



UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

**CRISIS DE CICLO VITAL DESDE EL MODELO MRI EN
PACIENTE DE 71 AÑOS**

Alumna: **Aguirregabiría, Ana Inés**
Tutora metodológica: **Dra. Brizzio, Analía**

Índice

1- Introducción.....	2
2- Objetivos	2
2.1- Objetivo general.....	2
2.2- Objetivos específicos	3
3- Marco teórico	3
3.1- Enfoque sistémico. Historias, ideas, autores.	3
3.2- Terapia Estratégica MRI de Palo Alto	7
3.3- Teoría del Ciclo vital	10
3.4- Proceso terapéutico	14
3.4.1- Intervenciones estratégicas	20
3.5- Cambio terapéutico.....	24
4- Metodología	26
4.1- Tipo de estudio	26
4.2- Participantes	26
4.3- Instrumentos	27
4.4- Procedimiento	28
5- Desarrollo.....	28
5.1- Descripción de la queja inicial de la paciente que asiste a psicoterapia, desde el modelo MRI de psicoterapia breve.	28
5.2- Descripción de la co-construcción del motivo de consulta al que arriban paciente y terapeuta, desde el modelo MRI de psicoterapia breve.....	34
5.3- Descripción de las intervenciones estratégicas realizadas por la terapeuta.....	38
5.4- Descripción de los cambios de conducta producidos en la paciente en las seis primeras semanas de tratamiento.....	44
6- Conclusiones.....	47
7- Referencias bibliográficas	52

1- Introducción

El presente trabajo surge de la experiencia pre-profesional supervisada realizada en una institución de formación y asistencia psicoterapéutica, previa a la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. El abordaje de la institución, ubicada en el barrio de Belgrano, es el modelo estratégico de terapia breve del MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto.

En la práctica se cumplieron 280 horas. La supervisión estuvo a cargo de una coordinadora académica. Las actividades que se desempeñaron fueron: asistencia a sesiones en cámara Gesell, observación de admisiones, asistencia a supervisión de casos y reuniones de equipo, desgrabación de videos y subtítulo de los mismos, orden de biblioteca, corrección y edición de presentaciones de Power Point, así como también la participación de un programa de formación profesional allí dictado.

Para la realización de este trabajo se seleccionaron las seis primeras sesiones de un caso que comenzó con el inicio de las prácticas, donde las intervenciones fueron exitosas y pudieron advertirse aquellas que condujeron al cambio y a la resolución de la crisis. Se pudo observar de manera directa: la admisión de la paciente, la derivación a un terapeuta, las posteriores sesiones con ésta, las supervisiones y las reuniones de equipo. De manera indirecta: se observaron las sesiones registradas en video, se accedió a la historia clínica, se realizaron entrevistas con la terapeuta y la admisora de la paciente.

La elección del caso se ve influenciada por poder evidenciarse en el mismo el uso de técnicas que condujeron al cambio en la paciente. El modelo en que se basa adquiere particular interés por poder advertir en un lapso breve de tiempo cómo las intervenciones estratégicas diseñadas para reducir el malestar de la paciente pudieron inducir al cambio terapéutico perseguido.

2- Objetivos

2.1- Objetivo general

Analizar el tratamiento psicoterapéutico de una mujer de 71 años con crisis de ciclo vital desde la perspectiva del modelo estratégico focalizado MRI.

2.2- Objetivos específicos

Describir la queja inicial de la paciente que asiste a psicoterapia, desde el modelo MRI de psicoterapia breve.

Describir la co-construcción del motivo de consulta al que arriban paciente y terapeuta, desde el modelo MRI de psicoterapia breve.

Identificar y describir las intervenciones estratégicas realizadas por la terapeuta.

Describir los cambios de conducta producidos en la paciente en las seis primeras semanas de tratamiento.

3- Marco teórico

3.1- Enfoque sistémico. Historias, ideas, autores.

En los años 50 el antropólogo inglés Gregory Bateson se muda a San Francisco y allí inicia sus primeros contactos con la psiquiatría. Su principal interés se centraba en la comunicación paradójica y cómo ésta se relacionaba con el padecer humano, por lo que pasa varios años buscando los fundamentos de una teoría sistémica de la comunicación. En el empeño de esta tarea se une a otros investigadores (John Weakland, Jay Haley y William Fry) dando origen al Proyecto Bateson en la ciudad de Palo Alto (Estados Unidos). Allí estudian la comunicación en profundidad, sobre todo se interesaban en los efectos que producía el uso de paradojas, que posteriormente da origen a la teoría del doble vínculo. En el contexto de este trabajo, Haley y Weakland se reúnen periódicamente con Milton Erickson para observarlo trabajar en la clínica, y desde aquellos contactos suman a su modelo en formación, la brevedad y algunas técnicas que admiran del reconocido hipnoterapeuta (Cazabat, 2007).

Gregory Bateson realizaba su investigación mediante la observación del comportamiento de los pacientes, se incorporaba en su vida para analizar las formas de relación que se daban en contextos de internación psiquiátrica y cómo estas interacciones hacían variar la conducta. Bateson es el pionero en introducir en las ciencias humanas el pensamiento circular, en oposición al lineal y causalista. Define así una nueva construcción de una pragmática de la

comunicación humana donde el lenguaje se erige como agente de cambio. Las ideas y concepciones de Bateson son los basamentos en los cuales luego se edifican todos los enfoques sistémicos de psicoterapia. El autor hace que el lenguaje abandone su clásica concepción representacional y sea *constructor de mundos, inventor de realidades* en la narrativa posible dentro de la psicoterapia, basado en el constructivismo (Wainstein, 2017).

El hallazgo de Bateson fue el cambio de mirada: de la dinámica intrapsíquica se pasa a un nivel interaccional (Rodríguez & Barbagelata, 2014). Gregory Bateson amplía la concepción de lo mental hacia un espacio donde existen y fluyen diferencias. El acto básico de conocer es captar una diferencia, que transita en circuitos que van más allá del cerebro humano. La idea es explicada mediante una metáfora muy reconocida: *el hombre que derriba un árbol con su hacha*, donde se advierte el circuito entre el sujeto (que posee ojos, sentidos con vías aferentes y eferentes, modificaciones cerebrales), el árbol y el hacha. Los tres elementos de la parábola forman una unidad, demostrando así que todo está interconectado (Bateson, 1998).

En los años 50' el grupo publica decenas de investigaciones, siendo la más reconocida la formulación de la Teoría del Doble Vínculo con relación a la esquizofrenia, centrada en la comunicación paradójica que Bateson estudia por años. En los primeros años de la década del 60' el grupo de investigadores se separa (Cazabat, 2007). Al mismo tiempo Watzlawick se centra en el estudio de la pragmática de la comunicación, donde advierte que ninguno de los marcos de referencia existentes en psiquiatría podía ser utilizado para comprender la importancia de estos procesos en las relaciones interpersonales de un modelo interaccional. Así desarrolla los cinco axiomas de la comunicación humana que implican, como corolario, ciertas patologías inherentes a la comunicación cuando se distorsionan (Watzlawick, Beavin Bavelas & Jackson, 1992).

En 1959 Don Jackson, uno de los últimos en incorporarse al Proyecto Bateson, funda el Mental Research Institute (MRI), como una continuación de las ideas del proyecto original, al que luego se suman integrantes del equipo de aquel, ya desintegrado. El mismo Gregory Bateson, mudado a Hawai para estudiar la comunicación de los delfines, oficia de consultor del grupo. La incorporación más resonante fue la del psiquiatra austríaco Paul Watzlawick ya

mencionado, quien en poco tiempo se erige como el símbolo de las ideas del MRI (Cazabat, 2007). Cuando Jackson funda el MRI en la ciudad de California, es cuando incorporan a su trabajo las ideas de la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy y los postulados de la cibernética de Wiener (Zegarra & Paz, 2015).

De la teoría general de los sistemas se desprende el énfasis que los pensadores asignan a los sistemas interpersonales. Para poder comprender la conducta, las experiencias y las emociones surgidas de un sistema, es necesario considerar las de sus miembros, la interacción entre los mismos y las propiedades que surgen del sistema como totalidad. Las relaciones al interior del sistema configuran patrones de interacción estables, con una tendencia al equilibrio (Bados López, 2008).

De la cibernética el grupo extrae los conceptos que hacen referencia a los mecanismos de retroalimentación negativa que posibilitan la homeostasis, una cibernética de primer orden (el statu quo de un sistema) y una cibernética que denominan de segundo orden, donde a través de una retroalimentación positiva que origina influencias de tipo circular con información que ingresa del exterior, se produce una morfogénesis, un proceso de cambio de cómo el sistema reacciona al medio (Bados López, 2008; Zegarra & Paz, 2015). Usando un isomorfismo se puede decir que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar en el interior de determinado sistema (que en sí permanece invariable), este es el cambio de tipo 1; y otro, cuya sola aparición cambia al sistema: el cambio de tipo 2. Este último puede también denominarse cambio del cambio (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992) o cambio terapéutico, como lo denominó Milton Erickson (Haley, 1980).

La conducta, la posición y el funcionamiento confluyen en un todo a los que los otros elementos del sistema social le asignan un significado, es decir, le atribuyen características, intenciones, roles específicos. Estas especificidades con que las personas son atribuidas no son objetivas, siempre dependen de un contexto. Las atribuciones y el contexto forman parte de un proceso circular, donde las personas muchas veces actúan y se desenvuelven con los roles o las posiciones que le son asignados, para que sus comportamientos concuerden con aquellos y se confirme la validez de la atribución original (Adán & Piedrabuena, 2007).

La mirada relacional con que se aborda la conducta proviene del pensamiento constructivista el que, para resumir en unas líneas, supone que la realidad que percibe y con la que se relaciona cada sujeto, es el producto de la interacción entre el punto de vista desde donde se observa, los instrumentos utilizados y el lenguaje que se utiliza para comunicarla. El acento está puesto en cómo las personas se relacionan con la realidad, consigo mismo y con el mundo. No existe, por lo tanto, una realidad, sino tantas como interacciones entre sujetos y realidades. De estos postulados se desprende que cada sujeto vive y *sufre* las realidades que él mismo produce en relación con lo que vive, aquellas que, en interacción, dan origen a su realidad. Esto presupone que un cambio en las modalidades perceptivas de los sujetos en procesos de construcción producirá también un cambio en las reacciones y percepciones alternativas de la realidad (Watzlawick & Nardone, 2000).

1967 parece ser el año de nuevas asociaciones. Jay Haley, después de formular un modelo de terapia estratégica de resolución de problemas (especialmente inspirado en Milton Erickson), abandona el MRI para formar otra asociación junto a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo, la Philadelphia Child Guidance Clinic. En el mismo año Richard Fisch y Don Jackson crean un nuevo proyecto donde desarrollan un modelo de terapia breve, el Brief Therapy Center (Centro de Terapia Breve), al que luego se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo desarrolla lo que hoy se conoce como el modelo estratégico de resolución de problemas de Palo Alto. La psicoterapia sufre un cambio radical con la creación de un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio (Cazabat, 2007).

El Centro de Terapia Breve propone en un límite de 10 sesiones promover cambios en los consultantes. Todos los pacientes son atendidos en cámara Gesell, algo inusitado para aquella época, donde se discuten en equipo los lineamientos, intervenciones y avances de los pacientes (Cazabat, 2007). La cámara Gesell es un instrumento que permite observar la conducta humana y posibilita el trabajo en equipo en interacción con el terapeuta que se encuentra con el consultante. Esto favorece a ampliar el campo de observación, a la vez que posibilita una amplia naturalidad por parte de la persona observada (Flichman, 2007).

Las características del modelo estratégico están, en algún punto, condicionadas por las particularidades socioeconómicas y geográficas de los pacientes: alumnos del campus de la Universidad de Stanford. Así, se aparta de la tradición sistémica de la terapia familiar y aborda las problemáticas de los consultantes sin necesidad de ver a sus familias o grupos convivientes (Cazabat, 2007).

En los últimos años los enfoques sistémicos se han ocupado de desarrollar nuevas y mejores técnicas de intervención, sosteniendo las bases teóricas de sus inicios. Las raíces antropológica y comunicacional que sostienen todo el enfoque sistémico continúan siendo las ideas de Gregory Bateson; todas se asientan en el constructivismo y todos los modelos de terapia surgidos desde los años 50 se enfocan en el cambio terapéutico. Las diferencias sólo están dadas por las técnicas o metodologías que se utilizan para llevar adelante ese cambio. El futuro será la combinación de manera versátil de las estrategias que diseñe cada modelo de terapia, lo que devendrá en una amplia proyección y potencial para el enfoque sistémico, posiblemente mejor por lo versátil e integrador de lo que pueda ofrecer cada modelo por separado (García & Schaefer, 2015).

3.2- Terapia Estratégica MRI de Palo Alto

Como explican Hirsch y Rosarios (1987) el modelo desarrollado en el Mental Research Institute (MRI) se diferencia de los otros abordajes sistémicos por algunas características distintivas, como ya se dijo. Repasemos las más importantes: se destaca porque apunta de manera directa a la modificación de la conducta, entendida como situación-problema que aqueja al consultante de manera sintomática. La conducta es abordada desde una mirada relacional. Otro rasgo distintivo es que los procesos terapéuticos según este enfoque deben ser breves. Por último, se distingue por llevar a cabo de manera conjunta con el paciente el acuerdo de un objetivo concreto, específico y observable.

La terapia estratégica no es una doctrina o teoría particular, sino que abarca varias modalidades de psicoterapia con un denominador común: el psicoterapeuta activo, dinámico, que interviene y diseña el tratamiento. Se establece así una diferencia metodológica fundamental con las demás

corrientes existentes. Jay Haley plantea que, al contrario de lo que sucede con las teorías psicodinámicas que instan a los terapeutas a tomar una posición pasiva frente al consultante, el terapeuta estratégico es activo, busca el problema, toma las riendas de la sesión y la terapia en todo su conjunto. Desde la perspectiva psicodinámica intervenir deliberadamente en un problema y diseñar una estrategia para su resolución, es visto como manipulativo; siendo en el modelo estratégico lo que se persigue (Haley, 1980).

El pensamiento o corriente estratégica tiene un *padre*, su nombre es Milton Erickson. El reconocido hipnoterapeuta diseñó estrategias y técnicas de intervención para la resolución en breve tiempo de los problemas de orden psíquico y, en consecuencia, también para la resolución de los problemas conductuales. La terapia no tiene una concepción teórica de base, sino que es la descripción condensada de las intervenciones que los terapeutas realizan para influir directamente en las personas; puede definirse como la interacción entre la terapia sistémica de Palo Alto y el enfoque estratégico operativo de Erickson (Nardone & Watzlawick, 1995).

Erickson creía que el terapeuta debía influir directamente en las personas y utilizaba su extenso conocimiento de la hipnosis médica para llevar a cabo aquellas acciones. El terapeuta debe comprometerse a influir de manera directa en las personas; encarna un rol de director de los encuentros: inicia, sostiene y da fin a los contenidos de una sesión de psicoterapia. Al contrario de lo que enseña la escuela psicoanalítica, en el modelo estratégico se busca la planificación como meta de tratamiento, un orden que incluya en primer término la definición de un problema soluble y luego todas las intervenciones necesarias para la resolución de éste de manera eficaz. (Haley, 1980).

Según esta perspectiva, los problemas están determinados por los mecanismos de acciones y retracciones desencadenados, y mantenidos por las soluciones intentadas por los pacientes para hacer frente a sus síntomas (Nardone & Watzlawick, 1995). Muchas veces las formas de interacción que tienen por objetivo resolver alguna dificultad, por el contrario, la intensifican y la perpetúan, convirtiendo a la situación en un problema mayor o en otro problema agregado (Kopeck, 2007). Las maneras en que las personas han intentado modificar los síntomas dan valiosa información al terapeuta para que

pueda conceptualizar el problema, describirlo y definirlo en términos del mismo paciente. Con estos datos luego decidirá las intervenciones más pertinentes y aquellas más idóneas para el abordaje en la praxis clínica (Nardone & Watzlawick, 1995).

Una terapia es estratégica cuando el clínico inicia lo que ocurre durante la misma y diseña de manera particular un enfoque para cada problema, tomando la iniciativa en todo momento. Las acciones que lleva adelante el terapeuta incluyen definir un problema soluble, fijar metas en los diferentes momentos del proceso, diseñar intervenciones para alcanzar dichas metas fijadas con anterioridad, corregir en el proceso mediante las respuestas recibidas desde el paciente, determinar el enfoque y evaluar los resultados obtenidos en las distintas instancias (Haley, 1980).

Debido a que es un modelo surgido en ámbitos universitarios, lo que supone un alto nivel intelectual de los pacientes, predomina lo verbal y el discurso reflexivo (Cazabat, 2007). El modelo estratégico se centra en la comunicación del paciente y dirige su atención al momento actual de la manifestación de los problemas, evidencia que, según los autores citados, la distancia de los modelos que se centran en buscar las causas lineales en el pasado. La atención se desplaza del individuo analizado de manera aislada y solitaria, al análisis relacional del individuo visto como un sistema que interactúa con otros sistemas, que a su vez se encuentran dentro de otra red de sistemas más complejos y abarcativos (Nardone & Watzlawick, 1995). Como escribe Cazabat (2007), el sistema es definido a partir de las personas involucradas en el problema presentado.

El modelo no mira hacia atrás, hacia el pasado, buscando una relación causal. Se centra en las formas de interacción actuales, en el aquí y ahora que determinan la psicopatología actual que el paciente refiere como problemática, y que el terapeuta observará como sintomática. La praxis en la consulta comenzará por determinar el *qué* y el *cómo* un problema está presente, se hace significativo y aqueja; y por el cual la persona asiste a psicoterapia. La forma de abordar no es la pregunta por el *porqué*, sino a lo que éste es y a cómo modificarlo (Nardone & Watzlawick, 1995).

Haley (1980) escribe acerca de evitar la exploración de sí mismo; en su libro describe que Erickson se reusaba a centrarse en comprender cómo o

porqué ocurrió determinado malestar, sino prestar especial interés en cómo y por qué ocurre. Lo más radical en este enfoque terapéutico es la ausencia de interpretaciones sobre las supuestas causas de la conducta de las personas. Rodríguez y Barbagelata (2014) dirán que la pregunta no es porqué sino para qué, de modo de centrar la atención a la organización actual del sistema, ya que dicha organización es la mejor explicación del funcionamiento del mismo.

Tomando como base el modelo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, la terapia estratégica considera a la persona que consulta como potencialmente capaz de sobrellevar y solucionar las distintas problemáticas que aparecen durante su vida (Kopec, 2007). Y esas soluciones se derivan de las estrategias y formas de sugestión refinadas (para evitar que surjan resistencias) con que los terapeutas en la práctica clínica activen en los consultantes formas alternativas de experimentar la realidad (Watzlawick & Nardone, 2000).

3.3- Teoría del Ciclo vital

Milton Erickson diseña sus intervenciones estratégicas para aliviar las perturbaciones de los pacientes, teniendo en primer plano los procesos vitales “normales” u ordinarios de las personas (Haley, 1980). Jay Haley organizó en un corpus teórico los casos prácticos que Milton Erickson legó en forma de desgrabaciones y cintas de audio. La forma en que los catalogó fue variando en el tiempo, a medida que adquiría nuevos registros. Finalmente (Yapko, 2001 como se citó en Pacheco, 2002) se decidió a separar los mismos en base a las etapas del ciclo vital de la familia, concepto de reciente surgimiento en el ámbito de la psicología.

La primera descripción, en términos de terapia familiar, del modo en que se relacionan e influyen de forma recíproca las tareas evolutivas familiares e individuales, es en una publicación póstuma del año 1971, de la asistente social Scherz. La autora, influida por el pensamiento psicodinámico, traspone estas ideas de la sociología de la familia al ámbito terapéutico. En su exposición sostiene que existen tareas familiares universales y recurrentes que son paralelas y se entrelazan con las individuales, donde el conflicto surge como inherente a los cambios que se producen en los desplazamientos del desarrollo familiar y en las diferentes necesidades que suponen los dos niveles

(Falicov, 1991); esas tareas universales que plantean demandas específicas se denominan evolutivas (Gironés, 1994).

El ciclo vital (Haley, 1980) estudia las etapas que atraviesan las familias de manera histórica. Existe un proceso de desarrollo en todos los sistemas familiares y se perturba cuando aparecen el sufrimiento y los síntomas psiquiátricos, evitando el normal proceso. En diferentes períodos del desarrollo la familia se adapta y/o reestructura, produciendo cambios y acomodaciones continuas en sus miembros. Las familias y las personas que las conforman son unidades sociales que enfrentan diferentes etapas en su desarrollo, las cuales son traspasadas con mayor o menor medida de éxito y dificultad. Como escribe Falicov (1991), las formas en que se atraviesan estas etapas dependerán de los modos en que los sujetos se adaptan a las nuevas formas de organización formal y simbólica que adquiera la familia. Cada nueva etapa representa una posible amenaza para el sistema familiar, generando un conflicto entre mantener el equilibrio y permanecer con el status anterior (homeostasis) o adaptarse a las nuevas demandas y transformarse (Gironés, 2014).

A lo largo del ciclo vital, las personas sufren determinadas crisis o cambios que son superados o no, pasando por diversas etapas que son más o menos coincidentes en todos los sistemas familiares, con atributos específicos para cada cultura, pero con una base o raíz universal (Minuchin, 1986). Crisis no entendida con una valoración negativa. Como se aprecia en su etimología tiene una marcada connotación de *elección* y *acción*, entonces se la define como una oportunidad para tomar decisiones, que obedece a un proceso de cambio que permite ir de un estado anterior a uno mejor, con una mayor adaptación (Zegarra & Paz, 2015).

Todos los hombres en sistemas sociales comparten los siguientes procesos: el período de galanteo, el matrimonio, la construcción del nido, la crianza de los hijos, la mudanza de la descendencia para iniciar una vida propia y el sufrimiento de la vejez. Todas estas etapas son acompañadas de una familia extensa o política que rodea al núcleo familiar en mayor o menor cercanía y con distinta incidencia, según la familia y los parientes políticos en cuestión, creando una compleja red de relaciones (Haley, 1980).

El concepto central del esquema del desarrollo familiar es la noción de que las familias cambian en sus formas y en sus funciones a lo largo del ciclo

vital, y lo hacen de una manera secuenciada atravesando etapas evolutivas. Para dividir estas etapas se aplican tres criterios: los cambios que se producen en el tamaño de la familia, lo que produce etapas de expansión, estabilidad y contracción. El segundo criterio hace referencia a los cambios producidos por las edades de la descendencia y, por último, los cambios debido a las posiciones laborales de los sujetos implicados en el sostén económico (Falicov, 1991).

Existen diferentes aportes teóricos al concepto de Ciclo Vital; algunos toman como objeto de estudio la familia y otros se centran en el individuo. A pesar de las numerosas clasificaciones, todas ellas comparten el interés por el traspaso o afrontamiento que determina la transición de una etapa a otra. Algunos autores que han teorizado sobre el tema son: Erik Erikson quien propuso un modelo de ciclo vital individual, centrándose en la formación del yo; el modelo familiar de Duvall que se toma como base en los posteriores modelos familiares y el modelo bidimensional de McGoldrick y Carter, donde describen dos flujos de tareas (Gironés, 1994).

Para la realización de este trabajo se tomará la clasificación que realiza Haley, autor y fundador del modelo estratégico. Jay Haley (1980) realiza una división general de las etapas que atraviesan las familias, siempre con la advertencia de las diferencias culturales, de clase, etc.; y del constante devenir de las estructuras familiares. Segmenta el estudio a través del análisis de familias norteamericanas de clase media para tener un rudimentario esquema que sirva de referencia del complejo proceso del ciclo vital:

- En el período del *galanteo* los jóvenes se relacionan con sus pares para establecer relaciones de amistad y amorosas. Son diversas las causas por las que un joven decide irse del hogar; puede querer huir de él, puede enamorarse, para rescatarse mutuamente con otro ser humano, puede desear tener hijos, etc. Se lleva a cabo un destete de la familia de origen que culmina con el abandono del hogar y la elección de un vínculo íntimo fuera de la familia. En este particular período cumplen una función principal los padres, que pueden soltar y liberar a sus hijos. O, en cambio, enredarlos en una especie de perpetuidad de la que muchas veces es más que complejo salir.

- El apareamiento se produce dentro de una unión o matrimonio, como hito simbólico que lo sella. La ceremonia puede construir un punto de quiebre

palpable entre esta etapa y la anterior, determinando su pasaje y la naturaleza de la relación preexistente entre los novios, y con las familias de origen. Son ilimitados los problemas que pueden surgir en esta etapa, muchos determinados por la finalidad de la elección y otros por las nuevas formas que adquiere la íntima relación. El matrimonio conlleva la convivencia y los acuerdos que de ella se derivan, siendo muchas veces éste el origen de los conflictos.

- El nacimiento de los hijos es la siguiente etapa, que vuelve a complicar la relación entre dos. Cuando una pareja quizás ha establecido algunas reglas de convivencia y relación, nuevos integrantes requieren nuevas formas de organización. La llegada de un hijo plantea un triángulo que exige nuevos acuerdos. Es de vital importancia el lugar que ocupan los hijos para la pareja, porque esto determinará en el futuro la etapa en la cual ellos decidan dejar el hogar familiar y se reactivan cuestiones irresueltas desde hace muchos años.

- Dificultades matrimoniales del período intermedio hace referencia a la relación de los padres con los hijos, desde que son niños hasta que éstos se transforman casi en pares. A medida que cambian las relaciones en una familia, el vínculo matrimonial está sometido a una revisión constante. Aquí las personas han alcanzado los puntos medios de sus ciclos vitales y se producen revisiones de diversa índole, con diferentes consecuencias a distintos niveles. En este punto del ciclo vital las personas han elaborado pautas de funcionamiento y comunicación bastante estables, así como modos de interacción repetitivos y rígidos, lo que muchas veces obstaculiza superar una repentina crisis o problemática.

- Cuando los niños comienzan a irse y se produce el destete, todas las familias atraviesan cambios con diversas consecuencias. Es crucial la forma en que la pareja reorganiza su vida, ya sin los quehaceres que derivan de la crianza de los hijos. Cuando hay solo un progenitor, ésta puede ser vista como el comienzo de una vejez solitaria, siendo necesario encontrar nuevos intereses.

- La última etapa, del retiro de la vida activa y la vejez, se define por el alejamiento de los hijos y el acceso a una jubilación o retiro de la actividad laboral. Muchas veces el cambio de rutina provoca un sentimiento de insatisfacción por no tener una actividad donde sentirse útil. Los problemas que

surgen en esta etapa son los más complejos para un terapeuta, que ya no puede generar esperanza en el futuro como instrumento de cambio.

Según esta perspectiva los síntomas aparecen cuando el ciclo vital de una familia o sistema se interrumpe o trastoca, indicando una dificultad en el traspaso de una etapa a otra (Haley, 1980). Las transiciones pueden ser arduas y turbulentas cuando se impide el gradual o el normal fluir de transición de una etapa hacia la siguiente, sea porque el sistema tiene un limitado repertorio de conductas experimentales y se frena en las viejas pautas, sea porque a una transición normativa le sucede un estrés inesperado (Falicov, 1991).

Si bien el objetivo primordial de una terapia es centrarse en los síntomas, el objetivo mayor será poner en funcionamiento nuevamente el ciclo para el normal desarrollo de este proceso vital, por lo que se hace evidente la necesidad de que el terapeuta esté interiorizado en ello y lo utilice como guía (Haley, 1980).

3.4- Proceso terapéutico

Una psicoterapia estratégica basada en el modelo del MRI de Palo Alto está pensada como una orientación al consultante para transitar su camino por la mejor ruta dentro de las disponibles; el modelo está pensado para *remover obstáculos del camino*. Haciendo énfasis en el terapeuta activo, éste propicia que el paciente decida hacia dónde quiere ir y cuánto esfuerzo está dispuesto a realizar en ese cometido. El modelo requiere de un particular trabajo inicial para definir el objetivo en términos de algo alcanzable que pueda ser evaluado. Una vez acordado el objetivo, se establecen pasos para alcanzarlo, que sean lo suficientemente pequeños como para poder ser concretados por el paciente, y también deben ser lo suficientemente significativos, para que determine una orientación positiva a la conducta y tenga sentido el esfuerzo (Kopec, 2007). Un objetivo concreto ayuda a construir la expectativa en el consultante de un cambio más o menos inmediato (Watzlawick & Nardone, 2000).

El proceso terapéutico comienza con la admisión que consta de la pre-entrevista o entrevista previa. De este primer acercamiento se obtienen algunos datos preliminares que luego pueden ser utilizados o no en el desarrollo de la terapia. La información allí vertida puede ser retomada a lo largo del

tratamiento. Será decisión de cada terapeuta en particular el uso de aquellos datos. La admisión tiene el objetivo principal de establecer el plan de tratamiento, delimitando de forma lo más clara posible los objetivos de la terapia (Kopec, 2007).

Cuando paciente y terapeuta concretan el primer encuentro en el espacio de una psicoterapia, lo primero que surge es la queja inicial (Casabianca & Hirsch, 2009): información en bruto que traen los pacientes a la consulta como problema que más los aqueja e interfiere en su vida cotidiana, de manera de hacer disfuncional algún aspecto de la misma. Los autores especifican cuáles son los datos que la componen: las verbalizaciones, los gestos que realizan al comunicarse, las descripciones de las conductas o los significados que le atribuyen a ellas, entre otros.

Kopec (2007) indica que las expresiones espontáneas de los pacientes en el inicio de la entrevista son muy valiosas, ya que permiten obtener información de cómo el paciente se ve a sí mismo y de cómo lo ven los demás. Adán y Piedrabuena (2007) aciertan en el modo en que las personas se deciden a expresar sus quejas. Los terapeutas deberán explorar en el paciente qué es lo que piensa que le pasa, qué lo trae a la consulta, qué lo decidió a venir en ése y no en otro momento, entre otras sugerencias. Las quejas iniciales aparecen en el plano cognitivo como las percepciones que los consultantes distinguen como aspectos a modificar; y en el plano afectivo como presencia de malestar más o menos profundo (Casabianca & Hirsch, 2009).

El paso siguiente en el proceso es intentar develar, siempre según el consultante, cuál es el problema que lo trae a terapia y tratar de entender cuáles son las hipótesis al respecto; si considera que está dentro de sus posibilidades resolverlo o no, si es un problema que lo aqueja hace mucho tiempo o en cambio es de reciente aparición, cuánto le impide desenvolverse normalmente, si le impide hacer algunas cosas que quisiera hacer o si le obliga a realizar algunas otras que no querría. Toda esta información permite evaluar si el paciente cree que puede modificar el problema, si no tiene la voluntad de cambiar o si necesita de otros apoyos para llevarlo adelante. Con la información que se desprende de la queja inicial, el análisis de la posición del consultante ante el cambio y la evaluación de la voluntad para llevar adelante el

proceso, puede surgir la necesidad de reformular los objetivos para volverlos alcanzables para el paciente (Kopec, 2007).

El terapeuta debe tener presente que una queja no siempre es una demanda directa; el paciente debe ser quién defina en qué temas debe entrometerse el psicoterapeuta y en cuáles no. Tampoco se hace en este momento una operacionalización de la queja, intentando indagar en su consistencia y magnitud. Sólo se acepta el punto de vista del paciente y se elabora a partir de sus dichos. El objetivo de estos primeros momentos del tratamiento es dejar que los pacientes hagan un concreto pedido de ayuda (Morejón & Beyebach, 1994).

La co-construcción del motivo de consulta (Casabianca & Hirsch, 2009) se desarrolla desde la queja inicial que trae el consultante y es particularmente complejo desde este enfoque. Los dos polos comprometidos en la definición están motivados por la concreción de un objetivo común, pero cada uno tiene un recorte de la situación problema propio. Los autores hablan de que ambos polos poseen grillas de lectura diferentes que tienen la necesidad de encajarse mutuamente y llegar a una congruencia sistema consultante-terapeuta. El énfasis del terapeuta estará ubicado en definir de manera conjunta un objetivo que el paciente comparta como significativo, para avanzar hacia él, involucrando el tiempo como una variable muy valorada.

En un tratamiento estratégico es muy importante la evaluación de los logros que paciente y terapeuta puedan hacer. Una vez definidos en forma conjunta los pasos a dar, y a medida que el paciente intenta concretarlos, se evalúa de manera constante si pudo o no, si le resulta importante lo que ha logrado, si una vez alcanzados le siguen pareciendo valiosos y, principalmente, si está dispuesto a desprenderse de ese síntoma o forma habitual de funcionar. Si no ha habido logros, es importante analizar por qué no se produjeron y evaluar las potenciales desventajas de cambiar que podrían impedir el avance hacia algún sentido (Kopec, 2007).

Pensar en el motivo de consulta desde este modelo no es pensar en forma de diagnóstico, donde la formulación de la problemática y del tratamiento se hacen en forma lineal. Pensar en lógicas lineales nos aleja del modo de pensar sistémico y de los sistemas sociales; y nos acerca al funcionamiento de los sistemas físicos. Los problemas psiquiátricos y psicológicos se dan en

sistemas sociales, con toda la complejidad que esto acarrea (Adán & Piedrabuena, 2007). El problema deberá estar definido en términos de conductas observables para facilitar la comprensión, en primera medida, para la evaluación de los resultados obtenidos a lo largo de las sesiones y para la reformulación de los posibles caminos a recorrer en el proceso psicoterapéutico (Kopec, 2007).

Cuando se explicita un problema/conducta-problema en conductas de fácil apreciación, se posibilita la mejor comprensión de los circuitos de interacción que definen y/o mantienen el problema. A veces sólo el hecho de formular la problemática en estos términos hace que el paciente lo vea de un modo diferente. Cuando no es posible objetivar el problema en términos de conductas observables, al menos se intenta hacerlo de un modo que sea subjetivamente analizable o cuantificable (Kopec, 2007). El modelo estratégico no realiza un diagnóstico de forma clásica, donde se busca aquel más preciso y ajustado a la presencia de los síntomas para reconocer la enfermedad, a la manera de manifestaciones que conforman entidades clínicas determinando de forma natural un modo de intervención en términos de tratamiento (Adán & Piedrabuena, 2007).

Uno de los puntos centrales de la exploración de la problemática presente desde el modelo estratégico para arribar a este tipo particular de diagnóstico, es aquel que indaga acerca de las formas en que el consultante y las personas significativas han intentado, hasta el momento, resolver el problema por el que consultan. Estos intentos de solución pueden tener nulo o poco éxito. Esta información detallada nos brindará la posibilidad de realizar un diagnóstico de circuito o circular, advirtiéndole qué soluciones intentadas han contribuido a mantener el problema, cuáles han dado algún tipo de solución en el pasado para poder retomarlas, por qué caminos no es provechoso recorrer porque ya fueron intentados y resultaron ineficaces (Kopec, 2007). Una cuidadosa exploración de esas tentativas de solución brinda información acerca de qué es lo que mantiene el problema en el presente y dónde, en consecuencia, ha de aplicarse el cambio (Watzlawick et al., 1992).

Las acciones terapéuticas serán ejecutadas en intervenciones que tendrán como objetivo anular el circuito de soluciones intentadas fallidas (verbalizado por el consultante) y la reformulación del problema. En este punto

es central que el terapeuta asuma el estilo o pautas comunicacionales del paciente, para disminuir las resistencias que pudieran emerger en él (Wainstein, 2006). En este modelo de psicoterapia es de vital importancia tomar el lenguaje del paciente, que incluye sus creencias y su modo de ver el mundo (Kopec, 2007).

El circuito que se busca anular es aquel que se forma ante las interacciones entre sujeto y realidad, lo que mantiene un sistema circular de percepciones y cosmovisiones que alimentan el carácter problemático de la situación. Desde esta perspectiva, el pasado o historia clínica del sujeto representa sólo un medio para crear las mejores estrategias en la resolución del problema en cuestión, y no un procedimiento terapéutico como sucede en otras escuelas o corrientes de psicoterapia (Watzlawick & Nardone, 2000).

Es de mucha utilidad para el mejor diseño de un proceso terapéutico estratégico, saber si la persona ha tenido consultas psicológicas con anterioridad y, en caso afirmativo, cuál fue el resultado que éstas le han dado. El terapeuta deberá conocer qué sirvió y qué no en anteriores consultas de psicoterapia, para profundizar en hallazgos positivos y evitar aquello que el paciente relata con disgusto o con tinte de fracaso (Kopec, 2007). Es, como explican Watzlawick y Nardone (2000), encontrar aquello que ha gustado y aquello que no en las experiencias previas que el paciente ha tenido con otros terapeutas en otras o similares situaciones problemáticas.

Para que el terapeuta y el consultante arriben a la construcción del motivo de consulta, es decir, a la particular definición de la problemática que sufre quien pide ayuda, muchas veces es necesario más de un encuentro. En algunas ocasiones el consultante no puede describir el problema, no sabe cómo definirlo concretamente. También puede suceder que entender el modo particular en que el paciente construye el problema lleve algunas sesiones al terapeuta, sin embargo, es de crucial importancia para su definición. Sólo así podrá luego enunciar un objetivo de tratamiento. En algunas ocasiones las definiciones se esclarecen mutuamente (Watzlawick & Nardone, 2000).

Cuando está definido el motivo de consulta, que porta la queja inicial contextualizada, se analiza una tendencia a actuar en una dirección que sea congruente con la demanda del consultante, como se dijo antes. El tipo de acción terapéutica se orientará por las características de la situación problema

y del lenguaje del consultante (Wainstein, 2006). Tendrá un buen pronóstico de trabajo el proceso que se enmarque en un motivo de consulta pasible de ser trabajado. La co-construcción requerirá de la pericia del terapeuta que indagará para conocer concretamente cómo se manifiesta el problema, en qué momentos ó ámbitos, desde cuándo, con quiénes, qué le impide hacer, qué pensamientos lo acompañan, cómo haría un observador externo para advertir la problemática; y todo otro dato que redunde en enmarcar la conducta problema para hacerla observable (Kopec, 2007). Wainstein (2017) menciona que es una tarea fundamental que el terapeuta logre acceder al problema de la persona que consulta, de manera de poder determinar qué experiencias de su vida le gustaría suprimir o reducir, haciendo énfasis en aquellas cosas que no le agradan de su presente y cuáles querría cambiar a futuro.

Durante todo el proceso las respuestas y las reacciones no verbales de los consultantes sirven como retroalimentación y guía al terapeuta, ofreciéndole de este modo las informaciones relevantes acerca de la dirección del tratamiento, las intensidades y los progresos que se van evidenciando. Además, ofrecen al terapeuta la posibilidad de evaluar los objetivos propuestos con anterioridad y, de ser necesario, revisarlos. También sirven para producir alguna modificación en el planteamiento original del problema, ahora abordado con más profundidad o desde otras perspectivas (Watzlawick & Nardone, 2000).

La fase más compleja y la que por ello, requiere más tiempo, es aquella que se compone de la redefinición de los cambios y la consolidación de los resultados obtenidos. En esta etapa el terapeuta hace uso de prescripciones progresivas, escalonadas y con intervalos; es el momento en que efectúa redefiniciones de los cambios, de manera cada vez menos sugestiva con el fin indirecto de intentar lograr una autonomía mayor del consultante. Se busca que el sujeto construya un equilibrio nuevo basado en nuevas y alternativas reacciones ante la realidad, haciendo uso de sus recursos personales (Nardone, 2000).

Como describe Kopec (2007), una vez que el paciente ha alcanzado su o sus objetivos, se presenta el desafío de mantener aquellos logros. En algunas ocasiones es positivo que el terapeuta sea cauto y exprese algo de pesimismo acerca de la permanencia de aquellos cambios, o incluso, previendo

una recaída, que posibilitan la práctica de las nuevas habilidades adquiridas. Cuando el paciente siente que es una posibilidad, las recaídas no son vivenciadas como un fracaso, sino como un paso más del proceso.

En la última fase del proceso terapéutico hay una redefinición del nuevo equilibrio construido, explicando al paciente las estrategias que se han utilizado a lo largo del recorrido para evidenciar las técnicas utilizadas en el objetivo de remover los recursos del paciente (Nardone, 2000). Cuando el consultante ha resuelto su objetivo, atravesado alguna recaída y evidenciado un afianzamiento del cambio, es posible espaciar las consultas o dar cierre al proceso terapéutico, siempre dejando abierta la puerta a posibles consultas en el futuro (Kopec, 2007).

El cierre del proceso debe tener en cuenta dos variables: los resultados obtenidos y la satisfacción de quien consulta, las cuales no siempre coinciden. El momento indicado para el cierre de un tratamiento es cuando prolongar las sesiones no redunde en beneficios o satisfacciones significativas para el consultante. El terapeuta debe generar en el consultante la sensación de que el cierre del proceso se produce por la propia lógica del tratamiento (Figueroa & Hirsch, 2007).

3.4.1- Intervenciones estratégicas

El proceso psicoterapéutico se organiza y estructura en torno a puntuaciones. El término puntuación en este contexto fue introducido por Bateson y Jackson en su estudio del año 1964 *Acercas de la interacción de los miembros de un sistema*; se refiere a la estructura que confiere un observador a una secuencia de sucesos y conductas. Las puntuaciones que establezca el observador, en este caso el terapeuta, de las interacciones y los procesos de comunicación que se establecen en determinado sistema en análisis, conformarán los significados que se atribuirán a las conductas de una persona y a la de los demás. Dependerá de las puntuaciones que el terapeuta efectúe de las interacciones planteadas, el que las conductas sean vistas desde la perspectiva de uno u otro actor presentes en el proceso (Adán & Piedrabuena, 2007).

Las puntuaciones de las secuencias comunicacionales, tercer axioma de la comunicación de Watzlawick, no son buenas o malas. La puntuación permite

organizar los hechos de las conductas y resulta de vital importancia para los sistemas de interacción. El orden de las secuencias, de un modo u otro, crea diferentes realidades (Watzlawick et al., 1991). Como consecuencia, las modificaciones introducidas en la puntuación pueden generar nuevas formas de enfocar un problema, así como también a la creación de nuevas soluciones o el descubrimiento de nuevos recursos para afrontarlo o resolverlo (Adán & Piedrabuena, 2007).

A su vez o en principio, el paciente también hace una construcción o mapa de su realidad. Cada humano se caracteriza por la forma en que construye y organiza los acontecimientos. Esa construcción tiene componentes cognitivos, afectivos y conductuales; es una representación que se hace cada persona, a manera de marco de referencia, del mundo, de los demás y de sí mismo, y que condiciona sus conductas y modos de acción. Hay mapas, para continuar con la metáfora, que guían mejor que otros; y hay algunos que condicionan hacia conductas que producen repetidamente frustración. Ese es el momento de cuestionarlos (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).

La tarea central del terapeuta es programar la intervención en el contexto social particular en que se encuentra el consultante y donde interactúa, particular ámbito de los dilemas humanos. Los objetivos principales de estas intervenciones son impedir la repetición de circuitos viciosos e intentar introducir la mayor cantidad de alternativas posibles complejas de interacción. A partir de aquello que el consultante expresa como motivo de consulta, el terapeuta aplica el principio de pensar en pequeño e interviene para introducir el cambio (Hernández Córdoba, 2007), intentando modificar la *visión preferida* (Wainstein, 2017).

Casabianca y Hirsch (2009) definen a las intervenciones como conductas pensadas y planificadas por el terapeuta para el logro de su objetivo de cambio en el consultante. Pero para intervenir de manera eficaz, antes es necesario que el terapeuta efectúe un determinado recorte que le permita definir claramente cuál es el problema sobre el cual se centrará e intervendrá para modificarlo (Adán & Piedrabuena, 2007). A veces los problemas aparentan no tener solución, en virtud de la imposibilidad de correrse de las soluciones intentadas fallidas. Todo problema tiene su marco de referencia, por lo tanto, en algunas situaciones es necesario subir de nivel y ampliar el marco

desde donde se lo observa y analiza. Aquello que se veía como un todo, ahora será analizado como una simple alternativa (Schaefer, 2013).

Existen muchas clasificaciones de intervenciones, todas comparten la principal tarea de modificar los puntos de vista que trae el paciente respecto a las razones de su malestar. Este modelo interviene redefiniendo lo que se considera problemático, repetitivo, intentando desanclar conductas y soluciones intentadas fallidas. Se lleva a cabo de manera directa a través del uso del lenguaje en las sesiones y, con la finalidad de extender el efecto de las intervenciones a la vida cotidiana del paciente, se solicitan algunas tareas a realizar en otros ámbitos (Wainstein, 2017).

Siguiendo a Schaefer (2013) se puede clasificar en dos grandes grupos el vasto repertorio de intervenciones del modelo de psicoterapia breve del MRI:

- El reencuadre: corresponderá a aquel proceso mediante el cual se asocian nuevos significados a similares hechos. En otras palabras, se entregará una realidad alternativa. Algunos autores la denominan reformulación, según las traducciones en las que se basen,

Los reencuadres pueden ser de dos tipos:

- Directos: consiste en entregar de forma deliberada y explícita nuevos significados. Esta modalidad se puede subdividir, a su vez, en dos subtipos: connotación positiva, como forma de revalorizar una situación. El otro subtipo es la redefinición, donde se trata de reubicar un hecho en otra categoría conceptual para permitir nuevos significados, a modo de recategorización.

- Indirectos: se usan metáforas, analogías, historias con el fin de potenciar la posibilidad de hacer asociaciones y reasociaciones.

Una de las intervenciones centrales o claves del modelo es la reformulación (como sinónimo de reencuadre), que confiere un sentido diferente a una situación o conducta problemática del consultante (Cazabat, 2007), (Wainstein, 2006). Hirsch y Rosarios (1987) destacan que la reformulación debe estar lo más cerca posible de la realidad psicológica del sujeto, esto es, de los modos de pensar y sentir del consultante, del marco de referencia que ha elaborado como sujeto. Entonces, la reformulación debe ser congruente con el modo en que las personas definen su problema en términos intelectuales, de salud, contextuales, emocionales, etc. (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).

Una reestructuración exitosa es aquella que, en congruencia con el modo de pensar y modo de ver el mundo del sujeto, logra un cambio de sentido del problema y lo extrae de su definición de síntoma, transformándolo en algo capaz de ser modificado (Watzlawick et al., 1992). El objetivo principal de este tipo de intervenciones es modificar el marco de referencia que el paciente construye para su problema, de manera tal que pueda generarse un nuevo contexto cognitivo, actitudinal y emocional donde el problema pierda su razón de ser, debido a que la problemática como tal desaparece por cambios de conducta; o porque se han modificado las interpretaciones del problema en sí (Cazabat & Urretavizcaya, 2007), abriendo nuevos caminos (Hirsch & Rosarios, 1987).

La *reformulación panorámica* desarrollada por Hugo Hirsch (uno de los primeros terapeutas en introducir el modelo estratégico en la Argentina) apunta a crear un marco general histórico en el cual los acontecimientos y sucesos narrados por el paciente son encadenados por el terapeuta de una forma que desembocan de manera necesaria en el presente. El terapeuta reconstruye la historia seleccionando los que le servirán más tarde para dar un cambio de sentido y sostener la reformulación. Las secuencias de acontecimientos se unen entre sí desencadenando una nueva perspectiva y lógica, con mayor probabilidad de aceptación del paciente. Si se tiene éxito, esta nueva perspectiva y sus posibles cauces de acción se erige como el núcleo alrededor del cual gravita todo el desarrollo del proceso terapéutico (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).

- El otro gran subgrupo que describe Schaefer (2013) son las prescripciones: asignaciones de tareas o directivas de conducta, algunas de las cuales están prescritas para ser hechas y otras definitivamente no. Son indicaciones explícitas de conducta a ser respetadas o desafiadas por los consultantes (Casabianca & Hirsch, 2009). Las tareas son un medio para provocar cambios, es decir, para que las personas modifiquen el modo de percibir la realidad y/o de las acciones comportamentales derivadas (Wainstein, 2017).

El modelo se destaca por el uso de las prescripciones paradójales, cuya modalidad más popular es la *prescripción del síntoma* (Schaefer, 2013). La prescripción del síntoma es inducir al paciente a que lo manifieste

abiertamente, en vez de exhortarlo a que lo combata o disminuya. Prescribir un síntoma, o inducir un cambio de tipo 2 mediante una paradoja, en un sentido más amplio y no clínico, es indudablemente el modo más poderoso y elegante de resolver un problema (Watzlawick et al., 1992).

Toda terapia exitosa lleva a la modificación de los puntos de vista del consultante respecto de su malestar, la naturaleza del mismo o los modos de resolverlo (Hirsch & Rosarios, 1987). Las intervenciones estratégicas reciben este nombre porque se focaliza en adecuar medios y fines. El fin está dirigido al cumplimiento de los objetivos convenidos con el consultante para poder resolver los problemas por los que acude a la psicoterapia (Wainstein, 2017).

3.5- Cambio terapéutico

Como explican Casabianca y Hirsch (2009) todo sistema puede ser mirado desde la óptica del interjuego de dos tendencias opuestas, éstas son las que están a favor del cambio y las tendencias que pugnan por mantener la estabilidad. El foco de intervención de la psicoterapia estará puesto en los segmentos más predispuestos al cambio, para poder trabajar con ellos en la resolución de la situación-problema. La psicoterapia entendida (Adán & Piedrabuena, 2007) como un tipo de influencia dirigida a aliviar las dolencias psíquicas y a persuadir a las personas para que adopten conductas diferentes. Los pacientes a su vez, con el propósito de obtener ciertos cambios en su estado emocional, sus actitudes y su conducta.

Milton Erickson, el padre de la terapia estratégica, evitaba el insight hacia lo inconsciente o exploración del sí mismo de los pacientes. Si un terapeuta ayuda a un paciente a entender por qué se comporta de manera errática, reproduciendo de este modo las mismas pautas que conducen al síntoma, está evitando el real y necesario cambio de pautas para que no se produzca más: el cambio que el autor denomina *terapéutico*, que implica directivas para cambios de conducta (Haley, 1980).

Lo central desde este enfoque es que el paciente considere satisfactoria la solución construida con el terapeuta. Este punto de vista supone que un cambio en la forma en que el paciente construye su experiencia, reflejado en el modo en que relata o informa sobre aquel, promoverá la posibilidad de que tenga experiencias diferentes, lo que luego provocará diferentes relatos o

descripciones en las sesiones posteriores en la continuidad del tratamiento (Shazer, 1991).

La palabra del terapeuta tiene que abrir contextos, posibilidades, espacios. Se busca que perturbe la historia del problema en cuestión, consiguiendo que una historia prevalezca sobre la otra, o que surja una nueva para definirlo. Si el terapeuta redefine de una manera rígida también el problema, nada ni nadie cambia. El terapeuta debe tener la convicción de poder introducir cambios creando las condiciones para que los pacientes actúen de manera diferente (Adán & Piedrabuena, 2007) o cambiar la manera de construir la experiencia dolorosa (De Shazer, 1991).

Kopec (2007) hace énfasis en demarcar al paciente aquellos pequeños cambios, pero significativos, que se vayan desarrollando a lo largo del proceso terapéutico. Sólo es necesario un pequeño cambio, que se desprenda de un objetivo pequeño y razonable (Watzlawick & Nardone, 2000). Cuando ha habido avances en el camino trazado, aunque estos sean de magnitud pequeña, el terapeuta los verifica y los amplía como un símbolo de que el paciente pudo. Esta amplificación redundante en sensaciones y cogniciones que alientan al paciente a seguir avanzando en ese camino. Incentivar las capacidades estimula más que destacar los defectos o carencias (Kopec, 2007).

No se debe requerir un gran cambio, esto no lleva al éxito. Por el contrario, Erickson intentaba encontrar una pequeña respuesta para luego edificar sobre ella y acrecentarla hasta llegar a la meta propuesta. Siempre se debe buscar un pequeño cambio para luego ir construyendo y trabajando sobre él. Además, si el cambio que se produce es pequeño, pero en un área crucial, es muy probable que esta pequeña modificación desencadene un cambio en el sistema total (Haley, 1980).

El mismo Milton Erickson intenta explicar su visión del cambio cuando escribe el prólogo del libro *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*, de los autores Watzlawick, Weakland y Fisch. Allí escribiría que una psicoterapia no es buscada por un paciente para esclarecer un pasado que no puede modificarse, sino a causa de una insatisfacción en el tiempo presente y por un deseo de mejorar en el futuro. Lo que se necesita es cambiar la situación actual que presenta el sujeto; comenzando por una pequeña

modificación de acuerdo con las posibilidades del sujeto y luego, por medio de un efecto *bola de nieve*, que estos pequeños cambios conduzcan a otros mayores o importantes (Watzlawick et al., 1992).

Como escribe Haley (1980), el terapeuta intenta ampliar la desviación, modificar un sistema que se ha tornado estable por sus pautas de acción repetitivas. Para cambiar el sistema existen dos opciones: inducir una crisis para romper el equilibrio que ha alcanzado y mantiene el sistema, de manera tal que deba reformularse de manera obligada con otras pautas de funcionamiento; el otro enfoque es seleccionar un aspecto del sistema y provocar una desviación, luego acrecentarla y ampliarla, hasta que provoque un descontrol que obligue de manera forzosa a una reorganización con nuevas pautas de interacción.

Como reflexionan Adán y Piedrabuena (2007) es bueno aspirar a que se produzcan cambios en paciente y terapeuta, que no salgan igual que como ingresaron de los encuentros psicoterapéuticos. Ser terapeuta es, en alguna medida, estar dispuesto a ser con-movido.

4- Metodología

4.1- Tipo de estudio

Estudio de caso único.

4.2- Participantes

Paciente que recibe psicoterapia en la institución. Dora es una mujer de 71 años, separada, que vive sola y se encuentra jubilada. La paciente tiene sólo una hija, casada con un francés y ambos viven en Holanda. No posee más familia. Asiste a terapia por una crisis vital que define como incertidumbre hacia el futuro. La queja inicial aparece como una fuerte indecisión de irse a vivir a Holanda con su hija o quedarse en Buenos Aires sola, imposibilitada de pensar en las opciones y tomar una alternativa.

Terapeuta Silvia que realiza la admisión de la paciente en una primera entrevista. Silvia es mujer, tiene 60 años y es la directora de la institución. La psicóloga tiene una extensa trayectoria y trabaja como psicoterapeuta desde

hace más 35 años. Todos los terapeutas de la institución trabajan desde el modelo de terapia focalizada breve del MRI.

Terapeuta Carina que realiza el tratamiento psicoterapéutico a la paciente en cámara Gesell. Carina es una psicóloga mujer, 31 años, en formación del modelo de terapia focalizada breve, que recibe supervisión en cada sesión para guiar el proceso. Forma parte de la institución desde 2016.

Equipo de psicólogos (2) que supervisan el caso y formulan lineamientos a la terapeuta en formación Carina. Ellos son: M de 34 años, trabaja hace 4 años en el centro. Es mujer, terapeuta especialista en el modelo y actual profesora de una cátedra del modelo en universidad privada. G, hombre, de 32 años, también especializado en la terapia breve y forma parte del equipo en este espacio de formación desde hace 3 años.

4.3- Instrumentos

Historia clínica de la paciente en tratamiento, que posee información de los datos objetivos y los señalamientos que los terapeutas que la asisten toman durante las sesiones. La forma de registro permite obtener datos de modos específicos de la paciente de presentar los síntomas, palabras o lenguaje que porta, verbalizaciones que luego se utilizan para la redefinición.

Observación directa de las sesiones en cámara Gesell, donde se obtienen datos directos de expresiones verbales y no verbales.

Transcripción de notas personales tomadas durante las sesiones presenciadas en cámara Gesell.

Observación no participante de las reuniones de equipo donde se supervisa el caso y se delimitan las intervenciones a realizar.

Desgrabaciones de las sesiones filmadas en video, desde donde se recuperan datos de pautas comunicacionales inadvertidas durante las sesiones en vivo.

Entrevistas a la terapeuta que realiza la admisión y a la psicoterapeuta que realiza el tratamiento, donde se indaga la queja inicial, la elaboración del motivo de consulta y las intervenciones que se realizaron a la paciente.

4.4- Procedimiento

Se asistió a las sesiones de la paciente en cámara Gesell con frecuencia semanal, por un período de 6 semanas. La duración de cada sesión es de 60 minutos aproximadamente.

También se permitió el acceso a las grabaciones de estas entrevistas en video donde se visualizará no sólo lo verbal, sino también las conductas no verbales de la paciente.

Se brindó la historia clínica de la paciente donde se observarán los señalamientos que hace la psicoterapeuta en proceso de admisión y las sesiones subsiguientes.

Se realizó una entrevista con la terapeuta que lleva adelante el proceso psicoterapéutico, para recabar más información de la paciente. También se entrevistó a la terapeuta que realizó el proceso de admisión y supervisora del caso. En esta entrevista se indagará por el tratamiento de manera integral y se buscarán especificaciones de las intervenciones realizadas.

5- Desarrollo

5.1- Descripción de la queja inicial de la paciente que asiste a psicoterapia, desde el modelo MRI de psicoterapia breve.

Para la elaboración de este objetivo se examinan por medio de video grabaciones las dos primeras entrevistas de la paciente seleccionada. Estas fueron presenciadas de manera directa a través del dispositivo de cámara Gesell y, más tarde, reproducidas en formato de video. Se toman fragmentos de las entrevistas realizadas a la terapeuta que atiende el caso (Carina) y a la supervisora de la terapeuta (Silvia), quien presencia todas las sesiones en el dispositivo antes mencionado. También son de gran utilidad las notas tomadas durante las sesiones en vivo en cámara Gesell. Así mismo, se utilizan datos provenientes de la llamada telefónica que Dora realiza para concretar una primera entrevista. Esta información es referida por la supervisora en reunión de equipo previa a la selección de la terapeuta.

El proceso psicoterapéutico se inicia con la pre-entrevista o entrevista de admisión, en general de manera telefónica, donde el paciente realiza un pedido

de psicoterapia. Este primer acercamiento, como describe Kopec (2007), es de mucha utilidad para recabar algunos datos preliminares que luego podrán ser utilizados. Dora realiza esta llamada en los últimos días del mes de marzo y es atendida por la terapeuta Silvia, que luego será la supervisora del caso. Concretan una cita para el mes de abril, previa explicación del funcionamiento de la utilización de la cámara Gesell y el equipo interviniente.

La terapeuta Silvia comenta que, en este primer llamado, Dora se presenta como una señora mayor, haciendo énfasis en su edad. Menciona ser una señora de 71 años, próxima a cumplir los 72, aclara. Describe en el llamado una terapia actual insatisfactoria a través de su obra social, donde se siente muy incómoda y desatendida. El organismo que dirige su programa de atención médica será mencionado en muchas oportunidades durante el transcurso del tratamiento. Dora relata y afirma que se tiene que ir a vivir a Holanda junto a su hija y que está muy angustiada por ello. Menciona que ha perdido la tranquilidad y que se siente abrumada.

Durante el llamado, Silvia le explica el modelo de atención que se brinda en el espacio. El particular uso que se hace de la cámara Gesell durante todas las sesiones y la grabación de éstas, para posterior uso interno de las mismas. Un equipo de terapeutas observará las entrevistas tras el espejo e intervendrá comunicándose con el terapeuta que la atiende por medio de un teléfono interno, en el caso de que fuera necesario. Se le explica también que las sesiones son todas supervisadas por un equipo de terapeutas. A su vez, Silvia se expresa sobre el modelo de psicoterapia con el que se trabaja, el modelo estratégico, detallando algunas características que podrían ser de interés de la paciente.

El modelo de psicoterapia estratégico se destaca por apuntar de manera directa a la modificación de la conducta, entendida como situación-problema que aqueja al consultante de manera sintomática (Hirsch & Rosarios, 1987). Es necesario comprender a los síntomas en estos términos y poder definirlos de la forma más concreta posible, de manera que sean pasibles de abordar. En la paciente Dora la situación-problema se presenta un poco vaga o difusa, con elevada sensación de malestar e intranquilidad.

Durante la primera entrevista observada desde la cámara Gesell, Dora relata que está muy sola. Como explican Morejón y Beyebach (1994), el

terapeuta no debe intentar operacionalizar la queja en este momento y sólo escucha el relato de la paciente, esperando el pedido de ayuda concreto. Huérfana a muy temprana edad, la paciente ha perdido sus 3 hermanos en los últimos años. La terapeuta indaga acerca de su círculo íntimo, cotidiano, frecuente. La respuesta que obtiene se acerca al contacto cotidiano de vecinos y comerciantes de su barrio. No hay amigos, conocidos, parientes o allegados íntimos. Dora cuenta que tiene una sola hija de 40 años casada con un francés, viviendo en Holanda desde el año 2012. De su marido se separó hace 38, 39 años y no tiene ningún tipo de contacto. Hasta aquí, no aparece un pedido concreto de ayuda.

La paciente relata una vida solitaria, de mucho trabajo y poco contacto con amigos y familiares. Cambia el tono de voz y los gestos cuando hace referencia a sus miedos, otro de los factores que componen la queja inicial (Casabianca & Hirsch, 2009), que serán abordados más adelante. Estos son: terminar como su hermana, sola y abandonada en un hospital de su obra social; tener un accidente en su casa y que nadie la oiga; no poder salir al pasillo a pedir ayuda si se sintiera mal. Todos estos temores se analizan en el espacio de supervisión, como contradictorios con su actual condición de estar próxima a viajar a Holanda y radicarse en aquel país junto a su hija, de manera definitiva, lo que anularía gran parte de aquellos miedos.

Se le pregunta entonces por aquello que expresó en la llamada telefónica de su traslado al país de residencia de su hija. Dora explica que su hija quiere que se vaya a vivir a Holanda, con ella y su marido, de manera de tenerse ambas cerca. Dora dice saber que se va pronto y eso la aterra. Cuando se le interroga acerca de la formalidad de la mudanza y los tiempos de ésta, Dora no tiene ninguna certeza. No sabe qué hará con su departamento, con sus cosas, no sabe en cuánto tiempo se iría. Y esto es lo que describe como causantes de su intranquilidad.

La queja inicial en Dora no está clara o unificada. Por un lado, brinda en la sesión información de la angustia que le produce su soledad y, por otro, pero en un segundo plano, su viaje y traslado a Holanda. Casabianca y Hirsch (2009) describen a la queja inicial como aquellos datos en bruto que los pacientes traen a la consulta como problemas que más los aquejan e

interfieren en su vida cotidiana. En la paciente, estos datos son vagos, se contradicen y están formulados separados, sin tener conexión entre sí.

Como describe Kopec (2007), las expresiones espontáneas de los pacientes en el inicio de una psicoterapia permiten obtener valiosa información de cómo el paciente se ve a sí mismo y de cómo el paciente piensa o siente que lo ven los demás, como oposición o concordancia con distintos matices. En Dora estas posturas se entremezclan, siendo uno de los resquicios por donde el terapeuta pueda iniciar un trabajo. La forma en que ella misma se ve y la forma en que los demás lo hacen (en este caso su hija), no son advertidas por la paciente como algo diferenciado.

Dora expresa profundo malestar e intranquilidad. Relata que hace 40 años no se siente así. Cuando se la interroga acerca de esto, expresa que siempre supo qué hacer: *-Yo tenía que trabajar, sacar adelante mi casa, mantener a mi hija. A mí me importaba que mi hija tuviera una vida mejor que la mía, que tuviera posibilidades-*; y relata que hoy no sabe *-qué debe hacer-*. Es menester señalar que Dora describe su vida y actividades en términos de *deber hacer*, lo que, una vez alcanzado su período de retiro y jubilación, concomitante con la independencia de su hija, conforman un vacío de actividades obligatorias.

La teoría describe la importancia de indagar en el paciente el porqué de la consulta en éste y no en otro momento (Adán & Piedrabuena, 2007), los elementos o circunstancias del pasado más o menos reciente que contribuyen a tomar la decisión de consultar. Los terapeutas deben indagar e intentar rastrear qué desencadenó que la consulta surgiese en ese momento. Una persona puede relatar problemas de reciente aparición y en este caso es más fácil advertirlo; o remontarse a viejas problemáticas que la aquejan desde hace años y nunca pudieron resolverse. Dora relata un febrero muy solitario, con escasas actividades. Dice sentirse grande y ante la repregunta que le realiza la admisoras: *-¿Desde cuándo se siente grande?*-, Dora responde: *Desde los 70, porque pasar los 70, te hace una mujer grande*. No se tienen aún datos suficientes para comprender las circunstancias que desencadenaron la consulta.

La queja entonces se instaura en la paciente como intranquilidad, soledad, pocas actividades, falta de compromisos y tareas obligatorias, miedo

ante enfermedad o internación en hospitales de malas condiciones, aislamiento, sensación de malestar profundo en el plano afectivo. Cuando se indaga en datos objetivos para comprender su sensación de soledad y aislamiento, la paciente expresa que son de larga data, que siempre fue una persona solitaria y de pocos afectos y contactos. Podemos advertir aquí la noción de demanda a la que hacen alusión Morejón y Beyebach (1994), donde no siempre los contenidos de las quejas iniciales se corresponden con el pedido explícito de ayuda. Dora relata soledad y aislamiento. Pero esta sensación o realidad la (¿aqueja?) desde hace mucho tiempo, por lo que la terapeuta no puede inferir que éste sea el pedido explícito de ayuda, al menos no en este momento.

En la primera sesión con la terapeuta asignada, se intenta profundizar el *por qué ahora* en el pedido de psicoterapia, con el objetivo de dilucidar aquel o aquellos acontecimientos que actúan a modo de disparador en el pedido de ayuda y que son de valiosa información para el terapeuta. Dora relata pensar y saber hace mucho que debe irse con su hija. Carina intenta ir más allá y pregunta si hay algún hecho puntual que haya ocurrido en el último tiempo. Dora dice, aunque no parece estar convencida de ello, que quizás es porque sabe que su hija ha decidido dejar de tomar pastillas anticonceptivas y buscar quedar embarazada.

La queja inicial, retomando lo dicho anteriormente, se conforma en Dora de verbalizaciones que se contradicen entre sí. Por un lado, la paciente relata con pesar una vida solitaria, con miedo a enfermedad y necesidad de asistencia; y por otro, la decisión de trasladarse junto a su hija a Holanda, para estar cerca de la familia, acompañada, con actividades y personas cercanas con quienes interactuar; lo que en la práctica reduciría estas sensaciones y malestar presentes, pero no se observan en Dora. Por el contrario, esta decisión suma incomodidad a su presente.

Dora comenta que en Holanda la esperan su hija y yerno, con los cuales tiene una muy buena relación. Le destinarán un cuarto de su casa para ella sola, cuenta incluso que en ese cuarto dispondrá de televisión y computadora de uso personal. Dora ya ha ido en varias oportunidades a visitarlos y se mueve con comodidad en el barrio, conoce el transporte y ha hecho varias

compras sola. Se ayuda en el inglés que ha ido aprendiendo en estos últimos años. Actualmente continúa tomando cursos para cuando se mude.

Los datos contradictorios se hacen más evidentes. Parte de las verbalizaciones de la queja contienen sensaciones de aislamiento y soledad que aparecen cuando se hace presente el miedo ante problemas físicos o enfermedad. Otros fragmentos de la queja se componen de la decisión de irse a vivir a Holanda, lo que le genera una profunda sensación de malestar e intranquilidad. Esta última, repetida en numerosas ocasiones durante las sesiones.

La terapeuta que dirige la entrevista indaga en Dora la manera en que piensa que la terapia podría ayudarla. Dora responde: *-a sentirme más tranquila. Sí, me voy a ir. Pero eso es algo bueno-*. Inmediatamente después, Dora relata una experiencia con su psicóloga anterior, que le produjo mucho dolor. Dora cuenta que la psicóloga le dijo que, si ya había decidido irse, debía empezar a ordenar sus cosas y a embalar las pertenencias que quería llevarse. Con visibles gestos de dolor y pesar, cuenta que llegó a su casa y comenzó a romper fotos viejas. Rompió cartas, recuerdos y fotos de cuando era joven. Pensando en que no podría llevar todo aquello, comenzó a descartar parte de sus recuerdos. El lenguaje corporal que acompaña este relato es de dolor, conmoción y tristeza. Levanta los brazos como abrazando el aire y los baja lentamente con pesar a sus piernas.

Casabianca y Hirsch (2009) describen que las quejas iniciales aparecen en el plano afectivo como presencia de malestar más o menos profundo; y las que se hacen evidentes en el plano cognitivo como percepciones que los consultantes distinguen como aspectos a modificar. Hemos ya descrito en Dora el plano afectivo y su malestar. En el plano cognitivo es necesario indagar más profundo para arribar a acuerdos de aspectos que el paciente desea modificar y para conocer las posibilidades de cambiar conductas.

En concordancia con lo hasta aquí expuesto, se desprende de la entrevista con la admisora Silvia, que la queja inicial está mayormente impregnada de datos provenientes del plano afectivo. La queja está en principio planteada como datos dolorosos que no le permiten a la paciente objetivar conductas indeseables a erradicar o deseables a adquirir. En la primera sesión,

la terapeuta valida las sensaciones traídas por la paciente y posterga definiciones para próximos encuentros.

En la reunión de supervisión posterior a la primera entrevista se encuentran: la admisora y supervisora del caso, la terapeuta asignada, otros terapeutas que conforman el equipo y pasantes no participantes que observan el proceso. En la reunión la admisora hace una síntesis y algunos lineamientos que servirán a la terapeuta en formación, para continuar con el caso. Describe la queja inicial como malestar, primeramente y como indecisión en segundo plano.

A modo de ejercicio, la supervisora pide a todos los presentes que intenten definir la queja inicial del caso con una frase textual que puedan recortar de la sesión. Se trabaja en varias líneas y se discute sobre el padecer que aqueja a la paciente. Son varios los recortes propuestos por los presentes y según aquéllos, las formas en que continuarían trabajando el caso. No será explayado en mayor medida este punto, que corresponde más al área de formación de la institución. El recorte que se elige para este caso es el que acuerdan la supervisora y la terapeuta en formación. Deberá la terapeuta asignada en lo sucesivo indagar más en profundidad para poder especificar un problema pasible de ser trabajado en terapia.

En síntesis, los datos en bruto que la paciente proporciona en las dos primeras entrevistas y que componen la queja inicial, se manifiestan en mayor medida con malestar en el plano afectivo y como intranquilidad e indecisión en el plano cognitivo. De manera textual se puede transcribir la siguiente cita, que resume la queja inicial: *-No sé qué hacer con mi vida. Me siento intranquila la mayor parte del tiempo-*.

5.2- Descripción de la co-construcción del motivo de consulta al que arriban paciente y terapeuta, desde el modelo MRI de psicoterapia breve.

El modelo MRI de psicoterapia breve requiere de un particular trabajo inicial para definir un objetivo de trabajo en términos de algo que pueda ser alcanzado por el paciente y también pasible de ser evaluado (Kopec, 2007). El trabajo inicial consta de poder despejar de la queja inicial un problema-conducta que se pueda abordar durante la terapia y con el cual trabajar. Se

elabora de manera conjunta entre terapeuta y paciente, haciendo especial énfasis en que sea definido en forma de conductas observables.

La definición del objetivo de trabajo es el motivo de consulta. Éste no se piensa con forma de diagnóstico, donde la formulación de la problemática y el tratamiento se hacen de forma lineal (Adán & Piedrabuena, 2007). Este modelo presenta una formulación del problema de manera circular, prestando especial interés en las conductas que sostienen los problemas que generan el malestar y/o lo mantienen.

Watzlawick (1992) indica que el terapeuta debe realizar una cuidadosa exploración de las tentativas de solución que el paciente ha venido realizando en su vida cotidiana. Esta indagación permitirá advertir qué es lo que mantiene el problema en el presente o, peor aún, lo ha incrementado. La terapeuta debe tomar en cuenta las verbalizaciones de la paciente donde alude a un profundo malestar producido por la sugerencia de la terapeuta anterior que, según sus dichos, le propuso comenzar a desprenderse de algunas cosas por la mudanza a Holanda; como solución intentada que aumentó el malestar en la paciente, mostrando un camino que no resultará provechoso recorrer (Kopec, 2007), ya intentado y con resultados ineficaces.

Como ya se dijo, la construcción del motivo de consulta se realiza de manera conjunta entre terapeuta y paciente. Casabianca y Hirsch (2009) explican que ambos polos comprometidos en tal definición (terapeuta y sistema consultante), tienen un recorte propio de la situación problema que se presenta, con grillas de lectura diferentes. Es necesario que estos polos se encajen mutuamente para intentar arribar a una congruencia. El terapeuta deberá poder definir el problema en palabras del paciente, de manera que se asuma como significativo y avanzar hacia él.

Dora presenta una queja inicial dual y contradictoria, como se explicó anteriormente. Presenta quejas de soledad y aislamiento cargadas de tinte afectivo y su consecuente malestar, que se ha hecho en el último tiempo muy significativo. A su vez, la decisión de mudarse con su hija al exterior, lo que le genera intranquilidad y tristeza, e imposibilidad de desprenderse de sus cosas. Si intentáramos definir la queja en forma textual y de manera sucinta, podríamos decir que la paciente expresa: *-No sé qué hacer con mi vida. Y eso me tiene intranquila-*.

Para intentar definir el problema, Kopec (2007) sugiere que el terapeuta indague acerca de las posibles hipótesis a las que el paciente atribuye su malestar actual. Carina, la terapeuta, pregunta a Dora en dos oportunidades si ella conjetura alguna situación o vivencia como disparador de la problemática presente. Interroga de manera directa durante la segunda sesión si Dora se ha cuestionado porqué surge ahora este malestar que le impide desenvolverse en sus tareas cotidianas. La paciente no puede, no sabe o no quiere revelar alguna hipótesis que relacione con su malestar actual. Sólo esboza alguna causalidad a su edad y al *volverse grande*, cuando cumplió los 70.

Otro de los datos que permiten definir y esclarecer el motivo de consulta es indagar acerca de las tareas diarias que se ven impedidas por el mencionado malestar. Tareas que no son desempeñadas, o lo son con mucho esfuerzo. O tareas que son novedosas y concomitantes a la problemática. Dora refiere haber abandonado actividades de índole social, de esparcimiento y entretenimiento, que antes realizaba de manera cotidiana durante la semana. Y ha comenzado a quedarse en casa más de lo habitual, mayormente por las mañanas, actividad que no le agrada y la *deprime el resto del día*.

La definición del motivo de consulta desde el modelo estratégico se intenta describir en términos de conductas observables para facilitar la comprensión y su posterior evaluación. Cuando se explicita un problema en conductas de fácil apreciación, se hacen aún más evidentes los circuitos que perpetúan el problema (Kopec, 2007). La terapeuta toma la queja inicial de la paciente, su intranquilidad, como concepto principal y desde él contextualiza las vivencias que se asocian con ésta.

En el caso de Dora, el equipo de supervisión y la terapeuta acuerdan en que éste es un caso donde no puede describirse la problemática de manera objetiva, en términos de conductas observables. Kopec (2007) explica que existen situaciones donde no es posible objetivar el problema de esta manera. Escribe que en estos casos el terapeuta debe intentar definir el problema de un modo que sea subjetivamente analizable o cuantificable, siempre significativo para el paciente. El equipo arriba a un acuerdo y evalúa la posibilidad de valorar en Dora la presencia de intranquilidad, como modo de medir los avances o retrocesos del proceso.

La intranquilidad que la paciente menciona en reiteradas oportunidades y que el equipo toma como manera de evaluar el tratamiento, sigue presente a pesar de las soluciones que la paciente ha intentado hasta el momento. Las percepciones y cosmovisiones que se han mantenido hasta aquí no hacen otra cosa que mantener el sistema circular de interacciones y alimentar el carácter problemático de la situación (Watzlawick & Nardone, 2000). Tomando como eje la queja inicial que la paciente relata, las interacciones sujeto/realidad de nulo éxito y las soluciones intentadas en torno a la decisión de la mudanza y su posterior formalidad, la terapeuta propone a la paciente la posibilidad de repensar la problemática actual.

Tomando como base la teoría del ciclo vital y las demandas específicas de cada etapa, la terapeuta y el equipo analiza la posibilidad de que la paciente no ha podido elaborar la tarea evolutiva (Gironés, 2014) que le permita continuar con el orden secuencial universal que la teoría propone. Dora se encuentra en la última etapa, de retiro de la vida activa y la vejez (Haley, 1980) y no ha podido aún sustituir sus actividades obligatorias rutinarias de la etapa laboral de plena ocupación, por algunas de su interés donde sentirse útil. El autor menciona que en esta etapa es donde el terapeuta tiene menor capacidad de crear esperanza en el futuro, por la objetiva edad de los pacientes. La paciente se jubiló hace 10 años, por lo que el equipo elabora la hipótesis de que no se debe a una problemática de reciente aparición y en relación directa con el retiro del área laboral.

Con la información en bruto que Dora presenta en las dos primeras sesiones, la terapeuta (con supervisión) formula a la paciente la posibilidad de explorar varias vías o posibilidades, sin priorizar ninguna. En este caso es necesario subir de nivel, como teoriza García Martínez (2013) y ampliar su marco de referencia. Se le propone crear un espacio terapéutico donde se indague en la posibilidad de mudarse y pensar qué hacer con sus recuerdos, pertenencias, vivienda, etc.; o la alternativa de no viajar y pensar en armar alguna red o círculo donde se sienta más acompañada y donde solicitar ayuda, en caso de necesitarla. Y también se le sugiere que puede haber otras alternativas que quizás aún no se han pensado y que podrán ir surgiendo a medida que se avance en el trabajo.

La paciente se sorprende ante la definición de Carina, la terapeuta. La mira con asombro y verbaliza que ella *sabe* que tiene que irse a Holanda. Cuando se indaga en ese saber al que alude, no puede profundizar. Hace un silencio, y luego dice: *la psicóloga de PAMI me dijo que era poner el tema bajo la alfombra, pero yo -la verdad- no quiero pensar ahora y decidirme ahora. No quiero vender mi departamento ya. Y, a esta altura de mi vida, estoy cansada de cumplir obligaciones. La mayor parte de mi vida fue cumplir obligaciones.* El motivo de consulta queda así definido.

A modo de síntesis, puede decirse que la co-construcción del motivo de consulta se basó en la queja inicial y su contexto de aparición. La paciente refiere: intranquilidad, no saber qué hacer con su vida, malestar; en un contexto de una decisión-indecisión de traslado de residencia sin ningún tipo de formalidad de tiempo u organización. Se arriba a un motivo de consulta donde se evalúen las alternativas de viajar o no viajar, priorizando la tranquilidad como medida subjetiva que guíe el proceso.

5.3- Descripción de las intervenciones estratégicas realizadas por la terapeuta.

Una vez definido el motivo de consulta se analiza una tendencia a actuar en una dirección que sea congruente con la demanda del consultante. El tipo de acciones terapéuticas se orientará por las características de la situación-problema definido (Wainstein, 2006). En base a la situación problemática definida y la construcción del motivo de consulta, la terapeuta propone a la paciente la posibilidad de indagar en las alternativas que se le presentan, haciendo especial énfasis en no centrarse en ninguna opción como privilegiada.

La paciente presenta una demanda donde relata angustia e intranquilidad ante la posibilidad de la mudanza. La terapeuta toma sus palabras y hace foco en las experiencias que la paciente refiere como problemáticas para evaluar cuáles son las situaciones que menciona como necesarias de reducir o eliminar. Wainstein (2017) escribe que el terapeuta debe poder advertir cuáles son las situaciones que los pacientes querrían erradicar de su presente y cuáles desearían modificar a futuro. La presentación de la terapeuta produjo en Dora una reducción de la ansiedad y angustia que

presentaba al momento de acudir a la psicoterapia, lo que indica una buena lectura del equipo terapéutico.

Si se repasan las palabras que la paciente menciona luego de escuchar la propuesta de Carina: *yo -la verdad- no quiero pensar ahora y decidirme ahora. No quiero vender mi departamento ya. Y, a esta altura de mi vida, estoy cansada de cumplir obligaciones. La mayor parte de mi vida fue cumplir obligaciones*; y se examina con detalle en formato video la gestualidad que acompaña este fragmento, puede observarse una clara reducción de ansiedad, lo que redundo en mayor tranquilidad. Watzlawick y Nardone (2000) describen que las respuestas y las reacciones no verbales de los consultantes sirven como guía al terapeuta, como información relevante acerca de la dirección del tratamiento.

Todo proceso psicoterapéutico se organiza y estructura en torno a puntuaciones que realiza un observador. En este caso es la terapeuta Carina quien introduce determinadas secuencias para puntuar los sucesos presentados por la paciente Dora, y asignarles nuevos significados derivados de aquellas. El nuevo orden de las secuencias crea, de alguna manera, diferentes realidades (Watzlawick et al., 1991) y como consecuencia, se introducen nuevas formas de enfocar el problema y, en algunos casos, se crean nuevas soluciones o se descubren nuevos recursos para afrontarlo (Adán & Piedrabuena, 2007).

Cuando la terapeuta eleva el nivel desde donde se observa la problemática y establece una nueva estructura para la presentación del problema, introduce una nueva forma de enfocar, que la paciente Dora parece no haber advertido como opción ante la situación problemática que la trae a la terapia. La construcción o mapa (Cazabat & Urretavizcaya, 2007) que la paciente ha hecho de su realidad contiene un marco de referencia que condiciona las conductas que le producen frustración y es, entonces, el momento de cuestionarlo. Dora refiere en su segunda entrevista: *me gustó mucho lo que me dijo la psicóloga la vez anterior, de ver el ahora y no pensar en qué voy a hacer más adelante. Eso me gustó mucho.*

La terapeuta interviene y produce un nuevo orden de puntuación de las secuencias, de manera que intenta presentar otras miradas a lo que Wainstein (2017) denomina la *visión preferida del paciente*, de manera de impedir la

repetición del círculo vicioso e introducir la mayor cantidad de alternativas posibles y complejas de interacción (Hernández Córdoba, 2007), buscando perturbar la historia del paciente para conseguir que surjan nuevas con las cuales definirlo (Adán & Piedrabuena, 2007). Carina presenta a Dora la posibilidad de no decidir en este momento qué hacer y tomarse un tiempo para pensar las alternativas, es decir, evaluar los pro y contras de las opciones que se le presentan; demarcando que aún hay alternativas por pensar. Más adelante será el momento de decidir, lo que marca una visión diferente a la planteada originalmente por la paciente. Y refuerza lo traído por ella como positivo de la sesión anterior.

Este modelo interviene lo que considera problemático, repetitivo, que ha conducido a soluciones intentadas fallidas (Wainstein, 2017) y perpetuado o agravado el problema. En la reunión de equipo, que sucede con posterioridad a la sesión en cámara, la supervisora hace especial énfasis en no repetir la solución intentada por su anterior terapeuta, ya que no condujo a su resolución. Por el contrario, produjo mayor resistencia, ansiedad y un monto considerable de intranquilidad, según el relato de la paciente. Las intervenciones que se realizan en este espacio buscarán no repetir las soluciones que lo han perpetuado.

Las intervenciones deben permitir crear un nuevo contexto que incluya al problema, posibilitando mayores opciones o alternativas al paciente (García Martínez, 2013). Las palabras del terapeuta tienen que abrir contextos, espacios, posibilidades (Adán & Piedrabuena, 2007). Como se dijo anteriormente, la terapeuta subió el nivel para ampliar el marco desde donde es analizado el problema, redefinió la situación problemática que aqueja a la paciente y modificó el marco de referencia, con la intención de que la paciente analice que el problema mismo es una de las posibles alternativas, dentro de un repertorio mayor.

Dora concurre con la decisión (indecisa) de mudarse a vivir con su hija a Holanda. A raíz del viaje surgen en ella ansiedad y miedo que, según sus comentarios, no estaban presentes antes de la propuesta de la mudanza. Acompañan su relato otras vivencias dolorosas: la postración y muerte de su hermana, el miedo a la enfermedad, la soledad y el aislamiento. Carina logra

con su intervención redefinir la problemática presentada, de modo de transformarla en algo capaz de ser trabajado (Watzlawick et al., 1992).

Cuando paciente y terapeuta comienzan a explorar las alternativas posibles de que la paciente viaje o no a Europa, e instalarse de manera definitiva, aparecen pasajes interesantes. La terapeuta interviene directamente y pregunta a Dora cómo sería convivir con su hija y yerno. La paciente suspira y adquiere un lenguaje corporal que podría definirse como duda. Esto es advertido con mayor claridad cuando se observa mediante video el pasaje donde se demarcó este punto. La paciente relata no querer ser una carga para su hija. Dice querer ser independiente; seguir siendo, se corrige rápidamente. Piensa que su hija se sentiría aliviada al tenerla cerca, por una cuestión de comodidad ante alguna problemática de salud que ocurriese a Dora. Entonces formula que su mudanza sería un alivio, más que una carga.

La terapeuta interviene y formula que estos relatos que la paciente trae a la consulta son los pensamientos o sentimientos que podría experimentar su hija, no la paciente misma. Ante esta intervención, Dora asiente sorprendida. Verbaliza que no lo había pensado, pero que es cierto. Ha pensado en lo que beneficie, altere o mejore la vida de su hija. Pero no se ha centrado en lo que siente o piensa ella misma. Y cuando la terapeuta interviene nuevamente y repregunta por las sensaciones de la paciente, ésta no puede responder. Pero es evidente que se ha quedado pensando.

Puede decirse que el logro de la terapeuta al subir el nivel y modificar el marco de referencia, resulta de una reestructuración exitosa donde el cambio de sentido hace que el problema ya no sea definido como síntoma (Watzlawick et al., 1992). La terapeuta ha consignado en la historia clínica que Dora asiste a la tercera sesión con un mejor semblante y con mejor predisposición. Una observación más detenida de sus gestos es analizada con posterioridad por medio de la reproducción de la sesión, donde se observa que su lenguaje corporal ha cambiado, mostrándose con mayor vitalidad.

En la tercera sesión Dora cuenta a la terapeuta que sufre de enfisema hace algunos años, lo que le provoca una deficiencia respiratoria casi constante. Relata que en los últimos tiempos (sin poder precisar fechas) ha sufrido un empeoramiento de sus síntomas, lo que le impedía mantener el sueño por las noches. Acto seguido, Dora cuenta que esta última semana ha

podido respirar mejor -se me abrió el pecho-, dice. Y atribuye a algún factor ambiental la mejoría de su estado. También relata que ha hecho algunos cambios en su departamento, distribuyendo los muebles del living de otra manera, lo que es leído en posterior reunión de equipo y supervisión, como signo de mejoría.

La primera mitad de la tercera sesión Dora relata fragmentos de su vida, donde puede advertirse, si se analiza con profundidad, un hilo conductor de actividades que ha desarrollado bajo el mandato de alguien o por la obligación que ella misma se ha impuesto. Algunos temas son: su rutina en épocas laborales, la necesidad de mantener a su hija sola y brindarle un mejor status de vida que el que ella pudo tener, su orfandad y la necesidad de trabajar desde muy chica, entre otros. Carina tomará este lenguaje, formas de pensar y sentir de la paciente para luego reformular con aquel marco de referencia que la paciente ha construido como sujeto (Cazabat & Urretavizcaya, 2007), (Wainstein, 2006).

Carina interviene en la tercera sesión y redefine la situación actual de la paciente, desde donde emergen distintas alternativas de acción, ahora con más datos que ha brindado la paciente. La terapeuta interviene y redefine la problemática de Dora intentado abrir nuevos caminos (Hirsch & Rosarios, 1992), con la posibilidad de explorar las distintas alternativas y generar un nuevo contexto cognitivo, emocional y, en consecuencia, actitudinal.

Carina presenta a Dora la posibilidad de tener una *visión preferida* de futuro, que se acomoda a los deseos y sentimientos de su hija. Le reitera pasajes de su vida laboral y familiar, donde se ha visto compelida a ocupar lugares y actividades que no eran elegidos por ella misma. Remarca que esto no quiere decir que no hayan sido de su agrado, pero hace énfasis en la falta de posibilidad de elección. Dora ha expresado con pesar, que siempre ha cumplido obligaciones. Quizás, interviene Carina, puede comenzar a elegir no cumplir obligaciones. Esta intervención podría describirse como panorámica, dado que Carina reconstruye la vida de la paciente, desencadenando nuevas lógicas y perspectivas a ser abordadas (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).

En la cuarta sesión Dora vuelve a hablar sobre sus libros y discos. Lo había hecho al comienzo del tratamiento, para comentar con mucho pesar que había tirado parte de sus pertenencias frente a la sugerencia de su anterior

terapeuta de irse desprendiendo de sus cosas ante la imposibilidad de llevarlas a Holanda. Ahora Dora expresa que ha pensado mucho en sus cosas en los últimos días. *Aunque he leído todos, me da mucha angustia desprenderme de mis libros. Qué sé yo... No puedo desprenderme, no quiero. Y mis discos, que no los escucho nunca... pero no quiero tirarlos. ¡Son mis discos! Lo mismo que las fotos... tengo 3 cajones enteros de fotos de mi hija. A ella no le importan. No sé...*

En la reunión de equipo se analiza lo traído por la paciente en torno a sus objetos personales y la imposibilidad de desprenderse de ellos. Abordan dos hipótesis. Una, que la paciente ha pensado en mudarse y piensa en aquello que quedará en el camino, por la dificultad de viajar con todos estos objetos. La segunda, que cobra más fuerza entre los asistentes, es la posibilidad de que la paciente se aferre a sus pertenencias como forma de establecer un lazo con su residencia actual, a modo de ancla.

Por otro lado, al redefinir los problemas de los pacientes en términos de la teoría del ciclo vital como evolución y etapas a superar (Gironés, 2014), se atenúa la ansiedad, los sentimientos de culpa y se contribuye a percibir el problema como algo transitorio. Al evaluar las transiciones entre etapas como algo universal y compartido por todos los seres humanos, el paciente puede sentir que se encuentra en una etapa transitoria que será superada con el trabajo terapéutico. Podría la terapeuta haber indicado a la paciente que se encontraba inmersa en las tareas evolutivas que determinan la transición de etapas que componen un ciclo.

Cuando paciente y terapeuta se encuentran trabajando en las alternativas que pueden ser planteadas a futuro, la paciente hace mención al deseo de volver a formar pareja. Se explaya en este sentido a lo largo de varios minutos y describe lo mucho que le gustaría estar acompañada, tener actividades en conjunto, alguien con quien compartir. Y en seguida introduce: *sería más fácil acá, ¿no? Imaginate que no voy a poder hablar mucho con un holandés. Acá sería mucho más lindo, para hacer cosas que conozco.* La terapeuta interviene de manera directa y pregunta a Dora si piensa que en aquel país no podría conocer a nadie. La respuesta es tajante y negativa. No desea conocer alguien que no hable su idioma.

La terapeuta interviene en el caso utilizando en mayor medida, intervenciones del tipo redefinición o reformulación, como núcleo donde luego gravita todo el desarrollo psicoterapéutico (Cazabat & Urretavizcaya, 2007). Pero también hace uso de algunas intervenciones del tipo prescripción. Estas son asignaciones de tareas o indicaciones explícitas de conducta para ser cumplidas o desafiadas, según el objetivo perseguido (Casabianca & Hirsch, 2009), (Schaefer, 2013).

Pedir a Dora que replantee el viaje a Holanda y piense en alternativas, cuando concurre a la sesión con angustia y ansiedad producto de la decisión, es una forma de prescribir su síntoma, la intervención paradójica clave. Como escriben Watzlawick et al. (1992), en la prescripción del síntoma se induce a un paciente a manifestarlo abiertamente, en vez de estimular que lo combata. En un sentido más amplio y no clínico, el cambio terapéutico mediante una paradoja es la manera más poderosa de resolver un problema. La intervención paradójica que la terapeuta indica a la paciente se observa con claridad cuando le pide que evite caer en alguna de las posibles decisiones y generar ambigüedad, prescribiendo así el síntoma de indecisión.

En síntesis, a lo largo de las sesiones analizadas, la terapeuta utiliza intervenciones estratégicas con el objetivo de modificar el marco de referencia de la paciente. Hace uso de intervenciones de reencuadre de tipo directo, donde reformula la situación problemática, le entrega una realidad diferente a modo de recategorización de los acontecimientos y la convierte en algo posible de ser trabajado, extrayéndolo de su definición de síntoma. También utiliza intervenciones del tipo prescripción, indicando directivas de conducta para ser desafiadas.

5.4- Descripción de los cambios de conducta producidos en la paciente en las seis primeras semanas de tratamiento.

Milton Erickson refería que la psicoterapia no es buscada por los pacientes con el objetivo de esclarecer un pasado que no puede modificarse, sino como causa de insatisfacciones en el presente y con deseos de mejorar en el futuro. Para esto, se necesita cambiar la situación actual que presenta el paciente (Watzlawick et al, 1992). Dora expresa un malestar significativo que le impide desenvolverse con normalidad en el último tiempo, sin poder precisar

fechas. Como principal síntoma de su malestar, presenta una gran intranquilidad, la que espera reducir con la ayuda de la psicoterapia.

Como solución intentada, explicada en el desarrollo precedente, la paciente ha seguido algunas indicaciones de una terapeuta anterior. Las tareas que aquella le asignó, que consistían en irse desprendiendo de sus cosas personales ante la resolución de su viaje a Holanda, han producido en Dora mayor presencia de malestar, y en palabras de la misma paciente: *-profunda tristeza. Me angustia mucho tirar mis libros. Sobre todo... las fotos. Son parte de mi vida... de mí.* La terapeuta ha tomado este intento fallido y no lo repite. Intervino pidiendo a la paciente que no realice más este tipo de actos, intentando subir el nivel de las intervenciones para demarcar un marco de referencia mayor y precedente.

En la entrevista realizada a Carina, la terapeuta, se le preguntó por los cambios que había advertido en la paciente. El primero que aparece, quizás utilizando el vector tiempo para presentarlos, es que la paciente dejó de deshacerse de sus cosas. Este cambio de conducta condice con lo referido por Adán y Piedrabuena (2007), donde se hace referencia a que el terapeuta sea capaz de introducir cambios que creen las condiciones para que los pacientes actúen de manera diferente.

Algunos cambios pueden inscribirse en el eje salud/bienestar físico. De la entrevista que se realizó a la supervisora Silvia y la historia clínica proporcionada por la terapeuta, se desprenden mejorías en la salud de la paciente. Dora refiere dormir mejor, tener una mejor capacidad de respiración, sentirse mejor físicamente, entre otros datos que redundan en una mejor calidad de vida. Con respecto al arreglo personal, por medio del dispositivo de cámara Gesell se observan cambios positivos en cuanto a su imagen. Entre algunos puede mencionarse: el color de su cabello, comenzó a pintarse las uñas de colorado, etc. Aquí se ve la gravitación de la psicoterapia entendida como un tipo de influencia dirigida a aliviar las dolencias psíquicas de los pacientes, que originan ciertos cambios en su estado emocional, sus conductas y sus actitudes (Adán & Piedrabuena, 2007).

Al comenzar el proceso psicoterapéutico se decidió tomar la intranquilidad como medida subjetiva que guiara la evaluación, con la posibilidad de revisar los objetivos propuestos, en caso de ser necesario

(Watzlawick & Nardone, 2000). En el caso de Dora, la terapeuta y el equipo de supervisión advierten en la paciente una disminución considerable de la magnitud mencionada: intranquilidad. En el final de la quinta sesión, cuando la paciente está por retirarse del consultorio, expresa a la terapeuta: *-Te quiero agradecer a vos. No sé por qué, pero me siento mucho más tranquila. Muy tranquila... -*. Esta frase queda consignada en la historia clínica.

El principal cambio que relatan terapeuta y supervisora en las entrevistas que se les realizaron, es que la paciente se siente tranquila. O más tranquila. Como se explicó anteriormente, los cambios en esta paciente o los objetivos planteados no se expresaban en términos de conductas observables, pero sí es posible hacer una medición cualitativa de bienestar subjetivo por medio de la sensación de intranquilidad que expresó la paciente desde la primera sesión, a modo de queja inicial y luego contextualizada en el motivo de consulta. El cambio terapéutico, en palabras de Milton Erickson, fue debido al cambio de pautas que se logró en la paciente (Haley, 1980).

Tomando como guía la intranquilidad que la paciente refirió, la terapeuta fue evaluando con el correr de las sesiones, evidencias de progreso. En las sesiones recortadas para el análisis de este trabajo, la paciente presenta visibles cambios en sus modalidades perceptivas de procesos de construcción, lo que luego ha producido cambios en las reacciones y percepciones alternativas de la realidad (Watzlawick & Nardone, 2000). El primero y más notorio, fue el de considerar la mudanza a Holanda como una posibilidad dentro de otras alternativas posibles, antes analizada como un todo cerrado e inexpugnable.

En las entrevistas realizadas a la admisora y terapeuta de Dora hay una concordancia en torno al mayor cambio observado en la paciente. En la sexta sesión, última de este recorte del tratamiento utilizado para la confección de este trabajo, Dora expresa que ha decidido no viajar a Holanda. Relata que el sábado anterior habló con su hija mediante una conversación con video y le comentó su decisión. Dice no estar contenta, pero sí tranquila.

A modo de síntesis, en el recorte de 6 sesiones que se ha efectuado del tratamiento que está realizando la paciente Dora, se observan cambios en su estado emocional, sus actitudes y su conducta, lo que determina una modificación en la forma que construye su experiencia. Los mismos pueden

escalonarse en una línea de tiempo, siendo una conducta indeseada que se erradica el primero, a saber, dejar de deshacerse de sus cosas. Luego se incluyeron algunas actitudes positivas, como el nuevo orden que efectuó en su hogar. Se destacan los cambios físicos (dormir y respirar mejor) que redundan en una mejoría del ánimo y la vitalidad. Y, por último, la toma de decisión con respecto a su mudanza.

6- Conclusiones

Los objetivos propuestos al inicio de este trabajo han tenido como fin la descripción de la queja inicial, el motivo de consulta, las intervenciones que se realizaron y los cambios producidos en una paciente de 71 años que realiza un tratamiento de psicoterapia. Los cuatro objetivos planteados pudieron ser cumplimentados, apoyados en los instrumentos con que se contó al momento de realizar el análisis. La observación no participante de las sesiones en vivo en el dispositivo de cámara Gesell, su posterior proyección en formato de video de aquellas sesiones grabadas, entrevistas a la terapeuta y a la supervisora del caso, más una copia de la historia clínica de la paciente, han permitido recabar los suficientes datos para cumplimentar con lo propuesto.

La queja inicial de la paciente se describe de forma particular por el modelo de referencia con que trabaja la institución. Se compone de verbalizaciones y gestos con que la paciente describe su problemática presente, y los significados que se desprenden del malestar que presenta (Casabianca & Hirsch, 2009). Una forma de resumir la queja es recortar alguna frase textual que ha utilizado el consultante para describir su situación problemática, forma en como operacionaliza la queja la institución. La paciente refirió una considerable presencia de intranquilidad debido a la indecisión de *qué hacer con su vida*.

Para la co-construcción del motivo de consulta y definir un objetivo de trabajo en términos de algo que pueda ser evaluado, fueron necesarias dos sesiones (Kopec, 2007). Debido a la imposibilidad de construir un motivo de consulta objetivable, se decidió ampliar el marco de referencia que la paciente describía y subir un nivel, de manera de ampliar la cosmovisión con la que

Dora analizaba sus experiencias (Gironés, 2014), (Schaefer, 2013). La terapeuta, con supervisión, construye y propone a la paciente, un motivo de consulta que consta de evaluar las posibles alternativas que tiene frente a la problemática planteada.

Para la descripción de las intervenciones estratégicas que implementa la terapeuta durante las sesiones, se utilizan todos los instrumentos mencionados. Con el propósito de modificar el marco de referencia de la paciente, aunque congruente con su forma de ver el mundo, la terapeuta hace uso principalmente de intervenciones del tipo redefinición donde, por medio de acciones de tipo directo, intenta reencuadrar las situaciones problemáticas que presenta la paciente (Cazabat & Urretavizcaya, 2007). También se observan prescripciones del síntoma, con el objeto de buscar en la paciente un cambio de conducta, a modo de desafío o contradicción.

Los cambios de conducta que se observan en la paciente en las seis sesiones evaluadas permiten analizar que la misma ha obtenido un cambio terapéutico (Haley, 1980). Se advierten: la modificación de algunas conductas que le eran displacenteras, incluyó en su repertorio algunas que le producían bienestar, y arribó a una decisión con respecto a la incertidumbre que presentaba en la primera sesión, todo esto redundando en una mejoría de su estado de salud y vitalidad. La paciente logró cambiar la manera de construir la experiencia dolorosa (De Shazer, 1991).

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se pueden mencionar cuestiones problemáticas con la bibliografía; con la que se sustenta el análisis y desarrollo de los objetivos propuestos. En primer lugar, se hallaron limitaciones de tipo teórico, debido a la dificultad de encontrar material bibliográfico donde se desarrolle en profundidad la base teórica del modelo en que se sustenta el tratamiento. Lo hallado se compone en mayor medida de ejemplos prácticos de donde el lector debe inferir los constructos teóricos analizados. Quizás se deba a una insuficiente búsqueda o a la errónea elección de los autores. Otras limitaciones derivaron de aquella, lo que resultó en obstáculos a la hora de analizar los datos provenientes de los distintos instrumentos, implicando articulaciones de tipo general, sin poder asimilar desarrollos de autores con datos relevados.

En el análisis de los datos y la bibliografía de referencia, surgen algunos interrogantes. Al basarse el modelo en indicaciones generales y constructos específicos a los que ceñirse en la práctica clínica, aparece la duda de la aplicabilidad de éstos ante diferentes patologías clínicas, con las especificidades que cada una conlleva. El enfoque se centra en la búsqueda de cambio como eje desde donde gravita todo el tratamiento, sin ubicar diferentes intervenciones según la patología de que se trate. No existen modos específicos de acción o diferentes técnicas ante la presencia de algún trastorno específico, sino que en todo momento se busca la intervención que permita desanclar pautas repetitivas y modifique comportamientos que mantienen el problema; de manera que la sustitución de patrones altere de modo sistémico, el funcionamiento del sistema. El interrogante que surge ante este modelo de psicoterapia es todo aquello que queda por fuera del análisis y que sería de riqueza mayúscula, de ser abordado, analizado y *hablado*. Todo aquello que nos atraviesa como seres humanos y se presenta como síntoma.

A pesar de la generalidad de las indicaciones terapéuticas del modelo, es preciso remarcar el cambio terapéutico observado en este caso; el cual confirma la idea planteada por los autores mencionados en este trabajo, en la que se sostiene que una modificación de conducta en algún aspecto de la situación problemática presentada, conlleva un cambio en el marco de referencia y sus consecuentes cambios actitudinales y emocionales, provocando la reducción o eliminación de la situación problema que se presenta al inicio del tratamiento.

Con relación a la teoría del ciclo vital, mencionada en espacio de supervisión; puede que haya sido sólo utilizada para enmarcar el caso, constituyendo una teoría de referencia. Se analizó en un primer momento, la etapa en que se encontraba la paciente y su estancamiento en ella. Una sugerencia podría consistir en basarse en este esquema para poder hacer un diagnóstico diferencial y descartar otra patología clínica, demarcando y discriminando las diferencias que sustentan ambas posiciones. Y también, hacer uso de las descripciones de las secuencias para poder mencionar explícitamente a la paciente algunas de las tareas evolutivas que podría desarrollar para hacer el correcto traspaso hacia la siguiente, de manera de normalizar sus conductas y ser enmarcadas en una crisis vital que responde a

un proceso universal, con la consecuente carga de estrés esperable ante aquella situación (Gironés, 2014).

Cuando se indagó en la teoría del ciclo vital, se encontraron numerosos autores que hablaban del tema, principalmente desde un enfoque psicodinámico. Sin embargo, unos pocos que introdujeran en sus escritos una mirada sistémica estratégica del desarrollo de las etapas. Surge como interrogante la posibilidad de abordar aquella teoría desde otro enfoque, de manera de integrar los conceptos trabajados y poder desmarcarse por algunos momentos de la terapia estratégica, para poder enriquecer con otro marco de referencia la problemática que presenta la paciente.

En el mismo sentido, el trabajar con otras líneas teóricas o técnicas de psicoterapia, hubiera permitido poder indagar acerca de la relación entre los miedos, la angustia, el deseo de volver a formar pareja, la posibilidad de una mudanza y la soledad que describía la paciente en las diferentes sesiones. Al ceñirse de manera sistemática a producir un cambio como eje desde donde gravite todo el tratamiento y, de manera estratégica, a reformular el problema, quizás se deja de lado la profundidad y presencia de sentimientos y sensaciones valiosas para ser abordadas en un espacio de psicoterapia individual.

El caso que se seleccionó para este trabajo fue escogido al inicio de la práctica preprofesional y, al momento de la elección y formulación de los objetivos, no se contaba con la información de cambio y mejoría notable que la paciente presentó a instancias de cierre de la práctica, lo que demuestra aún más cabalmente la eficiencia de las técnicas implementadas. En este sentido, la práctica pre-profesional en toda su extensión, fue enriquecedora, posibilitando el acercamiento al modelo con el que se trabaja, la observación en directo de la forma en que se atiende a los pacientes, la posibilidad de presenciar las supervisiones con terapeutas, los modos en que son presentados y descriptos los casos, la sucesión de las sesiones donde se puede advertir la eficacia de las intervenciones; es imposible hacer un recuento exhaustivo de lo aprendido allí, sin olvidar algún aspecto.

Las sesiones que fueron recortadas para la confección de este trabajo son las primeras seis del tratamiento, que pudieron observarse mediante la cámara Gesell. La paciente luego continúa con la misma terapeuta en

consultorio particular. El objetivo general del presente trabajo comprende sólo el inicio del tratamiento psicoterapéutico. Se considera, sería muy provechoso y rico, si este trabajo tuviera una continuación en el tiempo y estableciera si existen recaídas, si se percibe un afianzamiento o permanencia del cambio (Kopec, 2007), si la terapeuta reformula los objetivos de lineamiento del caso, y, principalmente, la satisfacción de la paciente (Figueroa & Hirsch, 2007).

7- Referencias bibliográficas

- Adán, M.S. & Piedrabuena, S. (2007). Diagnóstico y estrategia en psicoterapia. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 31-45). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Bados López, A. (2008). La intervención psicológica: Características y modelos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/4963>
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Ediciones Lohlé-Lumen.
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.* Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 15-20). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Cazabat, E. & Urretavizcaya, A. (2007). La reformulación panorámica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 91-100). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Falicov, C. (1991). *Transiciones de la familia: continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- García, F. & Schaefer, H. (2015). *Manual de Técnicas de Psicoterapia Breve. Aportes desde la terapia sistémica*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Figueroa, E. & Hirsch, H. (2007). Sobre los cierres. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 129-136). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Flichman, A. (2007). Cámara Gesell, Qué es, Para qué sirve, y otras yerbas. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 117-1126). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Gironés, M. (2014). El ciclo vital familiar. En: Moreno, A. (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*, (pp. 63-98). Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.

- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Trascender los Dilemas del Poder y del Terapeuta como Experto en la Psicoterapia Sistémica. *Universitas Psychologica*, 6 (2), 285-293.
- Hirsch, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Kopec, D. (2007). El diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 21-30). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Morejón, A. R., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En: Garrido, M. & García, J. (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, (pp. 241-290). Valencia: Promolibro.
- Nardone, G. (2000). De los modelos generales a los protocolos específicos de tratamiento: la terapia breve estratégica evolucionada. En: Watzlawick, P. & Nardone, G. (Comp.), *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*, (pp. 211-225). Barcelona: Paidós.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Editorial Herder.
- Pacheco, P. M. (2002). La terapia ericksoniana en un mundo posmoderno. *Revista de Psicoterapia Ericksoniana*. N° 1. Santiago: Instituto Milton H. Erickson de Santiago.
- Rodríguez, A. & Barbagelata, N. (2014). Fundamentos teóricos del paradigma sistémico. En: Moreno, A. (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*, (pp. 27-62). Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Schaefer, A. (2013). La terapia estratégica breve: Fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En: García Martínez, F. (Comp.), *Terapia sistémica Breve: fundamentos y aplicaciones*, (pp. 29-62). Santiago de Chile: RIL Editores.
- Shazer, de S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.

- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2017). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1992). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Zegarra, D., & Paz, Á. (2015). Terapia familiar sistémica: una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 1(1), 45-55.