



Facultad de Humanidades y
Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

“Como las herramientas psicoterapéuticas del Modelo de
Psicoterapia Breve Focalizada permiten diseñar
intervenciones efectivas”

Alumna: Laura Vega

Tutor: Gabriela Ramos Mejía

Buenos Aires, Junio 2019

Índice

1. Introducción.....	3
2. Objetivos	4
2.1. Objetivo General.....	4
2.2. Objetivos específicos.....	4
3. Marco Teórico.....	5
3.1. Modelo de terapia breve focalizada.....	5
3.1.1. Introducción al pensamiento sistémico y al modelo de Resolución de problemas.....	7
3.1.2. El diseño de la terapia breve estratégica y su desarrollo en Argentina...8	
3.2. El modelo de registro del proceso terapéutico.....	10
3.2.1. Premisas básicas y encuadre.....	11
3.2.2. Evaluación inicial y registro de 1º entrevista.....	12
3.2.3. La planificación del caso.....	15
3.3. Técnicas de intervención.....	16
3.3.1. La capacidad de maniobra del terapeuta.....	18
3.3.2. Maniobras para el cambio en la terapia breve focalizada.....	20
3.3.3. La terminación del tratamiento.....	23
3.4. Dispositivo de cámara gesell en el modelo de terapia breve focalizada.....	24
3.4.1. Fundamentos teóricos del dispositivo	25
3.4.2. Formación de terapeutas y diseño de las estrategias de intervención.....	26
4. Metodología.....	28
4.1. Tipo de Estudio.....	28
4.2. Participantes.....	28
4.3. Instrumentos.....	29
4.4. Procedimiento.....	30
5. Desarrollo.....	31

5.1. Describir como el registro adecuado de la 1° entrevista en el Modelo Psicoterapia Breve Focalizada Sistémica permite determinar el establecimiento de objetivos posibles en el proceso psicoterapéutico.....	31
5.2. Describir la utilidad que tiene el registro de una 1° entrevista de forma adecuada para delinear intervenciones que promuevan la resolución de los objetivos del consultante en el proceso psicoterapéutico.....	35
5.3. Describir como el método de cámara gesell en el Modelo Psicoterapia Breve Focalizada Sistémica contribuye a que el terapeuta delinee intervenciones que promuevan el cambio buscado por el consultante.....	38
6. Conclusión.....	45
6.1. Resumen del desarrollo.....	45
6.2.Limitantes.....	46
6.3.Aporte Personal	46
6.4.Perspectiva Crítica.....	49
6.5.Futuras líneas de investigación.....	50
7. Referencias bibliográficas.....	52
8. Anexos.....	55

1. Introducción

En el marco de la asignatura Práctica y Habilitación Profesional V, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó la práctica profesional de 280 horas en una institución de psicoterapia que ofrece atención psicológica desde el Modelo Psicoterapia Breve Focalizada Sistémica brindando distintos tipos de tratamiento (individual, de pareja y familias). Asimismo, esta institución propone formación permanente con práctica supervisada a profesionales de la Salud Mental en el Modelo Sistémico de Psicoterapia Breve Estratégica a través de tres dispositivos: Práctica en Cámara Gesell, Cursos Cortos y Cursos de Especialización.

El proceso psicoterapéutico de los consultantes comienza con una primera entrevista de admisión, en la cual se le explica al consultante la modalidad de trabajo, el terapeuta le informa sobre el funcionamiento del tratamiento de la cámara gesell y la grabación de las sesiones, pidiendo el consentimiento del consultante por escrito a esta modalidad de trabajo. En general el terapeuta que realiza la entrevista de admisión no es quien continúa atendiendo al consultante, sino que este es derivado a otro profesional para su posterior tratamiento, de esto se le informa también al consultante en la primera entrevista.

Luego de esta primera entrevista el terapeuta realiza el registro de esta en una ficha de primera entrevista que luego se adjuntará a la historia clínica del consultante. En este formulario se registran diversos datos a fin de poder determinar luego los objetivos de trabajo con el paciente, las metas mínimas de tratamiento y poder establecer una línea de trabajo conjunta.

En el presente trabajo se observaron cuatro casos; se realizó la descripción del registro de las primeras entrevistas en el formulario diseñado para tal fin y se analizó como a partir de ese registro se establecieron los objetivos terapéuticos y delinearon diferentes estrategias psicoterapéuticas para promover el cambio buscado por el consultante. Asimismo, se describió como contribuye el método de cámara gesell en el delineamiento de intervenciones que empleo el terapeuta.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar como el dispositivo de Cámara Gesell contribuye en la tarea clínica del terapeuta en el Modelo Psicoterapia Breve Focalizada Sistémica y analizar como el registro de la 1° entrevista orienta el proceso psicoterapéutico en la resolución de los problemas de los consultantes.

2.2 Objetivos Específicos

1. Describir como el registro adecuado de la 1° entrevista en el Modelo Psicoterapia Breve Focalizada Sistémica permite determinar el establecimiento de objetivos posibles en el proceso psicoterapéutico.
2. Describir la utilidad que tiene el registro de una 1° entrevista de forma adecuada para delinear intervenciones que promuevan la resolución de los objetivos del consultante en el proceso psicoterapéutico.
3. Describir como el método de cámara gesell en el Modelo Psicoterapia Breve Focalizada Sistémica contribuye a que el terapeuta delinee intervenciones que promuevan el cambio buscado por el consultante.

3. Marco Teórico

3.1. Modelo de terapia breve focalizada

La terapia breve focalizada (TBF) direcciona su estrategia de trabajo en dos ejes principales; focalización en la interacción presente de conductas observables e intervención deliberada para alterar el sistema vigente. Se trata de un modelo de intervención que dirige su atención principal al momento actual de manifestación del problema y a la comunicación. Este establece que en la raíz del trastorno psíquico existe una comunicación disfuncional entre el sujeto que manifiesta el problema y los demás miembros de su sistema. De esta manera se desplaza la atención desde el individuo considerado como una estructura en sí al individuo visto como un sistema interactivo con otros sistemas. En este sentido la psicoterapia se convierte en una terapia relacional, del análisis hacia atrás del pasado se pasa al análisis del aquí y ahora, por lo que fue entendida como un estudio de la comunicación interpersonal dirigido a modificar por medio de acciones concretas el sistema relacional del individuo (Nardone & Watzlawick, 1995).

Este enfoque sistémico traslada la observación terapéutica de la patología individual hacia la disfuncionalidad del sistema, es decir, que no hace foco en el padecimiento de la persona que manifiesta un síntoma, si no que pone su atención en las interacciones que este individuo mantiene con su entorno (De Shazer, 1990). Asimismo, tiene una visión constructivista, la cual manifiesta que la realidad es construida por cada persona en un determinado contexto social, histórico y biológico concibiendo que la realidad de las personas es una realidad social que se co- construye en la interacción y la comunicación interpersonal (García & Ceberio, 2016). En este sentido el terapeuta tenderá a entender los problemas que manifiesta el paciente y a generar soluciones atendiendo a lo que sucede en las relaciones que mantiene el paciente con otras personas, es decir, entre el paciente y su red social. Una de las características de este marco psicoterapéutico es que sin tener en cuenta la severidad del problema, generalmente cada caso se limita a un máximo de 10 sesiones de una hora, una vez por semana, entendiendo que lo prioritario para el paciente es el cambio y poniendo el foco en la resolución de un problema. De esta manera se establece una terapia que será guiada por los resultados, es decir, que el foco estará puesto en la reducción del síntoma posibilitando que el consultante pueda percibir y disfrutar de un cambio mínimo, lo cual implicará una disminución en la tensión que el problema le está ocasionando. Asimismo, otra característica de este estilo de terapia implica que en la relación terapeuta- paciente no se llegue a

consolidar una relación de apego disfuncional atento que su manifiesto procede de realizar un proceso de terapia breve y focalizada por lo que la brevedad en el tiempo del desarrollo del proceso no implicará el establecimiento de un vínculo de apego que pueda tornarse patológico (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974)

La TBF también fundamenta sus principios estratégicos en una teoría de la solución, su objetivo final consiste en ayudar al paciente a encontrar una clave para solucionar el problema que tiene, durante un periodo de tiempo limitado poniendo toda su atención en el principal problema manifiesto. Para esto el terapeuta hará uso de todas las técnicas de estímulo para el cambio que conozca, buscando justamente el mínimo cambio posible para dar solución al problema actual, esta teoría considera que es aplicable siempre y cuando se cumplan determinadas condiciones. Estas condiciones en principio establecen que las personas que interactúan se deben concentrar en una tarea específica, para la cual se debe realizar una descripción detallada del problema y se fijarán metas reconocibles y alcanzables. Por otro lado, debe tenerse presente que para que el tratamiento se desarrolle de la mejor manera posible debe cumplirse con los requisitos de encuadre que propone la TBF, entre los cuales se especifica que el lugar físico debe establecerse en un consultorio que esté conectado con otra habitación con un espejo de por medio, un intercomunicador y equipos de grabar video y audio, lo que se conoce como dispositivo de cámara Gesell. La terapia es realizada por un equipo de terapeutas, un terapeuta es el que está en el consultorio con el paciente y uno o más terapeutas están del otro lado del espejo realizando el seguimiento del caso y proponiendo los aportes necesarios para el delineamiento de intervenciones que resulten efectivas en la búsqueda de la solución al problema manifiesto (De Shazer, 1990).

Las terapias breves también son consideradas como aquellas en la cuales los pacientes con problemas emocionales que presentan síntomas leves a moderados puedan ser ayudados con una relativa rapidez atento a la efectividad de las intervenciones que se realizan dentro de las 10 sesiones. Es fundamental establecer desde el inicio la contextualización de este modelo de terapia y concientizar al paciente en que el proceso terapéutico es acotado en el tiempo. El objetivo de estas terapias, como se mencionó en párrafos precedentes, no versa en tratar temas biográficos de largo recorrido que trate problemas de fondo, complejos y del itinerario vital del paciente, sino que el foco de estas este puesto en trabajar sobre problemas específicos, situacionales y que han generado un efecto negativo y disfuncional en la vida del individuo. Para esto se establecen objetivos concretos de trabajo y se determina un intervalo aproximado de sesiones. Es importante también la motivación al cambio y los recursos que

tenga el individuo para que el proceso sea exitoso en la resolución de los problemas que manifiesta el paciente (Gálvez Lara, Corpas, Moreno, Venceslá, García Torres & Moriana, 2018).

3.1.1 Introducción al pensamiento sistémico y al modelo de resolución de problemas

El pensamiento sistémico se interesa por el individuo como sistema, es decir, que su interés versa en como un individuo interacciona con los demás y como está conformado su sistema de relaciones, declarando que el comportamiento psicopatológico no existe en los individuos de forma aislada, sino que se manifiesta en la interacción disfuncional entre los individuos. Por lo tanto, el pensamiento sistémico entiende que la terapia se desarrolla como un estudio de la comunicación interpersonal dirigida a modificar, por intermedio de intervenciones y técnicas, el sistema de relaciones consideradas disfuncionales en un grupo determinado de personas (Nardone & Watzlawick, 1995).

Asimismo, el terapeuta de la TBF busca focalizar sus intervenciones en hallar causas subyacentes para los síntomas, su foco se centra en las habilidades de cada consultante, de tal forma que a partir de estas él pueda construirse un futuro posible con mayores oportunidades y posibilidades de desarrollo. La TBF plantea que no existe un diagnóstico correcto o equivocado, ni teorías correctas, sino que tiene en consideración aquellos datos que el paciente aporta sobre lo que, si le resulta funcional y útil en su vida, y lo que percibe como disfuncional. De acuerdo a esto es que se diseñan las intervenciones terapéuticas. En este sentido, el paciente presenta o define su sufrimiento asociado a alguna situación particular que este viviendo y que le resulte disfuncional en el normal desarrollo de su vida, muy pocas veces esta definición es clara y precisa y en su mayoría el paciente no sabe bien que le esta ocurriendo, por lo tanto el proceso terapéutico en la primera sesión se centra en realizar una redefinición del problema y entre el terapeuta y el consultante co-construirán el motivo de consulta, por lo tanto redefinen juntos el problema a trabajar (Has & Castro, 1994).

La terapia de resolución de problemas entiende que en una determinada situación disfuncional cualquier modificación, por pequeña que sea, que se efectuó sobre una conducta puede bastar para encontrar una solución y proporcionar de esta manera la satisfacción que busca el paciente en la terapia, es decir, que es necesario que el paciente que se encuentra atravesando una determinada situación problemática haga algo distinto para conseguir un cambio. Por lo tanto, se considera que solo se necesita un cambio pequeño y explica que para

que esto suceda se debe establecer una meta mínima y razonable que genere un cambio necesario en la resolución del problema. De la experiencia clínica se confirma que un cambio, aunque sea mínimo, conducirá a otros cambios y por lo tanto a una mejora en el paciente. Asimismo, se considera que cuanto mayor sea la meta o el cambio deseado, mayor probabilidad de fracaso existe atento que las modificaciones de conducta requieren de un proceso de tiempo y si se propone una meta muy alta que involucre un cambio muy grande puede provocar en el consultante una reacción contraria a la buscada, como por ejemplo que deje el tratamiento por considerar que la meta propuesta está más allá de sus posibilidades (De Shazer, 2000).

En este sentido el cambio tiene que ser susceptible de ser observado por otro y no solo percibido por el paciente, por lo tanto, se considera que el cambio se produce en un contexto relacional, el cual construye significados y dota de sentido el accionar de los individuos. Esto es fundamental en un contexto terapéutico que promueve el bienestar de la persona y en la cual el alivio que esta perciba estará fundamentado en el vínculo que se establezca entre el terapeuta y el paciente, es esta relación la que influye el alivio de los síntomas disfuncionales, y mediante el cual se establece la construcción de nuevos sentidos y acciones (Rodríguez & Niño Rojas, 2006).

La TBF, describe que el modo más eficaz para obtener una solución al problema consiste en conseguir que el paciente explique qué hará de manera diferente cuando el problema tenga solución, es decir, que explicita y describa mediante una conducta como percibirá el cambio buscado (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

3.1.2 El diseño de la terapia breve estratégica y su desarrollo en Argentina

Según Weakland et al. (1974) todos los casos que se presentan en el consultorio son tratados siguiendo un esquema básico que debe contener los siguientes pasos;

- a. Realizar la presentación del encuadre y del modelo de trabajo psicoterapéutico.
- b. Realizar un cuestionario de acuerdo al modelo de ficha propuesto por el modelo terapéutico y luego co- construir con el paciente la definición del problema.
- c. Realizar una valoración de las pautas de conducta que mantienen el problema.

- d. Establecer las metas mínimas del tratamiento
- e. Que el terapeuta realice la elaboración de intervenciones en términos de conducta
- f. Finalización y cierre del tratamiento

Antes de desarrollar el esquema propuesto, lo primero que da comienzo al proceso terapéutico es la entrevista de admisión, las que, por lo general, estarán a cargo de un terapeuta con mucho entrenamiento. Ellos son los encargados de grabar la entrevista, realizar el encuadre, llenar la ficha en la cual registran y definen el problema en términos de motivo de consulta. Asimismo, el terapeuta admisor consulta al paciente que lo motivó a presentarse ahora a la terapia y como el problema afecta su vida diaria, las soluciones intentadas hasta el momento, que personas están involucradas y qué expectativas tiene en relación a la terapia y al terapeuta (Weakland et al., 1974).

La terapia breve estratégica (TBE) se considera estratégica en cuanto que la intervención terapéutica busca, como estrategia, producir un cambio en los esquemas de referencia del paciente, es decir, que propone que el marco de referencia que el paciente tiene internalizado de la realidad sea modificado o transformado de tal manera que los principios por medio de los cuales dirige su conducta y por lo tanto su accionar, así como también sus sentimientos y las interpretaciones que habitualmente realice, sean diferentes en función de la búsqueda de la solución al problema manifiesto. La terapia propone la reformulación de ciertas ideas preconcebidas de manera equivocada que el paciente tiene del mundo y de los otros. Por otro lado, el terapeuta tiende a adoptar una postura de humildad frente al paciente, reconociéndole todos los esfuerzos y el compromiso que este asume con el proceso terapéutico sin el cual el cambio no se hubiese podido realizar, esta es considerada una estrategia que tiende a reforzar la capacidad transformadora que tiene el paciente, es decir, que el terapeuta aporta algo, pero es el paciente quien realiza el mayor esfuerzo (Nardone & Watzlawick, 1995).

Argentina se caracteriza por la proliferación de diferentes enfoques en psicoterapia y la discusión radica sobre la brevedad o prolongación de los tratamientos psicológicos. En sentido el debate por la idoneidad del profesional por curar rápido perdió terreno y la discusión se centra entre los psicoanalistas y no psicoanalistas en referencia a la implementación de dispositivos psicoterapéuticos breves permitiendo el acceso de mayor población a la asistencia psicológica, por este motivo comenzó a realizarse la distinción entre psicoterapias y tratamientos psicológicos, siendo estos últimos los que estarían destinados a

la cura o prevención de una patología específica, mientras que las psicoterapias enfocarían su objetivo terapéutico en la resolución de los problemas vitales, las relaciones interpersonales y el desarrollo individual. En este sentido se infiere que el enfoque de los tratamientos psicológicos se centra en el síntoma, mientras que las psicoterapias en la personalidad. Por lo expuesto anteriormente se concluye que los tratamientos psicológicos estarían orientados a ser terapias breves y las psicoterapias tendrían un proceso más prolongado (Rocca, 2011).

Asimismo, una investigación realizada por la Fundación Aigle Argentina describe que el 25% de los pacientes que realizaron algún tipo de tratamiento psicoterapéutico han asistido a terapia en un promedio de dos a tres sesiones, mientras que el 50% asistió a seis o menos y que el 75% para la sesión 10 ya había dejado de asistir. En este sentido y de acuerdo a los resultados de este estudio se determinó que hubo una mayor proporción de casos con una mejoría clínica, es decir, que los pacientes que han realizado este tipo de terapias breves han demostrado resultados estadísticamente significativos en función de una mejoría clínicamente significativa. Por lo tanto, se afirma que el tratamiento psicoterapéutico de TBF han dado resultados efectivos en mejoría sintomática de los consultantes. También se ha observado que los pacientes tienden a asistir a un número breve de entrevistas, por lo que son relevantes y de gran importancia, para el proceso psicoterapéutico, las intervenciones que se realicen en las primeras entrevistas atento que las mismas serán las que determinarán el curso de la terapia y los resultados de mejoría hacia la finalización del proceso. De acuerdo a lo expuesto y a los datos que arroja la investigación se infiere que un amplio porcentaje de pacientes han obtenido una mejoría significativa luego de haber asistido a por lo menos seis sesiones de terapia. Esto es clínicamente relevante en función de demostrar la importancia que tienen las primeras sesiones como foco de trabajo y la forma de trabajo que plantea el modelo de TBF (Margini, Molina, Sartori, Rebull & Vázquez, 2012).

3.2. El modelo de registro del proceso terapéutico

El registro del proceso terapéutico tiene como finalidad proveer al terapeuta de todos los datos importantes y necesarios para que él pueda operar. De esta forma, el registro se convierte en una especie de cuadro que le proveerá los instrumentos necesarios para mantener o cambiar el rumbo de la terapia cuando así lo requiera. Una de las mayores ventajas que prevé realizar este trabajo consiste en visualizar lo que no se sabe del paciente, es decir, que clarifica aquello que no se interrogó en su momento o aclara información poco precisa que dio el paciente (Casablanca & Hirsch, 2009). Asimismo, registrar las entrevistas sirve al

terapeuta como un marco orientador para comprobar los avances que se han realizado en función de las metas pautadas al comienzo del proceso terapéutico, o bien para evidenciar si esas metas no se están cumpliendo y realizar algún otro tipo de intervención para lograr el cambio buscado por el paciente. También ayuda a que el paciente se proponga nuevas metas, de esta manera el terapeuta podrá tener un mayor conocimiento de sus pacientes, de sus motivos, cualidades y limitaciones a fin de poder acompañarlo de una manera más eficiente en su proceso terapéutico (España Montoya, López Saucedo & Márquez Davalos, 2018).

3.2.1 Premisas básicas y encuadre

El informe que elabora el terapeuta tiene como objetivo que él tome conciencia reflexiva sobre lo que acontece en la sesión, que pueda visualizar la dirección del proceso y la efectividad de sus intervenciones con el fin de poder mejorar su performance en las próximas entrevistas y también que sea utilizado en el espacio de supervisión a fin de lograr una mejor elaboración del caso cuando la terapia evidencia signos de estancamiento y no avanza en la dirección deseada (Hirsch & Rosarios, 1987).

Realizar un registro estandarizado del proceso terapéutico tiene dos finalidades; una es que sea de utilidad para el trabajo del terapeuta en función de que esto le permitirá realizar una observación crítica de la dirección que esté tomando el trabajo que realice y le dará la oportunidad de evitar omisiones y descubrir errores, así como también podrá utilizarlo como instrumento de supervisión, permitiendo a su vez que pueda realizar modificaciones en el desarrollo del tratamiento y aprender de los mismos para futuras intervenciones. La segunda función radica en posibilitar la investigación, es decir, le podrá ser de utilidad para comparar su caso con otros casos similares y cotejar distintos momentos de un mismo proceso a fin de encontrar posibles soluciones (Casablanca & Hirsch, 2009).

En este sentido la información que provea un adecuado registro de las entrevistas sirve como un recurso de noticias o informaciones que da el paciente acerca del pasado y de su historia clínica y que representa un medio para que el terapeuta pueda desarrollar y delinear mejores estrategias para la resolución de los problemas actuales. Algunos de los puntos más importantes que este informe debe contemplar es acerca de aquello que le sucede al paciente en las interacciones que el mantiene con su círculo más íntimo y con el mundo, es decir, con su red social; así como también debe considerar como el problema que manifiesta se presenta en el interior de ese sistema relacional y como el paciente ha intentado, hasta la

actualidad, combatir o resolver ese problema, lo que se conoce según este modelo, como las soluciones intentadas (Nardone & Watzlawick, 1995).

Este registro inicial es una breve descripción del caso y el modo en que el terapeuta realice esta descripción definirá el tipo de intervenciones que realizará en función de buscar posibles soluciones. Esta primera descripción del problema o queja inicial ayuda a determinar la línea de trabajo que desarrollará el terapeuta, es decir, que será como una guía, en principio, para que el terapeuta decida y delinee qué tipo de estrategias realizar en la búsqueda de la solución del problema manifiesto. Si esto se realiza de forma errónea el proceso terapéutico será propenso al fracaso, en este sentido la TBF establece algunas reglas para evitar fracasos; 1) tener bien definido el problema y 2) tener un objetivo bien establecido. Asimismo, se recomienda que el registro contenga información sobre las cosas que, si le funcionan al paciente y de esta forma el terapeuta lo ayuda a imaginar modos de actuar y conducirse similares, atento que estos si son funcionales en su vida (De Shazer, 2000).

3.2.2. Evaluación inicial y registro de 1° entrevista

La evaluación inicial o primera entrevista es de vital importancia ya que es una sesión de evaluación y de consulta, cuyo objetivo consiste en determinar si existe o no un problema para iniciar un proceso terapéutico y considerar que tipo de terapia es la más adecuada. Al realizar esta primera evaluación el terapeuta debe dilucidar dos interrogantes importantes: que llevó a la persona a buscar ayuda en ese momento determinado y porque eligió buscarla con ese terapeuta o clínica. Una de las primeras preguntas que debe realizar el terapeuta es: ¿Qué lo ha traído hasta acá? En este primer encuentro y de acuerdo a la propuesta de trabajo que plantea la TBF, no se le pregunta al paciente cuál es el problema que tiene, ya que esto implica establecer una distinción entre sano y patológico; aceptando implícitamente la idea de el consultante tiene un problema de características patológicas. De esta manera se pretende establecer una despatologización del lenguaje terapéutico, ya que serán los pacientes quienes describan las razones que lo llevaron a realizar la consulta y por lo tanto se da lugar a que el paciente pueda explayarse de tal manera que permita al terapeuta ir armando el caso en función del lenguaje del paciente, evaluando como él percibe su problema y no poniendo palabras y lenguajes en la sesión que sean externos a él, evitando de esta manera un diagnóstico que encasille al paciente en una posible patología (Bertrando & Boscolo, 2000).

La primera parte de la entrevista se dedica a la recolección de información en relación a la queja inicial presentada, al terapeuta le interesa conocer la urgencia e influencia del problema, las circunstancias y el momento en el cual ha aparecido, sus oscilaciones y cambios en relación al lugar, el tiempo y personas con las que interactúa y con las cuales asocia el problema. En este sentido se explora la repercusión que ese problema está teniendo en las relaciones que el paciente tiene con su entorno más cercano y con otros sistemas de referencia. Cuando la evaluación está llegando a su finalización se introduce una perspectiva de futuro del proceso terapéutico con preguntas del estilo; ¿Qué espera de la terapia?, ¿Qué desearía que cambiara en su vida? ¿Cuál sería para Ud. el cambio mínimo y necesario para sentir que está próximo a la solución del problema? Y ¿Qué espera del terapeuta? entre otras (Bertrando & Boscolo, 2000).

Para realizar una adecuada descripción de la primera entrevista, los terapeutas utilizan una ficha de registro que debe tener los datos personales del paciente, apellido y nombre, edad, etc.; asimismo, debe contar con los datos de su grupo de convivencia y otros significativos a fin de que el terapeuta conozca la red social del paciente. También se describe la queja inicial, que debe realizarse con las palabras de los pacientes, lo que ellos expresan como razones de consulta. Lo siguiente a tener en cuenta es ¿por qué ahora? Esta pregunta tiene la intención de rastrear específicamente que desencadenó que la consulta se realizase en ese momento determinado, se deben consignar las circunstancias del pasado más o menos recientes que contribuyeron a su decisión. A continuación, se debe plasmar el motivo de consulta, aquí se manifiesta el problema que el consultante eligió como más urgente, más importante y que puede coincidir con la queja inicial y que se co - construirá junto con el terapeuta. Este se debe expresar en conductas específicas evaluables, aunque no necesariamente observables desde afuera. También se debe considerar y registrar la circunstancia actual e historia, es decir, como el problema tiene lugar ahora, con quienes, con que intensidad, en que horarios, que ideas o teorías tienen acerca de lo que produce el problema y desde cuándo y cómo fue evolucionando (Kopec, 2013).

Además de todo lo expuesto anteriormente se deben contemplar y registrar otros datos que son de suma importancia para que el psicólogo pueda trazar y diseñar sus estrategias de trabajo en la búsqueda de las soluciones a los problemas que manifiestan los pacientes; otro de los puntos a describir tiene relación con lo que hace el paciente sin querer o que quisiera hacer y no está haciendo como consecuencia del problema, es decir, el terapeuta indagará si hay algo que las personas no puedan dejar de hacer como consecuencia del problema que

manifiestan o si hay algo que quisieran realizar y no lo estén pudiendo cumplir como consecuencia del problema. En relación a esto se le consulta al paciente sobre las soluciones intentadas, se realiza una descripción de las conductas concretas que los distintos miembros del sistema significativo efectúan al intentar solucionar la conducta problema, especificando si son soluciones fracasadas (mantienen el problema) o exitosas (atenúan o resuelven), si se están utilizando o no y porque fueron abandonadas. Se busca específicamente las soluciones intentadas en referencia al problema al que se definió como motivo de consulta y no a los distintos esfuerzos que hicieron para mejorar en general. En este sentido se detallan las que el paciente identifica y las que identifican los otros significativos de su sistema. Otro de los puntos a tener en cuenta y que se deben referir tienen relación con los tratamientos anteriores y actuales que el paciente haya realizado o esté realizando y se consideren pertinentes al tratamiento terapéutico que está por comenzar. También se deben tener en cuenta las opiniones y actitudes de las personas significativas, en este punto se consignarán las opiniones y creencias que generan determinados modos de manejarse del consultante y sus otros significativos frente al problema (Casablanca & Hirsch, 2009).

Kopec (2013) explica que este registro también debe considerarse como un protocolo que los terapeutas deben utilizar en las admisiones para realizar el diseño de la terapia estratégica y también describe que otros puntos son necesarios para su adecuado diseño, entre estos puntos sostiene que se debe contemplar y dejar expresamente escrito los objetivos que el paciente busca al realizar la consulta, es decir, para que cree que la terapia le puede servir; con este punto se intenta comprender lo que le pasa al paciente y como este entiende lo que le está pasando. Asimismo, también se considera lo que espera que el terapeuta haga y como debe comportarse este en el transcurso del tratamiento. En este sentido el terapeuta realiza una evaluación del circuito que tiene la conducta problema en términos de conducta observable o actitudes que tiene el paciente con el fin de determinar dónde está el problema y por lo tanto diseñar una intervención estratégica a fin de cortar con ese circuito y generar un cambio para dar solución al problema que el paciente manifiesta. Se establece una meta mínima a fin de focalizar el motivo de consulta, se pacta una meta suficientemente significativa como para dar por finalizado el proceso terapéutico o se estipula como un primer paso pequeño pero significativo en el proceso de la solución del problema (Compañ, Muñoz, Feixas & Montesano, 2015).

Otro de los datos a tener en cuenta tiene relación con el objetivo que el terapeuta quiera lograr de este proceso, este debe dejar plasmado y manifiesto en este primer registro

que actitud y/o pensamiento es necesario modificar en el consultante para alcanzar una transformación en su conducta que le sea más funcional y lograr de esta manera un cambio lo suficientemente necesario en vía de la solución al problema; el psicólogo debe describir en términos actitudinales cual es el cambio de actitud buscado y citar a modo de ejemplo una conducta observable que de indicación del cambio que se produjo. También debe realizar una descripción de las primeras intervenciones del terapeuta admisor y la primera reacción del paciente y las sugerencias o alternativas de acciones que sean propuestas por el admisor. Y por último se realiza una descripción del tipo de tratamiento y estrategia a seguir, es decir, se detalla si las sesiones serán individuales, en pareja o con la familia y se describen las intervenciones o modalidades de acción que el psicólogo considera pertinentes y convenientes para el logro de los objetivos propuestos. Asimismo, se deja asentado a quienes se cita para la próxima entrevista y un número de sesiones previstas (Casablanca & Hirsch, 2009).

3.2.3. La planificación del caso

Un adecuado registro de la primera entrevista permite realizar y diseñar la planificación del caso, es decir, que los datos obtenidos de este registro son de utilidad en la planificación y diseño de intervenciones y se utiliza como línea de trabajo disparadora para generar el cambio buscado. Desde el modelo de TBF se pretende que al realizar una adecuada planificación del caso sea posible lograr la transformación y modificación de la secuencia de conductas disfuncionales que realiza el paciente en su intento por encontrar la solución del problema. Lo que se busca es modificar el circuito disfuncional porque mantenerlo contribuye a seguir sosteniendo el problema, es decir, que este circuito puede ser perjudicial, ni bueno ni malo, sino que no está siendo funcional al estilo de vida que quiere el paciente. La TBF procura por medio de las diferentes intervenciones modificar la organización del sistema del consultante y trabajar en la comunicación de este para con su círculo, es decir, que su objetivo consiste en lograr una transformación de la relación del consultante con los diferentes subsistemas, y al hacer esto se estima que se produce un cambio. A su vez contar con esta información también le permite al terapeuta tener una imagen más clara y concreta del problema del consultante, lo cual le facilita el trabajo de hallar una solución más rápida y eficaz, por lo que el tiempo que se pierde en la primera entrevista al realizar el registro inicial, es tiempo que se recupera en la fase estrictamente operativa. (Nardone & Watzlawick, 1995).

Además de definir el problema es necesario que el terapeuta observe con precisión como se sostiene el mismo en el tiempo y que factores son los que hacen que este persista y por lo tanto cuales debe considerar que deben ser intervenidos para obtener éxito en el proceso terapéutico. La estrategia general cambia de acuerdo a cada sujeto o sujetos que consulten, teniendo en cuenta el nivel cultural y social al cual pertenezcan, a su vez el psicólogo también tiene que tener en cuenta que la estrategia debe ser diversa según se aplique a una persona sumamente fantasiosa y poética o a una persona hiperracional. Por lo tanto, la TBF concibe como necesario que el terapeuta aprenda el lenguaje del consultante y presente las intervenciones en este mismo lenguaje, de forma que la intervención nunca será igual, ya que se irá modificando en la medida de las prerrogativas peculiares de cada persona (Fisch, Weakland & Segal, 1984).

Hasta ahora se han delineado, en términos generales, cuáles son las instancias necesarias que se deben cumplir para realizar una correcta y eficiente planificación general del caso, es decir, que es lo que sí o si el terapeuta debe considerar y contemplar para realizar una buen diseño y planificación del tratamiento, sin embargo, hay que destacar que también se requiere pensar y delinear intervenciones en términos más concretos y particulares atento que se le puede sugerir al paciente o recomendar determinadas estrategias que implican modificaciones en su conducta y devenir habitual, como por ejemplo: que abandone la solución intentada que viene llevando a cabo; al hacer esto, el terapeuta debe considerar que al solicitarle esto debe contemplar que el consultante al dejar de hacer algo también necesitará poder hacer otra cosa diferente para percibir un cambio. En resumen, el psicólogo planifica sus intervenciones concretas estimando que acciones son las centrales en la solución intentada y que acciones incorporar al repertorio del paciente, por otro lado, también debe tener en consideración que personas desempeñan un rol preponderante y estratégico en el sistema del consultante para trabajar en conjunto y lograr de esta manera el éxito de la terapia en un breve tiempo. La planificación del caso entonces se centra en que el consultante deje de percibir como padecimiento el problema que manifiesta o al menos que este disminuya lo suficiente como para no continuar necesitando un proceso terapéutico (Ceberio & García, 2016).

En este sentido Beyebach (2016) afirmaba que tener un proyecto de trabajo claro y realizar una buena planificación y diseño del caso es lo que le permite al terapeuta avanzar en el tratamiento, también considera que este tiene dos opciones que son habituales en este marco de trabajo, una de ellas consiste en que debe realizar un diseño de trabajo con

proyección de futuro o bien trabajar sobre las mejoras que se han producido entre de las sesiones.

3.3.Técnicas de intervención

La TBF trabaja con los consultantes intentando transformar su accionar y su percepción del mundo, de modo que su queja inicial o problema se vea solucionado. Para que esto suceda se pueden seguir dos caminos; uno es impidiendo que el consultante o quienes forman parte de su sistema de significativos realicen una conducta problema que se perpetúe en el tiempo o, en los casos adecuados, trabajar en la rectificación de la opinión que el consultante tenga en relación a su problema, de forma tal que ya no se sienta perturbado por este y que no persista la sensación de continuar realizando un proceso terapéutico. En ambos casos el terapeuta debe hacer algo para provocar el cambio buscado, por lo tanto, debe intervenir (Fisch et al., 1984).

Las intervenciones tienen la tendencia de trabajar como el marco de referencia de definiciones de algunas situaciones por lo que se diseñan y proponen de acuerdo a principios de organización del proceso terapéutico. En este sentido, se considera que actúan como reglas mediante las cuales se transforma y modifica la percepción de realidad del paciente, con el fin de ayudar al consultante a cambiar sus principios y reglas y encontrar sentido a una situación problemática determinada (De Shazer, 2000). Por lo tanto, la función del terapeuta, en el diseño de las intervenciones, es ejercer la influencia necesaria sobre el consultante de forma tal que este pueda modificar las soluciones intentadas hasta el momento y encontrar la solución del problema que manifiesta. En este sentido mediante el proceso terapéutico se busca, a través de las diferentes y variadas intervenciones, sustituir esa solución intentada por otra diferente o bien lograr que el consultante altere y/o modifique de tal forma su visión de la realidad que le permita considerar que el problema que tenía ya no existe (Hirsch & Rosarios, 1987).

Por lo tanto, la TBF considera que las intervenciones que el terapeuta propone al consultante buscan que este asigne un sentido diferente a una determinada situación o conducta problemática (Cazabat & Urretavizcaya, 1996). Para conseguir este objetivo de manera rápida y eficaz la intervención estratégica es de tipo activo y debe producir resultados a partir de las primeras sesiones. Para generar estos cambios se utilizan prescripciones y tareas que el consultante deberá poner en práctica entre las sesiones, a la vez que se debe recurrir a una comunicación estratégica. Nardone (2010) explica que la TBF más que una

teoría debe ser considerada como una forma de intervención, ya que utiliza una lógica de trabajo estratégica que fundamenta su modo de accionar en objetivos prefijados (Salomón & Sánchez, 2010).

Las intervenciones son diseñadas como un concepto de ajuste y las mismas deben construirse y planificarse en función de la interpretación o percepción que el terapeuta tiene sobre la queja inicial; a su vez deben adecuarse a la concepción del mundo que tenga el consultante a fin de hablar su mismo idioma y transmitirle y conducirlo a una solución satisfactoria (De Shazer, 1990). En este sentido es importante que el psicólogo utilice el mismo lenguaje que el consultante, lo que implica renunciar a un lenguaje técnico y de esta manera poder sintonizar con el consultante fortaleciendo el vínculo consultante- terapeuta (Villanueva, 2015).

3.3.1. La capacidad de maniobra del terapeuta

El terapeuta debe asegurar durante todo el proceso terapéutico su máxima maniobrabilidad para poder producir en el consultante un cambio en el circuito interaccional que sostiene el problema. La maniobrabilidad refiere a la disponibilidad de no limitar las opciones del consultante y a la capacidad de alterar su accionar o modificar las soluciones intentadas promoviendo un cambio. Esto requiere mantener las opciones abiertas, combatir los propios prejuicios y ser capaz de cambiar la estrategia adoptada hasta el momento si no está resultando efectiva. Desde esta perspectiva se considera que toda conducta es relacional y que por lo tanto tiene un efecto sobre el otro, entonces se puede desglosar que todo comportamiento del terapeuta es considerado una maniobra, en el sentido de que una acción tiende a influir sobre el consultante de una manera específica para que este pueda modificar su conducta en determinada dirección y por lo tanto resolver el problema que fundamentó su consulta (Hirsch & Rosarios, 1987).

La capacidad de maniobra se caracteriza por la libertad de acción que tiene el terapeuta y la forma de trabajar que considere que es más adecuada para el proceso terapéutico. El psicólogo debe ser capaz de poner en práctica aquello que considere más apropiado para el consultante. Cuando este modelo habla de libertad, considera que es un término que indica un estado de relativa pasividad que permanece constante a lo largo de todo el proceso terapéutico y la capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones que estén dotadas de un propósito. El terapeuta debe mantener abierta su capacidad de opciones a medida que se avanza en la terapia, modificando su curso de la forma que

considere necesaria durante el proceso terapéutico. Asimismo, debe tener un enfoque interactivo y estratégico y tiene la responsabilidad de planificar y diseñar el tratamiento desarrollando intervenciones que promuevan el cambio del consultante. Se considera que es una persona activa en función de la maniobrabilidad, es decir, que mantiene el máximo de opciones posibles a su alcance, planifica cada sesión y en la medida que perciba que el consultante no acepta sus sugerencias o si observa que la estrategia no está funcionando debe ser capaz de modificarla, debe cambiar el rumbo ni bien tenga indicios de que la estrategia propuesta no está siendo efectiva (Fisch et al., 1984).

Es necesario que el psicólogo posea características de flexibilidad en su pensamiento, empatía, rapidez de síntesis y capacidad de análisis, así como también la habilidad verbal para registrar el código particular que traiga el consultante con el fin de poder establecer un buen vínculo terapéutico con él (Veccia, 2011). Asimismo, debe ir efectuando comprobaciones a lo largo de las sesiones con el fin de ir observando y evaluando si el paciente acepta la intervención propuesta o no y si debe ajustar algo para lograr el cambio que está buscando. En este sentido, también es importante tener en cuenta que la capacidad de maniobra depende de que no se le presione al terapeuta para que actúe. Él debe tomarse su tiempo y no ceder ante la urgencia y presión del paciente que muchas veces puede llegar a crear un clima de tensión, en el cual le exija que haga algo urgente y también que le reclame una rápida solución a su problema. Para que el trabajo avance de manera fructífera y constructiva, el psicólogo no debe ser acosado por el paciente, a fin de poder diseñar y realizar intervenciones que no resulten prematuras y si efectivas en relación al tratamiento. En este sentido la TBF entiende que el tiempo que el terapeuta dedique a evitar este tipo de situaciones servirán para reducir el tiempo dedicado al proceso en términos globales y al tomarse el tiempo preciso este se hallará en una mejor posición para planificar de una mejor manera el caso (Fisch et al., 1984).

Continuando con los descripto por Fisch et al. (1984) el modelo de TBF explica que en algunos momentos del proceso el terapeuta deseará efectuar alguna intervención específica o darle alguna tarea al consultante, pero puede ser que no esté seguro de si funcionará y esto puede afectar su credibilidad en función de si la intervención es o no efectiva, de acuerdo a esto querrá diseñar con tiempo una nueva estrategia, pero antes de recurrir a esto la propuesta que formule lo hará en lenguaje condicional, como por ejemplo al indicarle lo siguiente: me gustaría realizarle una sugerencia, pero no estoy seguro de cuanto nos servirá, esto dependerá de su imaginación y su predisposición para conseguir un avance en el tratamiento. Al hacer

esta sugerencia pone de manifiesto que su deseo es dar una adecuada intervención, pero dejando claro que su éxito dependerá de los esfuerzos que realice el consultante. De acuerdo al trabajo que realice el terapeuta y a su capacidad de maniobra se evidenciará si el tratamiento es exitoso o no, para que sea exitoso el consultante debe comunicar información estratégica para que él pueda realizar una adecuada planificación del caso y el paciente debe estar dispuesto a aceptar y realizar las sugerencias que se le realicen. Sin embargo la capacidad de maniobra puede verse obstaculizada por dos categorías de pacientes, que no solo obstaculizarán la maniobra del terapeuta sino que también pueden hacerlo con el tratamiento; esto consultantes son los llamados pacientes difíciles y son aquellos que se presentan a la consulta coaccionados por otras personas o bien aquellos que tratan de poner restricciones que son inaceptables en la terapia, y es con este tipo con los cuales se deben considerar y tomar determinadas decisiones con respecto a las intervenciones y tácticas que le permitan iniciar el tratamiento y lograr un resultado final positivo.

3.3.2. Maniobras para el cambio en terapia breve focalizada

Las maniobras para el cambio se dividen maniobras generales y específicas. Cuando se habla de las generales se hace referencia a las intervenciones que el terapeuta puede aplicar en la gran mayoría de los casos, estas pueden ser consideradas terapéuticas en sí mismas o no, de acuerdo a los efectos que tengan, pero en todo caso son un prerrequisito para utilizar las específicas. Estas a diferencia de las generales son aquellas que se realizarán en situaciones particulares, y con las cuales se trabaja una vez que se cuenta con los todos los datos necesarios y tras haber realizado un diseño del plan de acción terapéutica, estarán hechas a medida de acuerdo a las necesidades del paciente. Dentro de esta categoría de maniobras generales y específicas este tipo de terapia breve hace una subcategorización e indica que hay tres categorías más, estas son las maniobras de comienzo del tratamiento, las que se desarrollan en el transcurso y las de cierre (Hirsch & Rosarios, 1987).

Según Hirsch y Rosarios (1987) las de comienzo son aquellas que se desarrollan en la preentrevista y en la primera entrevista. El objetivo de estas consiste en poder establecer las bases para la relación que se desarrolla entre el psicólogo y el paciente y que facilitan la maniobrabilidad del terapeuta. Cuando se hace referencia a maniobras generales de comienzo se habla de las intervenciones necesarias para obtener información del paciente y establecer las condiciones pertinentes para que el modelo de terapia funcione. En este sentido a

continuación se detallarán algunas de las generales más importantes a tener en cuenta según este modelo:

- a. El terapeuta debe reflejar y responder con empatía de manera explícita y la misma debe ser percibida por el paciente a fin de poder establecer desde el inicio un buen vínculo terapéutico.
- b. El terapeuta debe trabajar en el encuadre y manipular el mismo en función de establecer los requisitos que sean necesarios para el abordaje de la sesión, como ser la cantidad de participantes que habrá en las sesiones, la duración y la frecuencia.
- c. Durante el desarrollo de las sesiones se le debe exigir al paciente que sea lo más preciso posible mientras que el terapeuta debe mantener la mayor ambigüedad que requiera el caso con el fin de no tomar ninguna posición prematuramente.
- d. Otra maniobra importante para este modelo consiste en el uso de elogios, es decir, en trabajar con la confianza y los recursos del consultante compartiendo con ellos al final de cada sesión los avances que se observaron y felicitándolos por los recursos que utiliza y que son útiles para la terapia (Villanueva Flores, 2015).
- e. Cuando un consultante muestra mejorías, se reconoce este cambio y se le sugiere al paciente que puede haber recaídas, con el fin de que pueda controlar los síntomas del problema y que pueda enfrentar esta situación viviéndola como parte del proceso de la terapia y no como un retroceso.

En cuanto a las específicas de comienzo las intervenciones tenderán a ser exploratorias y más autoritarias de acuerdo al grado de crisis que presente el paciente. En este sentido el terapeuta debe mostrar un rol de liderazgo más explícito (Hirsch & Rosarios, 1987). Asimismo, la TBF propone trabajar con pequeñas modificaciones en los patrones de la queja inicial como por ejemplo trabajar con la frecuencia, intensidad, duración u orden de uno o varios elementos que constituyan esta queja y establecer un determinado circuito. Otra de las maniobras que describen consisten en la externalización del problema, esto radica en ponerle un nombre y situarlo como algo externo a la persona, lo que permitirá es que el paciente ponga el foco del problema fuera de sí mismo y de esta manera que él lo pueda ver más claramente y por lo tanto poder comenzar una línea de trabajo y transformación de la situación problemática. También se puede trabajar con intervenciones psicoeducativas, en las cuales se informa y explica al paciente determinados aspectos del problema que tiene

proporcionándole de esta manera un marco cognitivo que lo ayude a redefinir el problema que manifiesta (García & Ceberio, 2016).

Hirsch y Rosarios (1987) explican que las maniobras que se aplican en el desarrollo del tratamiento son estrategias referidas a la posibilidad del logro del cambio, en cómo se irá modificado el problema, el tiempo que está llevando modificarlo y el tiempo definitivo que puede llevar su solución y como sostener el cambio alcanzado. Estas intervenciones buscan generar en el consultante un mayor grado de compromiso en cada decisión que tome, y que de sesión a sesión se perciba un mayor grado de involucramiento en el trabajo terapéutico, asimismo, se intenta incentivarlo a lograr mayores logros trabajando en la disminución de ansiedad por las dificultades que puedan aparecer en el desarrollo del tratamiento y trabajando con el desánimo que le pueden provocar las posibles recaídas.

En cuanto a las específicas de seguimiento, estas harán referencia a intervenciones que se efectúan principalmente cuando el terapeuta advierte que esta frente un paciente con actitudes estereotipadas. Estas maniobras derivan de trabajar con la resistencia del paciente y trabajar con ella a modo de cooperación, es decir, que, en estos casos, así como se prescribe el problema en pacientes resistentes se trabaja con las prescripciones del comportamiento resistente a la vez que el terapeuta trabaja en la comprensión de la cosmovisión del consultante (Hirsch & Rosarios, 1987).

Por último están las maniobras de cierre que son aquellas que se desarrollan en la última entrevista, el objetivo de estas, cuando el tratamiento ha tenido éxito, es consolidar los logros del consultante y trabajar en la prevención de posibles recaídas, recordando las soluciones intentadas y que en lugar de solucionar la situación problemática la sostenían en el tiempo por lo que no debe volver a caer en ellas, sino continuar trabajando con los logros que obtuvo con el tratamiento y sostener las soluciones halladas mediante este. Hay que tener en cuenta que hay otros factores que facilitan las maniobras de cierre, como por ejemplo haber determinado desde el inicio del tratamiento un número fijo de sesiones o que el paciente, por cuestiones económicas, no pueda sostener el tratamiento o solicitarle que realice tareas que exijan un esfuerzo que el paciente no está dispuesto a realizar y que por lo tanto quiera abandonar el proceso terapéutico de forma abrupta. Cuando el proceso ha sido exitoso y se han alcanzado las metas propuestas se realiza una reseña de lo que el consultante ha logrado y lo que no, remarcando especialmente aquello que, si logro como producto de sus habilidades

y cualidades, y aquello que no han podido lograr se lo considera como una de las limitaciones de la terapia en general o en particular del terapeuta (Figuroa & Hirsch, 2013).

Destacando los logros y también evidenciando aquello no se ha podido alcanzar se cumple con la premisa de esta etapa, que indica que la responsabilidad esta principalmente en manos del consultante, esto se recalca cuando se maximiza el esfuerzo que ha realizado él y la forma en que se ha implicado para lograr cumplir con las metas propuestas mientras que la imagen y el quehacer del terapeuta se minimiza. Es un momento en el cual el psicólogo se repliega para dejar en el centro de la escena al consultante, ya que los logros son pura y exclusivamente responsabilidad suya por el compromiso e involucramiento que ha tenido en su tratamiento. Lo que se pretende con esto es que el consultante no quede en un lugar de dependencia respecto del terapeuta ni de la terapia evitando de esta manera que la resolución de los problemas quede como si fuera por una acción externa y no suya a fin de que pueda en proyecciones futuras resolver otro tipo de problemas. En este sentido se considera que cuando la terapia ha tenido éxito ocurre un desplazamiento de la mejoría y no como se creía en otro momento, un desplazamiento del síntoma, lo que implica que una vez que se produce un cambio y es sostenido en el tiempo los mecanismos de retroalimentación positiva permiten reforzar una nueva situación y por lo tanto ampliar esa mejora (De Shazer, 2000).

Otra característica de las maniobras de cierre consiste en recomendar al consultante que se tome las cosas con calma y vaya más despacio, es decir, que trate de no seguir mejorando por un tiempo con el fin de mantener el estado de satisfacción y evitar posibles recaídas, que asimismo fueron estipuladas e informadas por el terapeuta, que le ha indicado que podían suceder. Por otro lado, tampoco es aconsejable realizar nuevas intervenciones, ya que es mejor sostener las que ya se realizaron y mantener por lo tanto el logro y el cambio deseado, si se desarrollan nuevas maniobras es posible que se estire el tratamiento y no es uno de los objetivos buscados por la TBF. Puede suceder que los consultantes consideren que el éxito del proceso corresponde al terapeuta y este si bien debe aceptar esta consideración de reconocimiento, debe señalarle que esto es desmedido y que el éxito se debe a sus esfuerzos y compromiso, así como también a sus propios recursos. También hay que destacar que en algún cierre el paciente considere que el tratamiento debe prolongarse ya que si bien ha alcanzado el éxito en la meta propuesta, es necesario continuar con el tratamiento para que la solución alcanzada se sostenga en el tiempo y aquí el terapeuta debe establecer de una manera clara y precisa que por ahora es mejor dejar el proceso ya que el problema por el cual lo inicio se ha resuelto (Hirsch & Rosario, 1987).

Cuando el problema no ha sido resuelto, en primera instancia el psicólogo debe aceptar que su labor terapéutica ha fracasado y no debe realizar ningún esfuerzo por continuar con el proceso terapéutico. Esto es necesario realizarlo tanto en el caso en los que se haya llegado a la cantidad de sesiones pautadas como en la situación en la que el consultante manifieste que quiere dejar el tratamiento porque no está conforme con el desarrollo de este (Figueroa & Hirsch, 2013).

3.3.3. La terminación del tratamiento

En el momento que se considere que el tratamiento ha llegado a su fin también es requisito esta línea terapéutica, realizar el registro en una ficha de evaluación final de tratamiento, esta será un resumen de los resultados que se obtuvieron en el proceso terapéutico. Para que esto se describa y se desarrolle es necesario que el terapeuta tenga presente la meta mínima establecida y el motivo de consulta, como así también es necesario que se registren las sustituciones que se hubiesen realizado durante el tratamiento en función del motivo de consulta y de las metas mínimas para poder comprender mejor los resultados logrados (Casablanca & Hirsch, 2009).

El objetivo final del último encuentro es trabajar en la consolidación de la autonomía del consultante, para lograr este trabajo y que él perciba esta autonomía se realiza una recapitulación de todo el proceso y se detalla una explicación sobre las intervenciones que tuvieron lugar a lo largo de todo el tratamiento, de esta manera, se le brinda al consultante la posibilidad de comprender por qué se han utilizado determinadas intervenciones en algún momento particular y porque no se han utilizado otras. En este sentido, es necesario realizar una redefinición final para que él comprenda que el cambio que ha logrado no fue por arte de magia sino por haber trabajado con intervenciones sistemáticas y científicas diseñadas para lograr el éxito de la terapia, pero por sobre todo esto hay que recalcar el rol preponderante que ha tenido él en el éxito de su tratamiento, ya que ha demostrado una capacidad de compromiso necesario y constante para lograrlo, así como también que ha realizado un trabajo duro para poder afrontar las diferentes instancias del tratamiento (Hirsch & Rosarios, 1987).

3.4. Dispositivo de cámara gesell en el modelo de terapia breve focalizada

La cámara gesell es un instrumento de trabajo psicoterapéutico que utiliza la TBF, este dispositivo está diseñado de tal manera que dos habitaciones contiguas estén

comunicadas a través de un vidrio con visión unidireccional y un sistema de audio que permita que una habitación escuche a la otra al momento de realizar el tratamiento. Este dispositivo permite que los terapeutas que se encuentran a un lado del vidrio puedan observar las conductas de las personas que estén en tratamiento en ese momento, no solo permite su observación sino también que se los escucha. Este dispositivo es utilizado en los espacios terapéuticos, como así también en espacios de supervisión y docencia. Este instrumento también funciona como un espacio para desarrollar tareas en equipo, la visión de un vidrio con visión unidireccional permite la interacción de los terapeutas que están de un lado del vidrio con el psicólogo tratante y el consultante que se hallan al otro lado, esta comunicación se realiza por medio de un intercomunicador y solo cuando el equipo considera que es necesario realizar alguna intervención, para lo cual se comunican con el terapeuta y transmiten la intervención propuesta por el equipo. En este sentido cabe aclarar que cuando se hace referencia al equipo, este está conformado por profesionales de la salud, puede ser un equipo interdisciplinario, psiquiatras, psicólogos y estudiantes o solo psicólogos, esto dependerá de la institución en la cual se encuentren. Asimismo, el equipo tiene un supervisor que cumple el rol de líder, pero todas las propuestas son escuchadas y se realiza una puesta en común antes de comunicar la intervención al terapeuta que está realizando el tratamiento en ese momento. También hay que resaltar que el uso del intercomunicador es vía doble, es decir, que el terapeuta que está dentro del consultorio también lo puede utilizar, pero es recomendable que si tiene la necesidad de realizar alguna consulta con el equipo le indique al consultante que saldrá por un lapso de pocos minutos para ver al equipo y volverá, por lo general esto se realiza casi al cierre de cada encuentro con el fin de que el terapeuta reciba un feedback del trabajo que se realizó durante el transcurso de la sesión y se realice una puesta en común con todo el equipo para el diseño de las intervenciones que se prescribirán y las propuestas que se le realizarán al consultante (Flichman, 2013).

En este sentido la pausa final es una característica de este modelo y consiste en que el terapeuta en conjunto con el equipo pueda realizar una recapitulación de la sesión y reorganizar el trabajo. La pausa es considerada un tiempo didáctico ya que es un momento de diseño de nuevas intervenciones y de desarrollo de herramientas estratégicas de cierre de sesión que luego serán comunicadas a los consultantes (Ceberio & Linares, 2005).

Hirsch (1992) resalta que el uso de esta modalidad de trabajo es beneficioso para el terapeuta ya que ahora no se encuentra solo con el consultante como en las terapias tradicionales, sino que hay un equipo de profesionales que trabaja junto a él, por lo que se

siente respaldado en su quehacer, sin embargo, también puede sentirse evaluado. Asimismo, trabajar de esta forma le permite al terapeuta desarrollar características esenciales para el trabajo en equipo y de esta manera también trabajar de una manera más eficaz y consolidada.

3.4.1. Fundamentos teóricos del dispositivo

La terapia sistémica fue una de las primeras líneas en psicología que comenzó a emplear el instrumento de cámara gesell con el fin de usarlo como una metodología en la práctica profesional de los psicólogos, considerando que el aprendizaje debe forjarse desde la acción. El pensamiento sistémico se ha caracterizado por modelos de enseñanza no tradicionales, siempre en la búsqueda de herramientas que fortalezcan el aprendizaje y el quehacer del psicólogo y se caracterizó fundamentalmente por comprender que la enseñanza debe ser transdisciplinaria, aceptando la imagen de un observador con el fin de transformar el objeto estudiado y asimismo su propia naturaleza, es decir, que el rol del observador no solo era de simple espectador sino también que mediante el trabajo en equipo con otros observadores y desde una mirada interdisciplinaria actúan en conjunto en el diseño de intervenciones que sean más fructíferas y funcionales en el tratamiento psicológico. En este sentido este dispositivo también es una herramienta de aprendizaje y fortalecimiento para el rol del psicólogo, en función de que el terapeuta podrá ir delineando y diseñando sus características personales en el fluir por el camino de su profesión. Al ser observado en el ejercicio de su profesión por otros colegas tenderá a seleccionar y utilizar herramientas técnicas, articulará su conocimiento teórico con el de otros profesionales y resolverá los momentos de incertidumbre que atraviese acompañado por otros colegas que estarán disponibles para trabajar su curiosidad, incertidumbre y resolver sus propias limitaciones (Des Champs, 2000).

El trabajo en cámara gesell tiene algunas características particulares que han sido elaboradas en el transcurrir del tiempo por diferentes escuelas de terapia sistémica, algunas de ellas son que los equipos deben seguir determinadas secuencias de trabajo como ser una intervención en la apertura del tratamiento, una intervención central y una final (Flichman, 2013).

3.4.2. Formación de terapeutas y diseño de las estrategias de intervención

El modelo de TBF propone como parte del entrenamiento del psicólogo el dispositivo de cámara gesell, argumentando que es una herramienta de formación necesaria en función de

que los terapeutas jóvenes cuando comienzan a ejercer su rol y por su propia inseguridad se aferran a un modelo determinado, bloqueando su iniciativa propia y transcurriendo su primer experiencia profesional con dudas e incertidumbre, por lo tanto el trabajo que se realice mediante este dispositivo tiende a funcionar como un punto de apoyo para el terapeuta novel, atento que detrás del equipo hay más profesionales y un supervisor con más años de experiencia que estará trabajando en conjunto con él para apuntalarlo en el momento que considere preciso (Ceberio 2000). La formación del terapeuta es un proceso permanente y continuo, el trabajo del supervisor tiene como objetivo que el psicólogo novel pueda realizar el despliegue de sus conocimientos y herramientas profesionales en un ambiente que respete su estilo a la vez que promueva recursos con mira a incrementar la eficacia de sus intervenciones (Ceberio, 1998).

En este sentido esta herramienta es utilizada en el trabajo pre-sesión, utilizando este momento como un espacio de planificación y tranquilización para el joven terapeuta, ya que se prepara y diseña la sesión en presencia de todo el grupo y es cuando el supervisor ayuda a la construcción de una hipótesis del caso clínico. Asimismo, la sesión será el espacio donde se desplegarán las diversas estrategias terapéuticas que se diseñaron junto con el equipo y es el momento en el cual el terapeuta presenta la forma de trabajo, incluyendo una explicación del dispositivo y solicitando la autorización a los consultantes para ser grabados (Ceberio & Linares, 2005).

También es necesario resaltar que la cámara gesell sirve como un dispositivo en la formación de terapeutas, entrenándolos como futuros observadores que trabajarán con consultantes y su trabajo tendrá una gran influencia en la vida de las personas que los consulten. Es una forma de observar el trabajo de otro profesional y aprender diversas estrategias de intervención psicoterapéuticas (Montoya, 2018).

Las intervenciones terapéuticas suelen seguir un fundamento tendencioso, de poca objetividad en determinados momentos y es por lo que este dispositivo es muy importante para la TBF y para la formación de terapeutas, ya que al confluir diferentes miradas sobre un mismo caso la tendencia a la objetividad es más rigurosa. La labor del equipo consiste en realizar el trazado de diferentes líneas de trabajo de acuerdo a las diversas miradas que tiene el equipo respecto del caso clínico, en este sentido esta confluencia de miradas marca una objetividad en el diseño de las intervenciones que fortalecerá la co- construcción de una hipótesis de trabajo. En este sentido el equipo terapéutico se organiza antes de cada sesión,

en la cual mantienen una reunión breve para conversar sobre el paciente o los pacientes que se presentarán a la sesión que tendrá lugar en los minutos siguientes, si es una primera entrevista se informará a todo el equipo quien el consultante o los consultantes que se presentarán con los datos obtenidos de la pre entrevista; si es un consultante que ya está en tratamiento se discutirán los avances del tratamiento, se formularán algunas hipótesis de trabajo para la sesión que se llevará a cabo en los minutos subsiguientes, y por último en la post sesión el equipo vuelve a reunirse para analizar la sesión que se realizó y se prepararán las estrategias para la continuación del tratamiento. Otras de las características que tiene esta herramienta en la formación del terapeuta y con los fines de su entrenamiento consiste en que el psicólogo necesita la atención de su supervisor para sostener las propiedades del modelo terapéutico, puesto que muchas veces los jóvenes terapeutas tienen interferencias en su quehacer por dudas que le surgen respecto de otros modelos teóricos de trabajo, por lo tanto otro rol que cumple el supervisor es el de apuntalamiento en la TFB (Ceberio & Linares, 2005).

Las intervenciones que se diseñan se hacen en un marco de cooperación entre los diferentes terapeutas, estos que se encuentran detrás del espejo recogen y codifican la información que surge de la sesión de maneras diversas de acuerdo a la particularidad de cada uno, por lo que cada uno expondrá sus hipótesis e ideas y co construirán entre todos las líneas del trabajo a seguir y por lo tanto las intervenciones que consideren más efectivas según sea el caso (De Shazer, 1990).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, de caso único, de carácter cualitativo (Sampieri, Fernández & Lucio, 2014).

4.2 Participantes

Para el presente trabajo se han tomado en consideración cuatro casos, que por cuestiones de confidencialidad en adelante se denominarán Elena de 65 años, Eduardo de 19 años, Maximiliano de 21 años y Catalina de 73 años.

Elena, presenta ataques de angustia persistentes, refiere que los mismos son consecuencia de la muerte traumática de ambos padres, primero falleció la madre luego de meses de estar enferma y a su exclusivo cuidado y al año fallece su padre de un accidente, en la casa donde vive actualmente, motivo por el cual cada día sufre ataques de angustia porque ve en la habitación a su padre muerto y revive constantemente el accidente. La paciente no cuenta con una red familiar amplia, vive con su único hijo, no tiene amigos y no habla con la sobrina que tiene y también única familiar, ya que su hermana falleció hace seis años, motivo por el cual decide comenzar un tratamiento psicológico con el fin de trabajar los ataques de angustia que tiene y que no le permiten levantarse de la cama ni hacer las tareas habituales que hacía, prácticamente no sale de la casa y depende de su hijo para todo. La terapeuta tratante junto con el equipo de psicólogos de la institución consideran que se encuentra atravesando etapas de duelo por la muerte de sus padres y también observaron signos de deterioro cognitivo, motivo por el cual citan al hijo para tener más datos sobre la paciente, a la vez que le informan que debe realizar una interconsulta con un psiquiatra a fin de que la evalúe por el deterioro cognitivo y posible trastorno bipolar, asimismo también se le solicita que revise la medicación psiquiátrica que está tomando actualmente.

Maximiliano, decide realizar un tratamiento psicológico porque no puede dar las últimas materias del secundario y esto le genera problemas con su proyecto de vida, atento que quiere irse a vivir a España y quiere hacerlo con el título secundario a fin de que pueda comenzar una carrera allá y también conseguir trabajo. Se observa que el paciente tiene tendencia a procrastinar todo tipo de proyectos que impliquen su desarrollo profesional. El terapeuta considera que el paciente está en un cambio de etapa vital y se establece con el equipo una línea de trabajo que implique intervenciones que promuevan cambios en su forma de afrontar los desafíos, a la vez que se propone intervenciones conductuales con el fin de que el paciente pueda dar las materias y pueda recibirse.

Eduardo, decide comenzar un tratamiento psicológico atento que manifiesta síntomas de ansiedad, vinculados en general a los momentos de encuentros sociales, asimismo explica que otro de los motivos que lo llevan a realizar la consulta consiste en que quiere dejar a su novia y no sabe cómo hacerlo. El terapeuta en la primera entrevista realiza una intervención específica en el diseño del motivo de consulta y establece una meta mínima de trabajo.

Catalina, consulta por sensación de angustia y malestar por no poder desarrollar y culminar diferentes tipos de proyectos laborales. La terapeuta le propone a la paciente que

formule expresamente los proyectos que quisiera concretar y junto con el equipo diseñan intervenciones posibles para que la paciente pueda comenzar a concretar estos proyectos.

Los terapeutas son profesionales de la psicología de edades comprendidas entre los 26 y 50 años, con un promedio de trabajo en la institución de 2 años.

Claudia de 41 años, es psicóloga recibida en la Universidad de Buenos Aires, con orientación psicoanalítica y ha comenzado a trabajar en la institución hace un año y medio, primero realizando la formación en TBF y luego atendiendo sus primeros pacientes en el marco de este modelo psicoterapéutico.

Paulo de 50 años, egresado de la Universidad de Palermo hace dos años. Realizó su práctica profesional en esta institución y una vez recibido comenzó a formar parte del equipo de psicólogos de la institución siendo Eduardo su primer paciente.

Vanesa de 26 años es egresada de la Universidad de Belgrano, también realizó su práctica profesional en esta institución y atiende desde hace dos años.

Ana de 58 años es egresada de la Universidad de Buenos Aires, y comenzó a ejercer hace unos dos años, atento que antes trabajaba como directora de un establecimiento educativo y una vez que se jubiló decidió ejercer como psicóloga, previo realizó el curso de TBF en la institución y posterior a esto decidió formar parte del equipo de psicólogos de la institución, siendo Catalina una de sus primeras pacientes.

4.3 Instrumentos

Registros de la ficha de primera entrevista que fueron confeccionados por los terapeutas tratantes, en los cuales se encuentran datos referentes al consultante; como los datos personales y los datos de grupo de convivencia. También se hallaron otros datos significativos como queja inicial, tratamientos anteriores y actuales, que objetivos buscaron en la terapia y que esperaron del terapeuta, meta mínima pactada entre el terapeuta y el consultante y el objetivo del terapeuta.

Observación no participante en reuniones con los profesionales pertenecientes a la institución, así como también en todas las entrevistas que se realizaron en el marco del método de cámara gesell y en el espacio de supervisión que tuvieron los terapeutas de cada caso.

Registro audiovisual que la institución tiene de todas las entrevistas para realizar el análisis de los casos.

Entrevistas semi estructuradas a los terapeutas tratantes en cada caso acerca del funcionamiento del trabajo en cámara gesell y, particularmente, en relación a cada caso analizado. En este sentido se establecieron encuentros con cada terapeuta a fin de poder indagar sobre su trabajo en cámara gesell y como este dispositivo contribuyó en el delineamiento de sus intervenciones en cada caso en particular.

4.4 Procedimiento

Las observaciones y las entrevistas con el equipo de trabajo se llevaron a cabo durante el período de la Práctica Profesional que se extendió por un total de 280 horas, con asistencia a la institución dos veces por semana a los encuentros de cámara gesell, con una duración de cuatro horas por día. Los cuatro casos que se analizaron tuvieron una frecuencia semanal de una hora y se realizó una observación no participante de cada entrevista. Asimismo, la pasante si bien efectuó una observación no participante, atento que en cada sesión se observó lo que sucedía en el consultorio entre paciente y terapeuta, en el espacio de cámara gesell la pasante si hizo participaciones en el diseño de intervenciones junto con el equipo que era supervisado y coordinado por un terapeuta de la institución. Se efectuó una entrevista de una hora con el terapeuta de cada uno de ellos, al comienzo del tratamiento y a su finalización para conocer su estrategia de trabajo y como el método de cámara Gesell los ayudó a delinear las intervenciones del proceso psicoterapéutico, asimismo se les solicitó que describieran como el registro de la primer entrevista, mediante la ficha confeccionada para tal fin, les permitió determinar los objetivos de la terapia y si este registro es útil para el delineamiento de estrategias psicoterapéuticas.

5. Desarrollo

5.1. Objetivo 1 *Describir como el registro adecuado de la primera entrevista en el Modelo Psicoterapia Breve Focalizada Sistémica permite determinar el establecimiento de objetivos posibles en el proceso psicoterapéutico.*

De acuerdo a los registros de la primera entrevista que realizaron los psicólogos tratantes y a la observación no participante realizada por la pasante en el espacio de cámara gesell, a las anotaciones realizadas en el transcurso de la práctica profesional y a las

entrevistas que esta mantuvo con los psicólogos intervinientes, se describen los cuatro casos de personas adultas, Elena de 65 años, Eduardo de 19 años, Maximiliano de 21 años y Catalina de 73 años.

En todos los casos el registro permitió conocer la queja inicial de cada uno, por qué consultaban en este momento determinado de sus vidas, que otros tratamientos realizaron. Que soluciones intentaron realizar para su problema y porque no encontraron la solución al mismo. Estas condiciones y de acuerdo a la propuesta de trabajo de De Shazer (1990) estas promueven que los consultantes pongan el foco en una tarea determinada y específica, para la cual deben realizar una descripción detallada del problema. También se analizó si han realizado tratamientos anteriores, de que tipo y que objetivos buscan en esta terapia. En este sentido, todos los datos obtenidos permiten que los terapeutas entiendan el origen del problema, conozcan el circuito disfuncional, el marco de referencia que los pacientes tienen internalizados y por los cuales dirigen sus conductas y en función de ello puedan delinear diferentes estrategias de trabajo con el fin de encontrar la solución a los problemas manifiestos (Nardone & Watzlawick, 1995).

A continuación, se presenta el primero de los cuatro casos analizados, Elena de 65 años es soltera y convive con su hijo de 35 años. De profesión dermatóloga, pero no ejerce actualmente y hace más de 10 años que no lo hace. Los últimos años convivió con sus padres y su hijo en la misma casa y en el transcurso de los últimos dos años ambos padres fallecieron. La madre tenía demencia senil y Elena dedicó los últimos dos años de su vida a cuidarla. La paciente comenta que, durante esos dos años, ella sufrió mucho atento que la madre se transformó en una persona muy agresiva, intensificándose los últimos meses de vida, explica que si bien vivía con su padre e hijo era ella la que se encargaba del cuidado de su madre y como no tenían dinero suficiente no podían pagar a nadie más para que la ayudara. Su padre al año de la muerte de la madre fallece de un accidente en la casa con una muerte traumática, según relata la Elena, cae al piso y comienza con vómitos con sangre y convulsiones y fallece. Elena asiste a terapia porque se siente muy angustiada, se levanta muy triste y sin ganas de hacer nada, tiene ataques de llanto persistentes, que se espacian en los momentos que esta con su hijo; explica también que durante el día no tiene fuerzas ni ganas de hacer nada, no se siente bien físicamente y tiene problemas en la columna, es por esto que tampoco puede salir de la casa, el único vínculo social que tiene es con su hijo. En función de esta primera descripción de síntomas que detalla Elena, y de acuerdo a los fundamentos teóricos de las terapias breves, los cuales consideran que los pacientes con problemas

emocionales y con síntomas leves a moderados pueden ser ayudados con relativa rapidez atento a la efectividad de las intervenciones que se realicen, es que el terapeuta y el equipo consideran que Elena puede desarrollar este tipo de tratamiento (Gálvez Lara et al., 2018).

De acuerdo a los datos que se obtuvieron del registro de este caso, el terapeuta pudo conocer el sistema de la paciente, sus vínculos, como Elena concibe la realidad, si realizó algún tratamiento anterior y como ha intentado solucionar el problema que manifiesta y por el cual decidió iniciar un tratamiento ahora. Por lo descrito por Weakland et al. (1974) el terapeuta entiende la manifestación del problema que tiene Elena en función de la descripción detallada que ella realiza sobre los síntomas que percibe, así como también la forma que tiene de vincularse con otros. Por lo tanto, se considera que la paciente tiene síntomas depresivos como consecuencia del proceso de duelo que está atravesando. Asimismo, del discurso de la paciente se desprende un posible deterioro cognitivo, esto en cuanto que Elena tiene una tendencia a hablar relacionando temas que no hacen al sentido de la terapia en sí misma, es decir, por momentos se observó que la paciente perdía el hilo de la conversación y del pensamiento que estaba manifestando dando detalles de su vida e historia que no tenían relación con lo que la terapeuta le consultaba y con lo que se venía conversando. De acuerdo a esto, el equipo y el terapeuta deciden citar al hijo a fin de conocer la red social de Elena y como es la convivencia con ella, para poder determinar si efectivamente los rasgos de deterioro cognitivo que se percibieron también se manifiestan en su desarrollo habitual y por lo tanto considerar que la paciente sea evaluada por un psiquiatra y confirmar este diagnóstico para establecer estrategias de trabajo acordes al mismo. En este sentido tanto el equipo como la terapeuta establecieron las primeras estrategias psicoterapéuticas de inicio. En función de ello y por los objetivos de la paciente se realiza la construcción del motivo de consulta junto con Elena y se establece como meta de trabajo la reducción de los síntomas depresivos y ampliar la red social de la paciente. Asimismo, en la primera entrevista se acuerda con Elena que comience a realizar una serie de ejercicios a fin de que pueda identificar los momentos de mayor angustia y en los cuales no se manifiestan estos síntomas. Esta condición de trabajo, como describe De Shazer (1990) permite que la paciente se concentre en una tarea específica, realizando una descripción detallada del problema que tiene y que le permitirá junto con el equipo establecer metas mínimas de trabajo en pos de una solución a su problema. En función de esto se delineó esta primera estrategia de trabajo y se estableció el primer objetivo de la terapia posibilitando identificar el circuito del problema con el fin de que la paciente identifique la conducta problemática y de esta manera

comenzar a trabajar en ella para lograr un cambio necesario para la resolución del problema (De Shazer, 2000).

En cuanto al caso de Eduardo de 19 años, el registro permitió conocer detalles su vida esenciales para iniciar el tratamiento, y que él tome conciencia reflexiva sobre el problema que manifiesta, promoviendo el establecimiento de una meta mínima (Hirsch & Rosarios, 1987). Su queja inicial refiere a que perdió el rumbo de su vida, y que no sabe qué le pasa ni hacia dónde va, lo que lo apasiona es la música, toca la guitarra y compone canciones, y desde hace unos meses esto ya no lo apasiona como antes y por lo tanto no encuentra una pasión que lo motive y esto le genera angustia. Hace dos años que sale con Isabel de 17 años. Cuando comenzó a componer lo hizo al iniciar la relación con ella y ahora ya no siente lo mismo con la música ni con ella. A medida que el terapeuta avanza y responde los diferentes puntos del registro de primera entrevista se van conociendo otros detalles y hacia el final de la primera entrevista Eduardo le cuenta al terapeuta que en realidad lo que lo tiene angustiado es que quiere dejar a su novia, pero no sabe cómo hacerlo. En este sentido lo que la TBF pretende es que el paciente aporte datos sobre lo que le resulta funcional en su vida y útil; y aquello que está percibiendo como disfuncional para luego poder realizar el diseño de intervenciones específicas de trabajo terapéutico (Has & Castro, 1994). En función de esto es que se realiza una pregunta, que, por lo general, es disparadora de un proceso reflexivo para el paciente y que se efectúa en las entrevistas de inicio y es ¿por qué consulta ahora? Cuál fue el disparador para que quiera iniciar un proceso terapéutico. En este caso seguir la línea de preguntas que establece el registro y que fue formulando el terapeuta hizo que el paciente pueda reconocer que problema tenía y por lo tanto iniciar un proceso reflexivo sobre su situación y poder de esta manera construir junto al terapeuta el verdadero motivo de consulta y de acuerdo a él, establecer las metas mínimas de trabajo. Al contestar ¿Por qué ahora? Eduardo reflexionó sobre su motivo de consulta y descubrió que lo que más lo angustiaba era hablar con su novia y dejar la relación.

De acuerdo a la propuesta de trabajo que realizan Bertrando y Boscolo (2000) estas preguntas que se realizan en la primera entrevista tienen como objetivo determinar si existe un problema para iniciar un proceso terapéutico toda vez que generan en el paciente un proceso de reflexión sobre su motivo de consulta, en el caso de Eduardo este entiende que su falta de motivación con la música y la composición está vinculada a la relación que tiene con su novia, de esta manera, el terapeuta explora la repercusión del problema teniendo en cuenta la relación que el paciente tiene con su entorno más cercano, es decir con quienes interactúa y

con las cuales asocia su problema y por lo tanto como estos vínculos promueven en el paciente síntomas disfuncionales. De acuerdo a esto el terapeuta puede establecer junto con el paciente de manera reflexiva el motivo de consulta y por lo tanto desarrollar una línea de trabajo y una meta mínima, que en este caso fue que intente hablar con la novia.

En el caso de Maximiliano de 21 años su queja inicial consiste en que no puede dar las últimas materias del secundario que le quedan, hace dos años que intenta hacerlo, pero el miedo a que le vaya mal lo paraliza y no se presenta, motivo por el cual decide iniciar un tratamiento terapéutico. Los datos que se obtienen de la primera entrevista y del registro permiten desarrollar estrategias de trabajo concretas, atento que la TBF entiende que en una determinada situación problemática cualquier modificación, por pequeña que sea y que se efectúe sobre una conducta puede bastar para encontrar una solución al problema manifiesto (De Shazer, 2000), por lo que en principio se le solicita al paciente que busque una profesora de matemática para comenzar a preparar las materias, atento que de las soluciones intentadas se evidencia que siempre que ha intentado dar las materias, no ha realizado una preparación eficiente que le permita sentirse lo suficientemente preparado para dar la materia. De acuerdo a esto el equipo diseñó una estrategia de intervención concreta de carácter más conductual, a la vez que se indagó sobre el entorno y red social que tiene el paciente para conocer su red de apoyo y establecer pautas de trabajo con su sistema social, que le permitan al paciente trabajar con el apoyo de la misma en el problema manifiesto, de manera que el paciente modifique conductas y relaciones necesarias para que se produzca un cambio que lo conduzca a dejar de procrastinar dar los exámenes y trabajar en el establecimiento de pautas concretas de trabajo (Nardone & Watzlawick, 1995). De esta manera y de acuerdo a lo que explica Kopec (2013) el registro hizo que el equipo y el paciente establezcan un protocolo de trabajo en el diseño de estrategias de intervención concretas y definir objetivos de trabajo que se traduzcan en conductas concretas y observables para reformular aquellas que son procrastinadoras y de esta manera trabajar en la solución del problema que tiene Maximiliano. El terapeuta realizó una evaluación del circuito de conducta problema del consultante, en términos de conducta observable y diseñó una estrategia concreta de trabajo.

Por último, en el caso de Catalina de 73 años, el registro también permitió establecer metas concretas y posibles de trabajo. Catalina se presenta muy angustiada en la primera entrevista manifestando que quiere realizar muchos trabajos, pero no encuentra la manera de poder llevarlos a cabo. A medida que avanza la entrevista inicial y se va conociendo a la paciente se comienzan a plasmar las diferentes dificultades que tiene la misma para que

pueda realizar la concreción de sus proyectos. La primera parte de la entrevista consistió entonces en recabar toda la información relacionada con la queja inicial con el fin de que el terapeuta y el equipo conozcan la urgencia e influencia del problema, las circunstancias y el momento en el cual aparece el problema y de esta manera poder diseñar una estrategia de trabajo (Bertrando & Boscolo, 2000). En función de ello poder conocer los proyectos que Catalina quería realizar y no estaba pudiendo concretar es importante para el desarrollo del proceso terapéutico con el fin de entender en qué circunstancias la paciente encontraba dificultades, como es que estas se hacían manifiestas y por lo tanto que solución intentaba la paciente para poder concretar lo que quería hacer y si esto no funciona entender por qué. De esta manera el terapeuta pudo comprender las circunstancias por las cuales Catalina no podía concretar sus proyectos, así como también conocer las soluciones intentadas para luego poder diseñar otro tipo de estrategias con el fin de que la paciente pueda comenzar a encontrar la solución al problema que describe. En este sentido, y de acuerdo a lo que plantean Compañ et al. (2015), la terapeuta y el equipo trabajan en evaluar el circuito de la conducta problema de la paciente y exponen en términos de conductas concretas y observables las actitudes que tiene la paciente que promueven y sostienen la situación problemática. De acuerdo a esto realizan el diseño de una primera intervención con el fin de que la paciente pueda comenzar a dar prioridad a los proyectos que quiere realizar y establecer un orden para que pueda hacerlos. Se establece una meta mínima de trabajo y se estipula como primer paso la escritura por parte de la paciente de todos los proyectos que tiene y se le solicita que indique la prioridad de cada uno de ellos, de esta manera al establecer un objetivo de trabajo concreto y observable le permite a la paciente disminuir sus síntomas de angustia promoviendo un estado de mayor bienestar.

5.2. Objetivo 2 *Describir la utilidad que tiene el registro de una primera entrevista de forma adecuada para delinear intervenciones que promuevan la resolución de los objetivos del consultante en el proceso psicoterapéutico.*

En los cuatro casos observados se evidenció la utilidad que tuvo realizar un adecuado registro de la primera entrevista, atento que los datos que ese obtienen de este primer registro son los que le permiten al terapeuta y al equipo realizar la planificación y el diseño de intervenciones concretas para la resolución del problema que manifiesta el paciente (Nardone & Watzlawick, 1995). En este sentido Casablanca y Hirsch (2009) explican que para que el proceso terapéutico sea exitoso lo que se debe buscar es modificar el circuito disfuncional y producir un cambio en pos de la solución del problema manifiesto. Por ejemplo, en el caso de

Elena el registro permitió que el terapeuta pudiera establecer una primera intervención de trabajo en función de que la paciente realice un registro de todos los momentos en los cuales se sentía angustiada, de manera que pudiera percibir específicamente que conducta y/o actitudes eran las que la angustiaban, de esta manera la paciente comienza a percibir en conductas concretas y observables lo que le produce angustia. Asimismo, se registraron otros datos para el diseño de estrategias de trabajo, como ser que cosas hacia Elena o dejaba de hacer y qué cosas quería hacer y no podía por la angustia que manifiesta, y en relación a ello que soluciones intentó para que su sensación de angustia disminuya, esto permitió que el terapeuta conozca las soluciones exitosas y las que no con el fin de poder diseñar otras estrategias diferentes para encontrar una solución satisfactoria al problema que plantea Elena. Luego de la primera entrevista la paciente describe que los momentos que mayor angustia percibe son aquellos en los cuales se encuentra sola en la casa y por la mañana, cuando está en compañía de su hijo esta sensación de angustia se ve disminuida e inclusive siente ganas de hacer cosas. Esto le otorga la posibilidad al equipo y al terapeuta de elaborar otras líneas de intervención, como, por ejemplo, que la paciente pueda ampliar su red social y se comienza a trabajar con ella en esta perspectiva y se le propone que piense otras actividades en las cuales ella percibe que disminuye su angustia. Beyebach (2016) afirma que tener un proyecto de trabajo claro y realizar una buena planificación del caso permite que el terapeuta pueda diseñar estrategias de trabajo más eficaces en pos de la solución del problema que manifiesta el paciente.

En el caso de Eduardo las preguntas que se le realizaron en la primera entrevista permitieron que el paciente realice un proceso de introspección detectando que el problema que tenía no estaba relacionado a que no sabía que hacer de su vida, sino en que, si sabía que quería hacer, pero no encontraba la forma de hacerlo. En este sentido la herramienta de registro y las preguntas que establece que deben realizarse al paciente sirven como una primera maniobra para el cambio, esta consistió en este caso en exigir al paciente que sea lo más preciso posible en la descripción de su problema y las primeras intervenciones terapéuticas fueron de índole exploratorias lo que estableció que el paciente pudiera indagarse a sí mismo y llegar a la conclusión que si sabía lo que quería hacer pero no sabía cómo (Hirsch & Rosarios, 1987). Una de las preguntas que se le realizó como primera maniobra para el cambio es ¿por qué ahora? Lo que desencadenó que Eduardo pensara en su motivo para hacer terapia pero fundamentalmente que hecho fue el desencadenante y por esta pregunta es que el paciente comienza a relacionar que su conflicto está vinculado a la

relación que tiene con novia en este momento y que antes no lo tenía, ya que según explica su no saber qué hacer y desmotivación con la música en realidad se deben a que no quiere estar más en una relación con Isabel, hablando con el terapeuta y respondiendo esta pregunta es que reflexiona sobre que su angustia en realidad no se debe a que no sabe que hacer sino en que no quiere continuar con ella. En el comienzo de la segunda entrevista él consultante explica que al término de la primera sesión entendió que lo que en realidad quería hacer era dejar a su novia, que era esto lo que lo mantenía estancado y que tenía que afrontar el hecho de hablar con ella. Al día siguiente de la primera sesión Eduardo cita a su novia y le explica que ya no quiere seguir con la relación y terminan en buenos términos. Cuenta el paciente que esto le produjo una sensación de tranquilidad y que le dio mucha satisfacción haberlo hecho. Por lo tanto, el primero objetivo de la terapia se consiguió de forma rápida y eficaz, de acuerdo a haber realizado una intervención estratégica produciendo un resultado esperado en la primera entrevista (Salomón & Sánchez, 2010).

Con respecto al caso de Maximiliano las intervenciones estratégicas propuestas por el terapeuta y el equipo dieron como resultado que a los dos meses de haber iniciado el tratamiento y luego de ocho encuentros, Maximiliano pudiera presentarse a rendir una de las materias después de dos años de no haber podido hacerlo. De acuerdo a esto las intervenciones diseñadas se construyeron y diseñaron produciendo un cambio en el consultante que dio como resultado que el problema no continúe sosteniéndose en el tiempo. Estas intervenciones pudieron diseñarse estratégicamente atento que el terapeuta realizó un adecuado registro de la primera entrevista, y en función de ello es que se evaluó y considero que soluciones había intentado Maximiliano con respecto al motivo de consulta y por el cual se diseñaron determinadas intervenciones para lograr el resultado esperado por el paciente. Este manifestó cambios concretos en su conducta de acuerdo a las maniobras de cambio propuestas. Una de las maniobras de cambio que facilitó el proceso del paciente refiere a la propuesta de Hirsch y Rosarios (1987) mediante la cual el terapeuta usa elogios y trabaja en la confianza del paciente con el fin de que el paciente pueda desarrollar y desplegar de una manera concreta y funcional todos los recursos que tiene para poder afrontar de manera eficaz el problema que manifiesta. Si bien el resultado del examen no fue el buscado porque reprobó, le sirvió a Maximiliano para continuar con la línea de trabajo propuesta y comprendió que el haber podido presentarse a rendir, independientemente del resultado, es una muestra concreta de mejoría, es un cambio concreto en la búsqueda de la solución de su problema.

En el caso de Catalina las intervenciones fueron en principio de índole exploratoria atento que la paciente en la primera entrevista fue más reticente a dar información sobre sí misma, por lo que el registro de primera entrevista no pudo ser completado en su totalidad, y al faltar determinada información es que no se pudo en un principio establecer una estrategia de trabajo concreta. Por este motivo el equipo junto con el terapeuta diseñó para la segunda entrevista intervenciones exploratorias con el fin de ampliar los datos recabados en el primer registro con el fin de poder establecer una meta mínima de trabajo. Una de las primeras intervenciones propuestas luego completar el registro de forma adecuada, consistió en realizar una organización en las prioridades de la paciente y desde allí establecer una primera línea de trabajo. De acuerdo a la propuesta de trabajo de García y Ceberio (2016) se planteó a la paciente externalizar el problema y poner el foco de este por fuera de sí misma para que pudiera ver más claramente que es lo que no le permitía la concreción de sus proyectos laborales, de esta manera, la paciente pudo comprender que tenía muchos proyectos, pero no encontraba cual era más prioritario y por lo tanto no podía avanzar en la consecución de ninguno. De acuerdo a esto la primera tarea que se le solicitó consistió en realizar un detalle por escrito de todos los proyectos que quería realizar, al hacerlo la paciente pudo evaluar cada uno y trabajar junto con el terapeuta en la concreción de aquellos que ella consideraba más prioritarios. De esta manera las maniobras para el cambio propuestas por Hirsch y Rosarios (1987) muestran como realizar la externalización del problema dio como resultado el logro de un cambio concreto, generando en el consultante un mayor compromiso con sí mismo y poder sostener una conducta de trabajo concreta para la resolución de su problema.

5.3. Objetivo 3 *Describir como el método de cámara gesell en el Modelo Psicoterapia Breve Focalizada Sistémica contribuye a que el terapeuta delinee intervenciones que promuevan el cambio buscado por el consultante.*

En los cuatros casos que se han observado durante la práctica profesional, la pasante no solo ha sido una observadora, sino que también fue parte del equipo que trabajo detrás del espejo junto con el terapeuta tratante en cada sesión que se realizó. En este sentido se constató como el dispositivo de cámara gesell es un instrumento que funciona como una herramienta para potenciar el desarrollo y despliegue de las capacidades profesionales de los terapeutas noveles, así como también de los terapeutas que están iniciándose en la TBF (Flichman, 2013). Para cada entrevista que se realizó, el equipo terapéutico mantuvo una reunión previa a cada sesión con el fin de realizar una puesta en común sobre lo que sucedió en la sesión anterior, se repasan las intervenciones que se realizaron y las tareas que se le

hayan solicitado al paciente a fin de evaluar en la entrevista, que se desarrollará luego, las posibles estrategias. En este sentido el supervisor del equipo da algunas indicaciones sobre posibles intervenciones que considera pertinentes, según el caso, con el fin de incrementar la eficacia del tratamiento. El supervisor que también realiza tareas de instructor en este dispositivo tiene como tendencia estimular y respetar las condiciones individuales de cada terapeuta, pero sostiene como guía en todo momento, el modelo de TBF, instalando su propuesta de trabajo como aquella línea rectora sin bloquear por eso los incentivos particulares de los terapeutas. Ceberio (1998) explica que esto forma parte de la formación del terapeuta novel con el fin de que este pueda desplegar sus conocimientos y herramientas profesionales en un ambiente que respete su estilo promoviendo recursos con mira a incrementar la eficacia de sus intervenciones toda vez que el supervisor debe velar por que las estrategias diseñadas se hagan en el marco de la TBF.

En todos los casos los terapeutas tratantes se formaron académicamente en modelos diferentes al propuesto por la TBF, motivo por el cual el trabajo que se realizó en cámara gesell fue un trabajo de formación y aprendizaje para ellos también en este tipo de terapias. Para que los terapeutas pudiesen desenvolverse profesionalmente con este modelo rector, tuvieron que realizar una formación de un año en TBF y como requisito final debieron realizar un proceso terapéutico con pacientes en este dispositivo. De acuerdo a las entrevistas que la pasante mantuvo con los terapeutas, por ejemplo Claudia manifiesta que trabajar en este dispositivo la ayuda a poder realizar un mejor diseño de sus intervenciones atento que previo a cada sesión se realiza una reunión con el equipo y la supervisión en la cual se repasan las intervenciones que se realizaron y las posibles a realizar, y explica que hacer esto le da una sensación de seguridad y confianza porque entiende que las estrategias que se desarrollan en equipo suelen tener en consideración algunos temas que la paciente manifestó y que tal vez ella no pudo percibir y que si hizo el equipo por lo que al realizar la propuesta de una intervención en equipo se realiza de forma mas global y por lo que percibe en el consultorio más efectiva. Asimismo Ana explica que otra de las características de trabajar en este dispositivo es que el saber que hay un equipo de profesionales detrás del espejo la ayuda al momento de la sesión en que se siente acompañada y por lo tanto se siente más segura al momento de estar frente a un paciente, toda vez que cuando no ha sabido como intervenir en algún momento ha podido pedir ayuda al equipo y entre todos encontrar y diseñar una intervención que resulto efectiva en el proceso del paciente.

En línea con lo que explica Ana, Paulo describe que para él trabajar con un equipo detrás del espejo lo ayudo a dar sus primeros pasos como psicólogo, atento que se sentía muy nervioso durante su primera entrevista y cuando sintió que la sesión se estancaba solicitó al paciente unos minutos para conversar con el equipo y de esta manera hablar con ellos lo ayudó a poder centrarse nuevamente en lo que traía el paciente y poder avanzar en el proceso del consultante realizando algunas intervenciones propuestas por el equipo que favorecieron a que el proceso avanzara de manera más eficaz.

Asimismo, todos coinciden en que el trabajo que desarrollan como terapeutas en este formato de terapia es estimulante y necesario en función de las diferentes herramientas y recursos que han desarrollado en este espacio. Han expuesto que encontraron esta modalidad de trabajo beneficiosa atento que no se sienten solos al momento de estar en la sesión, sino que saben y perciben un respaldo por parte del equipo que se encuentra del otro lado del espejo, así como también han podido desarrollar características de trabajo en equipo potenciando sus recursos como profesionales. Como resalta Hirsch (1992) esta modalidad resulta en beneficio al rol del terapeuta toda vez que su mirada no es la única que esta trabajando en el proceso del consultante, sino que hay un equipo conformado para diseñar distintas estrategias terapéuticas por lo que el terapeuta tratante no está solo, sino que él esta acompañado en todo momento, respaldado por un equipo que potencia su quehacer profesional y por lo tanto alentándolo a desarrollar y desplegar sus herramientas profesionales en pos de un trabajo terapéutico mas eficaz.

El proceso terapéutico de Elena tuvo una duración de seis entrevistas, en las cuales el foco de las primeras tres entrevistas estuvo puesto en el diseño de intervenciones que promuevan la disminución de los síntomas depresivos, pudiendo observar cambios concretos en la segunda y tercera sesión, en las cuales el cambio de Elena se materializó en una mejora de su aspecto físico y en la realización de las tareas que el terapeuta le encomendó en las sesiones previas, a la vez que Elena comenzó a revincularse con otras personas fuera de su entorno familiar. De esta manera y de acuerdo a las bases teóricas de la TBF se evidenció un cambio concreto y observable en conductas, en las cuales el foco estuvo puesto en la resolución del problema en un tiempo acotado de sesiones, confirmando de esta manera que la TBF esta guiada por los resultados y presenta efectos concretos en un tiempo acotado de entrevistas (Weakland et al., 1974). Asimismo, la paciente demostró otro cambio actitudinal cuando buscó un lugar donde poder comenzar a atender y entre las sesiones cuatro y cinco explicó que después de varios años sin atender profesionalmente, pudo atender a una paciente

que fue derivada a ella por una persona que la conocía de la parroquia del barrio. El trabajo que realizó el equipo junto con la terapeuta en este caso en particular se focalizó en disminuir los síntomas de angustia y en el trabajo del restablecimiento de vínculos sociales. De acuerdo a esto y al vínculo que la paciente sostuvo con la terapeuta y con el equipo detrás del espejo es que la paciente en pocas sesiones pudo salir de su casa nuevamente, encontró motivación para volver a trabajar de su profesión y establecer nuevas relaciones. Si bien estos son resultados exitosos en función de los objetivos propuestos con Elena, en la última sesión y de acuerdo al trabajo de observación que se realiza mediante este dispositivo es que el equipo junto con la terapeuta tratante observaron algunos síntomas maníacos, en contraposición a las primeras sesiones donde se la vio angustiada y con síntomas depresivos entre los cuales se destacan un estado de ánimo deprimido, disminución e interés para realizar diferentes actividades y pérdida de energía entre otros, en esta entrevista reflejó actitudes de carácter ansioso, mostrándose inquieta con dificultad para concentrarse en lo que el terapeuta le preguntaba y no pudiendo hacer foco en la conversación que sostenía, divagaba de un tema a otro sin un objetivo concreto, evidenciando fuga de ideas con pensamientos que iban a gran velocidad, toda vez que demostró un estado de ánimo eufórico con agitación psicomotor, no se quedó quieta en toda la hora de la sesión, y según explica hacia dos días que estaba sin dormir, por este motivo y de acuerdo a lo que se especifica en el DSM 5 (APA, 2013), se decidió citar inmediatamente el hijo y solicitar interconsulta psiquiátrica al fin de considerar el posible diagnóstico de trastorno bipolar. Por lo tanto, el trabajo de cámara gesell en este caso particular evidencia como de acuerdo a las diferentes intervenciones propuestas por un equipo de trabajo y guiados por un supervisor promueven el cambio buscado por el paciente, toda vez que la experiencia de cada profesional del equipo también ha permitido detectar otros síntomas que implicaban realizar un trabajo transdisciplinario en pos de la mejora de la paciente (Flichman, 2013).

En el caso de Eduardo, el trabajo que se realizó en cámara gesell tuvo un gran impacto en la determinación de las estrategias terapéuticas que tomaba el psicólogo tratante, atento que, al no haber atendido por el periodo de meses, el apoyo del equipo en el diseño de intervenciones fue prioritario para el desarrollo del tratamiento. De acuerdo a lo expuesto por Ceberio (2000), la propia inseguridad del terapeuta bloqueaba en momentos determinados su propia iniciativa y su eficaz desenvolvimiento en las sesiones por lo que resultó esencial que el dispositivo cuente con la posibilidad de estar conectado constantemente mediante un intercomunicador, lo que promovió el reencauzamiento de algunas intervenciones y funcionó

como un punto de apoyo para el psicólogo. Asimismo, la diferencia de edad entre el paciente de 19 años y del terapeuta de 50 años, por momentos también sesgó las intervenciones de este, cuando por ejemplo Eduardo explicaba que no sabía que hacer de su vida, no encontraba algo que lo motivara el terapeuta comenzó por proponerle que fuera a la facultad, aun sin estar seguro de que hacer, le indicó que continuara asistiendo y que seguramente era algo pasajero esta desmotivación que sentía, pero que al asistir a clases se le iría aclarando este panorama, a lo que el paciente le decía que no quería ir más y que prefería tomarse un tiempo a lo que el terapeuta le indicó que el consideraba que esto no sería bueno ya que seguramente esto no lo ayudaría a aclarar lo que le estaba pasando y en ese momento el equipo percibe que el paciente comienza a estar más disgustado ya que le explica que eso no es lo que el quiere, en ese momento el equipo se comunica con el terapeuta y le solicita que salga unos minutos, al hacerlo el equipo le consulta al terapeuta porque realizó esa intervención y Paulo explica que a esa edad uno no sabe mucho que hacer y que lo mejor que él consideraba en este caso es que Eduardo continuara estudiando ya que creía firmemente que esto lo ayudaría, aquí el supervisor y el equipo hablaron con Paulo y le explicaron que veían que al hacer esto Eduardo en lugar de querer seguir abriendo más temas con respecto a su desmotivación se cerró y comenzó a contestar en monosílabos y se percibió un estancamiento en el vínculo entre ambos por lo que al hablarlo con Paulo haciendo referencia a esto, el explicó que también percibió esto pero que no supo como trabajarlo en ese momento y que agradecía que el equipo haya interrumpido ese momento para conversar entre todos cual podría ser una nueva intervención, para lo cual se diseñó entre todos una nueva estrategia que era en referencia a retomar el motivo por el cual se sentía angustiado y que tenía más relación con su novia que con su carrera, al volver al consultorio y cambiar el rumbo hacia la relación con su novia hubo un cambio perceptible en Eduardo y este terminó explicando luego que efectivamente quería hacer un cambio en esa relación. En función de esto se demuestra que el dispositivo al estar conformado por terapeutas de varias edades, se han realizado planificaciones y diseños de intervención que promovieron el cambio buscado por el paciente. La supervisión también fue un factor clave en el desarrollo de diferentes estrategias terapéuticas, así como también el despliegue de una línea de trabajo acorde a la edad del paciente y del momento vital que estaba viviendo (Ceberio & Linares, 2005).

Con Maximiliano se diseñaron estrategias de trabajo de tipo más conductual al tiempo que su evolución durante el desarrollo del proceso terapéutico fue más evidente, en función de que el paciente pudo comenzar a afrontar decisiones que procrastinaba. El equipo junto

con el terapeuta trabajó en un marco de cooperación conjunta en el diseño de las diferentes intervenciones y discutieron la información que surgía en cada sesión, realizando una puesta en común con el fin de realizar indicaciones que fueran efectivas para el resultado que estaba buscando Maximiliano en la terapia. De acuerdo a lo que explica De Shazer (1990) realizar intervenciones en un marco de cooperación entre los diferentes terapeutas promueve la co-construcción de diferentes líneas de trabajo que serán más efectivas para el proceso del paciente atento que la confluencia de distintas miradas abarcan mayor información del paciente atendiendo a todas las particularidades de este y por lo tanto diseñando estrategias que sean más acordes su persona. La TBF y el trabajo que se realizó en cámara gesell tuvo como resultado en el proceso de Maximiliano la consolidación de su autonomía, en función de que al cabo de unas pocas sesiones, entre la sesión seis y siete, el paciente manifestó haber tomado la decisión de presentarse a rendir, sin que importase el resultado, y lo pudo concretar, a la vez que comenzó a trabajar junto con su padre en el armado de elementos de cuero, como por ejemplo vasos de dados y carteras, esto le permitió al paciente comenzar a tener sus propios ingresos, que a su vez utilizó para realizar algunos cursos que quería hacer y no había podido. Una de las intervenciones que fueron efectivas en este caso y en líneas generales que se observó en el transcurso de los cuatro casos, fue realizar la redefinición de su problema con el fin de que los consultantes entendieran y visualizaran mediante conductas observables y concretas los cambios que fueron realizando durante el transcurso del proceso terapéutico, y que este cambio no fue por arte de magia, sino que fue consecuencia de todo el trabajo que realizó el paciente junto con el terapeuta y el equipo detrás del espejo, esto también fue producto de las intervenciones sistemáticas y científicas que guían este modelo de trabajo (Hirsch & Rosarios, 1987).

Por último, en el caso de Catalina el comienzo del proceso resultó difícil para la terapeuta tratante atento que la paciente estaba reacia a dar información de sí misma, no quería profundizar en temas de su vida y con la poca información que brindaba, la terapeuta no encontraba información suficiente para trabajar en la queja inicial de Catalina, por lo que el equipo consideró que en principio la paciente debía exponer todo aquello que percibía como disfuncional en su vida para que no pudiese realizar la concreción de los proyectos que quería hacer, motivo por el cual se le solicitó que expusiera en una lista todos los proyectos que quería realizar y a cada uno le indicara un número de prioridad. La paciente estuvo de acuerdo con esto y en la tercera sesión explicó que esto la ayudó a orientar sus trabajos, atento que al poder ponerlos en papel le sirvieron mentalmente para comenzar a organizarse.

En este sentido tanto la terapeuta como el equipo trabajaron en conjunto constantemente en el diseño de diferentes estrategias, ya que la paciente si bien mostraba cambios, por momentos cuando la terapeuta realizaba alguna pregunta la paciente se cerraba de tal manera que la sesión no avanzaba, para lo cual el trabajo del equipo fue fundamental para este caso ya que al haber varios profesionales observando lo que sucedía en la sesión, cuando la terapeuta se sentía que no avanzaba, consultaba con el equipo y entre todos se diseñaban estrategias de trabajo diferentes que sesión a sesión ayudaron a que el proceso de la paciente progresara, a modo de ejemplo para evidenciar este progreso, la intervención principal que se propuso fue la particularización, esta estrategia consistió en que la paciente realizara una descripción detallada y concreta de los proyectos que quería realizar determinando prioridades en su ejecución, de esta manera al elaborar un informe detallado y por escrito ayudó a que la paciente pudiese disminuir la sensación de inoperancia y angustia con las cuales se la vio en la primera sesión, toda vez que mejoró su capacidad de interrogarse y amplió la información necesaria para que el terapeuta pudiese desarrollar su trabajo. Asimismo, que la paciente pudiese realizar un informe detallado y concreto de sus proyectos estableciendo la prioridad de cada uno, permitió realizar una transformación de descripción abstracta y general a una descripción detallada y concreta dando lugar al desarrollo de objetivos más claros de trabajo y por lo tanto estableciendo un punto de partida más concreto y acotado para trabajar (Hirsch & Rosarios, 1987). De acuerdo a esto la paciente pudo rectificar determinadas conductas que sostenían el problema y por lo tanto rectificar la opinión que ella tenía en relación a su situación problemática (Fisch et al., 1984). Durante el proceso que duró seis entrevistas el trabajo del terapeuta en cooperación con el equipo establecieron herramientas de trabajo que promovieron en la paciente una transformación y modificación de la percepción de la realidad que resultaron en la modificación de los principios y reglas que esta sostenía en su vida diaria y que la llevaron a manifestar síntomas de disfuncionalidad en su quehacer diario (Nardone, 2010).

Finalmente es importante destacar que de acuerdo a las entrevistas que la pasante sostuvo con los diferentes terapeutas en cuanto a la percepción que ellos tenían sobre el trabajo que se realiza en el dispositivo de cámara gesell, todos han coincidido en que para su desarrollo profesional en este modelo de TBF fue fundamental contar con un equipo de profesionales tan ecléctico en función de que miradas tan diferentes resultaron enriquecedoras en el diseño de distintas estrategias de intervención como así también percibieron que este tipo de trabajo en conjunto promueve un trabajo eficaz y resolutivo en

una terapia breve. En este sentido, Claudia explica que por su formación psicoanalítica los procesos a los cuales estaba acostumbrada a trabajar eran extensos en el tiempo y muchas veces se ha sentido frustrada porque no percibía cambios en los pacientes, sino que la terapia muchas veces se transformaba más en una charla en la cual el paciente solo hablaba sin un objetivo de trabajo concreto, en cambio al trabajar desde este modelo de TBF la ayudó a poder establecer junto con los pacientes objetivos concretos de trabajo, promoviendo cambios concretos en las conductas de los pacientes y observando también que el realizar esto el trabajo entre sesión y sesión era de un gran progreso y el tiempo de proceso con el paciente era mucho más acotado evidenciando cambios concretos ya desde la primera entrevista. Vanesa, otra de las terapeutas entrevistadas, explica que trabajar con otros profesionales que tienen formaciones de base diferentes a la suya, la ayudó a establecer una mirada más amplia de la psicología y de la persona en sí, comprendiendo que un intercambio con sus colegas con formaciones de base más eclécticas favorecían el diseño de estrategias de trabajo en cuanto que cada profesional observaba cosas que tal vez ella no había percibido en el paciente y por lo tanto al trabajar en equipo siente que esta mirada más amplia es más abarcativa en la concreción de las intervenciones y por lo tanto más efectiva al momento de desarrollarlas en la sesión con los pacientes. Por lo tanto, se confirma lo que Hirsch (1992) resalta de esta modalidad terapéutica en cuanto que el trabajo en este tipo de dispositivo es enriquecedor y beneficioso para el terapeuta ya que no se encuentra solo con el consultante, sino que hay un equipo de profesionales que trabaja junto a él, por lo que se siente respaldado en su quehacer profesional.

6. Conclusión

6.1. Resumen del Desarrollo

El presente trabajo fue planteado para analizar la efectividad que tiene realizar un adecuado registro de la primera entrevista, toda vez que esto permite al terapeuta determinar objetivos que sean posibles en el transcurso del proceso terapéutico. En este sentido se han descrito cuatro casos mediante los cuales se han expuesto diversas intervenciones que se han diseñado acorde al registro de primera entrevista, este registro resultó el disparador para que el terapeuta junto con el equipo pudiese delinear propuestas de trabajo que promovieron la búsqueda de bienestar de cada paciente. Este trabajo se realizó según los parámetros que establece la TBF y la cual direcciona su trabajo en dos ejes principales, focalizar los objetivos terapéuticos mediante la interacción paciente- terapeuta en conductas observables y realizar

una intervención deliberada que altere el sistema vigente del paciente. Este modelo de intervención dirige su atención principal al momento actual de manifestación del problema y así se ha demostrado a lo largo de la descripción de los cuatro casos (Nardone & Watzlawick, 1995). Asimismo, mediante esta descripción se puede confirmar que el adecuado registro de la primera entrevista promueve la resolución y establecimiento de los objetivos que se plantean en el proceso terapéutico a la vez que el trabajo que se realiza con el dispositivo de cámara gesell contribuye a que los terapeutas, al trabajar en un marco de cooperación e integración profesional puedan diseñar intervenciones estratégicas de trabajo promoviendo el cambio que los pacientes buscan en la terapia (Hirsch, 1992).

6.2 Limitantes

En relación a las limitaciones del presente trabajo se observó que el registro de las primeras entrevistas solo era desarrollado por los terapeutas noveles y no así por los terapeutas que ya tenían más años de experiencia en este tipo de terapias, atento que al haber realizado más de 200 registros ya tenían incorporado a su quehacer profesional las preguntas que establece el protocolo del primer registro. Por lo tanto, realizar el protocolo quedaba a consideración personal de cada terapeuta, no era un requisito obligatorio de la institución y entonces no era evaluado por el terapeuta supervisor con el fin de determinar si los datos que allí se consideraron son adecuados para el establecimiento de objetivos de trabajo. En función de ello, se tuvieron en consideración los casos descriptos ya que los registros que se utilizaron para realizar el presente trabajo si fueron supervisados y evaluados atento que eran los primeros casos que los terapeutas atendían según este modelo de trabajo y por lo tanto eran los primeros registros que realizaban.

Otra de las limitaciones que se observaron es que en la institución no se realizaba el registro adecuado de las historias clínicas (HC), algunos casos las tenían, pero en otros solo se contó con el respaldo audiovisual de las sesiones, lo cual puede dificultar el adecuado proceso terapéutico en función de que los terapeutas no puedan contar con toda la información necesaria para poder realizar un buen diseño de estrategias de intervención. Asimismo, desde un marco legal es necesario que la institución tenga todas las HC de los pacientes.

6.3 Aporte personal

De acuerdo a todo lo expuesto en los puntos anteriores, surgen diversas cuestiones de reflexión sobre los resultados y el marco teórico planteado en el presente trabajo.

Al analizar como el dispositivo de cámara gesell contribuye en la tarea clínica del terapeuta y de acuerdo a lo observado en los cuatro casos que se han descrito en el desarrollo, se evidenció la utilidad de este dispositivo en función de que es un instrumento que potencia el trabajo profesional de cada terapeuta, es decir, que el dispositivo al estar conformado por varios terapeutas y un supervisor con el rol de coordinador también, fomentan el trabajo en equipo y por lo tanto también potencia el despliegue de las capacidades profesionales de los terapeutas (Flichman, 2013). Asimismo, el trabajo que se ha desarrollado en este dispositivo con la mirada plural de varios profesionales permitió observar y evaluar, en el caso particular de Elena, rasgos de un trastorno bipolar de acuerdo a lo que establece el DSM 5 (APA, 2013).

El trabajo que se realiza en cámara gesell fomenta también el diseño de diferentes estrategias de intervención y al delinearlas junto con un equipo de profesionales que proviene de diferentes marcos teóricos establece una mirada plural y ecléctica que potencian el diseño de estrategias terapéuticas diversas, esto promueve que las intervenciones tiendan a ser exitosas. Las estrategias se definen de acuerdo a cada sujeto, teniendo en cuenta su nivel cultural y social, por lo que el equipo al realizar el diseño de las intervenciones debe considerar que las mismas cumplan con varios requisitos ya que los pacientes son muy diferentes, es decir, que el diseño y aplicación de estrategias son tan diversas como disímiles son los consultantes, al igual que los profesionales que conforman el equipo de trabajo y que por lo tanto se adaptan a las diferentes prerrogativas peculiares de cada paciente, estableciendo una planificación del caso exitosa en la TBF (Fisch et al., 1984).

Atento que los casos se planifican y se interpretan según varias miradas y en función del trabajo que se propone en el dispositivo de cámara gesell, esto promueve que las características de este tipo de TBF sean flexibles en su pensamiento y capacidad de análisis de los casos y por lo tanto establece un enfoque interactivo y estratégico en la consecución de las intervenciones desarrollando una capacidad de maniobra más flexible para cada caso particular posibilitando en cada caso el vínculo terapéutico sanador (Veccia, 2011). El equipo luego de la entrevista de admisión realiza una puesta en común sobre que terapeuta es el adecuado para cada caso de acuerdo a las características que presente el paciente y su motivo de consulta, por lo tanto, el trabajo particular de este dispositivo es fomentar una modalidad de trabajo con características enriquecedoras en el quehacer profesional del terapeuta, estableciendo una manera de trabajo más eficaz y consolidada (Hirsch, 1992).

La terapia breve focalizada promueve el trabajo en equipo estableciendo una metodología de trabajo transdisciplinaria en la cual la mirada de varios observadores enriquece el trabajo del terapeuta tratante y por lo tanto dotan de sentido las diferentes estrategias de trabajo que se diseñan, fortaleciendo el rol del psicólogo y adecuando sus intervenciones a las diferentes problemáticas que presenten los pacientes. Asimismo, al ser observado por otros psicólogos el terapeuta que se encuentra en la sesión tiene una tendencia a seleccionar y utilizar determinadas herramientas técnicas y articulará su conocimiento teórico con el del equipo promoviendo la resolución de sus propias limitaciones (Des Champs, 2000). De acuerdo a esto es que este modelo de TBF entiende que este dispositivo contribuye a la tarea clínica del terapeuta en función de que el trabajo que promueve ayuda al terapeuta tratante a delinear y establecer objetivos terapéuticos más eficaces en la resolución de los problemas de los pacientes.

Asimismo, realizar un adecuado registro de primera entrevista fortalece el trabajo del equipo atento que la información que se vuelca en este protocolo amplía la información que en un principio mediante la entrevista de admisión otorga el paciente. El protocolo de primera entrevista es una técnica de intervención con fines exploratorios y por lo tanto su trabajo consiste en la indagación de diferentes temas sobre el paciente, brinda información sobre el sistema del consultante mediante el cual la observación terapéutica de la patología individual se traslada hacia una mirada disfuncional del sistema, por lo que se establece que el foco del padecimiento del consultante no solo está en la manifestación de un síntoma, sino que su atención se pone también en las interacciones que tiene el individuo con su entorno (De Shazer, 1990). Otra característica esencial que tiene realizar este registro es que tiene preguntas que resultan disparadoras para el insight del paciente, como se observó en los diferentes casos, una de las preguntas que orientan al quehacer terapéutico está relacionada con él porque el consultante consulta ahora y no antes, que ocurrió para que tomara esa decisión, esta intervención de carácter exploratorio ha permitido que los pacientes reflexionen sobre sí mismos y establezcan un pensamiento en el aquí y ahora, y de porque tienen la necesidad de realizar un proceso terapéutico en este momento, esto estableció en todos los casos un disparador para definir los diversos motivos de consulta y por lo tanto que el terapeuta tenga un indicio más claro para el diseño de intervenciones que resulten más efectivas en la resolución del problema manifiesto de cada consultante. Este tipo de preguntas tienen como objetivo principal concentrar el foco del trabajo en problemas específicos, situacionales y que han generado en el paciente un efecto negativo y disfuncional

en su vida (Gálvez Lara et al., 2018). De acuerdo a esto el terapeuta puede comenzar a percibir que es lo que para el paciente es disfuncional en su vida y en función de ello establecer objetivos concretos de trabajo, realizando una redefinición del problema y co construyendo juntos el motivo de consulta, es decir, que juntos redefinen el problema a trabajar y por lo tanto establecen como primer objetivo una meta mínima de cambio (Has & Castro, 1994).

Al configurar una meta mínima y razonable, el paciente puede comenzar a percibir cambios concretos en pos de la resolución del problema que manifiesta. Ante determinada situación, cualquier cambio en su conducta, por pequeña que sea puede bastar para que el paciente perciba como el trabajo terapéutico comienza a traducirse en conductas concretas y observables diferentes pero satisfactorias atento que la percepción de su disfuncionalidad comienza a verse revertida. De acuerdo a la experiencia clínica se confirma que un cambio, aunque sea mínimo, conducirá a otros cambios y por lo tanto a la mejora del paciente (De Shazer, 2000). En este sentido en los casos observados se han registrado pequeños cambios que han motivado su trabajo en el desarrollo de proceso terapéutico, traduciendo estos cambios conductuales en una mejora en la percepción de su situación problemática y por lo tanto en una forma diferente de dirigir su accionar en pos de la resolución de su motivo de consulta.

Por lo tanto, el realizar un adecuado registro del protocolo de primera entrevista permite que los terapeutas tengan a su disposición toda la información necesaria para este modelo de terapia y que será la base de trabajo del equipo para realizar el diseño de intervenciones estratégicas que promuevan el cumplimiento de los objetivos de trabajo propuestos entre paciente – terapeuta, promocionando el bienestar del paciente y en el cual el alivio que este perciba estará fundamentado también por el vínculo que se estableció con el terapeuta y es por esta relación que también se alivian los síntomas disfuncionales y mediante el cual se establece la construcción de nuevos sentidos y acciones para el consultante (Rodríguez & Niño Rojas, 2006).

6.4 Perspectiva Crítica

En relación al trabajo que se realizó en la institución y de acuerdo a lo observado por la pasante, el dispositivo de cámara gesell es una herramienta eficaz en la formación de los terapeutas, ya que es un instrumento de aprendizaje que tiende a que los terapeutas se forjen desde la acción (Des Champs, 2000), pero también puede resultar ser una instrumento que

genere en los terapeutas una tendencia de dependencia a la supervisión y al trabajo con un equipo, resultando ir en detrimento del despliegue de sus potencialidades como profesional, por lo cual es un buen dispositivo para dar los primeros pasos como profesional de la salud, pero el trabajo perpetuado en el tiempo puede resultar perjudicial en el entramado de la carrera profesional del terapeuta quitando la impronta personal de cada uno en su quehacer profesional. De acuerdo a lo observado por la pasante, por ejemplo, esto se evidenció en el proceso que realizó Paulo con Eduardo, mediante el cual se vio que en varias ocasiones Paulo no encontraba la manera de diseñar una estrategia concreta de trabajo con Eduardo y en dos de las entrevistas Paulo a los 15 minutos de iniciada la sesión solicitó a Eduardo unos minutos para hablar con el equipo, cuando sale del consultorio y se encuentra con el equipo y el supervisor manifiesta que no encuentra un rumbo claro de la sesión, explicando que no halla la manera de vincularse con Eduardo, declara que siente que la sesión se estanca y no encuentra la manera de progresar en ella, indicando que necesita recurrir al equipo para el diseño de alguna intervención que fortalezca el encuentro con Eduardo y de esta manera abrir el camino para establecer un vínculo que sea fructífero para el proceso terapéutico. Asimismo, también se observó en el ámbito de supervisión que varios profesionales explicaban que muchas veces se sentían sin rumbo en la sesión y cuando salían del consultorio y hablaban con el equipo podían ayudarlos a orientarse en algunos puntos estratégicos para la progresión de la entrevista. En este sentido, los terapeutas tienen que tener presente que esta herramienta es necesaria para dar sus primeros pasos como psicólogos de esta línea de trabajo de TBF, pero también puede resultar ser un dispositivo que bloquee su propia iniciativa y por lo tanto incrementar en momentos determinados incertidumbre en el diseño de intervenciones estratégicas (Ceberio, 1998). Por lo tanto, si bien este dispositivo es una herramienta que tiende a fortalecer las competencias del psicólogo ya que constituye un recurso didáctico para ejecutar las prácticas derivadas de los conocimientos teóricos hay que tener presente que la práctica se realiza en un ambiente controlado regido por un supervisor y otros colegas por lo que el despliegue de las capacidades del psicólogo tratante puede verse condicionada por las expectativas del grupo toda vez que sus habilidades profesionales y su capacidad para trabajar de forma autónoma estarán restringidas al trabajo en equipo. De acuerdo a lo expuesto ¿Es posible que el trabajo del terapeuta pueda perpetuarse en el tiempo sin que sus competencias se vean restringidas por la mirada del equipo, generando en él una dependencia a la supervisión y por lo tanto corrompiendo su autonomía como profesional?

6.5 Futuras líneas de investigación

De acuerdo al trabajo descrito es necesario que la formación de grado de los psicólogos tuviera en su programa curricular una práctica en cámara gesell para que cada uno en su futuro profesional pueda experimentar lo que es realizar un trabajo en equipo con miradas diferentes sobre un mismo caso y como se realiza en la práctica la puesta en común para el diseño de diferentes intervenciones que resulten efectivas en los procesos terapéuticos. La implementación de este dispositivo es útil desde el marco pedagógico toda vez que constituye un recurso didáctico que disminuye la distancia existente entre el ser estudiante y el ser profesional. La cámara gesell sirve para poder realizar la ejecución de las prácticas que derivan de los conocimientos teóricos de la psicología. Si bien las diferentes Universidades ofrecen en sus programas curriculares prácticas profesionales en este ámbito, no suelen ser de carácter obligatorio, sino que tienden a ser prácticas electivas, siendo que no todos los profesionales se reciben habiendo conocido y experimentado en profundidad el trabajo que se realiza en este dispositivo, toda vez que es una herramienta que tiende a ser necesaria en la formación profesional del terapeuta, ya que es dispositivo que trabaja como formador del psicólogo promoviendo recursos que tienden a incrementar la eficacia de sus intervenciones a la vez que promueve el trabajo en equipo (Ceberio, 1998).

7. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ª ed.). Washington, DC: APA doi: 10.1176//9780890425596.
- Barreira, I. (2015). Historias de las terapias breves y focalizadas en Argentina, su importancia para la atención primaria de la salud. *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 1(1), 37-53.
- Beyebach, M. (2016). La terapia sistémica breve como práctica integradora. En F. García & M. Ceberio (Ed.), *Manual de terapia sistémica breve* (pp. 29-67). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (2000). La terapia sistémica de Milán. En L. Boscolo & P. Bertrando (Ed.), *Terapia sistémica individual* (pp. 224-243). Buenos Aires: Amorrortu.
- Casablanca, R. & Hirsch, H. (2009). *Como equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.* Rosario: Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Cazabat, E. (2013). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Ed.), *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Cazabat, E. & Urretavizcaya, A. (1996). La Reformulación panorámica. *Sistemas Familiares*, 12(1), 31-36.
- Ceberio, M., & Deschamps, C. (1998). La formación y estilo del terapeuta. *Mosaico*, 3(16), 10-19.
- Ceberio, M. (2000). La formación y estilo del terapeuta. *Perspectivas sistémicas*, 60, 1-9.
- Ceberio, M. & Linares, J. L. (2005). Supervisión en Psicoterapia. En M. Ceberio & J.L. Linares (Ed.), *Ser y hacer en terapia sistémica. La construcción del estilo terapéutico* (pp. 1-19). Barcelona: Paidós
- Compañ, V., Muñoz, D., Feixas, G. & Montesano, A. (2015). *La evaluación en terapia familiar*. Universidad de Barcelona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/67370/1/Evaluacion_en_TF.pdf
- De Shazer, S. (1990). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós.

- De Shazer, S. (2000). *Claves en psicoterapia Breve*. España: Gedisa.
- Des Champs, C. (2000). La formación y estilo del terapeuta. *Perspectivas sistémicas*, 60, 13-16.
- España Montoya, A., López Saucedo, E. & Márquez Davalos, M. (2018). Habilidades indispensables para el orientador familiar: observación sistémica y entrevista terapéutica. *Santiago, Sociología y Universidad*. 113-125.
- Figueroa, E. & Hirsch, H. (2013). Sobre los cierres. En D. Kopec & J. Rabinovich (Ed.), *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 129- 139). Buenos Aires: Dunken.
- Fisch, R., Weakland, J. H. & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Flichman, A. (2013). Cámara gesell, qué es, para qué sirve, y otras yerbas. En D. Kopec & J. Rabinovich (Ed.), *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 117-128). Buenos Aires: Dunken.
- Gálvez Lara, M. Corpas, J., Moreno, E., Venceslá, J. F., García Torres, F. & Moriana, J. A. (2018). Aproximación a un modelo de intervención psicológica en atención primaria basado en la terapia breve. *Información psicológica*, 115, 25-38. Doi:10.14635/IPSIC.2018.115.10
- García, F. E. & Ceberio, M.R. (2016). *Manual de terapia sistémica breve*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Has, A. & Castro, S. (1994). Enfoques de soluciones. En la búsqueda de los recursos y habilidades de los clientes. *Psykhe*, 3(1), 45-52.
- Hirsch, H. (1992, en prensa). ¿Existe la vida después de la muerte?, la moribunda revolución sistémica lega órganos vitales para el futuro de la terapia. *Centro científico de desarrollo psicológico, Integración en psicología*. Stgo. De Chile.
- Hirsch, H & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir.
- Kopec, D. (2013). El Diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Ed.), *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 21-30). Buenos Aires: Dunken.
- Margini, A., Molina, M.F., Sartori, N., Rebull, M.E. & Vázquez, L. (2012). Estudio descriptivo de resultados de tratamientos psicoterapéuticos en contexto natural en la ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 21(1), 15-24.

- Moreno, A. (2014). Principios y herramientas de intervención. En A. Moreno (Ed.), *Manual de terapia sistémica* (pp. 191-193). Bilbao: Alicia Moreno.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1995). *Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.
- Rocca, R. (2011). *Psicoterapia general. Breviario de psicoterapia*. España: Académica Española.
- Rodríguez, Ch. D. & Niño Rojas, J. A. (2006). Marco comprensivo para el estudio de procesos de formación de terapeutas. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 2(1), 42-54.
- Salmon, C. & Sánchez, P. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone. *Clínica Contemporánea*, 1, 61-66.
- Sampieri, R. H., Fernández, C., & Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill México 6ª Edición
- Veccia, T. (2011). Teoría y práctica de la entrevista. En T. Veccia., B. Cattaneo., J. Calzada & M. A. Ibáñez (Ed.), *Diagnóstico de la personalidad: desarrollos actuales y estrategias combinadas* (pp. 11- 40). Buenos Aires: Lugar.
- Villanueva Flores, L. (2015). Terapia centrada en soluciones: un triángulo equilátero. *Revista de Psicología*, 9, 121-125.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1992). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. *Family Process*, 13(2), 141-168.

8. Anexo

FICHA DE PRIMERA ENTREVISTA**A) CARATULA**

Historia Nro.		
Apellido y Nombres:		
Nacionalidad:	Edad:	Estado civil
Domicilio:		Teléfono:
Derivante:		

Grupo de convivencia:

	NOMBRE	FUNCION	EDAD	E.CIVIL	OCUPACION	HORARIO
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Otros significativos:

	NOMBRE	FUNCION	EDAD	E. CIVIL	OCUPACION	HORARIO
1						

2						
---	--	--	--	--	--	--

¿Quienes son citados?
¿Quienes concurren a la entrevista? Fecha:
B) INSTRUCCIONES PARA REGISTRO DE PRIMERA ENTREVISTA
Queja inicial:
Por que ahora:
Motivo de consulta:
Circunstancia actual e historia del motivo de consulta (donde, cuando, como):
Que hace sin querer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema:
Soluciones intentadas:
<ul style="list-style-type: none"> a- por el paciente identificado: b- b- por los otros: c- exitosas <p>Se mantienen o no se mantienen</p> <p>¿Por que fueron abandonadas?</p>
Tratamientos anteriores:
Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes
Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas:
<p>Motivación: A- que objetivos busca al consultar.</p> <p>B- que espera que haga el terapeuta:</p>
Posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles:
<p>Diagnóstico:</p> <p>Ante una dificultad- reacciona violentamente y/o huyendo- pierde las cosas-se siente no</p>

exitoso y no tranquilo- cuestiona las normas- se enoja-reacciona violentamente y/o huyendo- pierde las cosas- etc.
Meta minima pactada con el consultante y reacción de éste:
Objetivo del terapeuta:
Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante:
<u>Reformulaciones:</u>
<u>Sugerencias:</u>
<u>Preguntas:</u>
Predicciones:
Tipo de tratamiento y Estrategia a seguir:
Quienes son citados para la próxima:
Número de sesiones previstas: