

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: “Perspectiva sistémica en relación a las intervenciones en un caso clínico de un adulto joven con problemáticas en el ciclo vital”

Alumna: Natalia Antonella Rossi

Tutor: Gregorio Traverso

Buenos Aires, 13 de diciembre de 2019

Indice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1 Objetivo general	2
2.2 Objetivos específicos	2
3. Marco teórico	3
3.1. El ciclo vital	3
3.1.2 Problemáticas del ciclo vital en adultos jóvenes	11
3.2. Modelo sistémico: Origen y características	14
3.2.1. Intervenciones estratégicas	15
3.3. Terapia dialéctico conductual	21
3.3.1 Regulación emocional	22
3.4. Terapia de Aceptación y Compromiso	25
4. Metodología	27
4.1 Tipo de estudio	27
4.2. Participantes	27
4.3. Instrumentos	28
4.4. Procedimiento	28
5. Desarrollo	29
6. Conclusiones	43
Referencias bibliográficas	47

1. Introducción

El presente trabajo se realizó durante la Práctica Profesional realizada en un centro que se dedica a la atención en salud mental brindando tratamiento psicológico, psiquiátrico y psicopedagógico con marcada orientación sistémica. La institución localizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuenta con equipos terapéuticos especializados y cursos de formación a profesionales.

La pasantía consistió en la observación constante de pacientes en Cámara Gesell y supervisión de casos de niños, adultos, familia y parejas. El paso por la institución incluyó también la participación en cursos tales como DBT (*Terapia Dialéctica Conductual*), Mindfulness, Realidad Virtual, charlas de mutismo selectivo, entre otros. A su vez se colaboró en el subtítulo de admisiones y Congresos, como también en búsquedas en Internet acerca del marco legal para la Terapia Online y la confección de informes relacionados.

Se busca a través del presente trabajo el análisis estratégico para el abordaje psicológico en un joven que atraviesa una crisis del ciclo vital y tiene dificultades para enfrentar situaciones de la vida que se relacionan con la posibilidad de errar, fracasar o estancarse.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir el abordaje psicológico en un joven adulto con problemáticas de ciclo vital.

2.2 Objetivos específicos

- Describir la queja inicial y la co-construcción del problema del ciclo vital en un paciente adulto joven al inicio del tratamiento.
- Analizar las intervenciones estratégicas utilizadas para el caso clínico
- Describir la evolución de la problemática del joven luego de 13 sesiones de tratamiento sistémico.

3. Marco teórico

3.1. El ciclo vital

Cualquiera sea la etapa de la vida familiar, la transición a la siguiente constituye un hito crucial en el desarrollo de una persona y de su familia (Haley, 2012).

Las familias recorren un proceso de desarrollo y el sufrimiento o los síntomas psiquiátricos aparecen cuando este proceso se perturba. Es decir, cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o interrumpe. El síntoma es la señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. Habitualmente, los síntomas aparecen cuando alguien está en una situación imposible y procura salirse de ella (Haley, 2012). Haley realiza la propuesta de definir la patología como la interrupción de un proceso evolutivo normal. La meta de la terapia es desatascar a la familia y poner de nuevo en movimiento el ciclo vital (Falicov, 1991).

Minuchin y Fishman (1993 como se citó en Wainstein, 2016) desde el modelo estructural explican que la familia es un sistema vivo, un organismo que evoluciona con el tiempo ya sea por el contexto o bien por los individuos que la conforman, donde las personas nacen, crecen, se reproducen y mueren. Cada paso va dejando huellas que influyen individualmente en los miembros. Estas *huellas* fueron generadas en la interacción con otros: en las costumbres, los hábitos, las reglas, los vicios que se van transmitiendo de generación en generación.

Las etapas del ciclo de vida para este modelo son: 1) Formación de la pareja, 2) La pareja con hijos pequeños, 3) la familia con hijos en edad escolar y/o adolescentes, 4) la familia con hijos adultos (Minuchin y Fishman, 1993 como se citó en Wainstein, 2016).

Erik Erikson (2000), amplía las etapas vitales hasta ocho. El autor plantea una visión del ciclo vital entendida como una secuencia de encrucijadas en las que el *yo* se ha de enfrentar a ciertos compromisos y demandas sociales. Si las encrucijadas se superan con éxito, suponen una expansión y la adición de nuevas competencias y cualidades al *yo*, si no, pueden implicar un estancamiento e incluso una regresión del *yo* que dificulta el abordaje de encrucijadas futuras. Desde este punto de vista, el ciclo vital, y en concreto el envejecimiento se contempla como un proceso abierto que puede suponer tanto pérdida como ganancia en función de cómo se resuelve o no cada una de las encrucijadas (Erikson, 2000).

Erikson (2000) ha señalado a menudo que un ciclo vital individual no puede comprenderse satisfactoriamente fuera del contexto social en el que se realiza. El individuo y la sociedad están para el autor, íntimamente entrelazados, interrelacionados dinámicamente en un intercambio continuo. Para Erik existen ocho estadios importantes en la vida de una persona:

1. Desconfianza básica versus confianza: esperanza (*INFANCIA*)

Esta primer etapa hace referencia a que sin una confianza básica el niño no puede sobrevivir. Aunque la supervivencia sería difícil sin un poco de desconfianza para protegernos, la desconfianza puede contaminar todos los aspectos de nuestra vida y privarnos del amor y de la amistad con los demás.

2. Autonomía versus vergüenza y duda: voluntad (*NIÑEZ TEMPRANA*)

El crecimiento se realiza muy rápidamente y con mucha satisfacción, los padres tan sólo pueden asombrarse y desear el éxito del hijo. Pero existen algunos límites, cuando éstos se traspasan y se pierde el control de las cosas, puede darse una reversión hacia la inseguridad y la pérdida de la confianza en sí mismos; que acaba produciendo vergüenza y dudas sobre sus capacidades.

3. Iniciativa versus culpa: finalidad (*EDAD DEL JUEGO*)

La iniciativa es valiente y esforzada, pero cuando fracasa le sigue una gran sensación de desánimo. Es vivaz y entusiasta mientras dura pero el instigador de la iniciativa a menudo se queda con un sentimiento de incapacidad y culpa.

4. Industria versus inferioridad: competencia (*EDAD ESCOLAR*)

En qué somos buenos y para qué valemos son las primeras preguntas que nos hacemos. Nuestras escuelas nos inician de esta manera, y nosotros raramente recuperamos el carácter juguetón que conduce a la creatividad original.

Todo aquello que uno hace o intenta hacer requiere un determinado nivel de competencia para ser aceptable y comprensible. No basta con ser original o con tener inventiva, es necesario además ser competente a fin de sobresalir en nuestro mundo práctico.

5. Identidad versus confusión de identidad: fidelidad (*ADOLESCENCIA*)

Quién cree él o ella que soy yo? Es una cuestión fastidiosa que uno se pregunta, y a la que es difícil encontrar una respuesta adecuada. La confusión sobre la identidad existencial plantea un enigma a uno mismo y a muchas personas, quizás a la mayoría. Con la edad, se puede sentir una incertidumbre real sobre el estatus y el rol.

6. Intimidad versus aislamiento (*JUVENTUD*)

Los años de intimidad y de amor son alegres, amar y encontrarse en otra persona es satisfacción y placer. Añadir hijos al círculo es un enriquecimiento gozoso, verlos crecer y que son capaces de controlar sus vidas resulta maravilloso y gratificante. Pero no todo el mundo es afortunado. Los que no atraviesan este rico período experimentan sensación de aislamiento y privación. Cuando no hay recuerdos que evocar en la vejez, puede nacer en su lugar una dedicación total al arte, a la literatura o a la erudición para compensar la carencia. Algunas personas se entregan feliz y completamente a su trabajo, a su vocación y a la creatividad.

7. Generatividad versus estancamiento: cuidado (*ADULTEZ*)

El estadio de generatividad ocupa la mayor extensión de tiempo, durante los cuales se establecen compromisos de trabajo y tal vez se inicie una nueva familia, dedicando el tiempo y la energía a fomentar una vida sana y productiva. Durante este período las relaciones laborales y familiares nos enfrentan a las obligaciones del cuidado y a una amplia gama de obligaciones y responsabilidades, intereses y celebraciones. Cuando todo esto está cohesionado de manera satisfactoria, todo puede ir bien y prosperar. Es un reto exitante en el mejor de los casos, pero sin embargo es una carga si se convierte en algo rígido y exigente.

8. Integridad versus desesperanza (*VEJEZ*)

Lo más fácil es sentirse cansado y desanimado. A los noventa años puede resultar un serio problema localizar unas gafas fuera de lugar. Generalmente, en los encuentros entre lo sintónico y lo distónico, los elementos distónicos ganan terreno a medida que pasa el tiempo. La desesperanza está a la espera.

La vida en el octavo estadio incluye una mirada retrospectiva de la vida de uno mismo hasta el momento presente. El grado de disgusto y de desesperanza que uno experimenta dependerá en parte del grado en que uno considera que ha vivido bien la vida frente a lamentarse de las ocasiones perdidas. La cuestión es que hay normalmente muchos pesares, junto con la idea de la muerte cercana.

Desde el principio se nos ha dado una confianza básica, sin ella la vida es imposible y con ella hemos resistido. Nos ha acompañado como una fuerza permanente y nos ha alentado con la esperanza. Si los ancianos se pueden adaptar a los elementos distónicos de sus

experiencias vitales en el noveno estadio, pueden avanzar en el camino que conduce a la gerotranscendencia.

Un clínico debe ser tolerante hacia las diversas formas posibles de vivir y al mismo tiempo, debe tener una captación del proceso evolutivo de las familias que le sirva como guía a los efectos de reconocer etapas críticas. Cualquier comprensión que podamos alcanzar del desarrollo de una familia puede quedar rápidamente desactualizada, debido a los cambios culturales y a la aparición de nuevas formas de vida familiar (Haley, 2012).

Haley menciona la importancia de ciertas etapas críticas en la vida de una persona. El período de galanteo se relaciona a la etapa en que la gente joven se *gradúa* del estatus juvenil y pasa al adulto. Una tarea primordial en esta época es la conducta de galanteo. El éxito en esta época depende de la superación de deficiencias personales, ser capaces de asociarse con gente de su edad, alcanzar un estatus adecuado en su red social, haberse desenganchado de su familia de origen y contar con una sociedad lo suficientemente estable como para permitir que las fases de galanteo lleguen a completarse. En este momento de la vida pueden surgir varios inconvenientes que afecten las posibilidades del joven, y es posible que la terapia resuelva alguno de ellos.

La etapa siguiente planteada por el autor tiene que ver con el matrimonio y sus consecuencias. El objetivo del tratamiento psicológico durante esta época es ayudar a la joven pareja a que pueda alcanzar una relación estable, a pasar a la etapa de generación y crianza de hijos. Los problemas surgidos como consecuencia del matrimonio suelen involucrar dificultades sexuales, síntomas que traban o incapacitan a uno de los cónyuges, o bien una ruptura aparentemente sin solución al poco tiempo de casados.

A esta etapa le sigue el nacimiento y el trato con los hijos. La criatura puede ser bienvenida o constituir una dificultad, puede consolidar un matrimonio o disolverlo. La llegada de un niño repercute en todo el sistema familiar. Cuando un matrimonio llega a la madurez de su vida conyugal, sus dificultades suelen haber pasado a ser pautas habituales. La lucha por el poder, por ver quién dominará en el matrimonio, es una cuestión típica de este período. Algunas parejas consiguen mostrarse flexibles, en determinados momentos y terrenos domina la esposa y en otros el marido pero un matrimonio con dificultades suele ser una pareja donde solo funciona de una manera.

Uno de los problemas propios del destete de los padres es que la preocupación, la benevolencia y la sobreprotección obstaculizan el desarrollo de padres e hijos hacia una relación de pares. Los padres más destructivos no son los que maltratan al chico, sino los que llevan la indulgencia y la protección hasta tales extremos que impiden al chico progresar hacia la independencia. Cuantas más relaciones construye una persona joven con otra gente, tanto más se modifica su relación con el padre y la madre. Si, al mismo tiempo, el padre y la madre están ocupados con sus propios intereses, la persona joven se halla involucrada menos intensamente con ellos.

La última fase es el sufrimiento de la vejez. Aunque muchas personas pasan airoosamente la vejez y enfrentan la muerte con dignidad, no siempre ocurre así. Los problemas que surgen a esta edad tal vez sean los más difíciles para un terapeuta, ya que no puede generar esperanza en el futuro como instrumento del cambio, sino que ha de trabajar para que el cliente acepte lo inevitable (Haley, 2012).

Más allá de las influencias biológicas, desde el enfoque del ciclo vital se entiende que la cultura es otra fuente de influencias que configuran de manera decisiva el tipo o tipos de trayectorias evolutivas posibles a lo largo de toda la vida. El individuo se desarrolla inevitablemente en un escenario sociocultural que coexiste con el biológico y que, al igual que este, proporciona al individuo una serie de restricciones, pero también de oportunidades (Settersen, 1997).

En una época los síntomas eran considerados independientes de su situación social. Si la persona tenía angustia o depresión se relacionaba con el estado de sí mismo. Luego se empezó a pensar que los síntomas expresaban una relación interhumana y servían a algún propósito tácito, por lo que la cuestión era identificar qué rol o función cumplía ese ataque de angustia desde el punto de vista del matrimonio, la familia, etc. Sin embargo existe una visión más amplia o completa desde la mirada de Milton Erickson y se relaciona con la interrupción en el curso del ciclo vital de una familia (Haley, 1973).

Entre las restricciones culturales que afectan a nuestra trayectoria evolutiva, cabe destacar la idea de *tarea evolutiva*, entendida como *las metas a conseguir en determinados momentos de la vida*. Las diferentes culturas proporcionan guiones que especifican cómo ha de ser un ciclo

vital normativo, guiones que incluyen tanto elementos descriptivos (lo que sucede en distintas fases de la vida) como prescriptivos (lo que deberíamos tener, cómo deberíamos ser, etc.). Así los individuos pertenecientes a una misma cultura comparten ciertos esquemas sobre cómo es o debería ser el desarrollo evolutivo en sus diferentes momentos, las metas que deberíamos conseguir o a las que deberíamos aspirar. Estas metas comprenderían diferentes dominios evolutivos (familia, trabajo, formación, etc.) y estarían vinculados a ciertas edades o períodos de edad de manera más o menos estricta (Settersen, 1997).

Una de las maneras de crear soluciones erróneas es cuando se actúa en un nivel incorrecto. La familia intenta un cambio de orden primero cuando la transición vital requiere uno de orden segundo, o viceversa. Cualquiera de estas soluciones erróneas puede convertirse en un problema crónico que retarde el progreso evolutivo (Falicov, 1991). El cambio de orden primero se aplica a los cambios dentro de una etapa; el de orden segundo se necesita cuando se pasa de una etapa a otra, durante las transiciones familiares. El cambio evolutivo genuino sólo puede ser de orden segundo e implica un salto a una nueva organización familiar, una reestructuración discontinua e irreversible.

En el momento en que se manifiesta el síntoma, el ciclo vital requiere un cambio discontinuo, difícil de lograr a causa de la organización familiar vigente. El modelo de terapia presentado por Haley en *Problem-solving therapy* (1976) da a entender que el cambio es gradual y ocurre en etapas, que pueden requerir estructuras familiares sustitutivas y hasta anormales como etapas intermedias hacia la meta.

Hoffman (1981) utiliza el concepto de Ashby de *función escalonada* para explicar el modo en que los sistemas de vida pasan por intervalos de constancia, separados entre sí por saltos discontinuos. Además de prestar atención a los macroprocesos, contribuye de manera extraordinaria a una comprensión de los microprocesos implícitos en el cambio evolutivo.

Siguiendo la línea de la importancia de lo interhumano y social en estas cuestiones, hay formas de relación que son más aceptadas o convenientes para cada cultura o grupo. En ese sentido, se puede decir que la familia es un invariante. Se necesita siempre y en toda sociedad una agencia socializadora. La socialización es un patrón que adopta variaciones, en tanto proceso, una familia es cambio continuo, en la historia y en su ciclo vital. En tanto estructura necesaria para ciertas funciones, es un invariante (Wainstein, 2006).

Saliendo de las ideas tradicionales de etapas correspondientes al ciclo vital, cabe destacar el estudio realizado en Chile acerca de las transformaciones en la estructura familiar en dicho país, durante el período 1990-2006 por las autoras Marcela Jiménez de la Jara, María de la Luz Ramírez y Marcela Pizarro. En este estudio se analizan los principales cambios ocurridos en la familia en Chile como el aumento de hijos nacidos fuera del matrimonio, llegando al 50% ya durante el año 2000, el aumento de la inserción laboral de las mujeres que plantea la dicotomía acerca del efecto que puede tener esto en los niños, por un lado la posibilidad de que disminuyan su rendimiento escolar debido al menor tiempo que las madres están con ellos y por otro, que la mayor autoestima y conocimiento de la madre impacte de manera positiva en los hijos.

Otro de los cambios relevantes observados en la estructura familiar fue la disminución de hijos que viven con los padres. La autora afirma que estos procesos no sólo se dan en los países desarrollados, sino también en toda el área latinoamericana, lo que indefectiblemente afecta a las ideas más tradicionales mencionadas anteriormente sobre las etapas del ciclo vital.

Se hace hincapié en la *diversificación creciente de las estructuras de hogar*, la disminución de las familias nucleares y extensas completas, el aumento de familias monoparentales y de familias recompuestas y el aumento de hogares compuestos.

Siguiendo con esta misma línea, y refiriéndose a la idea de *temporalidad de los procesos demográficos y sociales*, Arriagada (2005) hablaba de los siguientes efectos en las familias:

- *El descenso en el tamaño de la familia*: debido a la caída de la mortalidad y la fecundidad, y el aumento en la esperanza de vida.
- *El descenso de los hogares multigeneracionales*: se refiere a la desaparición de la familia extensa de los espacios rurales y el sector urbano por los años veinte, pero también a familias compuestas por parientes lejanos o por integrantes sin lazos de sangre.
- *El aumento de hogares unipersonales*: es más frecuente en países industrializados, donde los jóvenes tienen mayor capacidad económica para afrontar este desafío de forma independiente del núcleo original.

- *El aumento de los hogares con jefatura femenina:* En muchas ocasiones el aportante principal actualmente es la mujer.
- *El aumento de las familias complejas o recompuestas:* se relaciona al creciente número de familias con divorcios o separaciones.

Otro de los aportes interesantes a esta temática de ciclo vital es el de Barquero y Trejos (2004) en Costa Rica. Los autores realizan una hipótesis en su trabajo de *Tipos de hogar, ciclo de vida familiar y pobreza en Costa Rica* acerca de que el tipo de hogar y la fase de ciclo vital familiar, podrían verse como una expresión de las condiciones de vulnerabilidad sociodemográfica, que lógicamente se agrava en los hogares que sufren condiciones de pobreza.

Estos autores al referirse a las etapas de ciclo vital, incluyen al ciclo del hogar en general y no sólo el del hogar familiar. Esta variante no tradicional considera la realidad actual de hogares con o sin parejas. Las etapas consisten en:

- *Pareja sola:* donde la mujer es menor de 40 años
- *Inicio:* jefe o jefa con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga entre 0 y 5 años
- *Expansión:* jefe o jefa con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga entre 6 y 11 años
- *Consolidación:* jefe o jefa con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga entre 12 y 17 años
- *Estabilización:* jefe o jefa con o sin cónyuge, cuyo hijo mayor tenga 18 años o más y el hijo menor tenga 18 o menos
- *Desmembramiento o salida:* jefe o jefa con o sin pareja, cuyo hijo menor tenga 18 años o más
- *Nido vacío:* jefe o jefa y cónyuge sin hijos, donde la edad de la mujer sea de 40 años o más
- *Sin núcleo:* jefes sin pareja ni hijos y con otros familiares o no familiares
- *Unipersonal adulto:* únicamente el jefe (a), menor de 60 años
- *Unipersonal mayor:* únicamente el jefe (a), de 60 o más años de edad

Estas ideas admiten otros arreglos familiares, como son los hogares monoparentales, producto de las separaciones, muerte o no convivencia del cónyuge o pareja.

Gimeno (1999) también hacía referencia a las familias idiosincráticas o no normativas. La historia de vida familiar puede estructurarse de modo más individualizado o idiosincrático, ya

que existen sucesos singulares o específicos que van configurando en algunas familias etapas propias. Como por ejemplo el desempleo de un padre puede marcar el cambio hacia una nueva etapa con más potencia que las situaciones normativas. Existen otro tipo de estructuras, como las parejas homosexuales o las familias monoparentales, las cuales no se ven con tanta frecuencia en relación con otras estructuras y se hace difícil encontrar etapas normativas dentro de las mismas. Ciertas familias pueden, en algún momento de su vida familiar, llegar a tener etapas idiosincráticas que las diferencian de las otras. La autora se refería en relación a estos temas de problemáticas de familias sobre el ciclo vital, a lo favorable para la familia de aliarse con el tiempo, que es aceptar que la vida familiar cambia y que es deseable que cambie y se flexibilice. Cambian sus miembros, cambia el estado evolutivo en que se encuentran, cambian sus demandas y los recursos que aportan, cambia el modo de dar respuestas a las funciones familiares básicas Gimeno (1999).

Como consecuencia del aumento de las investigaciones de índole longitudinal y en general de los estudios relacionados con el transcurso de la vida, el envejecimiento y la vejez, la perspectiva del ciclo vital se convierte en un marco de referencia (más que en una teoría) de tipo contextual y dialéctico, que considera la totalidad de la vida como una continuidad con cambios, destacando parámetros históricos, socioculturales, contextuales y del acontecer cotidiano e individual, como prevalentes sobre cualquier clasificación etaria o en la que predomine la edad como criterio. La perspectiva del ciclo vital representa una aproximación a superar la dicotomía crecimiento-declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias (Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, 2002).

3.1.2 Problemáticas del ciclo vital en adultos jóvenes

Muchos dilemas fundamentales de la vida humana aparecen durante el período en que una persona joven pasa de ser un muchacho a ser un miembro de la comunidad adulta. Lo que ocurra en ese momento tal vez ejerza efectos permanentes sobre la ubicación del individuo en la jerarquía social. Es una de las épocas de la vida en que más se requiere ayuda profesional, y las

consecuencias de esta intervención tal vez sean más duraderas que en cualquier otro momento (Haley, 2012).

Millones de personas a partir de la edad de 25 años aproximadamente se encuentran finalizando los estudios o cualquier proceso de aprendizaje profesional y en búsqueda de un trabajo seguro, el establecimiento de una relación de pareja (noviazgo) y su compromiso social y legal (matrimonio), el nacimiento de uno o varios hijos (paternidad), etc. Esta etapa de la vida supone un cambio espectacular en la vida de una persona, en sus deberes y obligaciones, en sus actividades, en su manera de enfrentarse a la realidad, en sus planificaciones para el futuro. Las cosas nunca volverán a ser como antes. Es decir, esto supone un giro importante en el estatus social de un individuo, en sus roles, y de la mano de ellos, en su red de relaciones sociales, en sus actitudes, en su comportamiento y en definitiva, en su manera de encarar la vida, en eso que llamamos personalidad (Abarca, 2001).

Sin embargo en las sociedades occidentales, en el transcurso de los últimos años los cambios en la conformación de la familia se han acelerado notoriamente y, en la Argentina en la última década los cambios fueron drásticos (Sale, 2016 en Wainstein, 2016). La llamada *familia tipo* pasó del 65% al 37 % en los últimos 10 años. Las formas que componen a las familias han ido variando considerablemente en los últimos 50 años. También se registran notables diferencias en cuanto al promedio de edad de mujeres madres. De esta manera las familias argentinas ya no responden al modelo clásico de matrimonio con hijos, sino a diferentes configuraciones (Sale, 2016 en Wainstein, 2016).

Victoria Mazzeo hacía referencia a una *heterogeneidad estructural en los hogares*, dada la variedad de edades, estados civiles y conformaciones propias de las relaciones. Las familias monoparentales reflejan la realidad cambiante de la situación conyugal. En cuanto a los no conyugales, el cambio más significativo fue el notorio aumento de las personas que optan por *vivir en soledad*: los hogares unipersonales prácticamente se duplicaron el último tiempo (Sale, 2016 en Wainstein, 2016).

El incremento de la soltería y de la nuliparidad son fenómenos interesantes porque modifican aspectos de las relaciones de género y pautas reproductivas que se consideraban altamente estables como la tendencia a que la mayoría de adultos establezcan una relación de pareja con fines reproductivos (Sale, 2016 en Wainstein, 2016).

Según Gimeno (1999) en las últimas décadas se produjeron acentuados cambios en la sexualidad, la comunicación, el reparto de poder, la edad para contraer matrimonio y el acceso a la maternidad, los roles dentro y fuera del hogar, etc. Russel (1979) hablaba de parejas asociativas porque la pareja construye un proyecto compartido, sin tener que renunciar al proyecto personal de cada integrante. Los arquetipos sociales siguen creyendo en la pareja, aunque no se mantenga la misma pareja para toda la vida (Sale, 2016 en Wainstein, 2016).

Así como la gente joven puede evitar el matrimonio por razones intrínsecas a la familia, también puede lanzarse prematuramente al matrimonio en un intento de liberarse de una red familiar desdichada. A menudo, la tarea de un clínico consiste en refrenar un pasaje demasiado rápido del joven a la etapa siguiente de la vida familiar, para que pueda reconocer la posible diversidad de estilos de vida (Haley, 2012).

Con la publicación de *Leaving home (1980)* Haley estableció vínculos claros entre el modelo del ciclo vital y una terapia en etapas progresivas (Breunlin, 1983) destinada a ayudar a la familia a completar el proceso de emancipación del joven adulto. El resultado se evalúa en términos evolutivos normativos, tales como comprometer al joven adulto en actividades propias de su edad, por ejemplo trabajar o vivir independientemente. Uno de los procesos implícitos para los padres parece consistir en el aprendizaje gradual de relacionarse con sus hijos como adultos (Perrota, 1986). Hoffman reserva la expresión *doble vínculo* para designar aquellas secuencias de comunicación que bloquean estos saltos evolutivos. Haley (1980) se refiere a la etapa de emancipación con especial énfasis, dado que la considera la etiología de las perturbaciones de conductas juveniles.

Zygmunt Bauman (2005) desarrolla el concepto *amor líquido* para describir el tipo de relaciones interpersonales que se desarrollan en la posmodernidad, caracterizado por la fragilidad en los vínculos humanos y la primacía del individualismo. Las características de estas *nuevas relaciones* son la falta de solidez y la fugacidad. Bauman (2005) explica que muchas relaciones de hoy en día son *conexiones* más que *relaciones*. El individualismo busca sólo satisfacer necesidades puntuales con un principio y un fin, de ahí la idea de *amor líquido*, emociones que no se pueden retener y que se escapan fugazmente de las manos hasta desaparecer (Sale, 2016 en Wainstein, 2016).

Hasta aquí se desarrollaron las problemáticas relacionadas al ciclo vital de los individuos, luego se profundizará en el abordaje psicológico que tiene un enfoque sistémico estratégico para enfrentar dichas cuestiones, debido a que fue utilizado en el caso clínico que se trabajará más adelante.

3.2. Modelo sistémico: Origen y características

El pensamiento sistémico tiene sus raíces en la ingeniería, la informática, la cibernética y la psicología cognitiva (Erazo, 2015). Considera un sistema como un todo en lugar de considerarlo solo con sus componentes individuales. Este pensamiento surge a partir de la elaboración teórica y conceptual de Chekland, quien plantea la necesidad de profundizar y caracterizar en forma adecuada lo que acontece en diversas organizaciones (Erazo, 2015).

Es propio del enfoque sistémico la observación como un *todo complejo de partes interrelacionadas interdependientes en lugar de entidades separadas* compuestos por elementos que interactúan y dan forma a sistemas complejos cuya suma es mayor que sus partes. Las interacciones de estos elementos afectan al logro de los objetivos del propio sistema (Erazo, 2015).

En la práctica del cambio que plantea Paul Watzlawick (importante referente en la Terapia Sistémica), es fundamental plantear cuatro etapas. En principio contar con una clara definición del problema en términos concretos. En segundo lugar, no olvidar una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas. Luego sería conveniente definir el cambio concreto a realizar y por último, la formulación y puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio (Watzlawick, 1974).

Para que una consulta termine adecuadamente, debe tener un buen comienzo y será exitosa cuando resuelve los problemas del cliente, por lo tanto un buen consultor debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo (Wainstein, 2006).

Todo sistema en terapia es el que tiene enlace dialogal alrededor de algún *problema*. Este sistema se empeñará en desarrollar un lenguaje y un significado específicos para sí mismo, para sus organizaciones y para su disolución alrededor del *problema*. En este sentido, el sistema terapéutico es un sistema que se distingue por el desarrollo de un significado co-creado, *el problema*, más que por una estructura social arbitraria tal como la familia. El sistema terapéutico es un sistema de organización y disolución de un problema (Anderson, H. & Goolishian, H., 1992).

Finalizando la década de 1950, los pioneros de la terapia familiar: Murray Bowen, Nathan Ackerman, Don Jackson, Virginia Satir y Carl Whitaker, empezaron a considerar a la familia como una unidad en constante evolución. Comenzó a desarrollarse una antropología de la vida hogareña y cotidiana, haciéndose visible el marco familiar de los trastornos psiquiátricos. Los *noveles terapeutas familiares* se acercaron al *nuevo* objeto de estudio con enfoques novedosos provenientes de otras disciplinas: la Teoría General de los Sistemas de Ludwig von Bertalanffy, la Cibernética de Norbert Wiener, la Teoría de la Información de Claude Shannon, la Nueva Lingüística y reconstruyeron la Teoría de la Comunicación, tendiendo un puente entre esas nuevas ideas y las cuestiones psicosociales, convirtiendo a la familia en un laboratorio de investigación psicológica y psicoterapéutica (Wainstein, 2012 citado en Wainstein, 2016).

A continuación se desarrollará el Modelo estratégico, que es el abordaje elegido en el caso clínico trabajado y surge a partir del Modelo Sistémico. Se realizará una descripción de este tipo de intervenciones en la práctica con mayor abordaje que el resto de las técnicas, debido a la centralidad de este tema para el caso analizado.

3.2.1. Intervenciones estratégicas

La terapia estratégica está pensada para *remover obstáculos del camino* y ayudar a la gente a seguir adelante sin la ayuda del terapeuta. Se ve al rol del psicólogo como guía de montaña, experto en orientar al consultante a transitar su camino por la mejor ruta dentro de las disponibles, pero propiciando que él decida hacia dónde quiere ir y cuánto esfuerzo está dispuesto a invertir en el intento (Kopec, 2007).

Las intervenciones sistémicas de tipo estratégicas reciben este nombre porque se focalizan en adecuar medios y fines. Su intención está dirigida hacia el cumplimiento de objetivos convenidos con el consultante. Estos objetivos tienen relación directa con la resolución de los problemas presentados por los consultantes (Wainstein, 2006).

Este modelo normalmente basta para ayudar a alcanzar sus objetivos a la mayoría de los pacientes que consultan. Se requiere un trabajo inicial para definir el objetivo en términos que lo hagan alcanzable y evaluable. Luego establecer pasos que podrían ayudar en ese camino, y que

sean lo suficientemente pequeños como para concretarlos, y lo suficientemente significativos como para que tenga sentido el esfuerzo (Kopec, 2013).

La terapia estratégica es por lo general, una intervención terapéutica breve, orientada a la eliminación de los síntomas y a la resolución del problema presentado por el paciente. Su planteamiento no se expresa en una terapia de comportamiento, ni en una terapia sintomática, sino en la reestructuración modificada de los modos de percepción de la realidad y de las consiguientes reacciones del paciente. La concepción del *problem solving estratégico* que subyace en la terapia breve está guiada por esa lógica aparentemente simple, que en la práctica clínica se expresa llevando al paciente a experimentar percepciones alternativas de su realidad, mediante estratagemas y formas de sugestión refinada que evitan sus resistencias (Watzlawick & Nardone, 1997).

El proceso consiste en identificar los problemas a resolver, fijar metas, diseñar intervenciones para acceder a esas metas, examinar las respuestas recibidas para modificar su propio enfoque y evalúa los resultados, para determinar si su proceder ha sido eficaz. El consultor se fija también en la eficiencia, es decir, intervenir del modo más rápido y económico posible. Generalmente lo hace mediante el intento de modificar la *visión preferida* a través del uso del lenguaje durante las entrevistas y de solicitar tareas que tienen como finalidad, extender el efecto de sus intervenciones a la vida cotidiana del consultante. Esto lo hace con la doble intención de *permanecer* en el pensamiento de éste y colocarlo en situaciones en las que realice experiencias cotidianas de *afrentamiento*, orientadas a favorecer un cambio en sus conductas (Wainstein, 2006).

En la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta, éste debe ser muy sensible hacia el paciente y su medio social. Tradicionalmente se esperaba del clínico que se sentara pasivamente y que solo interpretara o devolviera al paciente lo que este decía o hacía. Además sólo podía ofrecer un enfoque. En la terapia estratégica no se utiliza un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente y lograr el cambio (Haley, 2012).

Los modelos estratégicos utilizan procedimientos directivos. Cualquier comunicación, directa o implícita – marcada por una inflexión de la voz, un ademán, un silencio oportuno, comentarios al margen deslizados durante la conversación – del consultor, constituye un mensaje para que la otra persona haga algo. El modelo comunicacional entiende que no se puede no

intervenir, que no hay abstinencia posible. La tarea principal de un procedimiento estratégico consiste en influir sobre el cliente para que enfrente su problema de manera *diferente*. Para llegar a eso el camino es observar, aprender y hablar su lenguaje. El consultor debe adaptar su lenguaje y acciones a la idiosincrasia y al estilo cognitivo y comunicacional del consultante con el objetivo de reducir la resistencia al cambio (Wainstein, 2006).

A medida que el consultante intenta dar los pasos que lo conducirán hacia el logro de sus objetivos, se evalúa constantemente si pudo o no hacerlo. Si le resulta importante lo que logró, si sigue creyendo que su objetivo es valioso, si está dispuesto a pagar el precio necesario para desprenderse de su síntoma o modo habitual de funcionar. En caso de que no haya avanzado, importa evaluar por qué y revisar las posibles desventajas del cambio que podrían estar frenando el proceso. Así el paciente podrá volver a decidir si quiere o no, pagar el precio del esfuerzo por cambiar (Kopec, 2013).

En la perspectiva estratégica, la *resistencia* vista como una oposición del consultante es utilizada a los fines de facilitar el *cambio*. Se puede prescribir paradójicamente el uso de la resistencia, con lo cual se convierte en algo que debe cumplirse. Por ejemplo la restricción del cambio: el consultor desalienta o niega la posibilidad de cambio. Esto se utiliza cuando hay un elevado nivel de oposición, es una *paradoja* con respecto a la consulta en sí misma. Esta técnica le plantea al consultante el siguiente dilema: hacer voluntariamente aquello que sostenía involuntariamente. Al convertir el síntoma en voluntario, este pierde su valor de ingobernable y por ende su carácter sintomático (Wainstein, 2006).

El proceso terapéutico desde esta mirada tiene un comienzo, un desarrollo y un fin claramente delimitados. En los párrafos siguientes se desarrollarán brevemente cada una de estas etapas y se lo contrastará con ideas de otras corrientes.

En la etapa de la *admisión* se tiene en cuenta quién solicitó el turno y el motivo de consulta, para definir a quién se va a citar. Muchas veces el verdadero consultante no es el que llama para pedir el turno. Luego se establece un plan de tratamiento, es decir, se trazan los objetivos, se registra la queja inicial del paciente, se trata de entender cuál es el problema para el paciente, si tiene hipótesis al respecto y si ha habido soluciones intentadas para dicho conflicto (exitosas y fallidas). Se entiende por *queja inicial* como lo que expresa el paciente en forma espontánea al comenzar la entrevista, ya que esta presentación normalmente nos brinda información acerca de cómo se ve a sí mismo y cómo ve el problema (Kopec, 2013).

Respecto del *problema* se verá qué opina el consultante y qué hipótesis tiene del problema. Una de las cosas a tener en cuenta es si considera que está en sus manos la resolución, si es de hace largo tiempo o de reciente aparición, si le impide hacer cosas que quisiera hacer o si lo obliga a hacer cosas que de lo contrario no haría. Esta información le permite evaluar al terapeuta si el consultante cree que puede resolver el problema, si haría falta la ayuda en la terapia de otros integrantes del sistema, o si no está en la voluntad del consultante cambiarlo, en este caso la terapia no tendría sentido o que haya que modificar el objetivo para volverlo realizable (Kopec, 2013).

Se trata de definir el problema en término de *conductas observables*, para poder evaluar mejor los resultados obtenidos a lo largo de la terapia. La descripción de conductas observables posibilitan entender mejor los circuitos de interacción que definen y/o mantienen el problema. A veces el solo hecho de explicitar el problema en estos términos hace que el consultante lo vea de un modo diferente. Cuando no es factible definir el problema en términos de conductas observables, al menos se hace de un modo que sea subjetivamente evaluable. Un ejemplo de esto podría ser preguntarle “¿cuánto malestar siente por las mañanasa medida que va avanzando en la terapia? Es mayor o menor que cuando comenzó?”; y por último en esta fase es importante preguntar acerca de cómo la persona y sus otros significativos han intentado hasta el momento, solucionar el problema para realizar un *diagnóstico de circuito*. Esto permitiría saber qué caminos no tomar y qué de lo intentado sí valdría la pena retomar (Kopec, 2013).

Durante la etapa de las *sesiones* se determina un pronóstico, se continúa clarificando el motivo de consulta, se verifican los avances, se resaltan los logros y capacidades del consultante, se cuantifican los cambios y se procede a intervenir (puede ser con intervenciones paradójales, con alianza a la resistencia del paciente, entre otras).

Una de las formas de intervención en este modelo es a través de los *grupos de resolución de problemas*. La idea en este caso es juntar a varias personas y coordinarlas a fin de que se ayuden mutuamente a resolver los problemas por los que consultaron. Los objetivos en esta intervención se relacionan con aprender a descubrir el potencial existente en cada uno, aprender a utilizar las herramientas adecuadas, multiplicar recursos y puntos de vista, ganar *autonomía de vuelo* (de ser víctima a ser protagonista y enriquecer el proceso de socialización y participación (Crispo & Guelar, 2013).

En el *cierre*lo importante cuando el paciente alcanza los objetivos es el mantenimiento de estos logros. Se suelen espaciar las sesiones para corroborar el mantenimiento de lo logrado hasta el momento. Se considera relevante comunicar en esta fase la posibilidad de sufrir recaídas, a fin de evitar frustraciones futuras del paciente (Kopec, 2013).

Cuando se logra afianzar los cambios se puede interrumpir la terapia, dejando la puerta abierta a nuevas consultas pero sugiriéndole que antes de llamar piense qué hubiera dicho su terapeuta, para no olvidar la idea de este modelo de lograr finalmente una independencia en el consultante.

Beck (1976, citado en Ruiz Sánchez & Cano Sánchez, 1992) hizo foco en la problemática que se genera a la hora de cerrar un proceso terapéutico y distingue en principio tres cuestiones:

- La preocupación del paciente a no estar del todo curado: el terapeuta puede en este caso explicar que la salud mental no es un constructo dicotómico sino un constructo integrado de varios puntos. Resaltar los datos de evolución del paciente. Asimismo podría mostrar al paciente que el objetivo de la terapia es aprender a resolver más eficazmente los problemas y no curarle, ni reestructurar la personalidad ni evitar todos los problemas vitales posibles.
- La preocupación del paciente a volver a recaer y experimentar el problema nuevamente: en este caso el terapeuta puede trabajar con el paciente con relación a las distorsiones cognitivas y supuestos personales qué tipo de situaciones podrían hacerle recaer y ensayar cognitivamente o mentalmente qué estrategias podría utilizar para su afrontamiento.
- Por último la terminación prematura del tratamiento: a lo que el terapeuta si puede preveer que el paciente por el feedback en las sesiones por ejemplo, está deseando poner fin a las sesiones, puede averiguar las posibles razones a la base y afrontarlas.

Posteriormente hubo dos autores que decidieron agregar dos conflictos posibles en esta etapa, Malan (1979, citado en Ruiz Sánchez & Cano Sánchez, 1992) y Braier (1980, citado en Ruiz Sánchez & Cano Sánchez, 1992). Estos dos desafíos que se agregan en este tipo de psicoterapias breves son la preocupación del paciente por ser abandonado y el desarrollo de fuertes sentimientos hacia el terapeuta o del terapeuta hacia el paciente, por lo que es esperable que se clarifiquen estas cuestiones.

Hugo Hirsch y Eduardo Figueroa (2013) acerca de la etapa de *cierre* afirmaban que se deben tener en cuenta dos parámetros: los resultados obtenidos y el grado de satisfacción del consultante. Sin embargo puede haber habido un nivel alto de satisfacción sin que éstos se alcancen. A veces la satisfacción lleva a no querer cerrar el tratamiento. Aunque también puede pasar a la inversa, donde en ciertas ocasiones los resultados son adecuados pero no se percibe suficiente satisfacción.

Por último se realiza un *seguimiento* mediante entrevistas telefónicas a los consultantes una vez transcurrido un tiempo posterior a la terapia y se pudo verificar que los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo efectivamente. Es interesante también que los pacientes den una devolución en esta etapa acerca del trabajo terapéutico realizado a través de sugerencias y aspectos a mejorar a futuro (Kopec, 2013).

Desde el punto de vista del terapeuta, el momento indicado para el cierre es aquel en el cual la prolongación del tratamiento no traería un beneficio adicional significativo para el consultante, mientras que sí demandaría un costo adicional, inversiones extra para el paciente o terceros en cuestiones como tiempo, dinero y compromiso emocional. En todos los casos el principio general consiste en generar en el consultante la sensación de que el cierre se produce por la propia lógica del tratamiento, no por una decisión arbitraria del terapeuta o del sistema de atención (Figueroa & Hirsch, 2013).

Cristina Benchetrit (2013) comentaba la importancia de ver a un paciente desde el principio como un futuro ex paciente, ya que ella siempre espera que sea capaz de resolver su situación para dejar de ser paciente y que ésta es la señal que tiene un terapeuta de que va por buen camino.

Respecto a los procesos de terminación en psicoterapias de tiempo limitado, la terminación o cierre es un momento crucial en un proceso psicoterapéutico, dado que se erige como un período cargado de connotaciones clínicas y emocionales que no sólo afectan al paciente sino también al terapeuta; igualmente de la terminación dependerá en gran medida la forma como sea recordado dicho proceso (Craigie, 2006 en Vélez Gómez & Ochoa, 2008).

Uno de los modelos tenidos en cuenta también en el tratamiento del caso clínico analizado fue el de *Terapia Dialéctico Conductual* desarrollado por la psicóloga y profesora

Marsha Linehan, bajo un enfoque cercano a lo cognitivo conductual, fuera del modelo sistémico planteado con anterioridad.

3.3. Terapia dialéctico conductual

La terapia dialéctico conductual (TDC) o *Dialectical behavioral therapy (DBT)* es una terapia psicológica desarrollada por Marsha Linehan (1993) para tratar los síntomas característicos del trastorno límite de la personalidad, entendiéndose inestabilidad afectiva, trastorno de identidad, impulsividad y dificultades en las relaciones sociales. Sin embargo, demostró ser también efectivo para tratar también otro tipo de trastornos. La TDC parte de un modelo biosocial y combina técnicas cognitivo conductuales con aproximaciones zen y budistas basadas en la aceptación de la realidad tal como se presenta (de la Vega & Sánchez Quintero, 2013).

La terapia dialéctico conductual es un modelo terapéutico que combina elementos de la terapia cognitivo-conductual, de Mindfulness y de la filosofía dialéctica. El pilar sobre el que se construye la filosofía dialéctica postula que la realidad está compuesta por fuerzas opuestas que están en tensión. El cambio dialéctico ocurre cuando una tesis y su anti-tesis pueden encontrar una síntesis, que no es otra cosa que una nueva dialéctica. En el caso de la TDC la dialéctica más importante es la que ocurre entre *cambio* y *aceptación* (Elices & Cordero, 2011).

Esta técnica se diferencia de la terapia cognitivo-conductual standard y ha demostrado ser efectiva en la reducción de varios problemas como autolesiones, intentos de autoeliminación, ideación suicida, desesperanza, depresión y bulimia (Elices & Cordero, 2011).

El tratamiento de la TDC consiste en un entrenamiento en habilidades, refiriéndose a *habilidades* como *capacidades* e incluye en su sentido amplio habilidades cognitivas, emocionales y conductuales (o acciones); y la integración de éstas, necesaria para un desempeño efectivo. Por lo tanto el término *habilidades* se usa en el sentido de saber usar los medios adecuados, así como de responder a las situaciones adaptativamente o con efectividad. El objetivo central de la TDC es reemplazar la conducta ineficaz, desadaptativa y poco diestra por todo lo contrario (Linehan, 2003).

La TDC cuenta con estudios de eficacia y se está aplicando con éxito a otras poblaciones de pacientes con elevada impulsividad. En concreto, la TDC actúa sobre cuatro grupos sintomáticos: confusión acerca del *yo*, impulsividad, caos interpersonal e inestabilidad emocional. El objetivo es ayudar al paciente a poner en marcha conductas funcionales y adaptadas, incluso cuando están experimentando emociones muy intensas (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo y Linehan, 2006).

La validación de los pensamientos, sentimientos y acciones del cliente requiere que el terapeuta de la TDC busque la parte de sabiduría o de verdad inherente en cada respuesta del cliente. En la base del tratamiento está la creencia del terapeuta de que el cliente desea crecer y progresar y de que tiene una capacidad inherente de cambio. En todo momento el tratamiento promueve la construcción y mantenimiento de una relación colaborativa, interpersonal y positiva entre cliente y terapeuta (Linehan, 2003).

3.3.1 Regulación emocional

La mente emocional es mucho más rápida que la mente racional, y se pone en acción sin detenerse ni un instante a pensar en lo que está haciendo. Su rapidez descarta la reflexión deliberada y analítica que es el sello de la mente pensante (Goleman, 1995).

Maccoby (1980) ha afirmado que la inhibición de la acción es la base para la organización de toda la conducta. La habilidad para regular la experiencia y expresión de las emociones es crucial porque su ausencia conduce al trastorno de la conducta, especialmente de la conducta dirigida a un objetivo y otras conductas prosociales.

La incapacidad para regular la activación emocional también interfiere en el desarrollo y mantenimiento del sentido del *yo*. Los prerequisites del desarrollo de la identidad son la consistencia emocional y la predictibilidad, a lo largo del tiempo y en situaciones similares. La labilidad emocional conduce a una impredecibilidad conductual y a una inconsistencia cognitiva que consecuentemente interfiere en el desarrollo de la identidad (Linehan, 2003).

Las acciones que surgen de la mente emocional acarrearán una sensación de certeza especialmente fuerte, una consecuencia de una forma sencilla y simplificada de ver las cosas que puede ser absolutamente desconcertante para la mente racional. Cuando ha pasado la tormenta, o incluso en medio de la respuesta, nos sorprendemos pensando “Para qué hice esto?”, una señal

de que la mente racional está despertando, aunque no con la rapidez de la mente emocional (Goleman, 1995).

Si la sensación de los hechos que experimenta un individuo nunca es la *correcta* o es impredeciblemente *correcta* (la situación habitual en un medio invalidante) entonces podemos esperar que el individuo desarrolle una superdependencia de los demás.

Las relaciones para ser exitosas requieren de la apropiada capacidad de autorregulación de las emociones y de la tolerancia de algunos estímulos emocionalmente dolorosos. Las dificultades para regular las emociones interfieren en un sentido estable del *yo* y en la expresión emocional normal (Lineham, 2003).

En el caso clínico específico que se analiza en el presente trabajo, se analiza el *miedo* como emoción principal en el consultante. Acerca de esta emoción se puede decir que existe en la persona una sensación de angustia que se produce ante la percepción de una amenaza (Levy, 2003). Es importante aclarar que no existe algo que sea en sí mismo una amenaza. Siempre lo es para alguien, y depende de los recursos que ese alguien tenga para enfrentarla. A la hora de curar el miedo es significativa la comprensión de esta mirada (Levy, 2003).

Como en la efectividad interpersonal y la tolerancia al malestar, la regulación de las emociones requiere la aplicación de habilidades de conciencia, es decir, la observación y descripción no sentenciosa de las propias respuestas emocionales. Frecuentemente las emociones primarias son adaptativas y apropiadas al contexto. La reducción de este malestar secundario requiere una exposición a la emoción primaria en una atmósfera no sentenciosa. En la Terapia dialéctico conductual existen varias habilidades de regulación de las emociones (Lineham, 2003).

Una respuesta interesante que los seres humanos producimos en relación con las emociones en general – y al miedo en particular – es que no sólo las sentimos, sino que además reaccionamos interiormente ante ellas. Y esto genera una segunda emoción. Solemos sentir miedo por algún motivo y a continuación, podemos experimentar vergüenza, humillación, rabia o impotencia por tener miedo. La respuesta interior al miedo es de gran importancia porque según sea su calidad, actuará atenuando o agravando el miedo original (Levy, 2003).

Entre las habilidades específicas de regulación de emociones se puede citar las referidas a *identificar* y *etiquetar emociones*, la identificación de obstáculos para el cambio de las

emociones, reducir la vulnerabilidad de la *mente emocional* e incrementar la frecuencia de los acontecimientos emocionales positivos. A su vez se considera relevante la incrementación de la conciencia ante las emociones del momento, llevar a cabo la acción opuesta y aplicar técnicas de tolerancia al malestar (Lineham, 2003).

Existen algunos obstáculos a la hora de identificar y etiquetar una emoción que culturalmente a veces es calificada de *indigna*. Con esta idea de *emoción indigna* Levy (2003) se refiere a que en muchas ocasiones cuando se dice que alguien no hizo tal cosa porque *tuvo miedos* suele hacerse con un tono - más o menos velado - de descalificación y desprecio hacia esa persona. Generalmente las emociones tienen la función de comunicar algo a los demás y motivar la propia conducta. Identificar las funciones de las emociones, especialmente de las negativas, es un paso importante hacia el cambio (Lineham, 2003).

La mente emocional es nuestro radar para percibir el peligro, si nosotros (o nuestros antecesores en el proceso evolutivo) esperáramos que la mente racional hiciera alguno de estos juicios, tal vez no solo estaríamos equivocados, tal vez estaríamos muertos o no existiríamos. El inconveniente surge porque estas impresiones o juicios intuitivos, debido a que se efectúan en un abrir y cerrar de ojos, pueden ser erróneos o falsos (Goleman, 1995).

Cuando nos hallamos dominados por fuertes emociones, nuestras percepciones tienden a distorsionarse, pero eso no significa que todas las emociones sean el resultado de percepciones distorsionadas. Una manera de controlar las emociones es controlar los eventos que las generan, incrementando el número de acontecimientos agradables en la vida de la persona. Puede ser de ayuda también ser consciente que tanto las experiencias placenteras como las negativas tienen un final (Lineham, 2003).

Entre las formas de desconocimiento y descalificación se expresan las populares frases: *Hay que vencer el miedo!*, *No seas cobarde, no tengas miedo, el miedo es signo de debilidad!*, *Los hombres no tienen miedo*. Equiparar el miedo con la cobardía es una de las confusiones que más daño producen. El núcleo de la creencia que se ha presentado sería que *el problema es el miedo*. Todo comienza allí, el miedo es una perturbación, hay que tratar de no sentirlo (Levy, 2003). Por ende es importante aclarar para lograr un avance en un tratamiento relacionado a esta cuestión, que el miedo no es el problema. El miedo está indicando que existe un problema, lo cual es totalmente distinto, porque al darse cuenta nos daría la posibilidad de resolverlo.

Haciendo una analogía con un automóvil, esta emoción sería la luz que se enciende en el tablero de mandos del automóvil, que indica que hay poco combustible en el depósito (Levy, 2003).

Una estrategia para cambiar o regular una emoción es cambiar su componente conductual-expresivo actuando de una manera que se oponga o sea incoherente con la emoción. Por ejemplo aproximarnos a algo que nos da miedo o hacer algo agradable con alguien que nos genera odio o rechazo. Sin embargo los clientes deben aprender que la idea no es bloquear la expresión de una emoción, sino expresar otra emoción. Una manera de modular la intensidad y duración de las emociones negativas es tolerarlas sin llevar a cabo acciones impulsivas que empeoren la situación (Lineham, 2003).

Ekman (1992 como se citó en Goleman, 1995) señalaba “Es el hecho de que *no podemos elegir las emociones*, lo que permite a la gente explicar sus acciones diciendo que estaban dominados por la emoción...”. La lógica de la mente emocional es *asociativa*; toma elementos que simbolizan una realidad, o dispara un recuerdo de la misma, para ser igual a esa realidad. Es por eso que las metáforas y las imágenes hablan directamente a la mente emocional, lo mismo que el arte en las novelas, películas, poesía, canciones, teatro, ópera. Por ende la mente emocional normalmente no decide qué emociones *deberíamos* tener, sino que nuestros sentimientos surgen en nosotros como un hecho consumado. Lo que la razón puede controlar regularmente es el *curso* de esas reacciones (Goleman, 1995). De esto se desprende que se podrá trabajar terapéuticamente entonces, no con querer controlar directamente esa emoción, sino más bien aceptarla para mejorar el curso de la reacción y lograr a futuro nuevas interpretaciones, generando nuevos sentimientos.

A continuación se desarrollará otro tipo de intervención realizada en el caso, también relacionada al modelo conductista pero más radical, ya que contempla que cualquier evento debe interpretarse como un acto inseparable de su contexto actual e histórico.

3.4. Terapia de Aceptación y Compromiso

En la Terapia de Aceptación y Compromiso, todo el proceso terapéutico parte de la asunción de que el problema del cliente no es tener ciertos pensamientos o sentimientos que se valoran negativamente, sino que el problema viene dado por el modo en que la persona reacciona ante estos eventos privados (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas & Luciano-Soriano, 2006).

Las personas no escogen deliberadamente el momento en que sentirán una emoción; por el contrario lo común es que vivencien las emociones como algo que les sucede pasivamente, y en el caso de las emociones negativas (como el temor y la ira) contra su voluntad. Además nos damos cuenta que no tenemos demasiado para elegir en cuanto a manifestar o no ante los demás sus signos expresivos. Una fuerte emoción explica, aunque no siempre justifica, comportamientos inapropiados. Por ejemplo si la persona pierde la paciencia sin saber cómo controlarse y recurre al insulto, golpe o al grito en forma exagerada (Ekman, 2015).

Se considera que el comportamiento, en el cual se incluye en este caso lo cognitivo (*pensamientos, recuerdos, emociones o sentimientos también son considerados como comportamiento*) depende del contexto actual e histórico, lo que significa que todas las reacciones del organismo son *normales* en el sentido de que son las que se han conformado a lo largo de su historia, constituyen el repertorio del individuo y dada ciertas circunstancias se hacen presentes (Páez-Blarrina, et al., 2006).

La técnica que se está desarrollando en este apartado (ACT) se focaliza particularmente en la forma en que los clientes entienden y perpetúan sus dificultades a través del lenguaje. Estas ideas están basadas en intervenciones a través de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales pueden ayudar a los clientes a liberarse de las trampas del lenguaje, superar los problemas de comportamiento y mejorar la calidad de vida (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

En ACT se trabaja a partir de la asunción de que los *problemas psicológicos* no están dados por la presencia de ciertos contenidos psicológicos perturbadores (como pueden ser pensamientos negativos, recurrentes, sensaciones de ansiedad, tristeza, apatía, etc.), sino que los problemas surgen cuando estos contenidos privados adquieren un papel protagonista en el control del comportamiento, es decir, cuando estos contenidos terminan siendo relevantes y su credibilidad como causa del comportamiento termina dirigiendo las elecciones de la persona,

quedando relegado a un segundo plano los valores fundamentales para la persona (Páez-Blarrina, et al., 2006).

Cuando una persona no está dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas de valencia negativa aparece lo que se denomina como Trastorno de evitación experiencial (TEE). En este tipo de trastorno, la persona intenta alterar el origen, la forma o frecuencia de dichas experiencias para que éstas no sucedan. Cuando evitamos esta experiencia, ésta se torna más intensa porque todo aquello que evitamos o a lo que resistimos, persiste (Soriano & Wilson, 2014).

Esta clase de respuestas de evitación que pueden llevar a que el sufrimiento psicológico natural sea vivido como trauma, es lo que se denomina Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, Strohsal, 1996; Luciano y Hayes, 2001). El TEE es una dimensión funcional diagnóstica desarrollada como modelo de psicopatología y propuesto desde el contextualismo funcional. Esta perspectiva permite incorporar una cantidad amplia de problemas psicológicos, que diferenciados formalmente como trastornos diversos, se han desarrollado y son mantenidos por contingencias funcionalmente equivalentes (Luciano, 2001).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es de corte cualitativo descriptivo de caso único.

4.2. Participantes

El caso clínico fue trabajado por la terapeuta A que cuenta con cinco años y medio de experiencia laboral en el centro donde se llevó a cabo las prácticas. La profesional es a su vez docente en el curso de DBT (*DialecticalBehaviorTherapists*) de la institución, es coordinadora de pasantías nacionales e internacionales y atiende pacientes que en su mayoría padecen el Trastorno Límite de Personalidad.

El paciente es un hombre de 26 años que presenta temor a equivocarse, lo que lo lleva a evitar tomar responsabilidades, generándole frustración. El joven es abogado, trabaja de su profesión en relación de dependencia pero además abrió su propio estudio. Aún vive con sus padres y durante las sesiones el paciente comentó que la novia lo había dejado el año pasado y eso hizo que él se sienta estancado.

El tratamiento se basó en un enfoque sistémico con intervenciones de tipo estratégicas y se cerró en 13 sesiones.

4.3. Instrumentos

El trabajo final de integración se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas que se realizaron a la terapeuta del caso. En dichas entrevistas se indagó en principio acerca de la queja inicial del paciente, el motivo de consulta y también el motivo por el cual decide iniciar la terapia en ese momento y no en otro. A su vez se hizo énfasis en el análisis de la co-construcción del problema del caso.

Posteriormente se le consultó a la terapeuta qué tipo de intervenciones realizó, cuáles tuvieron éxito en el joven y cuáles no. Se indagó finalmente acerca del resultado del tratamiento y cuándo decidió la profesional finalizarlo.

Se tuvo acceso al sistema informático del centro donde se ubican todas las historias clínicas de los pacientes. Se pudo analizar allí además de la historia clínica del paciente en cuestión, el detalle de lo ocurrido en el momento de la admisión y en las sesiones posteriores hasta su finalización.

4.4. Procedimiento

Se realizaron tres entrevistas semiestructuradas a la profesional del caso clínico con una duración de una hora cada una. Luego se accedió a la historia clínica del paciente, donde se encontró la información acerca de la admisión y las sesiones posteriores hasta el cierre del tratamiento.

5.Desarrollo

- **Descripción de la queja inicial y la co-construcción del problema del ciclo vital en un paciente adulto joven al inicio del tratamiento.**

Queja inicial:

“La verdad que el basket es un reflejo de mi vida. Cuando cometo algún error me pongo mal, me enojo, le pego a alguno para generar lío. Al final termino pidiendo al técnico que me saque. Esto me pasa en mi vida. Soy muy exigente. Avanzo, avanzo, me estanco en algo, me siento frustrado, mal, lo leo como fracaso, entonces hago menos y así estoy.”

El paciente manifestó que sintió mucho enojo cuando la familia y un amigo fueron a verlo jugar al basket y presenciaron sus berrinches durante el juego hasta que lo sacaron del partido. En ese momento fue consciente que necesitaba ayuda profesional.

Recordando el concepto de *queja inicial* como lo que expresa el paciente en forma espontánea al comenzar la entrevista, ya que esta presentación normalmente nos brinda información acerca de cómo se ve a sí mismo y cómo ve el problema (Kopec, 2013); en este caso entonces se habla de una dificultad para aceptar alguna equivocación o el estancarse en algún momento, lo que lo lleva a sentirse fracasado, le genera irritabilidad y el quedarse aún más estancado, no poder seguir avanzando. A raíz de este problema el paciente expresó que hay momentos en los que deja de hacer cosas, por ejemplo de repente deja de ayudar en los arreglos de la casa o sale del partido y no termina el juego a consecuencia de esto.

Acerca de los datos del paciente, estudió Derecho en la Universidad de Buenos Aires y comunica que en relación a las mujeres siempre tuvo éxito. Además de su trabajo en relación de dependencia, abrió su propio estudio recientemente y expresó sus temores a fracasar en su emprendimiento independiente. Durante el relato hizo referencia a que la novia lo dejó el año pasado y eso hizo que se sienta estancado. El hombre se define como sobre-exigente.

Co-construcción del problema como motivo de consulta:

La terapeuta le pregunta *por qué ahora decide consultar*, a lo que él lo relaciona con lo que sucedió el último partido que jugó de basket, donde fue también la familia y un amigo a verlo y

él terminó muy enojado frente a ellos, ahí se dio cuenta que estaba realmente mal y que tenía que hacer algo. En cuanto al estancamiento hizo referencia a que el año pasado su novia lo había dejado y a que le gustaría lograr la independencia en su vida, poder ir a vivir solo aunque tiene miedo de adquirir mayores responsabilidades y siente frustración.

Como se ha visto, la admisión tiene un valor crucial en el desarrollo posterior de la terapia, se juntan datos destinados a conocer la molestia que aqueja al paciente, se transforma co-construyendo con él un motivo de consulta, se entiende su problema en los términos más observables que sea posible para facilitar una posterior evaluación del tratamiento. Por supuesto que de ser necesario, a lo largo del proceso terapéutico, se puede modificar tanto el motivo de consulta como la estrategia propuesta, pero siempre desde este enfoque se elige trazar un camino sobre el cual transitar y no *navegar a la deriva* (Kopec, 2013).

Se considera en el caso clínico la ubicación dentro del ciclo vital del paciente. Él hace poco finalizó sus estudios y al recibirse, deja de ser un estudiante para pasar a ser profesional, es una etapa importante que también supone un cambio de rol frente a la profesión y un deseo de despegarse del hogar de origen materno-paterno para poder crear un propio hogar. Asimismo recientemente también empezó a trabajar de forma independiente, lo que mencionó que le genera mucha ansiedad y temor a fracasar.

Recordando lo desarrollado acerca de la teoría de Erikson (1999), abre camino para el estudio del ciclo vital y sus desafíos. El autor señalaba que el problema fundamental es en la etapa de la *adultez*, el de Generatividad vs. Estancamiento, esta etapa coincide con la que está atravesando el consultante en este caso clínico. A su vez Erikson agregaba la idea de que la visión del ciclo vital la entendía como una secuencia de encrucijadas en las que el *yo* se ha de enfrentar a ciertos compromisos y demandas sociales, como sucede en este caso.

Si las encrucijadas se superan con éxito, suponen una expansión y la adición de nuevas competencias y cualidades al *yo*, si no, pueden implicar un estancamiento e incluso una regresión del *yo* que dificulta el abordaje de encrucijadas futuras. Otros autores como Abarca (2001) también hablaban de la problemática en un adulto llegando a la edad de 25 años (el paciente del caso clínico analizado tiene 26 años) relacionado al giro importante en el estatus social de la persona, en su manera de encarar la vida o la personalidad. Abarca (2001) comentaba que millones de personas a partir de la edad de 25 años aproximadamente se encuentran finalizando

los estudios o cualquier proceso de aprendizaje profesional y en búsqueda de un trabajo seguro, el establecimiento de una relación de pareja y su compromiso social y legal, etc.

El motivo de consulta que se co-construyó con el paciente al principio del tratamiento luego de escuchar la queja inicial, a través de las preguntas que le hizo la terapeuta y elaboraron la idea en conjunto, tuvo que ver principalmente con que la emoción que sobresale en él en este momento es el *miedo* y esto le genera un obstáculo para evolucionar y alcanzar sus objetivos. Dado el momento que está atravesando el paciente, la terapeuta lo consideró un *caso de ciclo vital*, donde haciendo referencia a las ideas de Haley (1973), se trata esencialmente de un problema de destete y este último no es completo hasta que el chico abandona el hogar y establece vínculos íntimos fuera de la familia. Los padres humanos pueden soltar a sus hijos, pero también enredarlos a perpetuidad en la organización familiar. Muchos jóvenes no despegan de sus familias originales lo necesario para poder atravesar las etapas de elección de una pareja y construir su propio nido. Por eso para muchos jóvenes la ayuda de la terapia se convierte en una ceremonia de iniciación, una relación con un extraño cuya meta es ayudarlo a alcanzar la independencia y la madurez. De esta manera la cultura facilita a los jóvenes la salida de su cerrada organización familiar y el ingreso en un matrimonio y una familia propios.

Durante el caso clínico se trabajó con la perspectiva del ciclo vital, representada como una aproximación a superar la dicotomía crecimiento-declinación que se mencionaba con anterioridad, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias (Dulcey Ruiz y Uribe Valdivieso, 2002).

Sin embargo un tratamiento terapéutico podría empeorar el pronóstico del joven, en lugar de mejorarlo. Un tratamiento de largo plazo tal vez introduzca una distorsión en la vida del joven y puede hacerlo de diferentes formas: continúa la imbricación financiera de los padres, genera confianza en una relación paga. La mayoría de los adolescentes se acercan a la terapia cuando sienten que les resulta imposible participar como quisieran en el amor o en el trabajo, así ellos establecen objetivos que el terapeuta les ayude a alcanzar. Uno de los problemas del psicólogo clínico que trabaja con jóvenes es que debe disponer de la sabiduría necesaria a fin de ser un guía sin que ello implique adaptarlos a una idea estereotipada de cómo deberían ser. Lo difícil para el clínico es determinar cuáles son las restricciones que impiden al joven alcanzar una vida más compleja e interesante (Haley, 1973).

Se puede hacer también referencia a las ideas que expresaba Falicov (1991) acerca del tipo de cambio, en este caso es un claro ejemplo de necesidad de cambio de tipo 2 o cambio de segundo orden, donde implica un cambio de roles y estructura en la vida de la familia.

El paciente relata que por un lado se quiere independizar y por otro contó que además del temor a tomar más responsabilidades, se sobre-involucra en temas familiares y que suele contener él a todos. A raíz de esto surge que normalmente en las relaciones interpersonales muestra lo *perfecto* que él es y oculta sus *debilidades o defectos* (patrón que según la terapeuta que trató el caso, lo repitió en el proceso terapéutico).

En cuanto a su estado de ánimo, el paciente menciona que suele tener altibajos emocionales. La profesional indaga en el consultante si tuvo o tiene conductas de consumo de sustancias, a lo que respondió que efectivamente consumió cocaína en el pasado (todavía tiene en su casa una bolsa de cocaína) y eventualmente toma éxtasis en las fiestas electrónicas, que refiere ir cada 3 o 6 meses, y que le gustaría dejar de hacerlo ya que es una manera que tiene de evitar sentir frustraciones. En este último punto podría verse también una especie de estancamiento en el sentido de querer dejar un hábito y no poder. Otra de las formas que tiene para enfrentar el miedo es el enojo, pero no le es funcional como en el ejemplo del partido que lo terminan sacando.

Se refuerza la idea con el consultante que el *motivo de consulta* y el centro de sus conflictos se relacionan con el *miedo*, el temor a despegarse de la familia de origen, el miedo a perder un partido o fallar en una relación, el miedo a mostrarse tal como él es y sin necesidad de mostrar ser *perfecto*, el temor a dejar una sustancia que logra un efecto evitativo para no enfrentar ciertas situaciones. Ese miedo se convierte en una emoción intensa que le impide avanzar en sus objetivos y por lo tanto el foco central del tratamiento se basará en cómo combatir esa emoción o cómo transformarla.

Como se mencionaba anteriormente existen algunos obstáculos a la hora de identificar y etiquetar una emoción que culturalmente a veces es calificada de *indigna*. Con esta idea de *emoción indigna* Levy (2003) se refiere a que en muchas ocasiones cuando se dice que alguien no hizo tal cosa porque *tuvo miedo* suele hacerse muchas veces con un tono de descalificación y desprecio hacia esa persona. Sin embargo identificar las funciones de las emociones, especialmente de las negativas, es un paso importante hacia el cambio (Lineham, 2003). En el caso clínico trabajado era esperable que la identificación del miedo en este paciente no iba a ser

tarea sencilla y menos aún ponerlo en el centro de la escena o proceso, por esta imagen que se dijo él quiere dar constantemente de *todopoderoso o perfecto* que lo impedía conectarse con su emoción primaria.

Haciendo referencia al corpus teórico de la terapia dialéctico conductual, el cambio dialéctico ocurre cuando una tesis y su anti-tesis pueden encontrar una síntesis, que no es otra cosa que una nueva dialéctica. En el caso de la TDC la dialéctica más importante es la que ocurre entre *cambio y aceptación* (Elices & Cordero, 2011). Por lo que uno de las cuestiones más importantes aquí fue la aceptación de esta emoción para propiciar el cambio en el paciente que consulta.

Kopec (2013) ubicaba en el centro de la exploración la forma en que la persona y sus otros significativos han intentado, hasta el momento, solucionar el problema. En caso de este paciente cuando se le pregunta acerca de la familia, dijo que sus parientes no dicen nada al respecto. Esta indagación la hace el terapeuta para realizar un *diagnóstico de circuito*, por un lado a fin de ver si las soluciones intentadas hasta la fecha han contribuido a perpetuar el sistema; si algo funcionó en el pasado y por ende valdría la pena retomar ese intento o saber qué caminos conviene no tomar.

En cuanto a las *soluciones intentadas por la persona* que consultó, durante la etapa de la admisión refiere haber intentado manejar este conflicto interno que dice tener. Por ejemplo menciona que durante el partido intentó conectarse con pasarla bien y no con ganar únicamente, a lo que refirió que no logró mantener esta actitud y el intento de solución terminó fallando.

▪ **Análisis de las intervenciones estratégicas utilizadas para el caso clínico**

Uno de los puntos a resaltar para pasar de la *queja inicial a motivo de consulta* es la pregunta del *por qué ahora*. Esto último permite situar el acontecimiento en un contexto temporal y detectar el detonante, como también ver si es él el que consulta realmente o se debe a que otra persona cercana al individuo decide que concurra al tratamiento.

Se trata de entender cuál, según el consultante es su problema y cuáles son sus hipótesis al respecto, si considera que está en sus manos la resolución, si es de hace largo tiempo o de

reciente aparición, si le impide hacer cosas que quisiera hacer o si lo obliga a hacer cosas que de lo contrario no haría. Esta información le permite evaluar al terapeuta si el consultante cree que puede resolver el problema, si haría falta la ayuda en la terapia de otros integrantes del sistema, o si no está en la voluntad del consultante cambiarlo, en este caso la terapia no tendría sentido o que haya que modificar el objetivo para volverlo realizable (Kopec, 2013).

En una de las entrevistas a la profesional, se le consultó si había citado a los familiares del paciente en cuestión y comentó que no lo había hecho porque justamente le parecía estratégico no hacerlo por el conflicto que él tiene en la toma de decisiones (siente que le falta autonomía y le cuesta independizarse) y los temores expresados anteriormente de evitar hacer por no poder aceptar un error.

La terapeuta decidió mostrarle cómo después de las etapas de estancamiento o que se siente que fracasó, le sirve de empuje para seguir avanzando a fin de crecer más. Si bien esto conlleva un fuerte malestar, es el empuje que utiliza para lograr sus objetivos.

Se trabaja sobre su motivación y la moderación de expectativas, ya que refiere querer varias cosas. El enfoque fue el “no autoboicotarse”, no postergar, no martirizarse por un error, aceptar que las cosas no sean como él quiere y superar su autoexigencia. El paciente se define como autoexigente y se le recuerda los logros que él obtuvo en cuanto a su carrera (no tuvo inconvenientes en realizarla en tiempo y forma), con las mujeres en general y que pudo abrir su estudio ese mismo año que inició el tratamiento.

Luego la profesional menciona que comienza a trabajar en sus desventajas. El trabajo en la aceptación de los errores implicaba que su figura de *todo poderoso* que tiene él de sí mismo y los demás de él, se vea afectada, tiene sentido que no pueda permitirse errar. La terapeuta le expresó a su paciente “Cuando te encontrás con el error evitás, porque es doloroso y además no se condice con la imagen que tenés de vos mismo y que los demás tienen de vos”.

La terapeuta decidió darle una tarea donde él piense los *pros* y *contras* de evitar las situaciones en las que puede fracasar o enfrentar las mismas.

El paciente cumple con la tarea de los pros y los contras, los lee y se trabaja sobre eso, haciendo hincapié en las desventajas que tendría que enfrentar lo que le cuesta.

Según lo indicado en supervisión, se realiza una *reformulación*. Se comienza a trabajar la idea de que si él quiere venir a la terapia es para hacer algo y no para buscar cómplices de su miedo. Anteriormente el paciente manifestó que quería en las sesiones que sea un espacio donde apoyarse dado que todos se apoyan en él. Cuando se le pidió la tarea de los pros y los contras, se le preguntó si necesitaba más de una semana para hacerla y dijo que éste era su espacio y que quería venir una vez a la semana porque le ayuda a descargar.

El temor a equivocarse lo lleva a evitar tomar responsabilidades generándole frustración. Además de este temor se le sumó ahora la bronca por tener miedo y no animarse.

La terapeuta le explica que para él es una presión muy grande admitir que tiene miedo, ya que cuenta que en las sesiones repite el patrón que le sucede en todas las relaciones interpersonales de mostrar lo *perfecto* que es e incluso sus defectos o problemas los presenta como cosas buenas, como parte de su perfeccionismo. Es decir, busca transmitir la misma imagen que quiere dar en su entorno.

Luego le dice al paciente que filosofar sobre las cosas que pasan sin hacer nada es homeostasis, la terapia para conversar y descargar es parte del mecanismo evitativo. Finalmente le pide al consultante que explore un poco más cómo es ese miedo cuando aparece.

En la sesión siguiente el consultante expresa que se angustió nuevamente y volvió a postergar. Dice sentirse un *tonto* por no poder hacer. A lo que la terapeuta decide trabajar la emoción secundaria. Le dice que no se ponga metas tan altas ya que todos comentemos errores y que en realidad él está lejos de la aceptación de un fracaso, porque antes de eso hay varios pasos que serían: hacer, enfrentar, fracasar y aceptar como último paso.

A fin de ordenar al paciente, la profesional le dice que cuando él siente miedo pareciera que se enoja con él mismo, esto genera más malestar y además influye en su efectividad. Si él se considera y se dice a sí mismo que es un *boludo* le cuesta más enfrentar las cosas. La terapeuta del caso explica durante las entrevistas que se le realizaron que aplicó en el paciente el módulo de *Regulación emocional* que forma parte de la Terapia Dialéctica conductual o DBT.

Se le explica que esta herramienta DBT incluye en su sentido amplio habilidades cognitivas, emocionales y conductuales; y la integración de éstas, necesaria para un desempeño efectivo. Por lo tanto el término *habilidades* se usa en el sentido de saber usar los medios

adecuados, así como de responder a las situaciones adaptativamente o con efectividad (Linehan, 2003). Se trabaja con el paciente el módulo de Regulación Emocional que está incluido en este tipo de técnica.

La regulación de las emociones requiere la aplicación de habilidades de conciencia, es decir, la observación y descripción no sentenciosa de las propias respuestas emocionales. Frecuentemente las emociones primarias son adaptativas y apropiadas al contexto. La reducción de este malestar secundario requiere una exposición a la emoción primaria en una atmósfera no sentenciosa. En la Terapia dialéctico conductual existen varias habilidades de regulación de las emociones (Linehan, 2003).

Un ejemplo práctico de esta intervención es por ejemplo que el paciente seleccione una reacción emocional habitual o reciente y contestar algunas preguntas lo más que pueda. Si el evento desencadenante para la emoción en la que está trabajando es otra emoción que ocurrió primero (por ejemplo sentir miedo provocó el enojo en la persona) completa una segunda hoja de tarea para esa primera emoción. Se le pide que describa el evento desencadenante, es decir, qué pasó para provocar esta emoción?, luego que describa el impulso de acción, a qué acción lo impulsaba esa emoción, si podía servir para algo esa emoción. Por último se solicita la descripción de la comunicación a los otros. Este último punto incluye cuál fue la expresión facial del paciente, postura, gestos, palabras, comportamiento. También se le pregunta qué mensaje le envió la emoción a otras personas? Cómo influyó la emoción en los demás? Qué hicieron o dijeron los demás?

Luego se trabaja acerca de si la emoción está justificada y si esa respuesta emocional es efectiva o de lo contrario, es indeseada o inefectiva. Otro de los puntos importantes a trabajar sería cómo cambiar esa reacción emocional en caso de ser indeseada, por lo tanto se desafían juicios y pensamientos polarizados (describir-observar), se buscan más opciones para un evento (mirando todos los ángulos), se evalúa la amenaza real pensando resultados posibles y se imagina que la catástrofe sucede, pero afrontándola (Linehan, 2003).

El paciente responde positivamente a esta intervención, luego de realizarla comenta en las sesiones siguientes cómo registró su malestar, que notó el miedo y pudo finalmente enfrentar en vez de evitar esa situación que él calificó como desafiante en el ámbito laboral. Agrega que el haberse dado cuenta de qué era lo que le pasaba le generó mucho alivio. De todas formas la

terapeuta decide trabajar en prevención de recaídas, recordando del *corpus teórico* de terapia estratégica que es una manera de evitar futuras frustraciones (Kopec, 2013).

La terapeuta relata lo que le dijo al paciente en relación a esto último, le dice que es importante que él entienda que el cambio no es en línea recta. Ahora él se siente mejor pero probablemente tenga en algún momento algún retroceso. Eso si bien no le va a gustar, sería esperable y deseable que pase. Esta es la forma en que los cambios se asientan. “Cuando esto te suceda, recordá que el miedo te cuida del fracaso, no es malo ni bueno, tiene un sentido y es importante verlo. Te protege del dolor futuro a que las cosas no salgan como esperás. Por ende, el primer paso será siempre aceptar el miedo y no juzgarlo negativamente”, le dijo la psicóloga al consultante.

“Me acordé de vos porque me angustié de nuevo, volví a postergar. No lo hago, lo veo claramente y me siento un boludo”; con esta frase comienza el consultante la sesión siguiente.

Cuando aparece el miedo se juzga, se enoja y esto le trae problemas. Por lo que se opta por trabajar en la aceptación de emociones.

La terapeuta le recomienda al paciente ver el video de la *metáfora de ACT* acerca de los pensamientos, emociones y sentimientos. El video trata de dar cuenta de cómo el hecho de querer despojarse de pensamientos que nos llegan constantemente, lleva más esfuerzo que simplemente dejarlos llegar y dejarlos ir.

Se le explicó al paciente de qué se trata esta herramienta y en principio que se basa en la idea de que el problema del consultante no es tener ciertos pensamientos o sentimientos que se valoran negativamente, sino que el problema viene dado por el modo en que el individuo reacciona ante estos eventos privados (Páez-Blarrina, Gutiérrez-Martínez, Valdivia-Salas & Luciano-Soriano, 2006).

La terapeuta comenta durante la entrevista que le preguntó al paciente luego de hablar de la herramienta de ACT, qué lo ayudaría en ese momento para poder validarse. A lo que él contestó que le haría bien decirse alguna frase que le recuerde que no es un “boludo”, que simplemente tiene miedo, por lo que se lo motivó para que se diga esto cada vez que tenga esa emoción. También se trabajó para que sea consciente que las emociones secundarias mayormente son una forma de *no enfrentar*, como en este caso.

La Terapia de Aceptación y Compromiso, como se dijo anteriormente, se focaliza particularmente en la forma en que los clientes entienden y perpetúan sus dificultades a través del lenguaje. Estas ideas están basadas en intervenciones a través de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales pueden ayudar a los clientes a liberarse de las trampas del lenguaje, superar los problemas de comportamiento y mejorar la calidad de vida (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

El paciente respondió positivamente a esta herramienta, ya que dijo sentirse mejor pudiendo solucionar muchos problemas del trabajo que lo tenían bloqueado. Recordando a Pérez-Blarrina (2006), el problema no surge cuando los pensamientos perturbadores aparecen, sino cuando adquieren un papel protagónico en el control del comportamiento, es decir, cuando terminan siendo tan relevantes que terminan dirigiendo las elecciones de la persona.

El consultante refiere que cuando apareció el miedo logró identificarlo antes de que se convierta en otra emoción, intentó no tratarse mal a si mismo y lo logró. Esto hizo que no se quede trabado en el error y pudiera revertir la situación, en diversos momentos de su trabajo.

En la mitad del proceso terapéutico se decidió reformular la meta, es decir, se decidió dejar de trabajar el miedo, para pasar a trabajar la *autonomía*. Debido a que el paciente volvió a mencionar su intenso deseo de independizarse y lograr más autonomía en sus tareas en general. Ante esta cuestión la terapeuta decidió como parte de sus intervenciones estratégicas, espaciar un poco las consultas. Llevado a la práctica, le propuso al consultante verse cada quince días, en lugar de una vez por semana a lo que respondió positivamente.

Otra de las intervenciones estratégicas que se realizaron fue desafiar al paciente a *dar un paso más*, diciéndole que quizás lo sienta muy dificultoso y proponerle una actividad para que haga en soledad. Le pidió que un día de la semana que viene se ponga en turno “imaginario” en su agenda y ese día va a ir a un bar, se va a sentar ahí y va a escribir como si viniera a sesión un diálogo. Ahí tiene que figurar lo que él le contaría a la terapeuta y lo que se imagina que ella le diría ante esa situación planteada. Se relaciona esto con las ideas de Kopec (2013) cuando afirmaba que la terapia estratégica está pensada para remover obstáculos del camino y ayudar a la gente a seguir adelante sin la ayuda del terapeuta y realiza la analogía con un guía de montaña donde se propicia que él decida a dónde quiere ir y cuánto esfuerzo está dispuesto a invertir.

Afortunadamente al paciente le gustó la tarea propuesta y refiere luego que hizo la actividad, la lee. Relata el escrito pero dice que le costó más enfrentar sus miedos aunque le sirvió la tarea para controlarse ya que no sintió esos días frustración como antes cuando no le salía algo. Se conversa con el paciente de cómo continuar haciendo este ejercicio.

Otra de las intervenciones que comentó utilizar la terapeuta durante el tratamiento es la paradójal restringiendo más el cambio, recordándole que iba a ser muy difícil lo que ella le iba a proponer, que era muy complejo quizás para él, dándole a entender que tal vez no era capaz para hacerlo, coincidiendo así con lo que sus pensamientos le decían de forma recurrente. Y también le decía que era esperable que tenga recaídas.

Recordando la idea de este tipo de intervención se menciona que el énfasis en esto es *hacer voluntariamente* aquello que sostenía *involuntariamente*. Al convertir el síntoma en voluntario, este pierde su valor de ingobernable y por ende su carácter sintomático (Wainstein, 2006). La terapeuta externalizó su pensamiento para que él pueda combatirlo de forma voluntaria.

La profesional le sugiere al paciente que sostenga la última actividad a largo plazo ya que le fue funcional a su objetivo de ser más autónomo. La idea sería que él pueda mantenerlo a largo plazo como un *control* con él mismo de cómo está llevando lo que aprendió.

“No hice la sesión porque ese día me estaba yendo de vacaciones. Me siento mejor desde la última vez que vine porque ya no postergo. Al no culparme, cambio toda la perspectiva. Ya no me lamento y hago las cosas”.

En la última sesión del tratamiento se le consultó al paciente que evalúe en forma de número cómo siente que está respecto de su objetivo y dice que se siente en un 8,5 (teniendo en cuenta 10 como máximo posible). Se relaciona esto con una de las formas de medir el estado de mejoría del paciente subjetivamente y de manera cuantificable (Kopec, 2013).

Se conversó con el paciente acerca de la etapa de sostenimiento y autonomía. Se conversa sobre posibles obstáculos para sus objetivos y se trabaja sobre la importancia de la autonomía. Él se propuso hacer un autocontrol semanal de cómo están las cosas para mejorar su autonomía de pensamientos y decisiones que tiene que ir tomando. Se decide en forma mutua que lo mejor sería finalizar el proceso, hacer un cierre pero hacer una última sesión dentro de un mes en forma

de prueba por las dudas y luego sí se terminaría definitivamente si todo sigue bien. Se recuerdan las ideas de Haley (1973) de que un proceso terapéutico de largo plazo en estos casos puede distorsionar la vida del joven y no termina siendo beneficioso para él, dado el momento del ciclo vital que está atravesando.

El paciente refiere que para él la terapia es un espacio de control, que le dio herramientas y control. A lo que la terapeuta le responde que no sería bueno que ese espacio de la terapia sea un lugar donde va a contar si cumplió o no con lo pautado, que ella no es un *policía*. La idea es que él logre un espacio de automonitoreo en la semana. El consultante le dijo que él podría sentarse un rato y pensar qué está haciendo y cómo está. Uno de los objetivos en el modelo estratégico y que también se aplica en los *grupos de resolución de problemas* es que el paciente gane *autonomía de vuelo*, es decir, que pase de ser víctima a ser protagonista. Se fomenta para esto el descubrimiento y la utilización de los recursos existentes para que pueda fortalecerse. Con esto se logra que el que consulta consiga ocupar un rol de agente de cambio y reemplace la posición pasiva de padecer un problema a una activa que le permita hacer el cambio que necesita para su vida (Crispo & Guelar, 2013). Con estas ideas se apunta a generar la conciencia de que el cambio se produce cuando la persona decide hacer algo para que eso ocurra.

Crispo y Guelar (2013) mencionaban que en los jóvenes existe actualmente la idea de que es posible hacer *zapping* y *replay* en el momento que deseen y eso no es posible casi nunca en la vida real, es decir, en la época en que estamos viviendo *se espera que pasen cosas* y que los problemas se resuelvan por sí mismos. La automatización invita más a *mirar* que a producir (Crispo & Guelar, 2013).

- **Descripción de la evolución de la problemática del joven luego de 13 sesiones de tratamiento sistémico.**

“Todo paciente es un posible futuro ex paciente. Así espero yo que sea, además esta afirmación implica al menos dos cosas: una, que primero será paciente y dos, que resolverá su situación como para dejar de serlo”; así empieza Cristina Benchetrit (2013) su capítulo *“Carta a mi futuro ex paciente”*.

Al mes de haber terminado el proceso el paciente refiere haber tenido una recaída. Si bien se desorganizó, dice que dos semanas atrás volvió a “ponerse las pilas”. Comenta además que le sirvió para poder volver a acomodarse y que cada quince días se dirige a un parque, piensa en eso y en cómo está manejando su miedo. En esta sesión post-tratamiento se trabajó con la terapeuta en esta recaída y la importancia de ésta.

La profesional cuenta en la entrevista que un punto importante que se habló fue que algunas personas podrían pensar que él retrocedió con su relato. Desde otra perspectiva retroceder hubiera sido haberse quedado estancado. Sin embargo, ante esta dificultad pudo utilizar las herramientas aprendidas, siendo consciente de lo que le pasaba y volvió a su camino.

Este momento del proceso se puede relacionar con lo que se hacía referencia en el capítulo de Hugo Hirsch y Eduardo Figueroa (2013) acerca de la etapa de *cierre*. Se deben tener en cuenta dos parámetros: los resultados obtenidos y el grado de satisfacción del consultante. Sin embargo puede haber habido un nivel alto de satisfacción sin que éstos se alcancen. A veces la satisfacción lleva a no querer cerrar el tratamiento. Aunque también puede pasar a la inversa, donde en ciertas ocasiones los resultados son adecuados pero no se percibe suficiente satisfacción. En este caso el paciente expresa el sentimiento de satisfacción con el tratamiento, por ejemplo cuando dice sentirse en un 8,5 respecto del objetivo, que sólo le falta afinar la herramienta y que siente que el proceso le aportó los recursos necesarios para el logro de sus objetivos.

Desde el punto de vista del terapeuta, el momento indicado para el cierre es aquel en el cual la prolongación del tratamiento no traería un beneficio adicional significativo para el consultante, mientras que sí demandaría un costo adicional, inversiones extra para el paciente o terceros en cuestiones como tiempo, dinero y compromiso emocional. En todos los casos el principio general consiste en generar en el consultante la sensación de que el cierre se produce por la propia lógica del tratamiento, no por una decisión arbitraria del terapeuta o del sistema de atención (Figueroa & Hirsch, 2013).

Al finalizar la entrevista el paciente cuenta que se siente muy bien, que ha logrado generalizar la herramienta aprendida a pesar de esa recaída puntual que dijo tener, no sólo puede resolver mejor situaciones laborales sino también en basket ya no se frustra tanto y cuando ayuda a su familia intenta no sobre-involucrarse. A su vez refiere que aunque aún tiene altibajos,

cuando está de baja trata de frenar y solucionar el problema con los recursos con los que ahora cuenta.

Esto último que relata el paciente se puede relacionar a las afirmaciones de Levy (2003) acerca del miedo, cuando se decía que no existe algo que sea en sí mismo una amenaza, sino que depende de los recursos que ese alguien tenga para enfrentarla. Se demuestra al final del tratamiento que si bien el paciente no deja de sentir miedo, ahora siente que tiene recursos para enfrentarlo.

El paciente refiere que puede seguir solo un tiempo sin venir a sesión, dice creer que lo que aprendió ya lo tiene y lo tiene que seguir aplicando, quiere probar qué pasa.

Desde la mirada cognitiva hacemos referencia a Beck (1976 cit. en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1992) que ha identificado una serie de dificultades que suelen aparecer cuando el fin de la terapia está próximo y la manera de manejarlas. Entre ellas pueden citarse la preocupación del paciente de *no estar completamente curado*, la preocupación de *volver a caer* y experimentar de nuevo el problema (en este caso la terapeuta se adelanta a este hecho y le dice que no sólo es posible que haya recaídas, sino que sería esperable que eso pase y a medida que él pueda responder a estos desafíos en el tiempo es lo que hace que el cambio se asiente de verdad) y la terminación prematura de la terapia por parte del paciente. A estas dificultades en los cierres de las terapias, los autores Malan (1979 cit. en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1992) y Braier (1980 cit. en Ruiz Sánchez y Cano Sánchez, 1992) agregan otros desafíos que pueden surgir en la terminación de una terapia breve psicodinámica:

- El paciente está preocupado por ser abandonado y tener él solo que afrontar las dificultades vitales. El terapeuta puede optar por una terminación gradual, o detectar las cogniciones y supuestos de la necesidad de la presencia del terapeuta y contrastarlo con sus progresos personales y afrontamientos autónomos.

En el caso estudiado, el paciente se mostró en todo momento predispuesto y motivado para lograr el objetivo de mayor autonomía de pensamiento, por lo que no expresó su temor por el abandono.

- El paciente desarrolla fuertes sentimientos positivos hacia el terapeuta (transferencia positiva) o el terapeuta hacia el paciente, no deseando la

terminación de la terapia. En este caso el terapeuta puede buscar *pruebas de realidad* para esos sentimientos y abordarlos con el paciente si responden a distorsiones cognitivas. Es deseable que se busque clarificar la base con la que se han desarrollado esos sentimientos.

En el caso clínico trabajado no existió según la terapeuta este último posible conflicto, ya que el paciente respondió positivamente a las tareas estratégicas que buscaban la independencia de pensamiento y él mismo se mostró preparado para *seguir solo* y ver qué sucedía.

Finalmente la terapeuta comenta en la última entrevista que se volvió a contactar con el consultante por vía telefónica y que él se encuentra bien. Acerca del *seguimiento*, se cree desde el enfoque sistémico estratégico que es necesario mirar hacia atrás y evaluar los resultados a mediano y largo plazo para establecer correcciones en el modelo utilizado. Esta etapa consiste en entrevistar telefónicamente a los consultantes una vez transcurrido cierto tiempo de la finalización de la terapia y verificar que los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo y poder recibir una devolución a fin de mejorar el trabajo a futuro (Kopec, 2013).

6. Conclusiones

El presente trabajo final de integración ha pretendido realizar la descripción de un caso clínico y su correspondiente abordaje psicológico desde el enfoque sistémico estratégico. El enfoque elegido es el que predomina en la institución donde se llevó a cabo la práctica. Asimismo se desarrolló detalladamente las intervenciones que utilizó la terapeuta en cada etapa del proceso y su consecuente evolución, teniendo en cuenta que no todas pertenecen al modelo estratégico predominante, sino que también se utilizaron herramientas pertenecientes al modelo cognitivo y conductual para poder ayudar al paciente.

En el *corpus teórico* se tuvieron en cuenta varios conceptos acerca del ciclo vital y sus problemáticas para pasar de una etapa a la siguiente, dado que el proceso terapéutico en el caso analizado está relacionado a estas cuestiones.

La selección de los autores se basa en los principales exponentes del Modelo Sistémico y Estratégico, como también se tuvo en cuenta autores principales en el desarrollo teórico de las demás intervenciones no incluidas en dicho modelo. Por ejemplo se trabajó con la fundadora de la Terapia Dialéctico Conductual denominada Marsha Linehan, que si bien al principio fue una herramienta para trabajar con el trastorno de personalidad límite, luego se adaptó y se extendió a otras cuestiones como depresión, ansiedad, ira, impulsividad, períodos de disfunción cognitiva, entre otros. Se explicó también el origen del Modelo Sistémico, que es de donde proviene la orientación estratégica.

A diferencia de las corrientes psicológicas clásicas o tradicionales, se explicó que las ideas en este caso provienen de las ciencias duras, la ingeniería, informática, cibernética y finalmente de la psicología cognitiva, de donde se apoya bastante (Erazo, 2015). Dado estos orígenes de pensamiento, la modalidad estratégica se estructura con la base del cumplimiento de objetivos convenidos con el consultante, la adecuación de medios y fines y la consecuente resolución de problemas (Wainstein, 2006).

En lo que concierne al marco teórico del Ciclo vital y sus cuestiones, se desarrolló ampliamente este tema teniendo en cuenta las opiniones de otros países en relación a este tema, como análisis estadísticos de grandes urbes.

Con respecto a la estructura familiar y los cambios que ha sufrido a lo largo del tiempo, se utilizó información proveniente a otros autores no tan tradicionales como Gimeno que desarrolló su teoría de familias de tipo idiosincráticas y no normativas. Durante el marco también se mencionó el predominio de otros estilos de familia como existen actualmente, familias monoparentales y homosexuales.

Se consideró como relevante el peso que tiene la cultura como fuente de influencias en temáticas de ciclo vital y cómo configuran de forma decisiva el tipo de trayectorias evolutivas posibles a lo largo de toda la vida (Settersen, 1997).

La elección de los objetivos en el presente trabajo tuvo lugar dado que a lo largo de la práctica hemos presenciado muchas sesiones *en vivo*, hemos estado participando en espacios de supervisión y de cursos de formación, siempre con el foco en la praxis clínica y se analizaba cada caso con profundidad. Por ende se consideró que el trabajo final integrador podía ser más rico a

través de la realización de un análisis que articule conceptos de base teóricos propios de la institución y un caso elegido.

Durante el análisis se tuvo acceso a los registros de Historias clínicas de los pacientes, incluyendo las sesiones y el momento de la admisión. A su vez se pudieron realizar las entrevistas con la terapeuta a cargo del caso sin ninguna complicación. Como ya se ha mencionado anteriormente este caso no es una temática basada en una patología severa o un trastorno en particular, por ende se relaciona con una problemática dentro del ámbito de la salud. Cabe destacar esta observación para explicar el motivo por el cual no se contó con material proveniente de la Cámara Gessell, ya que a este dispositivo llegan normalmente los casos que presentan mayor dificultad o complejidad para resolverlos y requieren de una supervisión *en vivo* con la ayuda de equipos especialistas en el tema.

Como *limitaciones* para efectuar el análisis se podría mencionar el hecho de no contar con videos o grabaciones del caso. A su vez también en cuanto a lo empírico, se le ha preguntado a la terapeuta si contaba con algún otro dato del paciente en lo cotidiano para describir más las cuestiones que lo llevaban a pensar que estaba estancado o poder incluir más conductas observables en su vida en general relacionadas al miedo a fracasar.

No obstante con la información que se obtuvo de las entrevistas llevadas a cabo y la posibilidad de acceso al Sistema donde se encuentran las Historias clínicas con el detalle de lo ocurrido y la amplia bibliografía con la que se pudo contar, fue suficiente para cumplimentar con los objetivos pautados en el plan de trabajo.

En relación al marco terapéutico observado en el centro donde se realizó la pasantía, existe una cierta desproporción entre la formación teórica sistémica de la Universidad, no tan extensa lógicamente, ya que comparte currículo con otros modelos vistos en la Carrera. Se podría considerar como *dificultad* al comienzo del trabajo donde se hizo la adaptación al lenguaje hasta el momento de ingresar al centro un tanto desconocido, debido a este enfoque particular que se utiliza en la institución. Un ejemplo de esto podría ser relacionado con los conceptos específicos de *queja inicial, motivo de consulta, reformulaciones, co-contrucción del problema*, entre otros.

En cuanto a las limitaciones de la temática del caso, se podría mencionar que una investigación que apunte a encontrar las mejores intervenciones adaptadas al ciclo vital de las

personas requieren montos de financiamiento para realizar investigación de procesos. Se asemejaría a lo realizado en este trabajo pero con un número que supere el centenar por cada grupo étnico o clase social (Wainstein, comunicación personal, 29 de noviembre, 2019).

Desde una perspectiva crítica relacionada al trabajo del caso clínico, podría mencionar una pregunta en relación a los vínculos del consultante. Es decir, ahondar un poco más en su vínculo anterior que el comentó que tanto le había afectado como para sentir desde allí que estaba estancado, o la relación con su familia y cómo le afectó que ésta junto con un amigo cercano hayan visto sus *berrinches* durante el partido, que también dice el paciente fueron decisivos por sus relatos a la hora de encarar el proceso terapéutico. A su vez consultaría qué probabilidades había de que él incurra nuevamente en el consumo de sustancias, que mencionó al principio de las sesiones como para evaluar un riesgo desde este aspecto también.

Esta perspectiva tiene como justificación teórica las ideas centrales del modelo sistémico, que se basan en la observación como un *todo complejo de partes interrelacionadas interdependientes en lugar de entidades separadas* compuestos por elementos que interactúan y dan forma a sistemas complejos cuya suma es mayor que sus partes. Las interacciones de estos elementos afectan al logro de los objetivos del propio sistema (Erazo, 2015).

Como líneas futuras de investigación en la problemática planteada anteriormente del caso analizado, en cuanto a las dificultades que presentan las personas y las familias en atravesar las etapas del ciclo vital, podría realizarse un análisis exhaustivo acerca de la efectividad de las técnicas psicoterapéuticas en cada etapa del ciclo. Es decir, podría suceder que determinado enfoque o estilo terapéutico sea más funcional en un determinado período del ciclo vital que en otro. Como también podría pasar que ciertas técnicas resultan ser más efectivas o eficientes en ciertas edades y en otras no. De esto podría hacerse una nomenclatura de las etapas y su abordaje *ideal* o el que resultó más exitoso en los estudios realizados para ese momento vital. Consecuentemente se podrían realizar más investigaciones de proceso para encontrar intervenciones adecuadas al ciclo vital, al género y al grupo social del que provenga el consultante (Wainstein, comunicación personal, 29 de noviembre, 2019).

Referencias bibliográficas

- Abarca, A. (2001) Factores psicosociales de la vida adulta. En M. Carretero, *Psicología evolutiva*, Buenos Aires: Kapelusz
- Alonso G. (2004) La psicología analítica de Jung y sus aportes a la Psicoterapia. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Vol 3, Nro 1, 2004, pp 55-70.
- Andersen, T. (1995). *El lenguaje no es inocente*. Psicoterapia y familia
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992) El cliente es el experto: Un enfoque de la terapia del no-saber. *Therapy as Social Construction*. London: Sage
- Arriagada, I. (1994) Familias latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas” en Revista de la CEPAL, N°65 N.U. Santiago de Chile.
- Baeza S. & Pfefferman R. (2006) Intervenciones con procedimientos dramáticos. En M. Wainstein, *Intervenciones para el cambio*, P.153-176, Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Barquero, J. & Trejos J. (2004) *Tipos de hogar, ciclos de vida familiar y pobreza en Costa Rica, 1987-2002* Población y salud en Mesoamérica. Revista electrónica, volumen 2, número 1, artículo 4, julio-diciembre 2004, publicada por el Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. <http://ccp.ucr.ac.cr>.
- Bauman, Z. (2005) *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*, Madrid: Fondo de cultura económica.
- Benchetrit C. (2013) Carta a “Mi futuro ex paciente”. En Kopec & Rabinovich J. (2013) *Qué y cómo* (pp. 21-30). Buenos Aires: Editorial Dunken

- Beck A. (1976) cit. en Ruiz Sánchez J. & Cano Sánchez (1992) *Manual de Psicoterapia Cognitiva* recuperado de www.roberttexto.com
- Braier E. (1980) cit. en Ruiz Sánchez J. & Cano Sánchez (1992) *Manual de Psicoterapia Cognitiva* recuperado de www.roberttexto.com
- Breunlin D. (1983) Evaluating family therapy training: The development of an instrument. *Journal of Marital and Family Therapy*. 9, 1752-0606
- Cordero S. & Elices M. (2011) Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 1 (3), pp 132-152. Universidad de la República: Uruguay
- Crispo R. & Guelar D. (2013) El grupo de pares como recurso terapéutico. En Kopec & Rabinovich J. (2013) *Qué y cómo* (pp. 21-30). Buenos Aires: Editorial Dunken
- De la Vega I. & Sánchez Quintero S. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), doi: 10.5944/ap.10.1.7032
- Desatnik, O. (2004). *El modelo estructural de Salvador Minuchin*. En Equiluz, Luz de Lourdes (compiladora). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Dulcey Ruiz E. & Uribe Valdivieso C. (2002) Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista latinoamericana de Psicología*, vol 34, núm. 1-2, 2002, pp. 17-27, Fundación Universitaria Konrad Lorenz: Colombia.
- Ekman P. (2015). *Cómo detectar mentiras*. Buenos Aires: Paidós
- Epston, D. y White, M. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Buenos Aires: Paidós
- Erazo, A. (2015) *Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud*. Rev Panam Salud Pública, 38 (3), p. 248-53
- Erikson, E.H. (2000). *El ciclo vital completado, 2da ed.* Barcelona: Paidós
- Falicov C. (1991). *Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Figueroa E. & Hirsch H. (2013) Sobre los cierres... En Kopec & Rabinovich J. (2013) *Qué y cómo* (pp. 21-30). Buenos Aires: Editorial Dunken
- Gimeno . (1999) *La familia, el desafío de la diversidad*. Curso de graduación de Psicología Clínica (2006) Cuenca
- Goleman D. (1995) *Inteligencia emocional*. Buenos Aires: Ediciones B Argentina S.A.
- Haley, J. (1973). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

- Hayes S.C., Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M. y Strosahl K. (1996). Experiential avoidance and behaviour disorder: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 1152-1168.
- Hayes S.C., Strosahl K., Wilson K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford Press.
- Hoffman L. (1981). *Fundamentos de la terapia familiar*. Basic Books: NY
- Kopec D. (2013) El diseño de la terapia estratégica. En Kopec D. & Rabinovich J. (2013) *Qué y cómo*(pp. 21-30). Buenos Aires: Editorial Dunken
- Levy N. (2003). La sabiduría de las emociones. Random House Grupo Editorial: Argentina.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona, Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Luciano M.C. (2001). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Libro de casos*. Valencia: Promolibro.
- Lynch, T.R., Chapman, A.L., Rosenthal, M. Z., Kuo J.R. y Linehan M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy; theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 459-480.
- Maccoby, E. (1980). Social development: Psychological growth and the parentchild relationship. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Malan D. (1979) cit. en Ruiz Sánchez J. & Cano Sánchez (1992) *Manual de Psicoterapia Cognitiva* recuperado de www.roberttexto.com
- Minuchin, S. (1989). *Familias y Terapia familiar*. México: Gedisa.
- Ochoa I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez O., Valdivia-Salas S., Luciano-Soriano C., Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* [en línea]. 2006, 6(1), 1-20[fecha de Consulta 3 de Octubre de 2019]. ISSN: 1577-7057. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56060101>
- Perrota P. (1986) Leaving home: Later stages of Treatment. *Family process*. 25, 325-480
- Población Knappe P. & Lopez Barberá E., (1992). *Técnicas psicodramáticas*. Madrid: ITGP
- Sale S. (2016) Familia y Ciclo Vital Familiar. En Wainstein M. (2016) *Escritos de Psicología Social*(pp. 103-127). Buenos Aires: JCE Ediciones

- Sánchez D. (2000). *Terapia familiar: Modelos y técnicas*. México: Manual moderno.
- Settersen, R.A.Jr. (1997). The salience of age in the life course. *Human Development*, 40, 257-281.
- Soriano C.L. & Wilson K.G. (2014) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide
- Urrego, S. (2013). Una aproximación al desarrollo psicosexual desde la perspectiva de la metapsicología freudiana. *Pensamiento Psicológico*, Vol. 11, Nro 2, 2013, pp. 157-175
- Craige (2006) citado en Vélez Gómez & Ochoa (2008) El proceso de terminación en psicoterapia de tiempo limitado: aspectos clínicos y técnicos. *Revista CES Psicología*, Vol 1 (2)
- Wainstein, M. (2004). *Comunicación Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2016). *Escritos de Psicología Social*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P. (2012). *El lenguaje del cambio: Nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona: Editorial Herder
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (1997) *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Milán: Raffaello Cortina Editore.
- Watzlawick, P. (1974). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Buenos Aires: Editorial Herder.