

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Abordaje, desde la Terapia estratégica centrada en la resolución de problemas, de una crisis vital en una paciente de 29 años.

Rosa Arizabaleta

Buenos Aires, octubre 22 de 2019

Índice

1. Introducción.....	3
-----------------------------	----------

2. Objetivos.....	4
2.1 Objetivo General.....	4
2.2 Objetivos Específico.....	4
3. Marco Teórico	4
3.1. Ciclo vital.....	4
3.1.1. Conceptualización. Teoría psicosocial del ciclo vital.....	4
3.1.2. Crisis vital.....	6
3.2 . Modelos sistémicos.....	8
3.2.1. Antecedentes.....	8
3.2.2. Orígenes.....	11
3.2.3. Fundamentos de los modelos sistémicos.....	12
3.3. Modelo estratégico de resolución de problemas.....	15
3.3.1 El proceso terapéutico	16
3.3.1.1 Primera entrevista: queja inicial, por qué ahora y motivo de consulta.....	18
3.3.1.2. Intervenciones.....	19
3.3.1.3. Cámara Gesell.....	21
4. Metodología	22
4.1. Tipo de Estudio.....	22
4.2. Participantes.....	22
4.3. Instrumentos.....	23
4.4. Procedimiento.....	24
5. Desarrollo	24
5.1. Presentación del caso.....	24
5.2. Describir la crisis vital que atraviesa una paciente de 29 años al inicio del tratamiento.....	25
5.3. Describir las técnicas de intervención en el caso llevadas a cabo desde el modelo de resolución de problemas.....	31
5.4. Analizar el fin de la crisis vital de la paciente desde el modelo de resolución de problemas.....	36
6. Conclusión	40
7. Referencias Bibliográficas	46

1. Introducción

En el contexto de Práctica y Habilitación Profesional V, materia de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se realizó una pasantía en un centro de psicoterapia privado. Se trata de una institución que tiene por objetivo la asistencia y tratamiento de pacientes y la formación de profesionales tomando como marco teórico la Terapia centrada en la resolución de problemas, basado en los trabajos llevados a cabo por el *Mental Reserch Institute* (MRI) de Palo Alto. Con un abordaje característicamente sistémico, asiste a consultantes tanto de manera individual como grupal, pensándolos de manera integral, como componentes de distintos sistemas y con el objetivo de colaborar en la resolución de sus problemas.

Los pacientes llegan derivados por alguna otra institución o por cuenta propia. En todos los casos, se realiza en primer lugar una entrevista de admisión por parte de alguno de los integrantes del equipo, en la que se indaga acerca de la queja inicial, del porqué se hace en ese momento, motivo de consulta, qué deja de hacer como consecuencia del problema, soluciones intentadas y motivación, atendiendo tanto al lenguaje verbal como al no verbal de consultante y se establece un diagnóstico. Se diseñan posibles estrategias de intervención a seguir y se procede a su derivación a alguno de los terapeutas o equipos terapéuticos, de acuerdo a las necesidades del caso.

El centro cuenta con diversos equipos, entre ellos uno especializado en Cámara Gesell, método a través del cual se lleva a cabo, al menos, la primera entrevista. Este sistema de trabajo permite el intercambio de opiniones entre los distintos terapeutas acerca de los casos, apuntando al enriquecimiento mutuo producto del trabajo en equipo.

Se parte del interés por el manejo de situaciones habituales en la práctica clínica como las crisis vitales. Se intentará echar luz sobre la importancia de su abordaje y tratamiento, considerando al paciente un sistema, inmerso en un ambiente, con vínculos y relaciones que determinan su conducta y la comprensión de una crisis como posibilidad de cambio real o cambio dos.

Para esto se van a describir y analizar de manera detallada las estrategias e intervenciones llevadas a cabo por el terapeuta en el caso de una paciente, desde su inicio hasta su condición de alta.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

- Describir el desarrollo de una psicoterapia centrada en la resolución de problemas para el abordaje de una crisis vital en una paciente de 29 años.

2.2 Objetivos específicos

1. Describir la crisis vital que atraviesa una paciente de 29 años al inicio del tratamiento.
2. Describir las técnicas de intervención en el caso llevadas a cabo desde el modelo de resolución de problemas.
3. Analizar el fin de la crisis vital de la paciente desde el modelo de resolución de problemas.

3. Marco Teórico

3.1 Ciclo vital

3.1.1. Conceptualización. Teoría psicosocial del ciclo vital

Erikson (1985) desarrolló en 1950 su teoría psicosocial del ciclo vital. En ella, sostiene que a lo largo de toda la vida del ser humano se experimentan cambios psicológicos de importancia, significativos. Considera que en la formación de la personalidad es fundamental el rol del medio social en el que se encuentra, que ejerce una enorme presión sobre el individuo, relacionando con esto la manera en la que el *yo* se adapta. Describe el autor ocho etapas vitales, universales e independientes de la época y la cultura, las ocho crisis básicas a superar por todas las personas a lo largo de la vida, intrínsecas al su desarrollo. Para la edad adulta, la descrita por el autor es la séptima, en la que se espera que los individuos sean productivos, generativos, para sí mismos y para con sus descendientes.

Siguiendo con el ciclo de vida, Falicov (1991), lo describe como un ciclo universal, con ciertas variaciones relacionadas con la cultura y el contexto social, pero bastante uniforme en el desarrollo evolutivo tanto de las personas como de los grupos familiares. Participan de él hechos nucleares, nodales, relacionados con el devenir de la vida, crecimiento y desarrollo de los seres humanos, en relación con el reloj biológico, y por eso universal. Forman parte de él nacimientos, matrimonios, enfermedades, cambios en el ámbito de vida, partida de hijos u otros integrantes, entre otros, forman parte de él. Las familias cambian a lo largo del tiempo, tanto en su función como en su forma. Estos

cambios se dan en relación con el ciclo de vida, siguiendo una secuencia esperable de etapas evolutivas, determinadas en relación con el tamaño familiar (expansión, estabilidad o contracción), la edad de los hijos y los cambios laborales. Entiende el autor que el ciclo de vida puede pensarse como un reloj psicológico, definido por la convergencia dos relojes, uno biológico y el otro social, determinantes en todos los casos de los problemas que aquejan a las personas. Planteando así el rol central del contexto social en el padecimiento humano, teniendo a la normativa social como guía que determina la forma en que los seres humanos llevan adelante, perciben y valoran su conducta y sus vidas.

También Minuchin (1986) coincide con esta visión, estableciendo que los seres humanos pasan por crisis, por etapas relativamente coincidentes a lo largo del ciclo vital, con una base universal pero con características particulares en cada cultura. Cada sociedad, entonces, determina culturalmente un modelo que luego impone a modo de organizador vital, estableciendo normas, formas esperables de comportamiento y roles acordes a las distintas edades, constituyendo un patrón del que se espera su cumplimiento (Lombardo & Krzemien, 2008). Asimismo, sostienen Dulcey - Ruiz y Uribe (2002) que las perspectivas que tienen los otros inciden sobre el concepto que cada uno se forma sobre sí mismo.

En este orden, Falicov (1991) reconoce dos *sistemas normativos* que regulan el transcurrir de este ciclo, como son el relacionado con lo biológico, concordante con lo ambiental, como la edad escolar, comunes para todas las culturas y otro relacionado con acontecimientos históricos, o biosociales, como una guerra, común entonces a una determinada unidad sociocultural. Agrega un tercer *sistema, no normativo*, en función de determinantes individuales, como una enfermedad o un divorcio. Estos sistemas interactúan entre sí, influyendo y regulando el modo de atravesar el ciclo vital de cada individuo. Pérez Sánchez et al. (2019) sostienen que la resignificación de la experiencia modifica la forma de experimentar y vivir las etapas, enfatizando en que sobre esto influyen la biografía personal en un entramado con el contexto socio histórico en el que se está inmerso, constituyendo el trayecto vital entonces también una particularidad inmersa en una universalidad, que determina cambio. A estos cambios los denominan crisis.

Estas crisis son entendidas por Zegarra y Paz (2015) como oportunidades, que permiten, con la toma de decisiones, el ir de un estado previo a otro de mayor adaptación. Al respecto, Falicov (1991) entiende que una adaptación adecuada a los

cambios producidos por el normal devenir del ciclo vital requiere de una sensación de estabilidad y continuidad en la identidad que posibiliten su enfrentamiento con la consecuente evolución de sus conductas.

3.1.2 Crisis vital

Así, de acuerdo con la forma de adaptación a las crisis enfrentadas, será la forma de transitar estas etapas (Erikson, 1985). Los eventos vitales que se relacionan con situaciones de cambio, aún con implicancias positivas, son siempre fuente de estrés. Personas que se ven expuestas a numerosos eventos negativos pueden incluso padecer depresión. Entiende que cada una de las crisis requiere la resolución de conflictos psicológicos planteados y que de la forma en que lo haga dependerá la forma de transitar y resolver los otros (Erikson, 1985; Hayes & Stratton, 2013). Gironés (2014) reconoce la existencia de tareas evolutivas universales que generan demandas específicas. Sobre esto, Falicov (1991), plantea que existen situaciones universales que son propias del desarrollo familiar que se cruzan de manera entrelazada con las individuales, generando conflictos. Es determinante la forma en que las familias atraviesan las etapas críticas y se adaptan a las nuevas realidades de organización, dado que cada una de ellas es una fuente de amenaza para el sistema, fuente de nueva información que puede perturbar su equilibrio. Esta perturbación puede resolverse tendiendo a la restitución o mantenimiento del equilibrio previo, lo que se conoce como homeostasis o con un proceso de transformación y cambio, hacia un nuevo equilibrio (Gironés, 2014).

Haley (1980) toma todos estos conceptos y trabaja las crisis vitales, estudiando las etapas y el paso de una a otra. Para el autor, todos los sistemas, tanto familiares como individuales, pasan por un desarrollo en el que aparecen cambios que pueden perturbarlos generando así sufrimiento y síntomas, evitando el normal devenir, generando estancamientos. El autor describe seis etapas comunes en la vida familiar, entre ellas el galanteo y el destete de los padres - para el caso de los adultos - marcando la existencia de transiciones entre ellas. De la adaptación o no a las mismas dependerá el surgimiento de síntomas, describiendo que el proceso normal se altera cuando se percibe sufrimiento. Haley entiende que en la edad adulta, momento en que comienza el galanteo, implica el establecimiento de los modelos de relación de pareja que se instalarán y es además el momento en que se enfrenta la ubicación en la jerarquía social,

tratándose de uno de los que conlleva mayor búsqueda de ayuda profesional además de un resultado más duradero.

Al respecto sostienen Semenova Moratto Vázquez, Zapata Posada y Messenger (2015) que las familias, constituyentes de la sociedad, no están inmunes a ella, y por tanto tampoco a sus cambios. Las cargas y responsabilidades aumentan en el pasaje entre etapas, siendo fuente de estrés y de perturbaciones. El recorrido a través de los distintos momentos necesarios para el desarrollo, tanto familiar como personal, va modificando las necesidades, articulándolas además con las demandas. Una tarea fundamental es establecer un compromiso permanente, lo que implica el logro de la intimidad necesaria para independizarse y establecerse de manera autónoma, sin huir de la familia primaria. El estancamiento en el ciclo vital origina un problema, cuyo mantenimiento sostiene el problema, por lo que consideran importante entender el momento vital y contextualizarlo a la hora de construir hipótesis sobre posibles dificultades.

Falicov (1991) afirma sobre el ciclo vital que es un concepto de recurrencia permanente de los profesionales de las psicoterapias sistémicas, ya que se relaciona con las expectativas desarrolladas por las personas, sus entornos familiares y por la sociedad en la que están inmersos, constituyendo entonces una guía útil a la hora de explorar y evaluar el comportamiento, emociones y pensamientos desplegados alrededor de los eventos nodales y significativos así como predecir, a partir de ello, la forma de transitar los futuros. En las terapias sistémicas, el ciclo vital es un eje que guía su desarrollo, otorgando expectativas de evolución, permitiendo el reconocimiento de puntos críticos y conocer las diferencias y similitudes acaecidas en las relaciones significativas a lo largo de la historia personal del consultante.

Sobre el tema Haley (1980) afirma que las familias, a través de su desarrollo, atraviesan situaciones que, en caso de no superarse adecuadamente, perturban el normal devenir siendo entonces fuente de sufrimiento y síntomas. A lo largo de la evolución de las psicoterapias se ha ido acordando con el carácter interaccional de este tipo de perturbaciones, entendiendo que los signos expresan una situación interpersonal y en tal sentido tienen un propósito táctico. La presencia de síntomas indica para el autor que la familia presenta dificultades para enfrentar y superar la etapa vital correspondiente. El carácter cambiante de las familias es un problema a enfrentar por el terapeuta a la hora de trabajar con esta temática.

3.2. Modelos sistémicos

3.2.1. Antecedentes.

Los modelos sistémicos de psicoterapia surgen como un nuevo paradigma, en contraposición a los modelos psicodinámicos, que focalizaban en lo intrapsíquico, virando hacia lo vincular (Napier & Whitaker, 1982).

De acuerdo con Biscotti (2011), la posición psicodinámica, modelo dominante en el siglo XX, se sostenía a partir de una idea de ser humano basada en la creencia de que los conflictos provenían del interior de los sujetos, quienes enfrentaban o no sus creencias y representaciones, sin dedicar especial atención a la interacción con los otros. Rodríguez y Barbagelata (2014), afirman que a partir de mediados del siglo pasado empiezan a aparecer una serie de teorías y conceptos que van a influir enormemente, llevando hacia un cambio radical en la manera de comprender la conducta humana. Comenzará entonces a pensarse el accionar humano en términos de su interacción con el medio ambiente en el que está inserto, pasando a estudiarse así al hombre y su conducta en relación con sus vínculos e interacciones.

Hacia el año 1952 Von Bertalanffy, biólogo, desarrolla la teoría general de los sistemas, abogando por la concepción en biología de los organismos como un todo organizado. Se entiende por esto la presencia de una totalidad que es capaz de crecer y diferenciarse, con un orden jerárquico, con dominancia, control y competencia entre otras características. Consideró además que esta concepción no es solo aplicable a lo biológico, sino extensible también al ámbito de lo social. Tomó de Wiener conceptos de la cibernética, como información y retroalimentación y de Cannon el de homeostasis (Von Bertalanffy, 1993).

Arnold y Osorio (1998), en su trabajo sobre la teoría de sistemas de Von Bertalanffy, definen un sistema como un conjunto compuesto por elementos que se relacionan entre sí de manera estrecha, manteniéndose unido de modo relativamente estable, que se comporta de manera global en función de un objetivo. Agregan que un sistema está inserto en un ambiente del que - cuando se trata de sistemas abiertos - absorbe algunos aspectos y vuelca también información hacia él. Los caracterizan a partir de los siguientes aspectos:

- *Atributo*, alude a características y propiedades, tanto estructurales como funcionales de los componentes de un sistema.
- *Circularidad*, entendida como autocausación, con morfostasis y morfogénesis.

- *Complejidad*, en relación con el número de elementos y sus interacciones y los estados posibles que estos determinan (variedad y variabilidad)
- *Totalidad*, sumatoria de elementos interactuando, y por tanto con su variedad y variabilidad, distinto de la suma lineal de las partes. El sistema es una entidad única, unida en relación a un objetivo.
- *Equifinalidad*, que indica que se puede llegar a un mismo estado final desde distintas condiciones de partida y por diferentes caminos, en relación con la meta. Esta propiedad se relaciona con el estado de equilibrio dinámico característico de los sistemas
- *Energía*, que se comporta de acuerdo con lo determinado por las leyes que la rigen, siendo la que permanece dentro la resultante de la diferencia entre la importada y la exportada.
- *Entropía*, que implica la tendencia al desorden y desorganización máximos en un sistema, en concordancia con la segunda ley de la termodinámica.
- *Equilibrio*, se trata de un estado dinámico al que tiende un sistema, implicando para esto la importación de información y recursos del exterior.
- *Homeostasis*, proceso en relación con el anterior, que se da en sistemas adaptables y que refiere a las compensaciones establecidas al interior ante la información (variaciones) proveniente tanto del interior como del exterior, tendiente a mantener invariable su estructura, conservando así su forma.
- *Retroalimentación*: refiere a la obtención de información que opera en los sistemas abiertos, Puede tratarse de retroalimentación negativa, tendiente a la homeostasis, que implica la ausencia de modificación al interior del sistema o retroalimentación positiva, relacionada con el cambio real, diferenciación y crecimiento que tiene que ver con el mantenimiento del sistema pero con la variación de sus fines.
- *Frontera*, descrita como la línea que lo delimita del entorno, definiendo así lo que constituye el medio interno del sistema y lo que queda por fuera. Puede ser establecida por el observador en función con el sistema a estudiar.
- *Estructura*, como interacciones más o menos duraderas y estables dadas entre las partes en un momento.
- *Organización y jerarquía*, definidas a partir de la interdependencia de las partes del sistema quedando determinado un patrón relacional que define a su vez los estados posibles dentro del sistema.

- *Relaciones*, entendidas como interacciones o formas de comunicación. Pueden ser circulares o lineales.
- *Recursividad*, proceso de introducción de resultados operacionales relacionados con la introducción de información dentro del mismo sistema.
- *Viabilidad*: entendida como una medida capacidad de adaptación y supervivencia como respuesta al cambio.

Napier y Whitaker (1982) entienden que lo atractivo del concepto de sistema es su posibilidad de ser utilizado para conceptualizar diversas y complejas constelaciones, yendo éstas desde un ser vivo sencillo como una ameba hasta el universo.

En relación con esta extensión del vocablo, se han unificado diversos científicos y filósofos, construyendo una multiplicidad de conocimientos, integrando saberes de distintas disciplinas, como la biología, la psicología, la antropología o la filosofía, todas ellas con una perspectiva interaccional (Rodríguez & Barbagelata, 2014).

Watzlawick, que estaba estudiando la comunicación, es quién comprende los efectos que tiene sobre los vínculos, interpretando así su importancia. Establece, a partir de su teoría de la comunicación humana, cinco axiomas: el primero indica la imposibilidad de no comunicar, el segundo afirma que en todo proceso de comunicación hay dos niveles, uno de contenido y otro de relación, el tercero menciona la puntuación arbitraria de hechos, el cuarto aclara que existen dos tipos de contenido: uno digital y otro analógico y el quinto sostiene que en toda comunicación hay que considerar dos tipos de relaciones que la afectan, la simetría y la complementariedad. Para todos ellos establece a su vez, patologías: del primero la descalificación y el síntoma como respuesta, del segundo la presencia de desacuerdos, del tercero las profecías autocumplidas, del cuarto la confusión y confrontaciones y del quinto la complementariedad rígida o la escalada simétrica (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1971).

Más tarde se incorporará la idea de segunda cibernética, en la que el observador es considerado parte del sistema (Linares, 2012).

Esta visión sistémica se constituyó, de acuerdo con Arnold y Ososrio (1998) en un verdadero paradigma al estilo de Khun, constituyendo una manera científica de aproximación y representación de la realidad, y una forma de guiar la práctica y el trabajo transdisciplinario. Según Napier y Whitaker (1982), la teoría aporta un adecuado marco de referencia para la labor en psicoterapia, enfoque que llevó varios años y estudios para su aceptación.

En este marco, en los Estados Unidos de América surgen dos instituciones que originan la llamada terapia familiar - terapia sistémica - a partir de este nuevo paradigma que produjo un viraje hacia lo interaccional (Sluzki, 2014). Son *The Family Institute*, de Nueva York y el *Mental Research Institute*, de Palo Alto, California (Cazabat, 2007; Sluzki, 2014).

3.2.2. Orígenes

Hacia 1940, en Nueva York, pensadores de diversas áreas comienzan a gestar un movimiento que influenciaría luego en el devenir de la Psicología y la Psiquiatría. Se realizaron numerosos encuentros transdisciplinarios que avanzaron en temas tales como el control y la cibernética, la hipnosis, la comunicación y otros. (Cazabat, 2007).

En Palo Alto, California, Estados Unidos, Bateson, Weakland, Haley y Fry comienzan a trabajar en el Proyecto Bateson. Para esto parten del interés despertado en Bateson por la comunicación paradójal en relación con el padecimiento humano, fundamento luego de la teoría sistémica de la comunicación, y de la observación de Haley y Weakland sobre los trabajos de Erickson con hipnosis en la clínica. Este proyecto tiene como fundamento, entonces, el estudio del uso de paradojas en la comunicación, base de la posterior teoría del doble vínculo (Cazabat, 2007). Para su trabajo, observaron pacientes esquizofrénicos, todos ellos veteranos de guerra, internados, y su relación con sus grupos convivientes o familiares, además de sus conductas. A partir de dicha observación Bateson incorpora la idea de la circularidad en el pensamiento, construyendo una nueva pragmática de la comunicación, con base en un lenguaje ya no causalista, de tipo lineal, sino recursivo, otorgando al lenguaje un poder constructor de realidad, de narrativa, en la que se basarán los nuevos modelos de psicoterapia clínica. Este nuevo modelo marcará posteriormente a los enfoques sistémicos, con una idea de que la mente y su manera de funcionar mantienen una directa relación con los elementos que constituyen un sistema y su vinculación e influencia recíproca y constante (Wainstein, 1997). Con la idea de una teoría sistémica para explicar la comunicación que permitiera una posterior aplicación en la clínica, Bateson explica que deben caracterizarse la interdependencia e interacción entre los elementos de un sistema para comprender el proceso de comunicación característico del mismo. Junto a esta idea formula el concepto de doble vínculo, según el cual una persona se ve expuesta, por parte de una persona significativa, a una paradoja, es decir, dos mensajes contradictorios entre sí, provenientes de dos niveles de comunicación

distintos, el no verbal y el verbal, que le impiden dar una respuesta completamente satisfactoria, factor fundamental en el desarrollo de patologías mentales como la esquizofrenia (Rodríguez & Barbagelata, 2014).

Jackson, quien se había incorporado al Proyecto Bateson, funda en 1959 el *Mental Research Institute*(MRI), una vez desintegrado el proyecto anterior, junto a Satir y Riski. Varios de los participantes se suman, entre ellos Bateson, aunque lo hace como consultor y Watzlawick, quien va a resultar siendo su miembro más característico (Zegarra & Paz, 2015). Cazabat (2007), considera al citado instituto como uno de los desarrolladores fundamentales de la psicoterapia sistémica, para lo que tomaron como antecedentes, junto a la teoría general de los sistemas, la teoría de la mente de Bateson, la propuesta de Watzlawick acerca de la comunicación y sus axiomas y los desarrollos de Erickson, con respecto al uso de la comunicación verbal y la no verbal para el tratamiento de familias, pareja y pacientes individuales.

Erickson, partiendo de sus conocimientos sobre hipnosis y su aplicación, se dedicó a observar personas, su forma de comunicarse, sus gestos, movimientos, expresiones y lenguaje, entre otros, elaborando estrategias de motivación del cambio a partir de ello. Se origina así, dentro de las psicoterapias, un enfoque directivo y estratégico, buscando influenciar a los pacientes. De acuerdo con este, el terapeuta, quien es responsable de ejercer su influencia sobre el consultante, es responsable del diseño de un plan único y específico para cada uno de ellos, debiendo estar atento a su lenguaje, para luego establecer metas, elaborar las intervenciones adecuadas y posteriormente evaluar los resultados, en términos de efectividad. Dentro de lo estratégico se incluye el planteo de tareas a cumplir y a evitar, la utilización de diferentes intervenciones, entre ellas las paradójales y la práctica de devoluciones que permitan el replanteo del problema (Hernández Córdoba, 2007; Schaefer, 2013).

3.2.3. Fundamentos de los modelos sistémicos de psicoterapia

Es importante aclarar en principio que se trata de enfoques basados en la evidencia. De acuerdo con Pote, Stratton, Cottrell, Shapiro y Boston (2003) es ética y políticamente vital determinar la eficacia basada en la experiencia de las intervenciones utilizadas por los modelos de terapia sistémica. Estudios comparativos demuestran que los tratamientos son más eficientes cuando están específicamente precisados y manualizados. Un manual es una herramienta fundamental para el resultado de la práctica terapéutica cuando se trata de procesos tan pautados. Es importante para el

compromiso de los investigadores en la construcción de manuales basados en rigurosos análisis de la práctica actual real, más allá de los realizados también en base a autoreportes de expertos, condiciones que difieren de la práctica cotidiana concreta.

Concordantemente, Carr (2010) sostiene que la terapia familiar es efectiva, a partir de estudios basados en la evidencia, para aliviar problemas psicológicos comunes a la mayoría de las personas, asociados al ciclo vital. Mientras que los estudios de eficacia se basan en manuales realizados a partir de condiciones ideales, por autores de excelencia, los de efectividad se basan en los conducidos por servicios terapéuticos regulares, representativos de casos rutinarios, típicos de tratamiento, con niveles habituales de supervisión y clientes que presentan problemas también rutinarios, característicos del desarrollo vital, habitualmente con complicaciones comórbidas.

Como se ha venido diciendo a lo largo de este trabajo, para los modelos sistémicos las conductas deben analizarse y entenderse como emergentes de un sistema, en el que existen diversos integrantes en interacción, con los que se intercambia información, influyéndose de manera constante y permanente, estableciéndose la capacidad de responder a la información recibida modificando el mensaje, estableciéndose así la circularidad. El sistema se halla además inserto en un medio con el que establece un flujo bidireccional de información. Las conductas se interpretan entonces en relación con el sistema en el que se desarrollan, en el que existe una interacción con otros, estableciéndose un flujo comunicacional capaz de ejercer un efecto como respuesta a la información recibida (Nardone & Watzlawick, 1995). De este modo, los participantes de un sistema se relacionan de manera interdependiente, influyéndose entre sí, influyendo y siendo además influidos por el contexto social en el que están insertos, determinándose su vida psíquica no sólo por aspectos internos sino también por determinantes socio-ambientales, históricos, culturales y políticos (López, 2017).

Para estos modelos es fundamental considerar las emociones, experiencias y conductas de los miembros de un sistema en interacción entre ellos y en relación con las características propias determinantes de esa totalidad, para poder comprenderlas. Los vínculos establecen patrones constantes, homeostáticos, al interior del grupo, en el ahora (Bados López, 2008). Por lo tanto, los modelos sistémicos no indagan en el pasado buscando una interpretación causal, sino que focalizan en el presente, atendiendo a las formas de interacción en el aquí y ahora, responsable de una situación que el consultante indica como problemática y el terapeuta entiende sintomática. Se intenta

entender el qué y el cómo de ese problema, determinante de la solicitud de ayuda por parte del paciente, base de su posterior intento de modificación (Nardone & Watzlawick, 1995). Interesa comprender cómo ocurre y para qué se establece una conducta determinada, más que su interpretación, situación que está ausente en estas terapias (Rodríguez & Barbagelata, 2014).

No es entonces el insight lo que posibilita el cambio, ni la única manera de intervenir es la verbal, así como tampoco el terapeuta es un develador de la verdad absoluta, la que por otro lado, tampoco existe para estos modelos. La terapia ha sido concebida como un intercambio de palabras en una relación de asimetría que caracteriza al vínculo entre paciente y profesional con un peso jerárquico, en el que existe una complementariedad en donde uno hipotetiza y el otro acepta, al menos en algún grado. Esta asimetría juega en favor de la eficacia de las intervenciones. Se trata de influenciar en el otro sin dejar de atender a la devolución, observando los resultados que se obtienen a partir de las intervenciones (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 2017).

Con influencia constructivista, para estas escuelas la realidad no es única sino que es percibida por el sujeto de una manera determinada, como consecuencia de su posición como miembro del sistema desde el que la observa. Es importante entender el modo en que los sujetos interactúan y se relacionan consigo y con el mundo, desprendiéndose de esto la forma en que cada uno vive la realidad que él produce. De este modo, un cambio en la manera en que el individuo percibe irá acompañado, inevitablemente, de un cambio en sus reacciones (Nardone & Watzlawick, 2000).

Como se ha venido desarrollando, se apunta al cambio. Mientras que la retroalimentación negativa es responsable de la homeostasis, la positiva posibilita el cambio, a partir de información proveniente del exterior que genera una influencia circular, resultando en una morfogénesis (Bados López, 2008; Zegarra & Paz, 2015). Se entiende entonces que existen dos formas de cambio, uno que mantiene al sistema invariable, al que llaman cambio uno y otro de tipo dos, al que también se llama cambio del cambio, que genera morfogénesis, es decir, un cambio real en las propiedades del sistema. Es éste el tipo de cambio que se trabaja en psicoterapia, por lo que fue llamado terapéutico por Erickson (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1992).

Finalmente, es importante aclarar que existen varios modelos sistémicos. Todos ellos comparten algunas premisas, dándole cada uno una importancia distinta:

- Individuos con relaciones más o menos estables pueden verse como miembros de un sistema.

- La conducta de un individuo es función de otros individuos con los que mantiene una relación constante y permanente.
- Los miembros de un sistema significan sus conductas.
- Las conductas se organizan en tono a dos ejes: interdependencias y jerarquías.
- Todo sistema puede verse desde una óptica de interjuego entre dos fuerzas, unas tendientes al cambio y otras tendientes a la estabilidad (Hirsch & Rosarios, 1987).

Wainstein (2006) caracteriza tres modelos dentro de los enfoques sistémicos de psicoterapia, el modelo narrativista, el estructural y el estratégico.

Casabianca y Hirsch (2009) diferencian los tres principales modelos en base al foco de análisis, el objeto de cambio, el foco de intervención, el lugar del cambio, las intervenciones, el tipo de comunicación y la distribución de sesiones. En el Estratégico, el foco de análisis es el proceso de interacción, el objeto de cambio es el circuito autopertuante, el foco de intervención es el individuo más motivado, el lugar de cambio lo establecen fuera de la sesión, las intervenciones son las redefiniciones, las sugerencias y las prescripciones, el tipo de comunicación es el verbal y las de sesiones son 10, con distribución semanal o quincenal.

3.3. Modelo estratégico de resolución de problemas.

Es Bodin quien se incorpora al instituto de Palo Alto, para aportar su enfoque centrado en la resolución de problemas, un proceso muy breve, destinado a ser llevado a cabo en el menor tiempo posible. Se desarrollan una serie de técnicas para esto, permitiendo reducir la sintomatología y el malestar, cambiando la construcción de realidad del consultante (Schaefer, 2013).

Este enfoque propuesto por el MRI es un modelo centrado en el problema, que tiene como objetivo aliviar el desagrado del consultante y sus quejas. Sus representantes entienden que el paciente llega con un malestar, solicitando ayuda para mitigarlo. Tratan entonces de identificar las acciones que sostienen el problema, o soluciones intentadas, apuntando a su sustitución por otras más funcionales, a lo que llaman cambio (Linares, 2012).

De acuerdo con Rabinovich (2007), las personas están en condiciones de resolver sus problemas, sobrellevándolos adecuadamente y enfrentando las dificultades que pudieran sobrevenir en el devenir vital, dentro del marco conceptual del modelo del MRI. Este enfoque entiende, de todas maneras, que en ocasiones, los distintos intentos

de solución, contrariamente a lo esperado, cristalizan el problema, insistiendo en un “hacer más de lo mismo”, destinado al fracaso, tal lo sucedido en las numerosas ocasiones anteriores. Es aquí cuando el proceso terapéutico se hace presente, trabajando desde un esquema planificado y eficiente, tendiente a incentivar al consultante, decidiendo hasta dónde quiere llegar y resolviendo qué es capaz de realizar para lograrlo.

Al respecto afirma Martínez (2013) que es fundamental enfocar en el proceso de interacción establecido entre los participantes del sistema y los patrones que mantienen sus conductas alrededor de determinados parámetros, dado que las pautas de vinculación son los sostenedores de la conducta problemática generadora del malestar llevado a la consulta. Se trata de secuencias que se repiten sistemáticamente en las que el problema se inscribe. Las soluciones infructuosas intentadas de manera repetitiva forman parte constituyente del circuito, retroalimentando el problema. Otra característica que manifiesta el autor es la búsqueda de hacer una terapia más eficiente, para lo que se eliminaron intervenciones que no se relacionaran, de manera directa, con la búsqueda de solución. Esto derivó en la reducción del número de sesiones, con una media de 10, distribuidas semanal o quincenalmente, quedando esta decisión en manos del terapeuta, de acuerdo con la flexibilidad del consultante y la prescripción realizada.

La conducta problema está sostenida por acciones y retroacciones entre integrantes del sistema, que al intentar una solución a la molestia ocasionada, la fijan. El objetivo de interrupción del circuito no se relaciona con que sea disfuncional en sí mismo sino en su carácter de sostenedor del problema. Es importante destacar que el sistema de interacción tomado como significativo, en el que las soluciones sostienen al problema, es determinado por el terapeuta, siendo su ojo el que realiza el recorte, tratándose entonces de un sistema conceptual para el terapeuta. No es suficiente con la motivación del consultante para el cambio, es necesaria una jerarquía, estrictamente relacionada con la capacidad de influir, para que el proceso terapéutico funcione. (Casabianca & Hirsch, 2009).

3.3.1. El proceso terapéutico

Como se explicó, se trata de una terapia directiva breve, pensada originalmente en 10 sesiones, tiene como foco la interacción. Sus representantes sostienen que en una relación se establecen patrones permanentes, sistemáticos, en los que se establece un circuito que mantiene la estabilidad. Dentro de este sistema, que es entonces

autoperpetuante, está incluida la solución intentada fallida, como un eslabón fundamental. Por esta razón, el objeto de cambio, después de la detección de este circuito, o diagnóstico, es en alguno de esos eslabones, tendiente a interrumpir el mismo. Para esto se realizan distintas intervenciones, entre ellas las preguntas - intervención por excelencia - (Hirsch & Rosarios, 1987). Existen en el grupo secuencias repetitivas de conductas en las que está inscripta la conducta problemática. Se atiende a qué comportamiento de quién desencadena la conducta y qué comportamientos de quiénes responden en busca de solución (Casabianca & Hirsch, 2009).

De acuerdo con Watzlawick y Nardone (1995), al inicio, el consultante llega con una queja. En la conversación describe situaciones que permiten entender el circuito. Como respuesta, es importante atender y alterar este sistema mediante la ruptura y modificación de la retroalimentación que lo sostiene. Se espera que con esto se modifique la particular percepción del paciente, conduciéndolo a la alteración de la respuesta habitual responsable de la circularidad perpetuante.

Se trata de un proceso estructurado, con un diseño relativamente estricto, al que se espera que el terapeuta se atenga. A lo largo del mismo se intenta conocer y entender cómo son las relaciones del paciente con los otros integrantes, con el exterior y con él mismo y de identificar las soluciones intentadas, forma en que se sostiene el problema. Se busca modificar la situación a través de una intervención estratégica, eficaz, lo más rápidamente posible (Nardone & Watzlawick, 1995). Ese cambio no viene propuesto por la totalidad del sistema sino por el individuo perturbado por la situación o paciente identificado (Casabianca & Hirsch, 2009).

El proceso está diseñado en cuatro etapas. Se comienza con la admisión, previa pre-entrevista, generalmente telefónica en la que se obtienen datos básicos fundamentales. En la admisión o primera entrevista se intenta definir el problema, y se establecen, en función de esto, los objetivos del tratamiento. Se observa al consultante, su lenguaje y se consulta su hipótesis acerca del qué y cómo se desarrolla su malestar. Se presta atención a los intentos de solución llevados a cabo infructuosamente, parte fundamental del circuito. Es aquí donde se elabora la estrategia destinada al logro de los objetivos planteados. Suele establecerse una meta mínima. Luego viene la segunda etapa, que son las entrevistas intermedias, llamada también sesiones, en las que se trabaja sobre los objetivos pactados. Se hacen intervenciones, se indican tareas y se monitorea el proceso, resaltándose los avances. Se pueden hacer replanteos. La siguiente es el cierre, cuando se considera resuelto el problema planteado y se deja la

puerta abierta a posibles nuevos procesos terapéuticos, bajando así la ansiedad del paciente. La última etapa es la de seguimiento, en donde se realiza una evaluación de los resultados, chequeando así la eficacia terapéutica (Kopec, 2007).

Casabianca y Hirsch (2009) sostienen que es de vital importancia llevar un estricto registro en fichas de todas las entrevistas, lo que permite tener consciencia no solo lo que se sabe sino también lo que no se sabe.

3.3.1.1. Primera entrevista: queja inicial, por qué ahora y motivo de consulta. Diagnóstico.

La entrevista de admisión es habitualmente personal, en consultorio, cara a cara. En ella se toma nota de la queja inicial, que es una carta de presentación del paciente, sus primeras palabras y que no necesariamente tienen que ver con lo que luego se establece como motivo de consulta. Se trata del malestar inicial expresado en la visión del paciente. Se guía constantemente la conversación, de manera estratégica, buscando obtener la información requerida. Se pregunta y registra el por qué ahora, desencadenante de la consulta: se trata de rastrear específicamente qué desencadenó que la consulta surgiese en ese momento. Luego se co-construye el motivo de consulta o problema, que será aquel que el consultante elija como más importante o urgente. Puede coincidir total o parcialmente o no coincidir con la queja inicial. Un problema es para esta escuela una situación indeseable, persistente en el tiempo, a la que se intenta dar solución primero de manera personal, no resultando, por lo que se busca ayuda. Se trata de una situación a cambiar, que es modificable, esto es, que tenga solución. Es un buen problema aquel que es lo suficientemente importante y factible de solución con los recursos disponibles. Se indaga acerca de historia y circunstancias, las cosas que se dejan de hacer como consecuencia de la conducta problema, actitudes y opiniones de persona significativas, posición y lenguaje del consultante, motivación, soluciones intentadas con resultado positivo. El diagnóstico que se establece es en términos de circuito. Se trata de describir el círculo que mantiene la conducta. A partir de todo esto se establecen objetivos, se pacta una meta mínima y el terapeuta establece una estrategia a para la que se valdrá de intervenciones (Casabianca & Hirsch, 2009; Rabinovich, 2007).

3.3.1.2. Intervenciones

Wainstein (2006) entiende como intervenciones a todas las formas de comunicación que operen en el sistema, llevadas a cabo a partir de una estrategia pensada consistente en la selección de datos buscando influenciar sobre alguno de los miembros. Entiende además que para que haya influencia efectiva, el terapeuta debe leer, aprender y hablar el lenguaje del paciente.

Dentro del proceso, y de acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), el objetivo es establecido de manera conjunta entre terapeuta y paciente y está destinado a lograr los cambios convenidos. Para esto el terapeuta sistémico se vale de intervenciones, focalizadas sobre el sujeto más permeable al cambio. Se trata de conductas planificadas estratégicamente por quien dirige la terapia, con la idea de desarmar el circuito autopertuante del problema. Las intervenciones de las que se vale el enfoque son de tres tipos: las redefiniciones, que buscan desactivar y desanclar las citadas conductas sostenedoras del problema; las sugerencias, en las que se propone alguna nueva idea que pueda resultar de interés para el protagonista y las prescripciones, que pueden ser de tipo directas o paradójales y que buscan redefinir, reestructurar el síntoma. Para que la intervención sea eficaz es condición que el psicoterapeuta realice un recorte adecuado y preciso que le posibilite definir clara y concretamente el problema blanco de la misma (Adán & Piedrabuena, 2007).

Las intervenciones propuestas por la escuela de Palo Alto son activas y prescriptivas y deben planificarse de manera estratégica por parte del terapeuta, teniendo en cuenta todas las áreas relacionales de las personas, como son consigo mismo, con otros y con el ambiente. Las mismas deben pensarse y focalizarse en el presente, considerando el contexto del paciente y sabiendo que cualquier cambio generado modificará la experiencia personal. Todos y cada uno de los casos son únicos, por lo que no se trata de repetir fórmulas. Las prácticas debe dirigirse a motivar y a generar un cambio conductual en el paciente identificado y a partir de él, en el sistema. Es imprescindible la evaluación la eficacia de la intervención, tanto en el sujeto como en el sistema (Nardone, 2002; Nardone & Watzlawick, 1992).

En este marco, los terapeutas proponen tareas a sus consultantes para ser llevadas a cabo en el período entre sesiones, estableciendo como objetivo el cambio en el medio ambiente del paciente, fuera de las sesiones. Su dirección puede ser tanto promover formas de solución nuevas como bloquear las secuencias habituales (Beyebach & Herrero de Vega, 2010). Para Wainstein (1997; 2006) las tareas son

indicadas con la idea de cambio en la percepción del mundo, en la perspectiva del paciente y por lo tanto de las conductas derivadas del mismo.

Existen distintas formas de intervención, compartiendo todas ellas el objetivo de modificar la particular visión del cliente en relación con su malestar. Se trata de formas activas de intervenir, utilizando para esto el lenguaje. Una de las formas de actuar para el modelo es la redefinición del problema, buscando desanclar soluciones fallidas intentadas. Propone la extensión del efecto a lo cotidiano, por lo que indica tareas a ser llevadas a cabo en el espacio entre sesiones, en el contexto socioambiental propio del paciente (Wainstein, 1997).

En este orden, Wainstein (2006) describe las reestructuraciones y modificaciones, como un cambio en las conductas a través de la representación de una nueva percepción de la realidad. Para esto propone el uso de prescripciones, en las que se indicará la práctica de una tarea fuera del consultorio, como forma de extender el trabajo al ámbito entre sesiones. Otra intervención que sugiere es el modelado, una directiva con intención de demostrar al consultante qué comportamiento espera el terapeuta de su paciente. Como ejemplos de técnica pueden citarse, siguiendo al mismo autor, el uso de anécdotas y analogías como forma de aclarar lo que el psicólogo quiere decir; el uso de la ambigüedad, en busca del despliegue de recursos propios; la técnica del milagro, que apunta a que el consultante se enfoque en la solución en lugar de hacerlo en el problema, llevándolo a la posibilidad de vislumbrar el éxito hacia el futuro y la de la bola de cristal, que busca que el paciente se proyecte a un futuro exitoso, permitiéndole crear su propia solución. Sugiere también el uso de técnicas directas, indirectas y paradójales. Estas últimas apuntan a un objetivo distinto al expresado, generado de manera indirecta, a través de la resistencia que genera en el interesado, el cambio por oposición. Entre ellas pueden citarse la prescripción del síntoma, que consiste en indicar el sostenimiento de la conducta problemática.

Para Casabianca y Hirsch (2009), en cambio, la intervención por excelencia es la pregunta. Rosarios y Hirsch (1987) entienden como una manera importante de cambiar el marco de referencia del paciente a la reformulación, a la que también llaman reencuadre, como una operación por medio de la cual el terapeuta ofrece un sentido nuevo, distinto, a una situación. Se experimenta una reestructuración solo si el paciente la acepta, lo que se traduce en el cambio del marco conceptual o emocional dentro del que se experimenta una situación, cambiando así el sentido otorgado a ella. El reencuadre, de acuerdo con Schaefer (2013), es un proceso en el que se busca la

asociación de un nuevo significado a un hecho, proponiendo una realidad diferente. Estas redefiniciones pueden ser directas, cuando se ofrece un significado alternativo de manera explícita o indirectas, cuando se apela al uso de figuras metafóricas o historias de manera tangencial.

Además, una reformulación exitosa requiere, para Hirsch y Rosarios (1987) y Cazabat y Urretavizcaya (2007), contar con la mayor cercanía posible a las formas de sentir y pensar del consultante, es decir a su realidad, para lo que debe ser congruente con sus maneras intelectuales, contextuales, sociales o emocionales de definición de su problema. Afirman al respecto Cazabat y Urretavizcaya (2007) que el objetivo consiste en la modificación del marco referencial generando un contexto emocional, actitudinal y cognitivo alternativo en el que la conducta reiterativa pierda su sentido.

Al respecto y según Cazabat y Urretavizcaya (2007), una manera efectiva de intervención es la reformulación panorámica, que tiene como particularidad la posibilidad de otorgar un nuevo marco conceptual en la historia personal del consultante, logrando la resignificación de la misma. En ella, el terapeuta reconstruye los hechos que el paciente narra, encadenándolos de modo tal de conducirlos hacia el presente, desembocando en una nueva realidad, posible de ser aceptada por el consultante, seleccionando para ello aquellos que serán útiles para cambiar ese particular sentido, sosteniendo la reformulación.

Las prescripciones son otra de las formas de intervención. Consisten en la indicación de una tarea, siempre en el ámbito de lo conductual, que pueden ser asignadas para ser cumplidas o, contrariamente, para que no sean llevadas a cabo (Schaefer, 2013; Wainstein, 2006).

3.3.2.1. Cámara Gesell

Como un modo preferencial de intervención, este modelo introduce el dispositivo conocido como cámara Gesell como forma novedosa de incorporar al observador como participante del sistema, co-constructor de la realidad (Rodríguez & Barbagelata, 2014).

Este dispositivo fue diseñado por Arnold Gesell para estudiar la conducta y el desarrollo de niños sin que ellos lo notaran. Para llevar a cabo una observación en cámara, es necesario contar con dos salas separadas por un vidrio espejado, una cámara y micrófonos, permitiendo el registro de la sesión. Los observadores permanecen en el

exterior, conectados con el proceso, desconociendo el paciente de su presencia, lo que facilita el tranquilo y adecuado desarrollo del mismo (Ulfe Herrera, 2015).

De acuerdo con Flichman (2007), la cámara Gesell es un instrumento que posibilita la participación de un equipo de profesionales, con la observación de la conducta del participante desde el exterior, en interacción con el terapeuta que coordina la sesión con el interesado. Al respecto sostienen Rosarios y Hirsch (1987), que permite introducir al espectador como miembro del sistema, pudiendo interactuar. Se cuenta para esto con un teléfono, además de micrófonos y una grabadora. Existe un equipo tratante, participando desde el exterior, pudiendo aportar otros puntos de vista, favoreciendo el aporte de distintas lecturas y perspectivas, adoptar una actitud colaborativa, con respeto mutuo y acordar objetivos complementarios (Rabinovich, 2007).

Este trabajo es de tipo unidireccional y es una característica particular que diferencia a las terapias sistémicas, fundamentalmente en cuanto a la supervisión. En ella quienes supervisan están en contacto con el proceso terapéutico de manera directa, formando parte del sistema, pudiendo comunicarse por un intercomunicador o incluso presentarse, en caso de considerarlo necesario (Daskal, 2008), pudiendo ser los supervisores otros miembros del equipo tratante o terapeutas consultores (Kreuz Smolinski & Pereira Terecro, 2009). La tarea del supervisor será que la terapia se desarrolle debidamente, instruyendo y guiando a un terapeuta en proceso de formación, protegiendo a los consultantes de posibles faltas de competencias del terapeuta (Haley, 1980).

Siguiendo a Selicoff (2006), la relación entre terapeuta y supervisor es un esfuerzo de colaboración mutua de tipo co-constructiva. Se trata de la creación de un nuevo significado a partir de una conversación entre ambos participantes, para beneficio del consultante.

4. Metodología

4.1. Tipo de Estudio

Descriptivo, análisis de caso único.

4.2. Participantes

- Manuela es una médica de 29 años que llegó al centro de psicoterapia derivada por el servicio de admisión de su prepaga, en Noviembre de 2016. Su terapia fue planteada como un tratamiento corto. Se llevó a cabo entre los meses de Noviembre de 2016 y Mayo de 2017, resultando en un total de 12 sesiones. Cuando llegó tenía una profunda incertidumbre acerca de su futuro, lo que le provocaba una gran angustia. No tenía claro cómo continuar con su actividad profesional, luego de terminado su internado rotatorio, instancia final de la carrera de grado, en la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca. Se sentía obligada a quedarse en la Ciudad de Buenos Aires pensando en las mejores oportunidades profesionales que le ofrecía pero le generaba angustia el permanecer cerca de su familia de origen a la que consideraba negativa para ella, sintiendo que la limitan en su crecimiento, colocándola en el centro de sus decisiones e indecisiones. Se trata de una paciente descrita por su terapeuta como “rumiante y desorganizada, que no sabía qué quería hacer respecto de su futuro, no pudiendo distinguir entre el árbol y el bosque”. Actualmente, y como surge de lo antedicho, Manuela fue dada de alta en lo que su terapeuta consideró un tratamiento exitoso.
- Soledad fue quien llevó el proceso psicoterapéutico adelante. Se trata de una psicóloga de 30 años con 5 años de recibida, y es quien llevó adelante el tratamiento planteado, post derivación del equipo de admisión.
- Victoria, psicóloga, con 25 años de recibida, a cargo del equipo de admisión.
- Juan, psicólogo, con 8 años de recibido y 5 en el centro, integrante del equipo de cámara Gesell de la institución.

4.3. Instrumentos

- Historia clínica de la paciente, proporcionada por la institución tratante, en la que constan las intervenciones, diálogos y evolución de la paciente. En la institución observada se lleva un registro normatizado de todas las sesiones, en el que se hacen constar los datos personales de la paciente, las intervenciones realizadas, los detalles relevantes y observaciones realizadas. Cuentan con una hoja de primera sesión en la que se debe entre otras cosas, la queja inicial, el por qué ahora, el problema o motivo de consulta construido, la historia y

circunstancias actuales, el diagnóstico en término de circuito, la existencia de tratamiento actual y anteriores, las soluciones intentadas exitosas y fracasadas, lenguaje del consultante, intervenciones, reformulaciones, metas mínimas, estrategias del terapeuta y predicciones.

- Sesiones grabadas, en las que se observó la dinámica y modos de interacción, el vínculo establecido, actitud y posiciones del consultante, su lenguaje particular y respuestas.
- Desgrabación de la cámara Gesell utilizada como espacio de supervisión.
- Entrevistas semidirigidas: realizadas a la admisor, la terapeuta y un miembro del equipo de cámara Gesell participante. Las entrevistas se centraron en la evaluación y diagnóstico realizado en el caso de Manuela, planteo del problema y planificación de la terapia estratégica, estrategias pensadas al diseñar el abordaje, intervenciones llevadas a cabo, decisión acerca de la participación solo de la primera entrevista del equipo de cámara Gesell, evolución de la paciente y condiciones de alta.

4.4. Procedimiento

Recopilación de antecedentes personales y situacionales de la paciente, además de los pertinentes a la crisis vital por la que llegó al centro, sus intervenciones y estrategias y condiciones de alta, llevados a cabo durante los meses de Noviembre de 2016 a Mayo de 2017. Se realizó un análisis a partir de la lectura de la historia clínica y de la observación de la sesión grabada.

Registro y posterior análisis y reflexión de lo registrado en los espacios de supervisión y de cámara Gesell.

Realización de tres entrevistas semidirigidas, de manera individual, de unos 40 minutos de duración, a los profesionales actuantes arriba citados.

5. Desarrollo

5.1 Presentación del caso

El caso objeto del presente trabajo, tomado de la institución psicoterapéutica, fue elegido en atención a la temática vital planteada y tratarse de un caso en el que se desarrollaron los pasos completos del modelo seguido. Se llevó a cabo una preentrevista telefónica, de aproximadamente 15 minutos de duración, solicitándole que se ubicara

sola en una habitación cerrada para hablar libremente. Se indagó acerca de los motivos que la llevaban a la toma de la decisión de llevar adelante un proceso psicoterapéutico, cuáles eran sus objetivos, cómo había surgido la idea de realizarlo, además de algunos datos personales y administrativos habituales. Esta tarea fue llevada adelante por una persona entrenada en el tema, quién le asignó una entrevista de admisión.

Se trata de una paciente que atravesaba una crisis vital. Manuela se había graduado recientemente de médica, habiendo efectuado para eso una rotación por un hospital del interior del país. La decisión de esa rotación había sido tomada en el marco de la cercana muerte de su abuela, en la que se apoyaba mucho, de acuerdo con sus palabras. Provenía de una familia disfuncional, con padres separados en su adolescencia tras el reconocimiento, por parte del padre, de la existencia de una familia paralela. Posteriormente su padre, quién tenía un trastorno obsesivo compulsivo, sufrió un ACV, empeorando su cuadro, a punto de tener dificultades para reconocerla. Su madre no mantenía contacto alguno con su padre, valiéndose de ella como interlocutora. La paciente sentía que su familia era tóxica, por lo que deseaba poner distancia con ella, pensando entonces en radicarse en el interior, lo que por otro lado, era perjudicial para su desarrollo profesional. En este contexto, con la imperante necesidad de la toma de una decisión, acudió a terapia.

Victoria, la terapeuta admisora llevó a cabo la entrevista de manera presencial, sin la utilización del sistema de cámara Gesell, en su consultorio, conversando estratégicamente con Manuela, considerando los puntos establecidos en la hoja de primera entrevista de la institución de uso obligatorio. Se consignaron entonces la queja inicial, el por qué ahora, se co-construyó el motivo de consulta, en términos de problema, se establecieron un diagnóstico, en términos de circuito autopertuante y una meta mínima, planteándose entonces una estrategia y un pronóstico. Se derivó a la paciente a un terapeuta elegido de acuerdo a sus características, para su seguimiento.

5.2. Describir la crisis vital que atraviesa una paciente de 29 años al inicio del tratamiento.

Según surge de la historia clínica, Manuela manifestaba sentirse “tironeada” por sus padres, quiénes están separados y mantienen una relación conflictiva entre ellos pero lo que más la angustiaba era el no saber cómo continuar con su vida, tanto

profesional como en general. Recientemente graduada, sentía una profunda incertidumbre acerca de su futuro, manifestando tener grandes conflictos para decidir cómo continuar, contando entre las opciones realizar una residencia en Buenos Aires, lo que era mejor desde lo profesional o en el interior, poniendo de esta manera distancia con su familia, con la que no se sentía cómoda.

La primera entrevista se llevó a cabo en el consultorio de la admisora. Esta tiene para las terapias estratégicas una gran importancia de acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), sosteniendo que en ella debe tratarse de definir y establecer los objetivos del proceso. En la misma, de acuerdo con lo que surge de la entrevista, la profesional atendió al lenguaje del consultante, buscando establecer una comunicación empática y en sus mismos términos. Tenía como objetivo plantear una hipótesis a partir del diagnóstico del circuito y los intentos exitosos y no exitosos de solución previos (Kopeck, 2007). De acuerdo con el modelo estratégico de resolución de problemas, el centro de psicoterapias ha elaborado un prototipo de primera entrevista, de la que debe dejarse registro expreso. La queja inicial, de fundamental importancia para este marco teórico, dado que permite o ayuda al terapeuta a visualizar la materia prima con la que cuenta y el malestar particular de la paciente tal cual ella lo expresa (Casabianca & Hirsch, 2009) consiste en atender a la/s primera/s frase/s que el paciente enuncia cuando se le pregunta por qué acude a terapia, debiendo expresarse con sus palabras. La historia clínica de Manuela al respecto indica "*estoy en medio de una transición y la sé identificar*". La consultante parece tener al momento de la respuesta, de acuerdo con lo manifestado por su admisora en la entrevista realizada, claridad en su estado y contar con recursos cognitivos y emocionales adecuados para poder plantear un buen trabajo.

Un punto importante es el por qué ahora, que de acuerdo con el enfoque teórico es una guía fundamental para la formulación del problema en la cual, un acontecimiento que actúa como generador tiene directa relación y colabora en la comprensión de la motivación y cómo esta debe ser entendida en la construcción del mismo (Casabianca & Hirsch, 2009). Aquí consignó su admisora que Manuela regresó del interior hace dos meses y que habiendo terminado un curso tiene tiempo para pensar. A partir de esto siente que no sabe dónde quiere estar, comenzó con angustias y peleas y con sensación de irritabilidad. De la entrevista realizada surge que se la notaba angustiada, que se habían desencadenado numerosas discusiones y peleas familiares, con su madre, hermana y padre, con desencadenantes varios, lo que demostraba un estado de ánimo irritable, tal como la paciente lo describía.

Casabianca y Hirsch (2009) estiman que es posible “ver”, para muchos terapeutas entrenados, cómo se desprende el problema de los dos ítems anteriores. Consultada al respecto la admisora indicó que en el caso de esta paciente resultó de esa manera, dado que se trataba de una paciente con claridad de expresión y de conceptos, con formación en el área de la salud, que decía que estaba atravesando una crisis vital relacionada con su incertidumbre a futuro. Esta situación se contradice con lo expresado por la terapeuta asignada, que la describe como una paciente confusa y particularmente difícil, a la que le costaba mantener el foco. De acuerdo a lo manifestado por la terapeuta tratante, y concordantemente con Casabianca y Hirsch (2009), ambas, terapeuta y consultante, a través del diálogo, co-contruyeron el problema a partir del de la molestia relatada por Manuela y su percepción de la necesidad de algún cambio y del establecimiento de aquello a lo que se estaba dispuesta a hacer para lograrlo. El establecido por ambas, según surge de la historia clínica, fue una dificultad para establecer cómo seguir con su formación profesional, sintiéndose entrapada, porque quedarse en Buenos Aires, situación mejor para su formación, implica estar cerca de su familia, por la que se siente tironeada, considerándola tóxica. Pero, no permanecer en esta ciudad implica una posibilidad de empobrecer su formación y desarrollo profesional.

Siguiendo con el modelo, como historia y circunstancias actuales del motivo de consulta, percepción que permite al terapeuta establecer una hipótesis diagnóstica y un requisito para adquirir libertad de intervención (Casabianca & Hirsch, 2009), fue reseñado que se recibió de médica, habiendo terminado su formación de grado en el interior, rotando por el hospital de la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca, elección que se relacionó con la cercana muerte de su abuela de forma repentina. Se dio cuenta así de que le hacía bien estar lejos de su familia y de su casa, priorizando estudiar y a sí misma. Se encuentra ahora ante la decisión de realizar la residencia en Buenos Aires, donde tiene mejores oportunidades pero está cerca de su familia, lo que considera negativo. Tiene dos meses de tiempo para pensar, pero eso es también tiempo para rumiaciones. Estuvo en pareja en Catamarca, de novia con un chico algo mayor que ella, con el que quería convivir pero se dio cuenta de que era muy diferente a ella. Su padre es un enfermo psiquiátrico, diagnosticado como obsesivo compulsivo, pero ella cree que es más bien psicótico. Al término de su escuela secundaria se enteraron de que tenía una vida paralela, sus padres se separaron y él se retiró de la casa. Al tiempo sufrió un ACV y se agudizó su problema psiquiátrico. Sus padres no se mantienen relación

entre sí. Siempre la utilizaron como vía de comunicación entre ellos y la hicieron cargo de su padre, dada su formación. En la actualidad él vive enfrente de su casa, tienen poco contacto y él a veces no la reconoce debido a su estado neurológico.

En la ficha establecida como modelo continúa el ítem: qué quiere dejar de hacer o qué quisiera hacer y no hace. Este se relaciona con el límite de cambio posible, tanto en interés propio de la paciente como en el de metas a fijarse por la terapeuta (Casabianca & Hirsch, 2009). En el caso de Manuela, su historia clínica consigna que quisiera resolver sus temas más rápidamente, pero le cuesta porque hay cosas que tienen sus tiempos. Dentro de la propuesta de la institución continúa el punto tratamientos anteriores y actuales de cualquier índole que se consideren pertinentes.

Sobre esto, que de acuerdo con Casablanca y Hirsch (2009) permite conocer lo que ya fue intentado sin éxito por colegas evitando así hacer más de lo mismo además de la posible influencia de medicaciones u otros tratamientos tanto sobre el problema como sobre posibles prescripciones, además de permitir contar, en las personas de los tratantes, con personas significativas, la historia indica que realizó un tratamiento psicoanalítico extenso, de unos 12 años de duración, desde los 14, con una misma terapeuta. Fue indicado por su pediatra, por encontrarla con bajo peso, situación que lo preocupó. Ni ella ni su madre se daban cuenta de lo que comía ni del peso con que contaba, manifestando que estaba con muchos problemas y que por eso no comía bien. *“Siempre había sido gordita y eso me generaba mambo”*. En el prototipo continúa el ítem posiciones y lenguaje del consultante. Al respecto, de la historia clínica surge que se asusta mucho la relación que generó con ese chico con el que salía, no sabiendo si sus vínculos son buenos. Dice al respecto que *“es como que me ofrecen espejitos de colores y ya los compro, más allá de que las cosas no sean para mí. Siento que soy muy perfeccionista conmigo, es como que siempre pienso que viene lo peor y tengo que seguir presionándome”*. Casabianca y Hirsch (2009) entienden que este punto es importante porque constituye el hilo con el que el terapeuta cuenta para tejer sus intervenciones, posibilitando escribir sus intervenciones en las mismas categorías cognitivo-afectivo-conativo que la paciente, respetando lo que puede ser cambiado así como también lo que puede utilizarse como vehículo de cambio.

Todos estos temas fueron consignados con expresiones textuales de la consultante, lo que es vital, ya que resultan útiles para establecer su mapa de realidad, de su mundo particular, contando con las creencias que lo conforman (Wainstein, 2006).

El ítem siguiente, correspondiente a la motivación establecida, fue relacionado con su necesidad de poder estar sola más allá de lo que le ofrezcan terceros, considerando que tiene que focalizarse más en su carrera y desarrollo y menos en los afectos, dado el momento vital que atraviesa.

Continuando con el prototipo, debe establecerse el diagnóstico en términos de circuito, tratándose de observar los intentos de solución llevados a cabo por los miembros participantes, que buscan un cambio pero que en lugar de resolver el problema lo sostienen o profundizan, cristalizándolos con el transcurso del tiempo (Kopeck, 2007). Al respecto sostiene Haley (1980) que es importante realizar un diagnóstico, tratando de establecer la secuencia y determinar si se están dando intentos de solución que sostengan el problema. Sobre esto mismos, entienden Casabianca y Hirsch (2009) que se trata de la elaboración de una hipótesis explicativa y sintética, en términos de conductas manifiestas, pensamientos o sentimientos. De este modo, pueden distintos terapeutas establecer distintas secuencias. La secuencia, en este caso, fue establecida como: se exige mucho y quiere lo mejor para ella en lo profesional, que implica estar en Capital – piensa que estar acá significa estar cerca de su familia – no le gusta su relación familiar y se angustia – piensa en irse – irse es no estar tan bien formada como le gustaría – se angustia pensando que quiere lo mejor para su desarrollo. El diagnóstico expresado por la terapeuta tratante difiere levemente del citado, aunque manifiesta que le resultó una guía útil a la hora de formular el suyo. De acuerdo con Soledad, Manuela se angustia cuando piensa qué quiere para su vida (se exige mucho profesionalmente) – por momentos cree que lo mejor es quedarse en capital – busca trabajo – tiene menos tiempo para pensar – su angustia sigue – piensa que el trabajar hace que piense menos en qué quiere para su vida – no puede estudiar para el examen de residencia – piensa que se autoboicotea por esto – más se angustia al creer que está tapando su problema – menos estudia para el examen – más se angustia. El circuito fue identificado en forma personal, en la consultante, alimentado con sus pensamientos, el que se repite con la aplicación constante de las soluciones no exitosas por ella misma, a través de rumiaciones (Martínez, 2013).

Las siguientes sesiones fueron llevadas adelante por la terapeuta elegida de acuerdo con sus características como la más adecuada para llevar a cabo el proceso terapéutico de Manuela.

El primer encuentro entre Manuela y Soledad se llevó a cabo en la intimidad de su consultorio. Al principio la dejó hablar sin interrupciones, ya que no es conveniente

operacionalizar sobre el relato, hasta escuchar la solicitud de ayuda concreta (Morejón & Beyebach, 1994). Es de a poco, mediante un diálogo sereno y empático, en un ambiente de confianza y privacidad en dónde se construyen las bases de lo que será la nueva realidad, a partir de ese cambio solicitado (Wainstein, 2012). Del relato de Soledad surge que la sesión giró en torno a la temática planteada en la admisión, la que le resultó útil para marcar el camino por el que debía transitar, hacia dónde ir. La queja inicial estaba basada en la etapa que estaba viviendo, que le costaba atravesar y en la que se planteaba una disyuntiva o encrucijada de caminos, no pudiendo decidir sola el tránsito más adecuado de la misma, el paso de un estadio al otro para el que hay determinantes culturales y particulares (Falicov, 1991), sin contar con un trastorno específico, aunque había además otras preocupaciones en la paciente que se encontraban presentes desde hace tiempo, de acuerdo con su relato. En relación con esto se plantearon las estrategias a seguir.

Como estrategia se postuló en la historia clínica el repasar los recursos apprehendidos en este tiempo, en la terapia y en la vida misma y cómo aplicarlos en este momento en que está ambivalente respecto de la carrera, las relaciones de pareja, etc. Surge de la entrevista a Soledad que se propuso también validar las emociones que le generaba esta nueva etapa como médica recibida que no tiene claro hacia dónde ir. Focalizar en una de sus preocupaciones de esta nueva etapa. Entendió que el desafío se relacionaba más con el estilo de la paciente que con el problema en sí. Le pareció importante para la estrategia el considerar que se trata de una paciente rumiante.

Siguiendo con sus palabras, a Soledad le pareció que por tratarse de una paciente que siempre tenía algo más de qué hablar, podía traer como consecuencia perder el rumbo, que por otro lado tampoco tenía tan claro. Sus objetivos fueron entonces terminar de armar el caso y eventualmente, recurrir a la ayuda del equipo de cámara Gesell para no enredarse con el estilo de la paciente. Para esto el criterio que premió fue que no se trataba de un caso grave pero que este estilo de consultante puede llevar a la terapeuta a rumiar con ella, lo cual sería perpetuar el problema. Otra cuestión importante a pensar para la profesional es el vínculo terapéutico. Con respecto a esta relación particular, que requiere una profunda empatía y en la que existe una diferencia complementaria de jerarquía que permite la efectividad del proceso (Rodríguez Ceberio & Watzlawick, 2017), la terapeuta lo describió como bueno y cooperativo.

Con todos estos conceptos en mente, diseñó las intervenciones a realizar.

5.3. Describir las técnicas de intervención en el caso llevadas a cabo desde el modelo de resolución de problemas.

De la entrevista realizada a Soledad surge que pueden dividirse las intervenciones llevadas a cabo en dos etapas, una previa a la inclusión del equipo de cámara y una posterior. Las primeras estuvieron centradas en la validación de las emociones y las siguientes, post cámara, en la focalización establecida en torno a la necesidad de realización del examen de residencia.

El modelo de intervención sostiene que deben plasmarse por escrito las intervenciones realizadas, conductas estratégicamente planeadas y desarrolladas por la terapeuta, en busca de la desarticulación del circuito como fuente de cambio (Casabianca & Hirsch, 2009; Wainstein, 2006), consignándose la frase de la profesional: *“es difícil tener todo. Al exigirte más perdes maniobra, estás ambivalente ante algunas cosas a elegir en la vida. Es un momento bisagra y eso genera ansiedad. La terapia debe ser una ayuda pero no el soporte en todos los momentos. Has obtenido herramientas a lo largo de este tiempo y está bueno que las uses.”*. De acuerdo con lo establecido en la entrevista, el objetivo de esta fue validar las emociones y herramientas de Manuela, además de realizar un reencuadre, apuntando a sustituir el significado otorgado a una situación problemática valiéndose del modo en que ella define sus problemas en términos cognitivos, emocionales y contextuales (Cazabat & Urretavizcaya, 2007; Hirsch & Rosarios, 1987; Wainstein, 2006), buscando además que se hiciera cargo de su tratamiento y fomentar su autonomía e independencia.

En este marco Soledad comenzó sus sesiones con la idea de validar las emociones de la consultante, buscando además mitigar la angustia generada por la etapa que estaba atravesando, trabajando sobre esto dado que para lograr la eficacia es necesario un adecuado y preciso recorte inicial, que permita definir concretamente el blanco sobre el que actuar (Adán & Piedrabuena, 2007). En base a esto se planteó también focalizar en su idea acerca de Manuela, según la cual cuanto más pensaba menos hacía. En este sentido realizó una reformulación con algo de ironía, buscando otorgar un sentido nuevo a su pensamiento (Rosarios & Hirsch, 1987), sugiriendo que *“todo ese tiempo dedicado a pensar en tantas cosas tan importantes para ella tal vez se lo estaban quitando a pensar en la que le generaba más temor, por la novedad, que era el pensar cómo quiere seguir con su carrera y con su vida”*. En relación con esto le indicó una tarea de prescripción del pensamiento, instándola a pensar sobre sus ganas de

presentar su examen y su consecuente necesidad de dedicación al tema, a realizar para el siguiente encuentro.

Para el siguiente encuentro se propuso, de acuerdo con lo apropiado, comenzar por los resultados de la tarea. Consultada acerca de la misma, Manuela expresó que “*no la había realizado porque había estado haciendo muchas cosas y no quería ponerse a pensar y angustiarse*”, situación que el Soledad entendió, de acuerdo a la entrevista, como *entrar por rebote*, que implica que influyó en la dirección esperada aunque no de manera directa (Hirsch & Rosarios, 1987).

Entre las formas de intervención propuestas por el MRI está la utilización del sistema de cámara Gesell, fundamentalmente a modo de supervisión, lo que permite revisar conceptos y analizar tácticas, estrategias, técnicas, objetivos y métodos planteados por el psicoterapeuta, contando para esto con un equipo profesional que puede intervenir tanto directamente, a través de una comunicación, o indirectamente, como grupo de reflexión (Daskal, 2008; Loubat, 1995). Apelando a esto, la tercera sesión fue realizada en colaboración con el equipo de cámara Gesell, a solicitud de la terapeuta. Consultada acerca del motivo de la decisión, respondió que dado el particular estilo de la consultante, con tendencia a hablar de muchos temas y no focalizar, temía perderse ella también en ese cúmulo temático, por lo que prefirió contar con la supervisión del mismo. Sostuvo que en general, la cámara puede ayudar con el manejo de los casos y con las intervenciones a proponer. A su entender, la visión de terapeutas expertos enriquece enormemente a la formación que se tiene como terapeuta. En el caso de Manuela, la presencia del equipo profesional la ayudó a no marearse con otros temas que traía la paciente a cada encuentro, ofreciéndole una estrategia para no entrar en lo nuevo que le ocurría cada semana. Escucharla sí, pero “*sin caer*”, mostrándole que todos esos temas le sacaban tiempo para que ella lograra su objetivo de estudiar para el examen y conseguir así el puesto de residente que anhelaba. La cámara la ayudó a terminar de armar el caso y saber hacia dónde dirigirse.

En relación con esto es importante destacar la importancia de la supervisión por parte de un equipo profesional, que permite a la terapeuta continuar con el trabajo encaminado hacia la deseada meta cuando se encuentra con una situación problema que lo limita en el avance, facilitando herramientas para lograrlo (Daskal, 2008). Acerca de esto fue consultado Juan, integrante del equipo participante, quien sostuvo que es vital la colaboración, permitiendo identificar variables problemáticas, la creación de nuevas hipótesis, robustecer puntos fuerte y potencialidades y enfocar en el objetivo, aportando

recursos para alcanzarlo. En su caso, sugirió a la terapeuta “*distinguir entre el árbol y el bosque*”, teniendo en claro que el objetivo es el examen de residencia y su preparación. Propuso preguntarle qué pasaría si no llegase. Para esto sugirió realizar reformulaciones buscando “*tapar*” cada vez que pensara en otro tema que no fuera la residencia y su futuro al respecto. Propuso a Soledad no entrar en las preguntas acerca de la relación que tenían todos esos temas entre sí y que ella la propusiera en todo caso, evitando así que se ramificaran hacia otros lugares. Sostuvo que a su criterio todas las conversaciones tenían que ser estratégicamente pensadas para llevar hacia cómo estaba Manuela, cómo se sentía con la residencia. Juan entiende que los aportes fueron bien recibidos por la profesional actuante, con apertura y atención, de la misma manera que aportes realizados por otros colegas. Entiende que la importancia de un equipo radica en la premisa de que muchas cabezas piensan mejor que una sola y la idea de que se pueden intercambiar distintos puntos de vista sobre un mismo caso – problema – situación, lo que siempre resulta enriquecedor. Sostiene también que al participar como observador activo en un equipo de cámara, con la posibilidad de participación directa o indirecta, se tiene la posibilidad de visualizar cómo trabajan los colegas, cómo lo haría uno mismo en la misma situación, intercambiar ideas con el resto de los miembros, y con la terapeuta, entre otras cosas, lo que es positivo para todos. Para la terapeuta actuante, porque le otorga otros puntos de vista, claridad y foco, para los participantes, porque les permite participar de más procesos terapéuticos, ganado experiencia e intercambio y para la paciente, porque colabora con su tratamiento de manera activa e instantánea. Permite además no sentirse solo en el proceso, tener la certeza de que las dificultades y dudas propias podrán ser atendidas, lo que otorga tranquilidad y confianza. Para Juan es muy importante el establecimiento de una buena alianza entre todos los participantes y fundamentalmente con el supervisado, creando un ambiente de comprensión y apoyo, concordantemente con lo que sostiene Selicoff (2006).

Consultada Soledad sobre el resultado de la participación del equipo, manifestó que le resultó útil para terminar de plantear el objetivo del tratamiento de su paciente, permitiéndole imaginar cuándo iba a ser el fin del tratamiento, hacia dónde dirigirlo. La ayudó a tener claro qué tendría que suceder para entender que el proceso había llegado a su fin por haber cumplido con el objetivo. Destacó la importancia de la brevedad y claridad de los aportes realizados y el respecto con que fueron hechos, con la particular atención a su estilo personal, situación que es concordante con lo entendido por Haley

(1996), al respecto. Esta experiencia de cámara le permitió continuar con sus estrategias para los siguientes encuentros.

En este sentido, trabajó sobre la abundancia de pensamientos y su conexión con la inacción. La paciente creía que realizaba cosas de manera innecesaria, como forma de entretenerse y no dedicarle tiempo a pensar. Para esto se planteó la citada reformulación intentando que se cambiara el sentido a que cuanto más piensa menos hace y la prescripción de pensamiento. Luego de la cámara, las intervenciones se centraron en que debía ocuparse de su examen, además de validar sus emociones al respecto. En la entrevista sostuvo que para esto, cada vez que la paciente llevaba la conversación hacia otro lugar, la escuchaba pero la reorientaba, con la idea de que *“esto que le había pasado la había distraído de su objetivo”*. En la sesión siguiente a la de cámara, cuyo eje temático fue que se había angustiada porque había estado en Villa Gesell haciendo lo que su madre quería, que sentía que nunca hace lo que quiere porque está siempre condicionada y que si se va al interior es para escaparse, se valió de otra reformulación: *“pasaste por muchos momentos difíciles, tenes una situación familiar complicada, pero aún así pudiste recibirte. Hiciste una carrera muy difícil, trabajar, llegar hasta acá... ahora estás pensando en la residencia y tenes que prepararte para eso, decidir qué quieres hacer, si dar un buen examen, si darlo para capital, para provincia...”* obteniendo un grado de aceptación medio. De manera paradójica, directiva o sugerencia que se espera no se realice (Hirsch & Rosarios, 1987), se indicó que *“tal vez este no era el año para proponerse llevar a delante el proyecto de residencia”*. La respuesta inmediata y categórica fue que tenía que ocuparse de rendirla ya mismo, por lo que se consideró exitosa. Manifestó *“no morir por ser la mejor residente pero sí hacerlo bien”*. Se trabajó además cómo se sintió entrevista de cámara, hablando sobre el tema. Estas intervenciones apuntaron a orientarla y acompañarla a transitar su camino con los recursos disponibles, incentivándola a decidir, evaluando qué está dispuesta a ceder para alcanzarlo (Kopec & Rabinovich, 2007), además de, en el caso de esta paradoja, trabajarse sobre la pequeña resistencia que ella ofrecía, a favor del tratamiento, concordante con lo que Kopec (2013) denomina desventaja del cambio.

Para la vez siguiente refirió que había estado hablando con compañeros sobre el tema, acerca de las mejores propuestas y haberse reunido a estudiar, además de haber resuelto renunciar a su trabajo, que no le otorgaba mucho y le quitaba tiempo para su propósito, tema que también se había estado tratando. Comentó haber conocido a un chico por medio de una aplicación, y volvió con la problemática de la madre, temas que

la terapeuta se propuso que no la desfocalizaran. Al respecto se le sugirió que se fijara que mientras su idea era ocuparse del examen se había enredado en otra cosa, no tanto por lo del chico sino por los problemas con su madre. Se le preguntó si esto la llevaba a ocuparse más o menos del tema, buscando otra vez el foco, lo que fue respondido inmediatamente, diciendo que sí, que se había ocupado menos y que el tema la sacaba... Se pactó como tarea que buscara tres posibles hospitales para su formación, la que realizada. Manifestó haberse sorprendido con algunos datos obtenidos pero que le sirvieron para irse armando una idea, habiendo cedido a su pretensión anterior de ingresar solo a un nosocomio. Para ese entonces lo importante ya era entrar a uno en Capital, y después en todo caso, ver dentro de los posibles cuál prefería.

Conforme se avanzó en el proceso terapéutico, manifestó haber comenzado a estudiar un promedio de seis horas diarias, aunque pensaba que el ideal eran ocho. Las sesiones continuaron teniendo como eje temático los distractores del objetivo, situación constante en Manuela. Para esto se le preguntó acerca de cómo sentía que estaban en relación al objetivo propuesto de ocuparse de lo que realmente importaba, respondiendo de manera inmediata que se sentía bien, encaminada y conforme aunque algo ocupada. Si bien mantenía discusiones con el chico con el que había comenzado a salir y con su madre, podía mantenerse estudiando y averiguando instituciones. Volviendo a la reformulación utilizada en cámara, sobre la necesidad de no pensar para poder realizar, sostuvo que era cierto que estaba más distraída y alejada del objetivo que en días previo pero que había podido continuar con el tema, pese a todo. Se prescribió, que por su imperativo carácter se espera su cumplimiento (Wainstein, 2006) que, entendiendo que pensara en su novio al decirle: “*entiendo que algo te va a distraer, el punto es cuánto y cómo... tendrás que pensar en él pero eligiendo momentos, entiendo que esto te saca tiempo, por eso elegirlos...*”. Fue respondida la misma con la frase “*sí, sí. Me saca tiempo y no puedo permitir que me domine, no me puedo perder en esto...*”. La profesional añadió: “*Por eso, elegí momentos de la semana para pensar en él, el resto es para vos*”. Sobre esto comentó que, “*en caso de no poder avanzar, no era grave, se iba al interior y listo*”. Otro de los distractores tratados fueron *dolores de panza* que interferían con la realización de *choices* preparatorios. Se le prescribió para esto que: “*lo entiendo como nervios esperables y que continuarían por semanas, es conveniente que tal vez realices respiraciones y actividad física, puedes ir a un gym, aunque habrá días en que estarán tan presentes que ni eso podrás hacer...*” La paciente, a partir de esto, comenzó a realizar técnicas de respiración complementarias a la terapia, que fue

aplicando ante sensaciones de ansiedad, como una forma de feedback fisiológico (Cazabat, 2007).

Concordantemente con lo expresado la profesional tratante acerca del estilo de la paciente, las sesiones continuaron girando sobre distractores del objetivo, pensar en lugar de hacer y focalizar en ello. En todos los casos, tanto en prescripciones como en reformulaciones, se observa una primera parte de la afirmación en forma de validación de lo que la paciente trae, con la posterior indicación de la conducta esperada, estructura que el modelo entiende adecuadas para estas (Casabianca & Hirsch, 2009). En una oportunidad en que concurrió angustiada, contando que había estado llorando todo el fin de semana porque no le había ido en el examen de capital como esperaba, lo que la avergonzaba frente a sus amigas y que al día siguiente rendía el de provincia de Buenos Aires, el que no le interesaba del todo y sobre el que expresó *“si no me va bien, soy una burra”*, se intentó la reformulación: *“mira, es re entendible que estés así, date todo el tiempo que necesitas para descargarte, llora... quizás todavía no puedas ver el panorama claro porque aún no terminó el proceso de examen”*. Fue bien recibida, respondiendo: *“sí, sí...ya lloré, estoy con bronca...me siento una estúpida...”*. Se le sugirió luego que fuera escribiendo lo que le iba pasando con esto, lo que iba sintiendo.

Para este entonces, la terapia estaba llegando a su fin, de acuerdo a lo expresado por Soledad. Logrado el objetivo de rendir el examen, no quedaba mucho por hacer. Mientras que para ella estaban acercándose al final del proceso, Manuela solicitaba volver a concurrir semanalmente en lugar de cada quince días, tiempo intersesiones que estaban manejando en ese momento. La profesional comenzaba a temer que se le hiciera difícil el cierre, pensando ya en su condición de alta.

5. 4. Analizar el fin de la crisis vital de la paciente desde el modelo de resolución de problemas.

El alta de la consultante, situación que se produce de manera exitosa cuando ambas partes, terapeuta y paciente, consideran que las metas mínimas han sido alcanzadas y el motivo de consulta resuelto constituyendo así el final del tratamiento (Casabianca & Hirsch, 2009; Rodríguez Ceberio, 2017), se estableció en la sesión número 12, aunque a partir de la 10 había comenzado a pensarse estratégicamente en ella.

La evolución de Manuela, de acuerdo a lo esperado, fue algo sinuosa aunque en sentido creciente, con un proceso planteado según las etapas definidas por Kopec (2007), acorde con lo expresado por la terapeuta y lo que surge de su historia clínica. Con el transcurso de las sesiones y mediante las intervenciones propuestas, se fueron observando cambios en el sentido buscado. Ella comenzó a dedicar un tiempo adecuado al estudio, dejando por momentos a un lado las rumiaciones, aceptando la idea de que el pensar mucho la llevaba a la inacción. En palabras de la psicóloga, la evolución fue lenta en un principio. Ambas habían establecido un buen vínculo y Manuela se mostraba conforme con la terapia, pero no realizaba las tareas, más allá de que se consideraba que habían entrado. De todas maneras, las intervenciones eran aceptadas e iban dejando su huella. Al final de cada sesión se realizaba una evaluación de la misma, con resultados positivos en general, con la excepción de las entrevistas previas a la cámara, que no lo eran tanto para la profesional, quién no estaba del todo segura acerca de lo acertado de la dirección en la que estaban yendo. Después de la supervisión, se mantuvo siempre el mismo foco. Comenzó a avanzarse lentamente en la dirección pensada, aunque con algunas inseguridades.

De la entrevista realizada a la psicóloga a cargo del caso surge que a lo largo del camino terapéutico la paciente logró ir ordenando sus prioridades, de acuerdo a lo esperado. Más allá de que continuaron surgiendo temas, conforme le sucedían cosas tanto en sus relaciones de pareja como con su madre, que desde hacía tiempo no era buena, no se ubicaban en posición central en los pensamientos de Manuela y por tanto, tampoco de las sesiones. Fue alcanzando, de acuerdo con Soledad, la intimidad necesaria para independizarse de su familia, sin huir de esta, logrando su autonomía y desarrollo (Semenova Moratto Vázquez et al., 2015).

Entre las cuestiones surgidas estuvo el relato de una pelea con la madre, en la sesión 11, que había incluido un golpe en un brazo, situación que no se daba hacía ya mucho tiempo, que volvió a llevar a la paciente a mencionar su intención de alejarse de la casa materna, para lo que no contaba con dinero, lamentándose por ello. El comentario fue reformulado por Soledad, expresando textualmente. *“pareciera que nuevamente te estás preguntando si tu objetivo sigue siendo entrar a la residencia, teniendo en segundo plano ciertos proyectos personales...y estaría muy bien si es lo que quieres...quizás hoy tengas que hacerlo”*. Inmediatamente fue respondida con la frase: *“no...esta pelea no me importa, tengo bastante claro lo que pasa con mi vieja, yo sigo pensando que es prioridad estudiar, a algún lugar voy a entrar. He estado peor de*

ánimo". La terapeuta le respondió: "*puede ser que sigas así de ánimo y que no tengas que hacer nada para estar mejor*". Consultada acerca de su estrategia al respecto, contestó que buscaba seguir trabajando en la misma línea, de fijar el foco en el objetivo residencia, además de manejar el duelo por no tener lo que esperaba, dado que para ese entonces ya había rendido uno de los exámenes no estando conforme con el resultado que suponía haber tenido. Ya con un examen rendido y el otro en ciernes y con la capacidad de aceptar rápida y positivamente las intervenciones, sin grandes oposiciones o resistencias, la psicóloga consideraba estar terminando el tratamiento, dado el logro del objetivo (Rodríguez Ceberio, 2017), lo que ameritaba plantear la condición de alta.

Con esta idea propuso establecer la sesión siguiente en 3 semanas, espaciándola más de lo habitual, recordando de todas maneras el temor sentido en la ocasión anterior, cuando había solicitado acortar el tiempo intermedio, angustiada por la finalización visualizada. Esta vez fue bien recibida la propuesta.

Esta siguiente y última entrevista tuvo como eje su felicidad por haber ingresado a uno de los hospitales de preferencia de la paciente, ubicado en la Provincia de Buenos Aires. Sostuvo además haber podido optar por otro de capital, dependiente de la UBA pero haber elegido este por su buen clima de trabajo, careciendo del maltrato que ella entendía como característico del otro. Comentó que deseaba contárselo personalmente a Soledad y que por ese motivo o había cancelado la sesión, aunque lo había considerado, lo que la terapeuta entendió como una manifestación de la buena alianza terapéutica, ese vínculo fundamental y empático necesario para el trabajo, que de manera creciente se va desarrollando y que se relaciona con la obtención de buenos resultados terapéuticos (Coutinho et al., 2014). Continuó versando sobre la manera en que les había transmitido su logro a todas sus relaciones significativas y de su deseo de intentar mudarse a un lugar más cercano al hospital, que es en Ramos Mejía, lo que le permitiría también establecer cierta distancia con su familia, tal como era su deseo, todo con un clima de profunda alegría.

Sobre esto intervino Soledad, expresando "*la verdad Manuela que me alegro por vos, por todo lo que estudiaste. ¿Hay alguna conclusión o aprendizaje que hoy puedas pensar?*", entendiendo a las preguntas como forma de intervención por excelencia (Rosarios & Hirsch, 1987). Obtuvo como respuesta inmediata: "*y....que a veces no hay que apresurarse, las cosas a veces se acomodan. Igual, lo que me pasó a mí fue suerte, porque se bajó mucha gente. Pero buen...era la ansiedad lógica por el momento que estaba atravesando*". A lo que la terapeuta le indicó: "*bueno, comenzó.*"

Es una rutina nueva...habrá cambios. Tranquila, tomate tu tiempo”, a modo de cierre del tema.

A continuación realizó una sugerencia, que textualmente se transcribe a continuación: *“Bueno, ahora comienza una nueva etapa... espero que este don que tenes que te permite luchar por la justicia y ser un poco terca lo tengas en cuenta para este nuevo espacio...Sé que lo manejas bien por todos los amigos que tenes...”* Fue aceptada por Manuela, quién respondió: *“sí, sí, no tengo problemas con eso (se rió), ya hoy había que organizar algo para la comida y para mí lo organizaron mal, pero no dije nada...me acoplé, después saltó otra...”* Esta intervención, realizada a modo de maniobra de cierre, las que se llevan a cabo en las últimas entrevistas como una consecuencia lógica del proceso, sobre todo en relación con las maniobras de focalización, en general del inicio del proceso, tienen por objetivo consolidar los logros y prevenir recaídas. Se trató de enfatizar lo obtenido como producto de las habilidades propias de Manuela (Hirsch & Rosarios, 1987). Consultada Soledad acerca del fin de este proceso, manifestó que se trata de la etapa más compleja, dado que implica la redefinición del cambio y su consolidación, para lo cual se intenta incrementar la autonomía de la paciente, concordantemente con lo que sostiene Nardone (2000), situación por la que en el caso de Manuela utilizó, entre otras intervenciones, esta sugerencia. Se proponía con esto encontrar un nuevo equilibrio, con base en un nuevo mapa de realidad y con la utilización para esto de los recursos propios.

Como, de acuerdo con Kopec (2007), en el cierre de la terapia es conveniente dejar las puertas abiertas a posteriores posibles consultas, ambas pactaron que ante la necesidad, se sintiera libre de recurrir nuevamente a su ayuda.

Con el cumplimiento del objetivo de la paciente, esto es habiendo ingresado a la residencia y su expresión de satisfacción, se cumple con las dos variables propuestas por Figueroa y Hirsch (2007) para el cierre de un proceso, evitando así una innecesaria prolongación que no conlleve beneficios para la parte. A partir de esto es tarea del terapeuta generar la sensación de que ese cierre es la traducción lógica de un proceso que fue exitoso, de acuerdo con lo manifestado por la profesional actuante.

Resolver una crisis vital es poder pasar de un estadio al siguiente, como parte de un proceso progresivo, superando el estancamiento, lo que trae consigo, como en el caso de esta consultante (Erikson, 1985; Falicov, 1991), poder contar con la energía y los recursos suficientes para avanzar de acuerdo a lo socialmente esperado dentro del proceso vital, permitiendo de esta manera llevar adelante el rol esperado y valorar

positivamente la forma en que Manuela vive su vida (Falicov 1991). El transitar este camino terapéutico posibilitó que Manuela avanzara hacia un lugar de mayor adaptación, a partir de la toma de una decisión trascendental para su desarrollo (Zegarra & Paz, 2015), lo que se relacionará, a su vez, con la manera de resolución de los próximos (Erikson, 1985; Hayes & Stratton, 2013).

En palabras de Soledad, concordantemente con Falicov (1991), el momento de construcción de una nueva etapa implica un período profundamente estresante, como lo es también el desarmado de otra, situación presente en esta crisis atravesada por su paciente, la que derivó en un cambio de tipo dos, una verdadera transformación, estableciéndose un nuevo equilibrio (Girones, 2014).

Manuela había concurrido solicitando ayuda para resolver una insatisfacción en tiempo presente, lo que entendió conjuntamente con su psicóloga haber logrado. Bajó su nivel de ansiedad, se sintió mejor, estaba feliz con el resultado de su esfuerzo, que consiguió anteponer a su inercia hacia el pensamiento perturbador y generador de inactividad, focalizando sus pensamientos y trabajo en lo que concordaron como prioritario. Se evidenciaron cambios en sus conductas, actitudes y emociones, construyendo así una nueva experiencia de realidad.

6. Conclusiones

Este trabajo fue realizado en el marco de la material Práctica de Habilitación Profesional, que se llevó a cabo en un centro psicoterapéutico de orientación sistémica que trabaja con el Modelo estratégico de resolución de problemas, surgido de la escuela de Palo Alto. Se tomó el caso de Manuela, paciente que atravesaba una crisis vital, con el objetivo de describir el desarrollo de un proceso de terapia breve llevado adelante desde ese marco teórico. A partir de la historia clínica, de la cual la institución lleva un registro bastante estricto, la realización de entrevistas y la observación de video se pudo analizar el tratamiento, que fue considerado exitoso. La institución, a través de su personal, facilitó los recursos necesarios para el cumplimiento del objetivo, lo que fue vital a la hora de realizarlo, permitiendo acceder de esta manera a la información requerida de manera franca.

Con respecto al primer objetivo, descripción de la crisis al inicio del tratamiento, se describieron las molestias y angustias relatadas por la paciente, como así también lo expresado como queja inicial y por qué ahora, ambos relevantes para el modelo. A

modo de síntesis, esa primera frase que la paciente relató y que fue consignada como queja, además de sus gestos, movimientos, silencios y significados que se extraen de ellos (Casabianca & Hirsch, 2009), permitió entender de qué se trataba su malestar y desplegó las primeras herramientas con las que contaba, permitiendo a su admisoro advertirlas, lo que constituye un valioso material de trabajo. Fue posible también en esta primera cita co-construir el problema, sobre el que trabajó posteriormente la psicóloga tratante. También se logró obtener un panorama claro y exhaustivo de las conductas, emociones, actitudes y estilo de la paciente, a través de los instrumentos con los que se contó para esta tarea, confirmando la hipótesis inicial establecida en relación a un estancamiento del ciclo de vida, a modo descrito por Erikson (1985).

En cuanto a segundo objetivo, descripción de las intervenciones de tipo estratégico propuestas por la profesional, pudo darse por cumplido. De los instrumentos utilizados pudo entenderse que se intentó con ellas generar una modificación en las conductas disfuncionales de Manuela, buscando alterar el circuito autoperpetuante sostenedor del malestar (Adan & Piedrabuena, 2007; Nardone & Watzlawick, 1992).

Según sus propias palabras, la terapeuta se sintió algo incómoda con el curso de las primeras sesiones, recurriendo entonces al equipo de cámara Gesell, a modo de supervisión, para ayudarla a mantener el foco, perturbado por el particular estilo de su paciente, y de esta manera esclarecer hacia dónde debía dirigir el proceso, permitiéndole trazar claramente tácticas, estrategias y objetivos (Daskal, 2008), permitiendo a Soledad llevar a su paciente hacia su meta, aún ante la presencia de distractores o problemas que afectaban su progreso.

Con la intención de modificar el marco con que la paciente significa su realidad pero de manera acorde, congruente con su modo de entenderla, se acudió a la utilización de una de las formas de intervención fundamentales descritas por el enfoque teórico, como son las reformulaciones, en las que, a través de afirmaciones directas se busca reencuadrar las significaciones otorgadas a las situaciones problema (Cazabat & Urretavizcaya, 2007). Se apeló también al recurso de las intervenciones indirectas, de tipo paradójal, a modo de sugerencia, en las que se apuntó a un cambio de actitud o significado a partir de la aplicación de una contradicción, esperando el resultado contrario, esto es, su no realización (Hirsch & Rosarios, 1987). No se observó el uso de metáforas, anécdotas ni historias.

Por último, sobre el tercer objetivo, que se trató de analizar el fin de la crisis de la consultante, también se consideró satisfecho. Fue posible describir el estado final de

Manuela, sus emociones y conductas, observándose el cambio operado en ella a través del proceso, lo que permitió consignar que en ella se produjo un cambio terapéutico (Haley, 1980), pudiendo establecer prioridades, sostenerlas hasta concretarlas y manejar emociones asociadas distractoras que le impedían el avance en su desarrollo, logrando traducirlas en una conducta, como fue el ingreso a la residencia deseada. Para esto logró resignificar su experiencia y el marco de realidad asociado (Wainstein, 2006) permitiéndole alcanzar el rol correspondiente a la representación social establecida (Wainstein, 2016).

Con respecto a las limitaciones presentadas a lo largo de este trabajo puede mencionarse como considerable la falta de acceso a material teórico reciente. Si bien se encontraron y trabajaron algunos libros y papers actuales, no hay suficiente cantidad como el trabajo requería. Se trata de un modelo teórico específico que no cuenta con la adecuada disponibilidad de material actualizado. Existe material disponible acerca de teorías que sustentan el modelo y antecedentes teóricos y prácticos, pero, tal vez por tratarse de una terapia desarrollada en el país, las investigaciones y publicaciones no abundan.

Otro inconveniente importante se relaciona con el hecho de tratarse de un caso iniciado y terminado previamente a la rotación realizada por la autora en la institución tratante, por lo que no se pudo acceder de manera directa al caso ni a la paciente, si bien se contó con el material registrado por el equipo. Para sortearlo de la mejor manera posible, aunque sin obtener el mismo resultado que hubiera surgido de esta valiosa experiencia, se recurrió a una concienzuda lectura y observación de todo el material disponible y a la toma de entrevistas a los terapeutas participantes. Si bien la institución exige un registro claro y conciso del proceso terapéutico en la historia clínica, los datos surgidos de ella resultaron insuficientes para alcanzar la meta establecida originalmente para esta investigación. Del citado documento surgen el eje temático tratado así como las intervenciones realizadas en cada entrevista y las reacciones de Manuela frente a ellas, pero el detalle no es claro, utilizando a veces un lenguaje demasiado coloquial que no resulta del todo precisos, lo que según Kopec (2007) resulta un dato fundamental en el planteo del tratamiento. Un dato ausente en la historia clínica es la motivación, que resulta vital para el terapeuta al momento de trazar los objetivos, rechequearlos y planificar las intervenciones tendientes al logro de los mismos (Hewitt & Gantiva, 2009). La misma fue solo consignada en la admisión, pero que no volvió a considerarse por parte de la tratante. Tampoco se observaron plasmadas en el citado documento las

estrategias establecidas por la terapeuta, elemento requerido por el modelo y considerado importante (Casabianca & Hirsch, 2009).

Si bien pudieron observarse y entenderse algunas de las formas de intervención propuestas por el marco teórico, resultó acotado a las reformulaciones, las sugerencias, la utilización de una paradoja y la prescripción de tareas, no evidenciándose ninguna otra. La autora es consciente de que cada terapeuta, cada paciente y cada vínculo son particulares y en ese marco se despliegan los instrumentos que se consideran acordes o se evalúan posibles de mejor aceptación, además de ser con las que ambas partes se sienten más cómodas, a los efectos de la mejor comprensión del modelo hubiera resultado de mayor riqueza un abanico más amplio de herramientas terapéuticas.

Con respecto a Manuela, esta autora considera que tal vez hubiera resultado interesante la propuesta de algunas sesiones destinadas al seguimiento, mantenimiento y refuerzo de lo logrado que, de acuerdo con Casabianca y Hirsch (2009), es parte importante del proceso, además de la evaluación del mismo. A lo largo de la práctica, la autora ha notado en numerosas ocasiones la solicitud de apoyo para mantener lo trabajado en terapia por parte de otros pacientes, colaborando en la resolución de angustias y de sentimientos y conductas ambiguas posteriores al alta, resultando en un beneficio para el paciente. También resultó interesante el contar con evaluaciones del proceso, constituyendo una importante fuente de datos para la institución, en un feedback fundamental para la misma.

En cuanto al enfoque teórico, muy especificado y manualizado, en el que resulta importante ceñirse imperativamente a los estándares establecidos, cabe preguntarse acerca de su aplicabilidad, de idéntica manera, a diferentes situaciones vitales y psicopatologías, todas con particularidades y especificidades características. Se ha accedido a reportes de trabajo de investigación que demuestran su eficacia en la práctica en condiciones ideales, habiéndose planteado la necesidad de la elaboración de investigaciones tendientes a manualizar operaciones basadas en la evidencia de casos reales, en los que aparecen además de cuestiones inherentes a la diferencia entre los terapeutas, la existencia de particularidades en cada paciente, además de la presencia de diversas comorbilidades a considerar (Carr, 2010; Pote et al., 2003). La propuesta del enfoque centrado en la resolución de problemas está colocado en la generación del cambio, de manera genérica, no especificando diferencias en cuanto a su instrumentación en cada tipo de situación vital o patología, considerando al consultante como partícipe de un sistema y esperando su posible extrapolación a su participación en

otros sistemas, en caso de requerirse, al ser capitalizado como herramienta. Más allá de esta consideración, la propuesta, por la evidencia encontrada y por tanto, a criterio de esta autora, la aplicación de este modelo teórico resulta eficaz, efectiva y eficiente, al momento de desarticular un circuito, lograr un cambio en una conducta, y a partir de ello una mejoría considerable en la subjetividad del paciente, modificando la forma en que significa su realidad (Casabianca & Hirsch, 2009).

La elección por un caso con las características de una crisis vital se relacionó con lo que la autora entiende como habitualidad de los mismos en la práctica clínica en consultorio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue llevada a cabo al inicio de la práctica. Se buscaba describir, para poder analizar, un proceso completo de tratamiento de este tipo, situación que fue relativamente lograda, aunque con un dejo de insatisfacción. Tratándose de una cuestión universal, normativa en intersección con un sistema no normativo que regula el pasar de una etapa a otra (Falicov, 1991), con la congruente carga de estrés que trae aparejada (Gironés, 2014), resultaba interesante su abordaje. Pero el caso, o el material disponible para acceder a él, no presentó la riqueza esperada, no alcanzando a cubrir las expectativas levantadas, más allá de lo cual, la práctica en general sí lo alcanzó, pudiendo calificarse como fructífera.

En cuanto a futuras líneas de investigación podría plantearse la realización de un estudio basado en la evidencia a partir de datos de la institución observada, la que cuenta con un número grande de tratamientos anuales, aportando casuística suficiente, en concordancia con lo que se está trabajando en otros países y fundamentalmente respecto de la temática ciclo vital, atento a la falta de material en el país, atendiendo así a las cuestiones normativas pero relacionadas con la cultura, y los acontecimientos socio-históricos propios (Falicov, 1991).

El tránsito por el centro de terapia sistémica permitió a la autora no sólo complementar y enriquecer su paso por la universidad sino también permitirle comprender que la práctica clínica, para la que entendía contaba con pocas herramientas, constituía una posibilidad concreta, agradable y prometedora para su próximo desempeño. Le resultó además un marco teórico adecuado a su estilo de personalidad y modo de ver el mundo, de significar su realidad, transformándose en el camino de elección para su futuro profesional.

7. Referencias Bibliográficas

- Arnold, M. & Ososrio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. Recuperado de <http://www.catedramelon.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Teoria-General-de-los-Sistemas.pdf>
- Adán, M.S. & Piedrabuena, S. (2007). Diagnóstico y estrategia en psicoterapia. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 31-45). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Aramberri, I. (2002). La escuela estratégica. Apuntes. Recuperado de: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Escuela-Estrat%C3%A9gica.-I-Aramberri.-2014.pdf>
- Bados López, A. (2008). La intervención psicológica: Características y modelos. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/4963>
- Beyenbach, M., & Herrero de Vega, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Biscotti, O. (2011). ¿Qué es la terapia sistémica? *Instituto Sistémico de Buenos Aires* recuperado de: <https://isdeba.wordpress.com/2011/09/03/%C2%BFque-es-la-terapia-sistémica/>
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.* Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Carr, Alan (2010). Ten research questions for family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31 (2): 119-132.
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 15-20). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Cazabat, E., & Urretavizcaya, A. (2007). La reformulación panorámica. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica* (pp. 91-100). Buenos Aires: Dunken.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. D. (2014). The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicología*, 30 (3), 985-994.

- Daskal, A.M. (2008). Poniendo la Lupa en la Supervisión Clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17 (3), 215-224.
- Dulcey-Ruiz, E & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 34. (1-2). 17-27.
- Erikson, E. H. (1985). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Falicov, C. J. (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo vital*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Figueroa, E. & Hirsch, H. (2007). Sobre los cierres. En D. Kopec & J. Rabinovich, *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 129-136). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Flichman, A. (2007). Cámara Gesell, Qué es, Para qué sirve, y otras yerbas. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 117-1126). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Garciandía, J. (2005). *Pensar sistémico: una introducción al pensamiento sistémico*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Gironés, M. (2014). El ciclo vital familiar. En: A. Moreno, A. (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*, (pp. 63- 98). Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1996). La supervisión en vivo. En J. Haley, *Aprender y enseñar terapia* (pp. 189- 226). Buenos Aires: Amorrortu.
- Hayes, N., & Stratton, P. (2013). *A student's dictionary of psychology*. Londres: Routledge.
- Hernández Córdoba, A. (2007). Trascender los Dilemas del Poder y del Terapeuta como Experto en la Psicoterapia Sistémica. Colombia. *Universitas Psychologica*, 6(2), 285-293.
- Hewitt, N., & Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Hirsch, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.

- Kreuz Smolinski, A. & Pereira Tercero, R. (2009) (2 ed.), *Terapia familiar*. En L. Vallejo, & C. Leal, *Tratado de Psiquiatría*. Recuperado de: http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/pdffiles/VallejoTratado/c131706082.pdf
- Kopec, D. (2007). El Diseño de la Terapia Estratégica. En D. Kopec., & J. Rabinovich (Eds.), *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 15-20). Buenos Aires: Dunken.
- Linares, J. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna*. Barcelona: Herder
- Lombardo, E. & Krzemien, D. (2008). La Psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del Desarrollo. *Revista argentina de sociología*, 6 (10).
- López, D. A. (2017). De la familia sistémica a la familia global: Apuntes sobre la familia y sus dinámicas desde el enfoque sistémico y la sociología de la globalización. *Lumen Gentium*, 1(2), 36-46.
- Loubat, M. (1995). Supervisión en Psicoterapia: una Posición Sustentada en la Experiencia clínica. *Terapia Psicológica*, 23 (2), 75-84.
- Martínez, J. (2013). Introducción. La Terapia estratégica breve. *Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 17-29). Santiago: Ril
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Morejón, A. R., & Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En: Garrido, M. & García, J. (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones*, (pp. 241-290). Valencia: Promolibro.
- Napier, A. Y., & Whitaker, C. A. (1982). *El crisol de la familia*. Amorrortu.
- Nardone, G. (2002). La Teoría. Construir Realidades Terapéuticas. En *Psicosoluciones* (pp.27-39). Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Editorial Herder.
- Pérez Sánchez, L., Rábago de Ávila, M., Castillo Castañeda, G., Schoham Perelis, C., Zamora Pérez Correio, R. de J., & López Moreno, S. D. (2019). La jubilación y la sororidad femenina: una propuesta de trabajo desde las prácticas colaborativas dialógicas y las narrativas. *Nova Perspectiva Sistémica*, 27(62), 34-54.
- Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D, Shapiro, D. & Boston, P. (2003). Systemic family therapy can be manualized: research process and findings. *Journal of Family Therapy*, 25(3), 236-262.

- Rabinovich, J. (2007). Trabajar en equipo. Interacción y acuerdo de objetivos entre los profesionales que atienden a un mismo paciente. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 109-136). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Rodríguez, A. & Barbagelata, N. (2014). Fundamentos teóricos del paradigma sistémico. En: Moreno, A. (Ed.), *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*, (pp. 27-62). Bilbao: Editorial Descleé de Brouwer.
- Rodríguez Ceberio, M. & Watzlawick, P. (2017). *Si quieres ver, aprende a actuar*. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones.
- Schaefer. (2013) La Terapia estratégica breve: fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En *Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 29-62)
- Selicoff, H. (2006). Looking for good supervision: a fit between collaborative and hierarchical methods. *Journal of Systemic Therapies*, 25 (1), pp. 37-52.
- Semenova Moratto Vázquez, N., Zapata Posada, J. J. & Messenger, T. (2015). *Conceptualización del ciclo vital familiar: una mirada durante el período comprendido entre los años 2002 a 2015*, 8 (2), 103 – 121.
- Sluzki, C. (2014). Prólogo. En *Manual de Terapia Sistémica* (11-16). Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Ulfe Herrera, E.C. (2015). Tecnología que evita la revictimización en niños, niñas y adolescentes: Cámara Gesell. *Hamut'ay Revista semestral de divulgación científica* 2(2). Lima, Perú. DOI. <http://dx.doi.org/10.21503/hamu.v2i2.916>
- Von Bertalanffy, L. (1993). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de cultura económica. Rescatado de:
[file:///C:/Users/M%20Julia/Downloads/TGS_Bertalanffy%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/M%20Julia/Downloads/TGS_Bertalanffy%20(1).pdf)
- Wainstein, M. (1997). *Comunicación. Un paradigma de la Mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2012). La influencia del Constructivismo en la Psicoterapia Interaccionista. En G. Nardone, & P. Watzlawick, *Terapia breve: Filosofía y Arte* (pp. 51 - 60). Barcelona: Herder.
- Wainstein, M. (2016). *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D.D. (1971). *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Editorial Tiempo.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1992). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Zegarra, D., & Paz, Á. (2015). Terapia familiar sistémica: una aproximación a la teoría y la práctica clínica. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 1(1), 45-55.