con sus padres y no tenía una pareja estable en el momento.

Etapa 30-40; para este momento y siguiendo los parámetros establecidos por la institución, se espera que la persona sea totalmente independiente del subsistema parental, que tenga una estabilidad económica con ingresos, un trabajo estable, una familia consolidada y una red social de amigos más reducida pero estable que le brinde confianza y estabilidad emocional; se constató en la historia clínica de J, de 37 años de edad, que su etapa de ciclo vital coincidía con su edad biológica; J es un abogado que está casado y tiene 3 hijos, vive con su esposa y sus hijos en la ciudad de Buenos Aires y cuenta con un grupo de amigos con los que se reúne una vez por semana para compartir y divertirse; manifestó sentirse afortunado con su vida y consultaba porque tenía temor a

realizarse una extracción de sangre que le habían mandado a hacerse en un control médico de rutina y no pudo hacerlo.

Etapa 40-50; socialmente se espera para esta institución, que en ésta etapa la persona tenga un trabajo estable, sus hijos estudiando, sus amistades más cercanas, una casa propia, que empiece a tomar conciencia de los cuidados relacionados a su salud y empiece a prepararse para su retiro y la vejez; con la paciente S de 48 años de edad, leyendo su historia clínica se pudo evidenciar que no siempre las personas están transcurriendo la etapa del ciclo vital en el momento adecuado de su edad biológica; S, aún vivía con su madre, su padre había fallecido, vivía de la herencia que un tío le había dejado a su madre y a ella, no trabajaba, estaba soltera y no tenía ninguna pareja además de que manifestó no contar con una red de amigos en los que pudiera confiar.

Etapa 50-60; en esta etapa, para la institución, socialmente se espera que la persona tenga la capacidad física de valerse por si sola y no necesite cuidados médicos mayores, que sus hijos empiecen a casarse y empiece a tener nietos, tenga una estabilidad financiera que le permita disfrutar de una vejez digna y su red social de amigos sea más reducida pero que continúe con algunos de sus amigos anteriores; el paciente A de 59 años de edad, se encontraba próximo a retirarse de su trabajo, era Administrador de empresas, una de sus 2 hijas estaba casada, vivía con su esposa y tenía una excelente relación, según sus propias palabras, con sus amigos y colegas del trabajo; el terapeuta que realizó la primera entrevista de A, dejó constancia de que éste paciente estaba viviendo adecuadamente su etapa de ciclo vital según su edad biológica.

Finalmente la etapa de la vejez; para la institución, en esta etapa la persona debe descansar de todas las actividades laborales que haya realizado a lo largo de su vida, se jubila o pensiona, se prepara emocionalmente para la muerte del cónyuge, empiezan a aparecer problemas de salud relacionados con la edad avanzada y finalmente cumple con su ciclo vital y muere; en el caso de A, la paciente de 66 años de quien ya se hizo mención anteriormente en este trabajo, quedó en evidencia que no estaba preparada emocionalmente para la muerte de su marido y por lo tanto no logró tener los suficientes recursos para afrontar la situación y poder realizar el duelo correctamente lo cual generó que su estado de melancolía se transformara, tal y como figura en su historia clínica, en un trastorno depresivo mayor (TDM) y en una derivación a un psiquiatra del equipo interdisciplinario de la institución. Como señala Philip Rice (1997), el ciclo vital intenta describir los cambios que tienen lugar desde la concepción hasta la vida adulta tanto de la persona como individuo y la familia como conjunto.

Con éste organizador clínico el terapeuta puede determinar las vulnerabilidades y oportunidades del paciente al reconocer las experiencias que ha tenido a lo largo de todas las etapas de su ciclo vital, lo que le permite identificar más fácilmente los riesgos que el paciente pudiera tener y así priorizar una determinada intervención.

Como dice Minuchin (1982), el sistema familiar al ser visto como una totalidad, también tiene etapas en donde se desarrollan transformaciones; dentro de estas etapas se encuentran la etapa de formación de la pareja; en donde la familia ya pasa a estar conformada no solo por la propia si no por la de los dos; como consta en la historia clínica de A2 de 35 años, quién se había casado con S de 33 años hacia 2 años y consultaban por la mala relación que S tenía con la madre de A. Otra etapa del ciclo vital de la familia es la etapa de primer hijo; donde las prioridades de la madre cambian y se dedica más al cuidado del chico. Otra, es la etapa de la familia con hijos en edad escolar; donde se reacomodan las finanzas y los horarios de las actividades familiares que precede a la etapa de la familia con los hijos adolescentes; donde las familias se encuentran con varios obstáculos y nuevas situaciones propias de la adolescencia y la atención del subsistema conyugal se enfoca en el adolescente que demanda más atención y explicaciones de sus

dudas; esto quedó perfectamente evidenciado con la familia L, de quien ya se habló y explicó anteriormente de una manera detallada, cómo era su interacción y como C de 42 años, la madre, manifestaba que el descontrol de A, su hijo de 17 años, era la razón por la cual se presentaban a la primera entrevista. Otra de las etapas del ciclo vital de la familia, es la etapa de familias con hijos adultos, donde los padres deben afrontar como pareja la partida de los hijos.

Se evidenció en las filmaciones que cada etapa requiere diferentes reglas de interacción familiar en cuanto a las jerarquías, así como a los límites y fronteras dentro de la familia. Hay familias que pueden quedarse estancadas en alguna de las etapas y no atravesarlas correctamente como familia; este estancamiento en alguna etapa del ciclo vital de la familia, como lo plantean Papalia, Olds, Feldman y Salinas (2005), puede llevar a la disfuncionalidad familiar y a la aparición de algunas manifestaciones sintomáticas.

Junto con todos los datos recolectados por medio de los organizadores clínicos, explicados, desarrollados y ejemplificados uno a uno a lo largo del desarrollo de este trabajo, así como con el discurso de cada paciente, como se ha dejado constancia en este trabajo y las intervenciones planteadas por el terapeuta; explicadas, desarrolladas y ejemplificadas anteriormente; se observó que el terapeuta confecciona, con toda esta información, la historia clínica de cada paciente, que además de ser otro organizador clínico; como señalan Reynoso Erazo y Seligson Nisenbaum (2005), es el documento donde se encuentra toda la información relacionada al paciente, que incluye datos y registros de la información demográfica, de su historia personal, familiar y social, además datos de su vida privada, la posible existencia de problemas con la ley, problemas económicos, problemas médicos y el uso de sustancias ilegales por familiares o por él mismo.

### **5.3. Joining terapéutico**

Como hacen mención Palomar Villena y Suarez Soto (1993), para el modelo sistémico de psicoterapia, el proceso de la primera entrevista es muy relevante; ya que, es en la primera entrevista donde se lleva a cabo el primer contacto entre el paciente y el terapeuta.

Hasta el momento previo de la entrevista, el terapeuta y el paciente nunca se habían visto antes; y como se evidenció en las entrevistas realizadas a los terapeutas y tomando como ejemplo la observación realizada de la primera entrevista al paciente M de 31 años de edad por el terapeuta L; tanto los terapeutas como los pacientes ingresan a la entrevista con un nivel de ansiedad y de incertidumbre muy elevado al no saber con qué se van a encontrar y tienen varias expectativas sobre lo que podrían tener que tratar; esto se evidenciaba cuando M estaba esperando en la sala de espera antes de entrar a la entrevista y movía constantemente su pierna derecha y sus brazos los tenía cruzados. Por su parte L, el terapeuta, estaba leyendo los datos de M que la secretaria le había pasado algunos minutos antes y tenía una expresión en su cara que daba la sensación de que estaba nervioso.

En una primera instancia L recibió a M y lo saludó formalmente con la mano haciéndolo pasar al consultorio, siempre mirándolo a los ojos para tener un primer contacto visual y así, como él mismo hizo alusión en una entrevista posterior, comprobar cómo es la mirada del paciente. Por medio de la comunicación no verbal, el terapeuta de entrada ya puede inferir varias hipótesis Wainstein (2006).

Por medio de preguntas más abiertas y nada particulares, el terapeuta busca bajar el nivel de ansiedad con la que ingresa el paciente a la consulta, preguntas como: *¿cómo viniste?*, *¿cómo llegaste?*, *¿viste que buen día está haciendo hoy?*, *¿quieres colgar tu campera?* *¿estás bien en esa silla?*, dan pie para que el paciente se exprese de una manera más informal; después de sentarse, L le preguntó a M: *¿cómo llegaste?*; a lo que M respondió: *¿cómo vine hasta aquí ó cómo me enteré de la institución?*; de las entrevistas realizadas

a los terapeutas, se pudo concluir que cuando un paciente responde de esa manera a esa pregunta, es un indicador de que el paciente no está con un nivel de ansiedad tan elevado, lo que facilita la continuación de la entrevista y facilita lograr un mayor y mejor vínculo con el paciente.

De los videos y de la entrevista a M, se pudo observar que el terapeuta en un intento de generar mayor afinidad, trataba de imitar la postura del paciente, L se sentaba de la misma manera en la que estaba sentado M, cruzado de piernas y con los brazos abiertos, moviendo las manos mientras hablaba; también utilizaba el lenguaje de M para poder involucrarse más y generar un lazo de confianza más rápidamente; M utilizaba palabras como: *“mina”* para referirse a las mujeres, *“quilombo”* para referirse a la situación laboral en la que se encontraba, *“mi viejo, mi vieja”* para referirse a sus padres; L a lo largo de la entrevista utilizaba estas mismas palabras así como en la intervención que hizo: la reformulación, de la cual ya se ha hecho mención a lo largo de este trabajo y se ha explicado en qué consiste y cuál es su función; esto evidencia lo que plantean Minuchin y Fishman (1984), el joining es una actitud que genera la confianza entre el paciente y el terapeuta y hace que el paciente sepa que el terapeuta lo entiende y que está dispuesto a ayudarlo.

El joining terapéutico puede definirse, además, como un patrón de interacción entre el terapeuta y el paciente, que va a estar presente durante todo el proceso terapéutico y que, a lo largo de las sesiones de psicoterapia, se debe ir incrementando cada vez más entre el paciente y el terapeuta a medida que va aumentando el número de encuentros entre ellos; como dicen MidoriHanna y Brown (1998), el joining terapéutico es en sí, un proceso que impregna todas las fases de la terapia.

El terapeuta deja de lado sus posiciones y opiniones personales y se presenta todo el tiempo durante la entrevista como una persona que escucha sin juzgar ni estar a favor o en contra de lo que el paciente le cuenta, ya que, como plantean Winter y Aponte (1987), el joining se conforma además con la contratransferencia que siente el terapeuta y la capacidad que éste tiene de sentirse cómodo con una gran variedad de personas y de las situaciones que escuchan; L no se mostró sorprendido ni asombrado cuando M hizo la declaración: *“Esta mina ya me tiene podrido, no sé cómo no la mande a cagar todavía”*.

Como pudo observarse en las filmaciones, muchas veces el paciente percibe al terapeuta como una especie de guía, lo que facilita que el paciente comparta con el terapeuta sus temores y las cuestiones que lo avergüenzan o molestan. En un momento de la entrevista, L le dijo a M: *“No sos el único al que le pasa eso, hay muchas personas que tiene que vivir con eso, pero vos buscaste ayuda y para eso viniste, para que te ayudemos”*. En todo el desarrollo de la entrevista, el terapeuta busca siempre generar la mayor empatía con el paciente utilizando palabras que el paciente utilizó, imitando su postura, explicándole que no está ahí para juzgarlo, todo esto para bajar el nivel de ansiedad con la que el paciente llega y así generar un vínculo.

La manera en la cual el paciente percibe al terapeuta se ve claramente diferenciada en las filmaciones vistas, en cuanto a la facilidad con la que ambos logran llegar a la construcción de los objetivos terapéuticos. Los que no perciben al terapeuta con afinidad, tardan mucho más tiempo en definir los objetivos, mientras que los que logran, como describen Lever y Gmeiner (2000), ese enganche conocido como joining; van a tardar mucho menos y van a mostrar una mayor claridad a la hora de definirlos; esto quedó evidenciado con el caso de R de 32 años del cual ya se hizo mención anteriormente con una detallada explicación.

Como dice Nardone (1997), lo principal que tiene en cuenta el terapeuta durante toda la entrevista, es entender que el joining en el modelo sistémico de psicoterapia, se basa en la flexibilidad y la capacidad que él tenga para poder ajustarse a un determinado paciente y a sus problemáticas y así poder ofrecer una contención adecuada y una posible solución a éstos en conjunto con el paciente.

## 6. Conclusiones

En el presente trabajo se ha realizado la descripción de cómo es el proceso de la primera entrevista en una institución que se enfoca en el modelo sistémico de psicoterapia, con la que se tomó contacto a partir de la práctica de la habilitación profesional llevada a cabo para la culminación de la licenciatura en psicología. Para el modelo sistémico de psicoterapia el proceso de primera entrevista resulta de suma importancia dentro de todo el transcurso de la terapia y es la base de un buen desarrollo y progreso del paciente. Es por esta razón que se eligió abordar este tema tan relevante en el campo de la psicoterapia sistémica. Se describió de qué manera esta institución incluye al modelo estratégico de psicoterapia sistémica, así como al modelo estructural de psicoterapia sistémica dentro del proceso de primera entrevista; se diferenció con ejemplos reales, en qué casos el terapeuta utiliza cada modelo según correspondía estratégico o estructural. También se analizó con ejemplos, la importancia y la relevancia de los diversos organizadores clínicos, utilizados durante todo el proceso de la primera entrevista y cómo el terapeuta hizo mayor hincapié en el armado del genograma a la vez que fue confeccionando una adecuada y completa historia clínica con la ayuda de dichos organizadores clínicos.

Asimismo, se abordó el tema de cómo el lograr un adecuado joining terapéutico durante la primera entrevista, facilita el planteamiento de objetivos y metas por parte del paciente y del terapeuta y a su vez asegura una continuidad y un éxito en el tratamiento.

Durante el desarrollo de este trabajo se encontró que por la temática elegida y por la disposición incondicional de los participantes, así como de la tutora a cargo, fue muy accesible la búsqueda de información y de bibliografía referente al tema principal tratado en este trabajo.

Sin embargo; al haberse tratado de un tema tan interesante y tan relevante para varios profesionales en psicología sistémica, una limitación fue que se encontró demasiada información en general referente al modelo de psicoterapia sistémica pero no se encontró la misma cantidad de información de temáticas más puntuales tales como el joining terapéutico, los manuales de diagnósticos y de las historias clínicas en psicología de los pacientes.

Al haber realizado el trabajo basado sobre la institución la cual se tomó como referencia y al ser ésta una institución privada, solamente fue posible la recolección de datos en determinados momentos y días, así como la participación en las diversas actividades que se llevaron a cabo en la instancia de la práctica y habilitación profesional, para no interferir en el normal funcionamiento de las actividades que se realizaban en la institución y de esta manera no afectar ni a los pacientes ni a los terapeutas en su trabajo diario.

El haber tenido la posibilidad de realizar la práctica en esta institución permitió observar cómo era el funcionamiento en cuanto al dispositivo interno de ella, el cuál demostró estar adecuadamente establecido por los directivos del lugar, teniendo siempre en cuenta y como mayor prioridad, las necesidades de los pacientes en relación a los horarios de atención y la ubicación y el estado general del lugar físico.

Quizás el extender un poco más el horario de atención en la institución, permitiría una mayor cantidad de pacientes y de actividades dentro de la institución, que, aunque no son pocas, algunas veces son insuficientes para atender la demanda de personas que quieren sumarse a éstas.

Resultaría muy interesante realizar una continuación de este trabajo, incluyendo además de lo que ya está comprendido en él; la mirada de otros enfoques en psicoterapia dentro del campo de la psicología para así identificar y comparar las semejanzas y diferencias entre los diversos enfoques.

A partir de la realización de este trabajo; se espera que sirva como una fuente de

referencia para futuras investigaciones relacionadas a las temáticas tratadas y brinde al lector una perspectiva más amena y entendible, de la manera y la importancia de realizar una correcta primera entrevista en el modelo de psicoterapia sistémica ya que es justamente en la primera entrevista donde se genera el primer contacto entre el terapeuta y el potencial paciente, es un tema de suma importancia para ser estudiado en el ámbito clínico puntualmente en el ejercicio de la práctica de la psicoterapia.

## Referencias Bibliográficas

Austin, J. L., & Urmson, J. O. (1995), *Cómo hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Paidós.

Bateson, G. (1997), *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa.

Bronfenbrenner, U. (1987), *La ecología del desarrollo humano* (Vol. 1979). Barcelona: Paidós.

Cibanal, L., (2006), *Introducción a la sistémica y terapia familiar*, San Vicente: Editorial Club Universitario.

Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D., & Montesano, A. (2012), El genograma en terapia familiar sistémica. *Universidad de Barcelona*.

Falicov, C. J., (1991), *Transiciones de la familia*, Buenos Aires: Amorrortu.

Galindo, M. A. G. (2010), Diccionario Electrónico Concordado de Términos

Gramaticales y Retóricos Latinos (DECOTGREL): historia, métodos y objetivos. *Cuadernos del Instituto de Historia de la Lengua*, (5), 89-117.

Gimeo Collado, A., (1999), *La Familia: el desafío de la diversidad*, Barcelona: Ariel Psicología.

Gómez de Agüero, M. E., (2014), Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención. *Revista internacional de Psicoanálisis*, (50), 264-411.

Goñalons, M. (2008), El Genograma: un aporte valioso al Psicodiagnóstico. *Ficha de Estudio, código*, 042-050.

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

Haley, H. S. J. (2015), JayHaley: Books in English and Other Languages, and Films. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 63(4).

Kopek, D. (2013), El diseño de la terapia estratégica. Buenos Aires: Editorial Dunken.

Lever, H., & Gmeiner, A. (2000), Families leaving family therapy after one or two sessions: A multiple descriptive case study. *Contemporary Family Therapy*, 22(1), 39-65.

McGoldrick, M., & Gerson, R. (1993), *Genogramas en la evaluación familiar*. Madrid: Gedisa.

MidoriHanna, S., & Brown, J., (1998), *La práctica de la terapia de familia, elementos claves en diferentes modelos*, Bilbao: Declée De Brower.

Minuchin, S. (1982), *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.



- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1984), *Técnicas de terapia familiar*. México, DF: Paidós.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1995), *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (1997), *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Obando, E. C. (1999), La comunicación y la cibernética. *Revista Latina de comunicación social*, (17), 3.
- Palomar Villena, M., & Suarez Soto E. (1993), El Modelo Sistémico en el Trabajo Social Familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. *Revistas Alternativas-Cuaderno de Trabajo Social*, (2), 169-184.
- Palomino, Y., & Suárez, M. (2006), Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA 2006; 1 (1): 48, 57*.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D., & Salinas, M. E. O. (2005). *Desarrollo humano*. México, DF: McGraw-Hill.
- Philip Rice, F., (1997), *Desarrollo Humano Estudio del Ciclo Vital*, Naucalpan de Juárez: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Polaco, R., (2007), Psicoterapia V/S Psicofarmacología I. *Cuadernos de Neuropsicología*, 1(1), 8-17.
- Reynoso Erazo L., & Seligson Nisenbaum I., (2005), *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque Conductual*, Guadalajara: El manual Moderno.
- Sluzki, C. E. (1983). Process, structure and worldviews: toward an integrated view of systemic models in family therapy. *Family Process*, 22(4), 469-476.
- Tello, D. (2016, 7 de Enero). La importancia del acompañamiento terapéutico. La Voz del interior. Recuperado de <http://www.lavoz.com.ar/salud/laimportancia-del-acompanamiento-terapeutico>.
- Von Bertalanffy, L. (1993), *Teoría general de los sistemas*. Bogotá: Fondo de cultura económica.
- Wainstein, M. (2002), *Comunicación: Un paradigma de la Mente*. Buenos Aires: Eudeba.
- Wainstein, M. (2006), *Intervenciones para el Cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wiener, N., & Cerro, J. N. (1969), *Cibernética y sociedad*. Lima: Editorial Sudamericana.
- Winter, J., & Aponte, H. J., (1987), The person and practice of the therapist: Treatment and training. *Journal of Psychotherapy & the Family*, (1), 85-111.
- Zanón, J. (2007), Psicolingüística y didáctica de las lenguas: una aproximación histórica y conceptual. *Marco ELE: Revista de Didáctica Español Lengua*.