

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Integración

Descripción de un tratamiento de psicoterapia breve estratégica en una paciente con
sintomatología ansiosa y depresiva.

Tutora: Dra. Nora Inés Gelassen

Alumna: Vanesa Djmal

Febrero 2020

Indice

| | |
|---|----|
| 1. Introducción | 2 |
| 2. Objetivos | 3 |
| 2.1 Objetivo General | 3 |
| 2.2 Objetivos específicos | 3 |
| 3. Marco Teórico..... | 3 |
| 3.1 Terapia sistémica: Antecedentes de la Terapia Breve estratégica: | 3 |
| 3.2 Terapia Estratégica | 6 |
| 3.3 Modelo de Terapia Breve de Palo Alto, MRI | 8 |
| 3.3.1 Circuito autopetruante de problemas..... | 9 |
| 3.4 Aplicación del Modelo de terapia breve estratégica del MRI en Argentina: Co- construcción de problemas | 11 |
| 3.5 Diagnosticar en terapia estratégica | 13 |
| 3.5.1 Trastornos por pánico: Diagnóstico y tratamiento estratégico | 14 |
| 3.5.2 Depresión: Diagnóstico y tratamiento estratégico..... | 16 |
| 3.5.3 Problemática Familiar:..... | 17 |
| 3.6 Intervenciones en terapia estratégica: | 18 |
| 3.6.1 Comunicación terapéutica: | 20 |
| 3.6.1.1 Adaptación al lenguaje del consultante | 20 |
| 3.6.1.2 Reformulaciones o Reestructuraciones: | 20 |
| 3.6.2 Prescripciones de la conducta | 22 |
| 3.6.3 Cámara Gesell | 23 |
| 3.7 Evaluación de los resultados: Medidas de Cambio | 24 |
| 3.7.1 Fichas de registro usadas en Argentina | 26 |
| 3.7.2 SET: Un dispositivo de feedback creado para Argentina..... | 27 |
| 4. Metodología | 28 |
| 4.1 Tipo de Estudio | 28 |
| 4.2 Participantes | 28 |
| 4.3 Instrumentos | 28 |
| 4.4 Procedimiento..... | 29 |
| 5. Desarrollo..... | 30 |
| 5.1 Introducción | 30 |
| 5.2 Descripción de la sintomatología, el circuito autopetruante y la co-construcción del problema..... | 31 |
| 5.3 Descripción de las intervenciones utilizadas para la resolución del problema desde el modelo de terapia breve estratégica..... | 37 |
| 5.4 Evaluación de los cambios en la problemática y en la sintomatología en 9 sesiones de tratamiento..... | 42 |
| 6. Conclusiones | 45 |
| 7. Referencias..... | 51 |

1.Introducción

En el marco de la asignatura Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se llevó a cabo una pasantía en un centro de psicoterapias desde el mes de agosto a diciembre de 2019. Dicha institución es una organización privada que provee servicios de salud mental a grandes poblaciones. El objetivo de la institución es la atención de pacientes, así como la formación y capacitación a los terapeutas. Tanto los tratamientos a los pacientes, como las supervisiones con los terapeutas se realizan bajo la conceptualización teórica de la Terapia Breve Estratégica, basada en los desarrollos del Mental Research Institute de Palo Alto, California (MRI). El objetivo de la terapia breve estratégica es la resolución de problemas en un número reducido de encuentros terapéuticos.

La práctica consistió en la participación en diferentes actividades que ofrece la institución a profesionales y pasantes, tales como espacios de supervisión, cursos de formación dirigidos a terapeutas del centro y profesionales externos. Otra actividad importante realizada en la pasantía es la observación no participante de sesiones en cámara gesell bajo la conducción y supervisión de equipos especializados en diferentes temáticas tales como parejas, niños, DBT (Terapia Dialéctico Comportamental) y casos difíciles.

El presente trabajo es un estudio descriptivo de caso único, con el propósito de describir el tratamiento de una paciente con una problemática familiar y un trastorno de ansiedad, a través de la terapia breve estratégica por una terapeuta del centro y con la ayuda del equipo de supervisión y de cámara gesell.

El interés del trabajo reside en describir y analizar las intervenciones de la terapia breve estratégica aplicadas a un caso real y poder visualizar los resultados en el transcurso de 10 sesiones. Otro aspecto que busca destacar el presente trabajo es la función que cumplen los espacios de supervisión para enfocar un tratamiento terapéutico hacia el logro de las metas acordadas con los pacientes, así como para la formación de los terapeutas. Finalmente se analizan las herramientas que permiten evaluar los cambios y el logro de las metas.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Describir el tratamiento de una paciente con una problemática familiar y sintomatología ansiosa y depresiva desde la psicoterapia sistémica estratégica.

2.2 Objetivos específicos

- Describir el circuito autopertuante de conductas de una paciente con problemática familiar y sintomatología ansiosa y depresiva y la co-construcción del problema entre paciente y terapeuta a partir de la queja inicial.
- Describir las técnicas de intervención utilizadas para la resolución del problema construido desde el modelo de terapia sistémica estratégica.
- Evaluar los cambios en la problemática y en la sintomatología de la paciente en las 9 sesiones de tratamiento.

3. Marco Teórico

3.1 Terapia sistémica: Antecedentes de la Terapia Breve estratégica:

La terapia sistémica surge como resultado de la confluencia de diversas disciplinas y paradigmas. Podemos situar a la Teoría general de los sistemas, desarrollada por Ludwig Von Bertalanffy a finales de la Segunda Guerra Mundial, la Cibernética, desarrollada por Norbert Wiener para la misma época, la teoría de la información y la teoría de los tipos lógicos, todo ello enmarcado bajo el paraguas del paradigma constructivista (e.g. Droeven & Najmanovich, 1997; Cazabat, 2007; Simon, Sherlin & Wynne, 1984). Según Wainstein (1999), Gregory Bateson creó un puente que permitió integrar todas estas teorías para el estudio de las relaciones entre organismos, la percepción interpersonal, la comunicación humana y su conexión con la conducta y los trastornos mentales. En 1956, Bateson junto al grupo de Palo Alto, Jay Haley, Don Jackson y John Weakland, publicaron su trabajo más importante y

difundido sobre la teoría del doble vínculo como origen de la esquizofrenia (Cazabat, 2007). Lo novedoso de dicha teoría radica en que se deja de entender a la esquizofrenia como un trastorno intrapsíquico que afecta secundariamente a las relaciones del paciente para entenderla como el resultado de interacciones de doble vínculo, o en otros términos una comunicación paradójal. Una breve explicación del doble vínculo podría ser que en las interacciones más significativas para el paciente se dan al mismo tiempo mensajes mutuamente excluyentes de los cuales no se puede salir, a través de la metacomunicación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1981). Varios autores coinciden en que los desarrollos posteriores de la psicoterapia sistémica, tales como la disciplina de la terapia familiar, la terapia estratégica, la terapia breve centrada en la resolución de problemas y el enfoque sistémico en sí mismo, no pueden pensarse sin las ideas de Bateson sobre doble vínculo y comunicación paradójal (De Shazer, 1989; Wainstein, 1999; Watzlawick, et.al, 1981).

En 1959 se creó el Mental Research Institute en Palo Alto, California, bajo la conducción de Don D. Jackson, Jules Riskin, Virginia Satir, John Weakland, Jay Haley y William Fry. El trabajo principal del MRI fue crear una nueva visión de la psicoterapia desde la perspectiva interaccional. Al poco tiempo de su creación se incorporó Paul Watzlawick, quien se convirtió en uno de los símbolos de las ideas del MRI, principalmente en torno a la teoría de la comunicación humana (Cazabat, 2007; Watzlawick & Nardone, 2000).

Según Watzlawick (1992) lo interesante y novedoso de la cibernética es que no analiza variables aisladas artificialmente, sino las interacciones entre los componentes. Por otra parte, dicho autor consideró que la pragmática es la disciplina más importante para la comprensión de las relaciones humanas, dado que estudia el empleo de signos y el efecto que tienen esos signos nuevamente en los participantes. Paul Watzlawick, junto a Don Jackson y Janet Beavin, desarrollaron la Teoría de la comunicación humana, donde se estudian los efectos de la comunicación sobre la conducta y a su vez sobre los trastornos de la conducta. Siguiendo dicha teoría, en presencia de otra persona, todo comportamiento tiene carácter comunicativo, y como no existe un no comportamiento, tampoco puede existir la no comunicación. Otro punto clave en la comunicación humana es que por un lado se brinda información determinada y por otra parte existe un aspecto metacomunicativo o de relación sobre cómo debe interpretar el receptor la comunicación (Watzlawick et.al., 1981). Un

procedimiento sistémico implica que el observador comprende a los dos jugadores y su comportamiento recíproco. Según Haley (1988) los síntomas pueden describirse como actos comunicativos que ejercen una función dentro de una red de relaciones interpersonales. Desde este punto de vista, el objeto de la terapia es cambiar la conducta comunicativa del individuo, es decir, posibilitar una comunicación más normal entre todos los integrantes del sistema. En el enfoque terapéutico sistémico se prescinde de la interpretación de las causas de la conducta. Watzlawick (1992) y Haley (1980) coinciden en que lo esencial es lo que pasa y no por qué pasa.

El constructivismo radical de Von Glasersfeld postula que solo existe una realidad que construimos permanentemente en función de nuestra percepción, nuestra experiencia y nuestro lenguaje. Tomando las ideas del constructivismo, los autores del MRI postularon que el cambio terapéutico se produce en primer lugar con un cambio en la percepción y en segundo término con cambios en la reacción, que a su vez modifican el comportamiento y la cognición. Según Watzlawick (2000), la psicoterapia se convierte en el arte de sustituir una construcción de una realidad que ya no es funcional ni adaptativa, por otra que se adapte mejor al paciente. La nueva construcción será ficticia, como la anterior, pero permite la ilusión de estar sano y en paz mentalmente.

A finales de la década de 1960 se asistió a un desarrollo de la terapia breve en conexión con el crecimiento de la terapia sistémica. De la mano de Watzlawick, Fish, Weakland y Bodin surgió la primera formulación de una terapia breve estratégica. En 1967, se creó el Centro de Terapia Breve en Palo Alto, donde se puso en práctica un modelo simple, efectivo y eficaz para ayudar a producir un cambio en un límite de 10 sesiones, bien conocido como el Modelo de Palo Alto. (Cazabat, 2007; De Shazer et.al, 2000).

Paralelamente, Jay Haley desarrolló un modelo estratégico de resolución de problemas, basado en el estilo terapéutico del psiquiatra Erickson. Los resultados fueron similares a los del MRI (Watzlawick & Nardone, 2000).

A principios de la década del '80 apareció un tercer modelo de terapia sistémica breve estratégica, creado por Steve De Shazer y el grupo de Milwaukee en el Centro de Terapia Familiar Breve (De Shazer 1986,1989), con resultados muy

significativos en las primeras 7 sesiones de tratamiento, al igual que el Modelo de Palo Alto. Los estudios de Weakland, y De Shazer señalan la efectividad de la terapia breve, para producir un cambio y la perduración del cambio (De Shazer 1986,1989).

Es importante conocer en detalle los modos de operar de la terapia estratégica y sus fundamentos teóricos. A continuación se detallarán las principales concepciones de la terapia estratégica y del Modelo de Palo Alto en particular.

3.2 Terapia Estratégica

La terapia estratégica se propone la resolución de problemas y Haley (1980) define al problema como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas. Lo más novedoso y radical de su enfoque terapéutico parecería ser la ausencia de interpretaciones sobre las causas de la conducta. Según Erickson (citado en Haley, 1980) no se realiza ningún intento por corregir inadaptaciones causales subyacentes. El trabajo del terapeuta consiste en ayudar a los pacientes a darle un nuevo uso a los conocimientos que ya poseen. Haley (1980), en consonancia con Erickson, afirma que la tarea terapéutica consiste en utilizar intencionalmente la sintomatología neurótica del paciente para afrontar las necesidades singulares del mismo.

Haley (1988) afirma que en la terapia estratégica el terapeuta posee un gran protagonismo, dado que debe tener la iniciativa para identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y por último evaluar el resultado de la terapia para ver si fue eficaz. La perspectiva de la terapia estratégica de Haley, da cuenta de su marco constructivista, dado que el terapeuta queda incluido en el problema del paciente. Por otra parte, la terapia estratégica, puede ser vista como una psicoterapia constructivista, dado que se ocupa de la reestructuración de la visión del mundo del paciente, de construir otra realidad clínica, que sea más útil y menos dolorosa para el paciente (Watzlawick, 2000).

Según De Shazer (1986) el objetivo de la terapia no es la eliminación del síntoma, sino ayudar al paciente a establecer condiciones que le permitan el logro de la meta enunciada o implícita. En general se pueden construir nuevos significados y más beneficiosos en torno al síntoma. El autor propone que sólo se necesita una meta

pequeña y razonable, lo que facilitará la relación entre paciente y terapeuta y a su vez ese pequeño cambio puede conducir a otros cambios mayores. Según dicho autor, cuanto mayor sea la meta propuesta, mayor será la probabilidad del fracaso. La terapia breve estratégica de De Shazer incluye al sistema del terapeuta y al sistema familiar y por ende a un nuevo suprasistema y una epistemología ecosistémica. Se propone el concepto de morfogénesis, el cual permite un cambio de estructura para resolver el problema, en contraposición con la concepción de la familia como sistema cerrado que busca la homeostasis. Así como el concepto de homeostasis da cuenta de las características de mantenimiento de una estructura, el concepto de morfogénesis permite entender la elaboración de la estructura y los rasgos cambiantes de un sistema intrínsecamente inestable como es una familia. De Shazer (1989) explica que analizar al sistema de familia es estudiar la estabilidad, o la homeostasis, mientras que en la terapia de familia, hablamos de cambio y morfogénesis. La terapia familiar breve de De Shazer, planea las intervenciones minuciosamente, y estudia los efectos en el sistema familiar a través de la cámara gesell. La idea es describir y estudiar las pautas que la propia familia exhibe.

En Perez y Rodriguez (2010), Nardone define al enfoque estratégico en psicoterapia como un arte para resolver problemas humanos complejos mediante soluciones que parecen simples. Según Castillo Sotelo, Brito Sanchez y Vargas Jimenez (2018) el enfoque estratégico está orientado a incrementar la conciencia sobre la conducta problema, la capacidad y la motivación para resolver el problema. La meta es ofrecer a los consultantes herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes.

Según Cazabat (2007), la terapia estratégica está orientada al cambio, y el terapeuta debe constituir una parte activa del proceso, a través del diseño de estrategias para ayudar al consultante a lograr el cambio deseado. A través de intervenciones intentará que el paciente encuentre su propio camino hacia el cambio.

Según Wainstein (2006), la terapia estratégica contempla un acercamiento al caso desde un punto de vista sistémico, lo que implica la descripción de situaciones colectivas, mediante patrones comunicacionales, observación de ideas, creencias e interacción entre los elementos del sistema. Cuando una persona o "sistema" consulta es porque existe un problema no resuelto y el objetivo de la terapia estratégica es

justamente la resolución de problemas. Es probable que las consultas vengan de la mano de procedimientos fallidos, que perpetúan el problema. En los términos de Wainstein (2006), la solución intentada fallida se puede ubicar como el principal reductor de complejidad del modelo.

3.3 Modelo de Terapia Breve de Palo Alto, MRI

Los principales autores del modelo de Palo Alto son Watzlawick, Weakland, Fish y Jackson. El modelo de Palo Alto presta atención a la comunicación verbal principalmente. Tal como su nombre lo indica, la terapia breve estratégica trabaja con un número reducido de sesiones, generalmente con un máximo de 10 sesiones semanales o quincenales, dependiendo del tipo de intervención del terapeuta y de la flexibilidad de los pacientes para el cambio. La idea es invertir el mínimo tiempo posible para poner en acción un círculo beneficioso de nuevas interacciones (Casabianca & Hirsch, 2009). Adán y Piedrabuena (2007) plantean que los terapeutas puntúan y organizan secuencias de comportamientos para poder intervenir.

Giorgio Nardone, se incorporó al MRI primero como alumno y luego como colaborador y colega de Paul Watzlawick. En 1989, fundaron juntos el Centro de Terapia estratégica en Arezzo. Nardone (como se citó en Perez y Rodriguez, 2010), afirma que la característica distintiva de este modelo de terapia es la capacidad de producir cambios en tiempos breves, incluso cuando los trastornos están enraizados y persisten desde hace años. Siguiendo a Nardone “el objetivo principal que debe tener el terapeuta estratégico es resolver rápidamente los problemas que pueden convertirse en invasivos e invalidantes, no sólo para el paciente que lo sufre, sino para quienes le rodean” (Perez y Rodriguez, 2010, p.62). Nardone y Watzlawick (1995) enfatizan que la intervención terapéutica bajo el modelo de terapia breve estratégica del MRI debe producir la experiencia concreta de cambio, afirmación con la cual acuerdan los principales exponentes del modelo (Watzlawick et.al., 1981).

Bajo el Modelo de Terapia Estratégica del MRI de Palo Alto, el terapeuta cobra un gran protagonismo y una de sus funciones esenciales es la construcción del problema junto con el consultante. La terapia sistémica estratégica es un modelo que aborda los problemas de manera interaccional, enmarcando a los mismos en las relaciones del paciente con los demás, con el mundo y con él mismo.

Nardone y Watzlawick (1995) describen seis fases de la terapia estratégica: En la primera fase se inicia la relación terapéutica, y su principal función reside en conocer y aprender el lenguaje del paciente, el cual será empleado en las estrategias e intervenciones. En la segunda fase se define el problema, para lo cual se requiere entender las pautas de comportamiento del paciente, el modo de manifestación del problema, las situaciones en las que aparece, la frecuencia e intensidad, y la función que cumple dicho problema. Por otra parte, se busca conocer el sistema interactivo que mantiene el problema y lo que se ha intentado para resolver el problema. Otros autores acuerdan que la fase de definición del problema es central en la terapia y que si existe claridad sobre el problema, es más fácil hallar una solución (Watzlawick, et.al, 1997; Wainstein, 2006; Casabianca & Hirsch, 2009). En la tercera fase, se acuerdan los objetivos, que incluyen la duración del tratamiento y los fines de la cura, lo que tendería a incrementar la colaboración y confianza en la terapia y que el paciente se sienta protagonista del cambio. En una cuarta etapa se identifica el sistema perceptivo reactivo que mantiene el problema, lo que en términos de Casabianca y Hirsch (2009) se denomina los intentos fallidos de solución, o circuito autoperpetuante del problema. En la quinta etapa se programan las estrategias de cambio, que van desde la comunicación que se da entre terapeuta y paciente en las sesiones, hasta las prescripciones de comportamiento para que el paciente pueda vivir y practicar experiencias concretas de cambio fuera de sesión. Por último, se busca enfatizar sobre la capacidad del paciente para poder resolver los problemas y poder sostener los cambios de forma autónoma.

3.3.1 Circuito autoperpetuante de problemas

Según Nardone y Watzlawick (1995) para la resolución de problemas en terapia estratégica se requiere romper con el sistema circular que mantiene la situación problemática, redefinir la situación y modificar las percepciones y concepciones del mundo que limitan a la persona con respuestas disfuncionales. Según Watzlawick et.al. (1976) el cambio justamente debe aplicarse a aquello que mantiene la situación y aquí se puede ubicar a la solución intentada, pero equivocada. Para el modelo de Palo Alto, el foco son las secuencias repetitivas de conducta en las que el comportamiento-problema está inscripto, lo que en otros términos se denomina circuito autoperpetuante. Dicho circuito se constituye por las conductas que se refuerzan en el intento de solucionar el problema y que paradójicamente contribuyen

a mantener el problema (Hirsch & Casabianca, 2009). Nardone (2010 como se citó en Perez y Rodriguez, 2010) señaló que el terapeuta estratégico se focaliza desde el principio de la terapia en romper el círculo vicioso que se ha establecido entre las soluciones intentadas por el paciente y la persistencia del problema, trabajando sobre el presente más que sobre el pasado. Se enfoca más en el mecanismo de funcionamiento del problema y en la búsqueda de soluciones, que en la explicación de sus causas. Se busca correr el punto de vista desde una perspectiva más rígida y disfuncional a una más flexible y funcional. De este modo se puede adquirir una capacidad de afrontar los problemas sin rigidez y estereotipia, lo que permite pensar múltiples posibilidades de solución.

Nardone y Watzlawick (1995) explican que para producir rápidamente el cambio es importante intervenir en las soluciones disfuncionales del paciente para resolver el problema, apuntando a una reorganización del sistema relacional.

Para la resolución del problema se seleccionan a los miembros del sistema que parecen más motivados, debido al supuesto de que el cambio en uno de los miembros del sistema dará lugar a cambios en los restantes miembros (Watzlawick, Weakland & Fish, 1976). Cada una de las partes del sistema considera sus propias acciones como determinadas y provocadas por las de la otra parte. Según Frank (1982), la psicoterapia y las experiencias cotidianas pueden interactuar de forma muy compleja, porque un cambio en las perspectivas o en la conducta del paciente, logrado por la psicoterapia, afecta inevitablemente las actitudes de otros hacia él y las mismas pueden reforzar o contrarrestar los cambios inducidos por la terapia. Es importante destacar que el modelo del MRI entiende que la persona posee la potencialidad de solucionar los problemas que enfrenta en las diferentes etapas de la vida y lo que se hace desde el modelo es ayudar a las personas en este proceso (Kopec, 2007).

El modelo de Terapia Breve de Palo Alto, se ha difundido en muchos países de la mano de reconocidos terapeutas que se formaron en el MRI. Uno de los países con gran difusión del modelo de terapia del MRI fue Argentina.

3.4 Aplicación del Modelo de terapia breve estratégica del MRI en Argentina: Co- construcción de problemas

Hacia finales de los años '70, dirigía el MRI un psiquiatra argentino el cual abrió las puertas a Celia Elzufán y Hugo Hirsch, quienes se formaron en el MRI y se dedicaron a difundir y poner en práctica las ideas del MRI en Argentina (Cazabat, 2007). Según Casabianca y Hirsch (2009) para llevar a cabo la terapia estratégica es necesario focalizar sobre un problema particular, considerar un logro específico en un tiempo determinado y sentirse actores capaces de un cambio. Todo ello con la interacción entre terapeuta y paciente. Según Cazabat (2007), este modelo terapéutico prefiere expresar los problemas en términos de conductas concretas y observables, contextualizadas en un sistema. Se entiende al sistema como aquella red de relaciones involucradas en el problema que el consultante trae a la consulta.

Según Kopec (2007) el proceso terapéutico cuenta con algunos pasos fundamentales: En una primera instancia se busca entender cuál es el problema según el consultante. En todos los cuadros clínicos, la tarea de focalizar y de construir un motivo de consulta trabajable es en sí misma terapéutica. Centrarse en un problema por vez, no es impedirle al paciente que hable de lo que desea. Todo lo que va agregando el paciente, debe ser articulado por el terapeuta con el motivo de consulta pactado. Lo importante a destacar es que la expectativa de cambio debe estar puesta en las áreas acordadas (Kopec & Rabinovich, 2007).

Según Casabianca y Hirsch (2009) a este primer proceso de la terapia se lo denomina la co-construcción del problema y comienza con la elección de un solo problema como motivo de consulta, lo que constituye un acuerdo entre el terapeuta y el paciente. El problema elegido debe ser significativo en relación a los afectos, de acuerdo a las visiones y cogniciones del consultante y debe contar con una solución factible. La construcción del problema parte de la queja inicial del paciente que es focalizada y contextualizada por el terapeuta hasta convertirla en un motivo de consulta. Dicho motivo de consulta posee un componente cognitivo, afectivo y conativo (Kopec & Rabinovich, 2007; Casabianca & Hirsch, 2009).

Varios autores coinciden en que un punto fundamental para la elección del problema es la exploración sobre los intentos de solución del problema, lo que permite un diagnóstico de circuito (Wazlawick, et.al 1976, Nardone, 2000 & Wainstein, 2006.). Según Hirsch y Casabianca (2009), es aquí donde podemos

encontrarnos ante la conducta problema, que son las acciones y retroacciones entre individuos de un sistema, que al intentar resolver una situación molesta o difícil, la fijan. A ello se puede denominar intentos fallidos de solución o circuito de mantenimiento del problema. Asimismo, se presta atención a las actitudes y opiniones del paciente y otras personas significativas hacia el problema. El problema se intenta definir en el lenguaje del paciente y en términos de conductas observables, lo que permitirá intervenciones más efectivas para ese consultante y una mejor evaluación de los resultados (Kopeck, 2007). De acuerdo a Nardone y Watzlawick (1995) una vez construido el problema, que debe tener una solución factible, se acuerdan metas específicas de cambio en un tiempo determinado, breve, que para este modelo implican menos de 20 sesiones. Para ello se construye una organización estratégica del sistema terapéutico que tienda al logro del objetivo acordado.

Hirsch y Casabianca (2009), destacan 3 momentos de interacción entre terapeuta y consultante: la co-construcción del problema, desarrollada previamente, la co-construcción de la meta, que involucra la variable tiempo así como las modificaciones mínimas que se pretenden, y por último la co-construcción de nuevas soluciones. En esta última etapa se apunta a desbloquear las potencialidades y las habilidades que posee el consultante para resolver el problema. Se persuade para realizar conductas diferentes, se incrementan las dificultades, y se trabaja modificando la percepción del problema.

Desde las primeras sesiones, se realizan las intervenciones y se va controlando el proceso de cambio en relación con el motivo de consulta, o en otros términos el avance en cuanto a la concreción de la meta pautada. Según Casabianca y Hirsch (2009) los subsistemas de intervención e impacto son aquellos individuos que están perturbados por la situación problema y están motivados a que cambie la situación. La motivación debe complementarse con la capacidad de influencia y la jerarquía, para que el cambio sea factible. A medida que van ocurriendo las sesiones y los cambios, es importante medir el alcance de los objetivos por parte del paciente. Es importante considerar los primeros cambios respecto a la situación inicial, pero al mismo tiempo es fundamental asegurarse que el paciente sea capaz de mantener los logros. Una vez que se afianzan los cambios, se puede interrumpir la terapia.

El modelo de terapia estratégica de Hirsch y Casabianca (2009) cuenta con modelos de registro del proceso terapéutico que sirven al terapeuta para observar la

dirección del proceso terapéutico, como instrumento de supervisión y a los fines de investigación. Existe una ficha utilizada en la primera entrevista, otra ficha de evaluación parcial del proceso terapéutico, sesión por sesión, a través de la cual se va registrando la historia clínica sin perder los puntos centrales, ni la evolución de la meta pautada. Según Waizman y Roussos (2007), el registro del material clínico en Argentina comenzó en la década del '60 con un fin de supervisión. Recién en la década del '90 comenzó a utilizarse dicho material para investigación.

3.5 Diagnosticar en terapia estratégica

El terapeuta necesita efectuar un determinado recorte para poder intervenir, es decir, que debe definir cuál es el problema sobre el que se centrará (Adán & Piedrabuena, 2007). Según Haley (2012) los síntomas pueden describirse como actos comunicativos que ejercen una función dentro de una red de relaciones interpersonales, en otras palabras podría decirse que son un estilo de conducta adaptado al comportamiento actual de los otros integrantes del sistema. Siguiendo a Haley (1980) el síntoma es una etiqueta que se le agrega a la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social. Desde este punto de vista, el objeto de la terapia es cambiar la conducta comunicativa de todos los integrantes del sistema.

La psicoterapia sistémica, no evalúa los problemas en términos de síntomas, ni de psiquis perturbadas (Watzlawick & Nardone, 2000). Perez y Rodriguez (2010) afirman que lo que importa para el modelo sistémico estratégico es la funcionalidad o disfuncionalidad del comportamiento, y los modos de relacionarse con el entorno, sin hablar de normalidad o patología psíquica. Según Cazabat (2007) bajo el marco de terapia sistémica estratégica es preferible expresar los problemas en términos de conductas concretas y observables, es decir cómo se comporta el paciente frente a determinadas situaciones

De acuerdo a las definiciones anteriormente revisadas (Haley, 1980, 2012; Adán & Piedrabuena, 2007; Watzlawick & Nardone, 2000), formular un diagnóstico implica poner nombres, pero según cuál sea la definición diagnóstica del terapeuta puede promover el cambio o perpetuar la situación actual. Es importante tener en cuenta cómo afectará el diagnóstico a cada uno de los miembros de la familia.

En la construcción del problema se puede advertir si existe algún trastorno, tal como lo conceptualiza el Manual diagnóstico y estadístico para los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) u otros sistemas de clasificación de los trastornos mentales. Según Perez y Rodriguez (2010) la terapia estratégica ha resultado ser muy eficaz en numerosos trastornos entre los cuales se encuentran los trastornos de ansiedad (ataques de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social, trastornos de estrés postraumático, fobias específicas, obsesiones, compulsiones, hipocondría); los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, síndrome del vómito); la depresión en sus diferentes formas; los trastornos sexuales y los problemas de pareja.

3.5.1 Trastornos por pánico: Diagnóstico y tratamiento estratégico

Varios autores coinciden en que la ansiedad es una emoción normal que permite al hombre anticipar situaciones evaluadas como amenaza o desafíos potenciales. Cuando la intensidad es muy elevada e inhibitoria y no permite la movilización hacia los objetivos buscados, la ansiedad pasa a ser desadaptativa, o disfuncional dado que afecta la vida laboral, familiar y social, principalmente por las conductas de evitación (Beck, 2005; Bulacio, 2004). Según Burns (2006) la ansiedad es consecuencia de la percepción de peligro y en base a dicha percepción es que puede resultar normal o patológica. Beck (2005), afirma que la ansiedad es el resultado de una sobre-estimación de la amenaza y una subestimación de la propia capacidad de afrontamiento. Según Frank (1982) los humanos reaccionan a la interpretación de los hechos, lo que no necesariamente coincide con la realidad de los hechos.

Según el DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) el trastorno por pánico está enmarcado dentro de los trastornos de ansiedad y se da cuando existen ataques de pánico imprevistos y recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de un miedo intenso o de malestar intenso que se produce en minutos con alguno de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de asfixia, dolor o molestia en el tórax, náuseas, sensación de mareo, escalofríos, parestesias, desrealización, miedo a perder el control o miedo a morir.

Según Watzlavick y otros (1976) la persona que ya ha experimentado un ataque de pánico, es probable que si experimenta una situación similar se ponga tenso

contra una posible repetición del pánico original, con lo que el pánico vuelve a surgir rápidamente. La persona se entrega a fuerzas internas irresistibles y su única defensa puede ser la de evitar por completo la situación. El hecho de evitar la situación es en sí el problema y el sujeto queda encerrado en una paradoja. Una intervención que podría ayudar al cambio y que va en contra de la solución intentada es imponer una contra-paradoja, lo que podría implicar experimentar el síntoma del pánico, por más que en ese momento no esté preso de la ansiedad.

Según Nardone (2000), las personas que sufren ataque de pánico evitan constantemente la exposición a un presunto riesgo y necesitan pedir ayuda constantemente de un tercero en el cual confíen, lo que constituye el intento de solución fundamental que confirma y alimenta el problema. Se provoca un miedo general contra los miedos específicos, y este miedo al miedo es un agravamiento de la situación. La intervención según Nardone irá por el lado de una comunicación paradójica, planteando al paciente que cada vez que pide ayuda y se la ofrecen, contribuye a que sus problemas persistan y se agraven, y al mismo tiempo se le indica que no se esfuerce por no pedir ayuda. En la intervención planteada por Nardone (2000), queda bien explícita la comunicación paradójica y el doble vínculo. El bloqueo del intento de solución conduce a una serie de reacciones que le hacen ver a la persona que puede vivir sin el miedo. Nardone (2000) “La primera reestructuración no representa la curación del trastorno, sino la primera experiencia concreta que inicia el proceso de recuperación de los propios recursos del paciente”(pp217).

Según Cazabat (2007) el trastorno por pánico afecta el área fisiológica, cognitiva, emocional y relacional. Realizar un diagnóstico apropiado del impacto del trastorno en las diferentes áreas, permitirá planificar el modo de intervención. Para el área fisiológica se emplean técnicas de manejo de la ansiedad como la hipnosis o técnicas respiratorias y de relajación. Las mismas buscan disminuir la intensidad de la respuesta fisiológica e interrumpir el circuito de retroalimentación. Para el área cognitiva y emocional se utiliza la psicoeducación, en colaboración con el médico clínico, de modo que el paciente pueda transformar la interpretación catastrófica. Otra intervención estratégica, podría ser la reformulación para dar un sentido positivo al ataque de pánico como alerta de sobrecarga de estrés y necesidad de hacer algo con eso.

En el área relacional Cazabat (2007) menciona que es clave entender las conductas de los otros significativos que ayudan a mantener el ataque de pánico. Cuando el individuo que está sufriendo el ataque de pánico acude a una persona y la misma trata de calmarla minimizando sus síntomas y diciendo que ya pasará, estos consejos se contraponen a la sensación de muerte que experimenta la persona y tienden a resaltar más los síntomas involuntariamente. Brindar psicoeducación a la familia ayuda a cambiar el circuito que sostiene el problema, a través de reconocer signos, síntomas y consecuencias. Por otro lado, si el terapeuta vislumbra que el ataque de pánico cumple una función homeostática en el sistema, debe orientarse a provocar un cambio en los sistemas. El ataque de pánico podría vincularse con el ciclo vital (Haley, 1980). Por lo contrario, si los ataques no afectan las actividades cotidianas, el síntoma no cumple una función sistémica de relevancia, y su remoción no provocará grandes resistencias ni alteraciones (Cazabat, 2007).

3.5.2 Depresión: Diagnóstico y tratamiento estratégico

Según el DSM 5, la depresión mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o placer en un período de dos semanas seguidas. Otros factores que pueden estar presentes son la pérdida de peso, la hipersomnía o insomnio, la pérdida de energía, sentimiento de culpa excesivo, disminución en la capacidad de concentración y pensamientos de muerte recurrentes. Los síntomas causan un malestar significativo o deterioro en lo social, laboral, y no se puede atribuir a una afección médica o sustancia.

Según Burns (2006) ante la depresión existe una sensación de tristeza, decaimiento y desmoralización. La persona se siente abrumada y puede llegar a perder interés por la vida y por las demás personas. Según dicho autor la ansiedad y la depresión suelen ir juntas. Existen algunas teorías que podrían explicar por qué ansiedad y depresión van juntas: Según la primera teoría, la mayoría de las personas no son capaces de distinguir entre los diversos tipos de emociones. Lo único que saben es que se sienten trastornadas. Según la segunda teoría, la depresión conduce a la ansiedad. Según la tercera teoría, la ansiedad conduce a la depresión, debido principalmente a los sentimientos de aislamiento y de deficiencia porque dificultan la conexión cálida y abierta con los demás.

Según Nardone (2000) en general los intentos de solución del sujeto que padece depresión son lamentarse y hacerse la víctima. Dicha tendencia se equilibra con la actitud alentadora, de consuelo y protección de los familiares. Según dicho autor la intervención debería ser familiar y la estrategia puede consistir en limitar los lamentos y quejas del paciente deprimido a un momento del día donde cuenta con la plena atención de toda la familia. Luego se procede a una gradual reestructuración de las modalidades perceptivo-reativas del paciente que lo conducen a un equilibrio personal nuevo y funcional.

3.5.3 Problemática Familiar:

La terapia familiar se inició en la década del '50, dando lugar a una nueva unidad de análisis que es la relación humana en la vida familiar, distanciándose del modelo psiquiátrico, tradicional, organicista e individualista (Droeven & Najmanovich, 1997). En el marco de la terapia y la teoría de la familia, se ve al individuo como parte del sistema mayor que constituye la familia y se considera que la conducta individual es el resultado del interjuego de procesos recíprocos entre las partes interactuantes (Simon et.al, 1984).

Se piensa a la familia como un sistema autoorganizado que acepta un conjunto de transformaciones estructurales con conservación de la organización. Las consultas se dan cuando alguno de los miembros siente una amenaza a la estructura e identidad del sistema. Todos los miembros de la familia están expuestos a permanente estímulos. Se puede pensar la tarea terapéutica desde un lugar paradójico que impide la caída en un círculo vicioso. (Droeven & Najmanovich, 1997).

Watzlawick (1992) postula que existen relaciones perturbadas, pero no individuos perturbados y los trastornos del comportamiento son una función de las relaciones humanas disfuncionales, pero no de las psiquis enfermas. Lo más importante es la pauta que conecta los intercambios, más que las características estructurales del emisor o receptor.

Según Haley (1988) los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia se disloca o interrumpe. El síntoma aparece como una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. Erickson (como se citó en Haley, 1988), el objetivo más amplio de la terapia estratégica es la resolución de los problemas de familia, para que el ciclo vital se ponga en funcionamiento

nuevamente. Según Haley, no se puede curar un síntoma sin cambiar la situación social de la persona, para que la misma pueda crecer y evolucionar. Haley describe diferentes etapas dentro del ciclo de vida familiar, en las cuales se presentan diversas dificultades y llevan a las familias a consultar. Dichas etapas son el periodo de galanteo, el matrimonio, el nacimiento de hijos, las dificultades matrimoniales del período intermedio, el destete de los padres y el retiro de la vida activa y la vejez.

Según Haley (1988), cuando se llega a los años medios del ciclo vital, la pareja ha atravesado muchos conflictos y ha desarrollado modos de interacción rígidos y repetitivos. Las pautas que antes funcionaban se pueden tornar inadecuadas y ocasionar crisis. La resolución de los problemas conyugales suele ser más difícil que en los primeros años, y muchas veces las parejas se ven obligadas a decidir si seguirán juntos o tomarán caminos separados.

Varios autores coinciden en que de acuerdo al enfoque estratégico, la problemática que presentan las familias, están relacionadas con las soluciones intentadas para salir del problema. También existen fuentes de estrés intrínsecos y extrínsecos que pueden tener impacto en el funcionamiento familiar (Nardone, 1990; de Shazer, 1989; Cánovas, 2014). Haley (1988), explica que frecuentemente las parejas tienden a regresar a las viejas pautas, a pesar del sufrimiento, luego de probar diversos modos de reconciliar sus diferencias.

3.6 Intervenciones en terapia estratégica:

Según Weakland (1993) el cliente es el experto en la determinación de los fines del tratamiento y el terapeuta es el experto en implementar los medios para alcanzar esos fines. En base a su experiencia, el terapeuta puede conocer si existen incompatibilidad entre ciertos medios y fines.

Hirsch y Casabianca (2009) mencionan que las intervenciones son aquellas conductas planificadas por el terapeuta que permiten estimular nuevas alternativas de solución mediante reestructuraciones, preguntas, sugerencias y prescripciones directas o paradójales. Según Wainstein (2006) llamamos intervenciones a las prácticas comunicacionales mediante las cuales un consultor o terapeuta orienta modos de facilitar cambios en los pacientes. Los cambios estarán dirigidos hacia las creencias, las conductas, las formas de organización de sus interacciones y a los relatos a través de los cuales describen el mundo. Las intervenciones estratégicas están dirigidas hacia

el cumplimiento de objetivos convenidos con el consultante para resolver los problemas del modo más económico y rápido posible. Nardone (2010, como se citó en Perez y Rodriguez, 2010) aclara que la intervención estratégica es de tipo activa y prescriptive, para conseguir el objetivo de la manera más rápida y eficaz. El objeto de estudio son los problemas y las soluciones intentadas.

Según Watzlawick et.al (1976) el cambio justamente debe aplicarse a aquello que mantiene la situación. Geyerhofer y Komori (2000) acuerdan en que es importante dedicar tiempo a examinar lo que no ha funcionado como solución, dado que la intervención va por el lado de interrumpir esos comportamientos y reemplazarlos por nuevo y diversos. Kopec y Rabinovich (2007) enfatizan que la estrategia general en este modelo es proponer un giro en la dirección de las soluciones intentadas. De Shazer (1989) agrega que el planeamiento de estrategias en terapia familiar no sólo abarca la conducta perturbada de un individuo, sino toda la pauta de interacciones familiares que la circunda. Para la terapia estratégica es importante ir evaluando si las intervenciones son eficaces para el cumplimiento de las metas pactadas o si es necesario hacer modificaciones (Wainstein, 2006; Nardone, 2000; Casabianca & Hirsch, 2009).

El modelo de Palo Alto instrumenta estrategias para lograr la interrupción del circuito autoperpetuante del problema, para lo cual implementa redefiniciones o reestructuraciones y preguntas (Watzlawick et.at, 1976). Según Nardone (2000) se busca introducir un primer cambio importante en la situación sintomática vivida por el paciente, intentando modificar la percepción del paciente y que viva como controlable algo que vivía como incontrolable. Luego del primer gran cambio, se busca que el paciente tenga la autonomía para ir realizando pequeños cambios por él mismo y para ello se realizan prescripciones directas, para redefinir los cambios. Según Nardone y Watzlawick (1995), cuando el terapeuta puede conducir a la persona a la modificación de sus acciones disfuncionales mediante una progresión de pequeños cambios, la terapia ha alcanzado su objetivo. Según dichos autores las estrategias o intervenciones destinadas a la solución de problemas pueden dividirse en dos grandes grupos: las acciones y comunicación terapéutica que ocurren en sesión por un lado y las prescripciones de la conducta para hacer fuera de sesión por el otro lado.

3.6.1 Comunicación terapéutica:

3.6.1.1 Adaptación al lenguaje del consultante

Watzlawick y Nardone (1995) afirman que el proceso mismo de terapia y la comunicación que se da entre paciente y terapeuta constituyen por sí mismas estrategias terapéuticas. La mayor parte de los autores exponentes del modelo sistémico estratégico coinciden en la importancia de adaptar las intervenciones al lenguaje y a la idiosincrasia del consultante para mejorar la aceptación de las intervenciones y disminuir la resistencia al cambio (e.g. Wainstein, 2006; Adán & Pedrabuena, 2007; Watzlawick, 1994; De Shazer, 1989; Nardone & Watzlawick, 1995). Según Watzlawick (1994) el terapeuta hace un esfuerzo por prestar atención al lenguaje del paciente, en el más estricto sentido y lo utiliza para expresar con él sus intervenciones. Según dicho autor esta es una característica distintiva de la terapia breve a diferencia de otras psicoterapias, que intentan cambiar la lengua del paciente, o que el paciente se adapte a la terapia en lugar de adaptar la terapia al paciente. Según Nardone (2000) la terapia breve estratégica evolucionada implica la elaboración de una estrategia, adaptándola al lenguaje del paciente. Watzlawick y Nardone (1995) retomando a los sofistas, afirman “la mejor forma de persuadir a alguien, es hacerlo con sus propios argumentos (p.86)”. La técnica de adaptarse al lenguaje del consultante, proviene según dichos autores, de la hipnosis ericksoniana, donde el hipnotizador imita el lenguaje verbal y no verbal de sus pacientes para poder influir sobre ellos con prescripciones y sugerencias.

3.6.1.2 Reformulaciones o Reestructuraciones:

Según Watzlawick et.al. (1976), reestructurar significa cambiar la percepción que tiene el cliente del comportamiento problemático. Una vez que la situación se puede percibir bajo otro punto de vista, es difícil volver a caer en la trampa y en la angustia por el punto de vista previo. Una reestructuración exitosa deberá extraer el problema de su definición de síntoma y pasarlo a otra que implique la posibilidad de modificación. Lerner y Piedrabuena (2007) agregan que cada ser humano se caracteriza por la forma particular en que construye y organiza los acontecimientos, ya que en base a ello se determina un abanico de conductas. Cuando a consecuencia de esa construcción, el sujeto desarrolla conductas que repetidamente le ocasionan

sufrimiento y frustración, hay que cuestionarlo. Una forma es la reformulación, que significa cambiar el marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, de manera de modificar el sentido o la visión que se tiene de ella. Wainstein (2006) afirma que el terapeuta debe lograr influir sobre el consultante para que enfrente su problema de manera diferente. El cambio en las percepciones del consultante surgen por el impacto que provocan los mensajes del terapeuta sobre sus pensamientos y sus interacciones.

Según Cazabat (2007) toda psicoterapia que se precie de eficaz, debe ser capaz de modificar el marco de referencia que el paciente construye para su problema, de tal forma de generar un nuevo contexto cognitivo, actitudinal y emocional, en el cual el problema no tenga más sentido, por un cambio en la conducta del consultante o por su interpretación de los hechos. En términos de Casabianca y Hirsch (2009) la reformulación pretende modificar la percepción del consultante acerca del motivo de consulta.

Las preguntas pueden servir para redefinir o para preguntarse sobre lo posible. Las preguntas pueden estar destinadas a provocar un cambio en el motivo de consulta y pueden ser directas, reflexivas o circulares. Un tipo de preguntas podría ser la búsqueda de excepciones, es decir buscar momentos de la vida del paciente donde no existía el problema. La famosa pregunta milagrosa (De Shazer, 1986), ayudan al cliente y al terapeuta a aclarar qué pasos se han dado, los recursos que poseen y las posibles soluciones proyectadas para el futuro. Qué sería distinto si ocurriese el milagro de que se solucionó el problema? Se utiliza el futuro para co-construir soluciones hipotéticas por parte de los consultantes.

Otra forma de reformulación es a través del uso de la paradoja y la comunicación paradójica. Según Nardone y Watzlawick (1995) la paradoja posee la propiedad de quebrar los círculos viciosos y recurrentes de soluciones intentadas fallidas, porque pone en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella. Varios autores acuerdan que la comunicación paradójica constituye un punto clave y extremadamente eficaz en las situaciones perceptivo reactivas rígidas que se caracterizan por sintomatología comportamental redundante (Nardone & Watzlawick, 1995; Watzlawick et.al., 1981; Wainstein, 2006; Cazabat, 2007).

3.6.2 Prescripciones de la conducta

Las prescripciones son indicaciones explícitas de conductas a ser cumplidas o desafiadas (paradojales), para colaborar con el avance del tratamiento, generalmente para realizar entre sesiones. Según Nardone y Watzlawick (1995) “las prescripciones de comportamiento cumplen la función de hacer vivir experiencias concretas de cambio más allá del setting terapéutico” (p. 105). Según dichos autores, una vez que se pasa por la experiencia de cambio fuera de la sesión, existe una prueba tangible para el consultante y el terapeuta que se pueden superar las propias dificultades. Según Lerner y Piedrabuena (2007) las prescripciones directas se hacen con el propósito de que el paciente las cumpla y pueden ser sugerencias o tareas de observación, de reflexión, etc. Nardone y Watzlawick (1995) recomiendan las prescripciones directas cuando los pacientes son colaboradores y oponen escasa resistencia al cambio. Por otro lado se pueden hacer prescripciones indirectas, las cuales enmascaran el verdadero objetivo, atrayendo la atención del paciente hacia otra situación problemática para reducir la intensidad del problema presentado. Es muy frecuente desplazar la atención desde un síntoma a una tarea concreta, para demostrar al paciente que es capaz de controlar sus síntomas.

Varios autores coinciden en el valor de dar tareas en terapia para promover el cambio (e.g. Haley, 1980; Watzlawick, 1994; de Shazer, 1989). Las tareas sirven para proporcionar nuevas experiencias subjetivas a la familia, para intensificar la relación con el terapeuta y así también para reunir información sobre los patrones de interacción y cooperación familiar al dar una respuesta al terapeuta sobre la tarea realizada. Si la familia no cumple con la tarea, se puede interpretar como una resistencia al cambio. Según Casabianca y Hirsh (2009), mediante las sugerencias, se proponen alternativas de acción por el terapeuta, pudiendo ser aceptadas o rechazadas por el consultante.

Por último, las intervenciones paradójicas consisten en pedir algo con el propósito de que no lo cumplan, es decir que cambien por la vía de la oposición. Lerner y Piedrabuena (2007) afirman que dichas intervenciones contienen un doble mensaje que es aparentemente contradictorio y que se transmite en forma simultánea. Por un lado, se comunica que el cambio sería bueno y conveniente, y por el otro que no sería tan aconsejable. Son ejemplos de estas intervenciones la prescripción del síntoma y la restricción del cambio y se realizan con el propósito de que el paciente se

oponga al segundo de estos mensajes y cambie, o bien acepte la imposibilidad o falta de motivación para realizar el cambio. Fish, Weakland y Segal (1984), postulan que la táctica más frecuente en las intervenciones estratégicas es indicarle al paciente que no se apresure en la solución del problema. La misma se utiliza cuando los pacientes le piden al terapeuta una acción curativa con urgencia, mientras que ellos se limitan a permanecer pasivos sin colaborar. Otra situación donde aconsejan adoptar esta actitud es cuando el paciente, después de verse sometido a una intervención concreta, vuelve a la siguiente sesión informando sobre una mejora específica y deseada. En dichos casos hay que evitar cualquier indicación de claro optimismo y de estímulo adicional, y expresar que una mejora acelerada intranquiliza al terapeuta. La utilidad de esta técnica para dichos autores, es que no pretende obligar al paciente a que cambie con rapidez, y ello provocaría en el paciente una necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia. Adicionalmente, contribuye a que el paciente abandone los esfuerzos fallidos por solucionar el problema, si se le manifiesta que debe avanzar con lentitud.

Para la terapia estratégica, la prescripción del síntoma es el modo más poderoso y elegante de resolver un problema, aplicando la paradoja (Watzlawick et.al, 1976). Siguiendo las técnicas de Erickson, si el paciente está mejorando rápido, se prescribirá una recaída. Según Wainstein (2006) lo que plantea la técnica es hacer voluntariamente lo que realizaba involuntariamente. Al convertir el síntoma en voluntario, éste pierde el carácter de ingobernable y su naturaleza sintomática.

3.6.3 Cámara Gesell

La terapia breve estratégica utiliza el dispositivo de cámara gesell con diferentes propósitos. De Shazer (1989) afirma que la pantalla de visión unidireccional o cámara gessell, se utiliza con fines de formación, donde el instructor del otro lado de la pantalla puede hacerle sugerencias al terapeuta que está conduciendo el caso, o corregir errores en el momento, en lugar de esperar a una sesión de supervisión posterior. En ese sentido, la sesión en cámara gesell puede servir para encaminar un tratamiento hacia la consecución de los objetivos en el menor tiempo posible o para remover obstáculos que impiden o dificultan el cambio.

Según Flichman (2007), la cámara Gesell permite un doble nivel de observación e interacción, posibilitando el trabajo del equipo en interacción con el terapeuta y el sistema consultante. El equipo está constituido por un líder y un grupo

de profesionales que pueden participar sugiriendo intervenciones o simplemente observando cosas que el terapeuta se puede perder en la sesión, lo que Selvini y Palazzoli (1990) denominan visión binocular del sistema consultante. De esta forma el equipo puede operar como una herramienta poderosa para la inducción del cambio. “El equipo funciona como un sistema protector para que el terapeuta pueda intervenir sin perder el rumbo”(Flichman, 2007, p. 118).

Existen múltiples intervenciones a realizar a través del dispositivo cámara gesell, pero comunmente se utiliza una secuencia con una intervención de apertura, una intervención central y una intervención final. Es posible que el terapeuta reciba llamados del equipo durante la primera parte de la sesión para intervenir a través de la comunicación terapéutica, ya sea mediante nuevas preguntas o reformulaciones. Luego puede salir a consultar con el equipo y finalmente podría ingresar a la cámara un supervisor que pueda hacer una intervención final para cerrar la sesión, donde probablemente se realiza una reformulación del problema y alguna prescripción de conducta para un próximo encuentro (Nardone & Watzlawick, 2000; Flichman, 2007).

El registro de audio y video, que generalmente se realiza, permite trabajar con el equipo después de la sesión, para eliminar el factor de ansiedad que produce la sesión en cámara (Flichman, 2007). Waizman y Roussos (2007) plantean que los modelos de psicoterapia que utilizan la cámara gesell y la grabación de audio y video, plantean que la cámara cumple varias funciones. Control del proceso terapéutico, función didáctica en el entrenamiento de psicoterapeutas, protección legal a los terapeutas para casos muy difíciles, investigación para la obtención de información sobre procesos y resultados del tratamiento psicoterapéutico.

3.7 Evaluación de los resultados: Medidas de Cambio

En la terapia estratégica del MRI la evaluación de los resultados constituye una pata fundamental. Según Nardone y Watzlawick (1995) la eficacia de una intervención terapéutica puede estar representada por la resolución efectiva y permanente de los problemas específicos que el paciente presenta, es decir que los problemas se resuelven y se mantienen en el tiempo. Ello no implica según estos autores, un estado de absoluta ausencia de problemas. Según Casabianca y Hirsch (2009) el terapeuta acuerda metas y objetivos con el consultante que tienen por

función acordar un índice de evaluación del proceso terapéutico. La meta involucra una variable de tiempo y modificaciones mínimas en el estado del problema. Resulta de suma importancia ir evaluando los cambios que se van produciendo a lo largo de las sesiones y al final de la terapia poder evaluar si fue eficaz en el cumplimiento del objetivo (Haley, 2012). Una valoración se suele basar en una comparación entre lo que la terapia se propone conseguir y sus resultados observables (Watzlawick et.al., 1976). Nardone y Watzlawick (1995), destacan que a la hora de analizar y valorar la capacidad de intervención de un modelo de terapia es esencial tomar en cuenta la eficiencia del trabajo clínico, es decir la consecución de los objetivos con el menor costo posible y en el menor tiempo posible. Según una investigación realizada con todos los casos tratados en el Centro de terapia estratégica de Arezzo entre enero de 1987 hasta septiembre de 1988, se ha demostrado que el porcentaje de resolución de los problemas va desde un 50% a un 80% de los casos, en promedio un 69% de éxito, y que la eficiencia del tratamiento (medida en cantidad de sesiones) se situó en un promedio de 16 sesiones y es lo que distingue al modelo estratégico de otros procedimientos psicoterapéuticos (Nardone & Watzlawick, 1995). A través del análisis de diferentes estudios sobre eficacia de psicoterapias se puede concluir que diferentes psicoterapias pueden alcanzar metas semejantes con procesos diferentes, pero la característica distintiva de la terapia estratégica es su eficiencia, dado el menor tiempo empleado para conseguir los objetivos deseados. Lo interesante sería averiguar qué intervenciones específicas, dentro de cada modelo promueven, facilitan o mantienen el cambio (Hirsch, 2007).

De Shazer y otros (2000) explican que la terapia comienza con un paciente que describe un trastorno que le molesta lo suficiente como para llevarlo a terapia. En la medida que los pacientes no regresen a terapia con trastornos en un período de 6 meses a un año podría considerarse un factor de éxito. La terapia breve estratégica realiza seguimiento telefónico de los consultantes, de modo de entender si alcanzaron los objetivos de la terapia o si experimentaron mejoras significativas en los trastornos. Se ha realizado un seguimiento para verificar si los cambios experimentados en las primeras sesiones han perdurado. Otro foco del seguimiento, es entender si los cambios pequeños han contribuido a realizar otros cambios mayores.

En base a estudios sobre eficacia en psicoterapia, Torrente (2007) afirma que en el curso de un número acotado de sesiones, alrededor de 15, se pueden producir potentes efectos terapéuticos. Sin embargo, en un número más acotado de sesiones (alrededor de cinco), se establecen las bases para lograr la viabilidad y efectividad de los tratamientos. A estos se los denomina 'eventos tempranos' y son suficientes para alcanzar las mejorías o cambio buscado.

Roussos et.al (2018) sostienen que si bien un gran porcentaje de aquellos que realizan un tratamiento terapéutico muestran mejoras, entre un 5-10% de los pacientes sostienen haber empeorado a causa del tratamiento. Además, los clínicos suelen tener una percepción demasiado optimista sobre el progreso de sus pacientes, que no suele coincidir con la de estos últimos. Ahí radica la importancia del feedback de los pacientes.

3.7.1 Fichas de registro usadas en Argentina

Waizman y Roussos (2007) afirman que la búsqueda de un registro fiable, sobre aquello que sucede en los tratamientos psicoterapéuticos, ha sido un tema de debate desde el inicio mismo de la psicoterapia. En Argentina se han desarrollado diversas herramientas que permiten registrar la evolución del tratamiento: ficha de evaluación sesión por sesión, ficha de evaluación final y ficha de evaluación post terapia (Casabianca y Hirsch, 2009). Dichas herramientas permiten focalizar las acciones hacia el cambio, ayudando tanto al terapeuta como al consultante (Kopec & Rabonvich comp. 2007; Casabianca & Hirsch, 2009).

El objetivo de la ficha de evaluación sesión por sesión es crear una continuidad entre las sesiones y ver los efectos que ocurren de una sesión a otra, es decir, que su principal función es monitorear los cambios para el alcance de las metas pautadas. Es importante registrar si se pactan nuevas metas u objetivos para ir monitoreando en las próximas sesiones. Otro punto importante es el estado del síntoma, que según el modelo de terapia es consecuencia del avance en las metas pautadas. La ficha de evaluación final pretende evaluar los resultados de todo el proceso terapéutico. Lo importante es tener bien presente la meta mínima, las sub-metas, el tiempo pactado y el motivo de consulta. Para la evaluación post terapia es importante esperar entre seis y nueve meses de finalizado el tratamiento para indagar

con los consultantes si los cambios fueron beneficiosos y duraderos (Kopec & Rabinovich, 2007).

3.7.2 SET: Un dispositivo de feedback creado para Argentina

El feedback como recurso clínico es un elemento esencial en el proceso de la psicoterapia y contribuye para el resultado satisfactorio de la misma. Asimismo, ir monitoreando la evolución de los pacientes sesión a sesión y su comunicación a los terapeutas, en forma de alertas o desviaciones respecto a las expectativas puede ser un recurso valioso para el contexto clínico. A partir de los dispositivos de feedback los terapeutas pueden ser más sensibles a las necesidades de los pacientes (Roussos et al, 2018).

Basados en desarrollos creados en otros contextos para el monitoreo de resultados, tales como el OQ45, en Argentina se desarrolló el SET (Sistema de Evaluación de Tratamientos). El objetivo del SET es tener un seguimiento de los pacientes y mejorar la calidad del servicio brindado, a través de una herramienta fácil de completar para los pacientes y sencilla de interpretar para los terapeutas, permitiendo potenciar su viabilidad y utilidad clínica (Roussos et al., 2018). El SET permite explorar los siguientes constructos: evolución sintomatológica, bienestar interpersonal (relaciones de amistad, familia, etc), bienestar en el desarrollo profesional (laboral o académico), bienestar general y el grado de mejoría percibido en la última semana de acuerdo a la meta que se acordó con el terapeuta. El dispositivo es enviado a los pacientes cuando finaliza cada sesión mediante un mail personalizado. Cada cinco cuestionarios completados se dispara un sistema de alertas para el terapeuta según el puntaje relevado: alerta para supervisar, alerta para implementar maniobras de cierre, alerta para dar de alta a los pacientes. El dispositivo en cuestión, es otra herramienta más para evaluar la evolución de los resultados de la terapia, así como también para ayudar a la terapia a enfocar los esfuerzos en el alcance de las metas y la solución de los problemas planteados.

Una vez resuelto el problema acordado entre paciente y terapeuta, se podrá determinar la finalización del tratamiento y sería esperable que ambos estuvieran de acuerdo. Otra alternativa puede ser que cuando el paciente vaya notando mejorías, por el miedo de tener que dejar la terapia, empeore su problema nuevamente (Fish, et.al, 1984). Según Figueroa y Hirsch (2007) el cierre de la terapia depende de los resultados obtenidos y del grado de satisfacción del consultante.

4. Metodología

4.1 Tipo de Estudio

Descriptivo, de caso único.

4.2 Participantes

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad, ama de casa, casada hace 17 años y con una hija de 20 años de una pareja anterior. Concurrió al centro de psicoterapia a raíz de una indicación del clínico tras dos episodios de posible ataque de pánico. Los síntomas se desencadenaron luego de descubrir a su marido con una ex novia. Los síntomas de ansiedad que presentaba la paciente interferían con el desarrollo de su vida cotidiana porque evitaba situaciones que realizaba normalmente antes, como viajar en transporte público, ayudar a su marido en el trabajo o participar de un curso de vitrofusión.

Terapeuta de sexo femenino de 32 años que llevó a cabo el tratamiento psicoterapéutico. La terapeuta tenía formación en terapia estratégica focalizada en resolución de problemas. Al momento del tratamiento, la terapeuta llevaba 5 años de experiencia como terapeuta en el Centro.

4.3 Instrumentos

Análisis de la historia clínica de la paciente, la cual se encontraba registrada en un sistema de intranet que posee el centro de psicoterapias. La historia clínica se encontraba encriptada y restringida para el uso de la terapeuta encargada del caso y el supervisor. La misma contenía los datos demográficos de la paciente, el detalle de la admisión, sesiones de terapia psicológica y farmacológica, así como las supervisiones. A su vez, se encontraba organizada por fechas de las sesiones y el detalle de cada sesión estaba contenido en una ficha de registro de sesiones, donde se va evaluando el avance del proceso terapéutico hacia la meta pautada, teniendo en cuenta los puntos

centrales, tales como la queja inicial, el motivo de consulta construido, las intervenciones del terapeuta, la evolución del paciente, las preocupaciones sobre el caso y los avances del paciente.

Observación no participante de un video de una sesión en cámara gesell, donde la paciente concurrió con su marido y su hija, que se realizó en la institución, con la conducción de la terapeuta que llevaba el caso, así como la intervención de un supervisor, líder del equipo de casos difíciles.

Entrevistas semidirigidas a la terapeuta. Se realizaron tres entrevistas, en la primera el foco estuvo en la construcción del problema. En la segunda entrevista se indagó sobre la planificación de las estrategias y las intervenciones. En la tercer entrevista se indagó sobre los cambios a partir de la sesión en cámara gesell y la evolución del caso en general.

4.4 Procedimiento

En primer lugar se analizó la historia clínica en profundidad para comprender la problemática de la paciente y el tratamiento que realizó. A través de la historia clínica detallada de cada sesión se pudo tener una idea de las metas planteadas para la terapia y de la evolución del proceso terapéutico. A través del análisis de la historia clínica, se pudo dar cuenta de la construcción del problema entre paciente y terapeuta, de las metas acordadas, de la estrategia adoptada por el terapeuta y de los cambios que se iban dando en cada sesión para cumplir con dichas metas.

Adicionalmente al análisis de la historia clínica, se observó un video de una sesión en cámara Gesell que aconteció en la quinta sesión del tratamiento, con función de supervisar el caso y acelerar el cumplimiento de las metas. Se utilizaron las notas de la supervisión para completar la información apuntada por la terapeuta en la historia clínica.

Se realizaron 3 entrevistas semidirigidas a la terapeuta de una duración aproximada de 20 minutos cada una, en tres días diferentes. En la primer entrevista el objetivo fue indagar sobre la problemática de la paciente y brevemente entender la conceptualización del caso. En la segunda entrevista se indagó sobre las estrategias e intervenciones utilizadas en base a la construcción del problema. En la tercer entrevista se indagó sobre los efectos de la cámara gesell, la supervisión y los cambios

producidos en la paciente a partir del tratamiento. Un último punto en el que se indagó en la tercer entrevista fue acerca de las medidas de la perdurabilidad de dichos cambios.

5. Desarrollo

En el presente apartado se procederá a analizar y responder a los objetivos planteados anteriormente, a través del análisis de la información registrada en la historia clínica de la paciente, así como en el video de la sesión en cámara gesell, articulándolo con la teoría expuesta en el marco teórico y la información brindada por la terapeuta en las entrevistas semidirigidas.

Previo al análisis de los objetivos, se realizará a continuación una descripción más detallada sobre los antecedentes de la paciente, su entorno familiar y tratamientos previos realizados en la institución.

5.1 Introducción

El caso que se analizó en el presente trabajo es sobre una mujer de 48 años de edad de sexo femenino que es ama de casa. La misma estaba casada hacía 17 años y tenía una hija de una pareja anterior de 20 años de edad. El tratamiento que se describirá consta de 9 sesiones desde abril del 2018 hasta julio de 2018, incluyendo una sesión en cámara gesell. A través de la historia clínica se conoció que la paciente había consultado por primera vez en el Centro en el año 2007 a raíz de repetidos episodios de ataque de pánico. En la primera entrevista de admisión de la paciente, que se encuentra en la historia clínica, se observa que la paciente consultó en respuesta a la sugerencia de un médico clínico para que hiciera terapia por la repetición de los episodios de ataque de pánico. Otro dato interesante que surge de la primera admisión es que la paciente había realizado tratamiento psicológico por la muerte de su madre hacía 3 años. Luego de la primer entrevista en diciembre de 2007, la paciente fue derivada con un terapeuta del centro, con el cual comenzó terapia en enero de 2008. Durante enero de 2008, la paciente se incorporó a un grupo terapéutico, donde recibió psicoeducación sobre los síntomas de ansiedad experimentados y ejercicios de respiración para controlar los síntomas. En marzo de 2008, la paciente se comunicó con el Centro por una urgencia por otro ataque de

pánico, refiriendo tener episodios de angustia acompañados de temblores, llanto, dolor de estómago, ganas de ir de cuerpo, bloqueo mental, dificultad para pensar, miedos, contractura muscular e insomnio. La paciente manifestó no poder controlar la sintomatología, sentirse vulnerable, estar desganada, tener dificultad para recuperarse de cada episodio y no poder estar sola. A raíz de dicho episodio, se diagnosticó a la paciente con trastorno por pánico según los criterios del DSM 5. Adicionalmente, se sugirió a la paciente continuar con tratamiento psicológico y comenzar con un tratamiento psiquiátrico.

En el año 2014, la paciente se volvió a comunicar con el Centro refiriendo en su nueva entrevista de admisión tener una crisis matrimonial que detonó luego que ella descubriera a su marido tomando un café con otra mujer. A raíz de dicho episodio regresaron los síntomas de ansiedad, los cuales interferían con el desarrollo de su vida cotidiana. La paciente fue derivada a terapia de pareja, pero luego de 8 sesiones, la paciente solicitó una derivación a un tratamiento individual, refiriendo que la terapia de pareja no le había servido y que continuaba con la sintomatología ansiosa, además de la crisis matrimonial.

5.2 Descripción de la sintomatología, el circuito autoperpetuante y la co-construcción del problema

En el presente apartado se describirá la aplicación de diferentes constructos de la terapia sistémica estratégica que permiten comprender la problemática sobre la cuál se centrará el tratamiento de una paciente de 49 años con sintomatología ansiosa, depresiva y problemática familiar.

El análisis del primer objetivo comenzará con la descripción de la sintomatología de la paciente, la cual se puede extraer de los relatos de la paciente consignados en la historia clínica, de las observaciones que realiza el admisor y el terapeuta en las fichas de registro de cada sesión, así como a través de la observación del video de la sesión en cámara gesell. En la historia clínica se registró que la paciente experimentaba episodios donde sentía taquicardia, empezaba a transpirar, sentía: frío y calor, ganas de ir de cuerpo, cosquilleo en piernas y brazos, flojedad y falta de control sobre su cuerpo. Adicionalmente, en la historia clínica se registraron síntomas cognitivos como producto de los ataques de pánico, tales como un bloqueo mental, dificultad para pensar, pérdida de la noción y mucho temor. En los últimos

episodios se agregaron ganas de querer salir corriendo, de caminar sin parar hasta que llega a su casa, al cual describe como el único lugar donde se siente segura. En cámara gesell expresó: *Ya se torna algo que sólo en mi casa estoy bien, ahí me vuelve el alma al cuerpo*. Tal como consta en la historia clínica, los relatos acerca de los episodios fueron diagnosticados por el equipo psiquiátrico del Centro como ataques de pánico según los criterios del DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Dada la reiteración de los ataques de pánico, se enmarcan en un diagnóstico psicopatológico de trastorno por pánico dentro de los trastornos de ansiedad. Los cuadros sufridos por la paciente coinciden con los criterios de clasificación del trastorno por pánico en el DSM 5 (2014), dado que se describió la aparición súbita de un miedo intenso o de malestar intenso con la aparición de los siguiente síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de mareo, escalofríos, parestesias, desrealización y miedo a perder el control. La desrealización es descrita por la paciente como la pérdida de la noción, el no reconocimiento de ella ni de las personas que la rodean en ese momento y las ganas de querer salir corriendo hacia un lugar seguro por miedo a perder el control.

La paciente y sus familiares refirieron que por el miedo a experimentar los síntomas de ansiedad físicos y cognitivos descritos anteriormente, la paciente abandonó cursos de manualidades, dejó de viajar junto a su hija, abandonó las tareas del hogar, dejó de viajar en colectivo, dejó de comprar en supermercados grandes y dejó de ir a la caja del banco. Watzlawick et.al (1976), podrían explicar estas conductas como la evitación de cualquier situación similar a aquellas en las que sufrieron un ataque de pánico, por miedo a una repetición del pánico original. Dichos autores mencionan que la persona se entrega a fuerzas internas irresistibles y su única defensa puede ser la de evitar por completo las situaciones, sin advertir que la evitación constituye en sí el problema. Por otra parte, dadas las restricciones en la conducta de la paciente, se podría decir que existe una sobre estimación de la amenaza y una subestimación de la capacidad de afrontamiento, tal como describe Beck (2005) a la ansiedad. Según lo que explica Bulacio (2004) se puede afirmar que la ansiedad en esta paciente es desadaptativa, por la alta intensidad de los síntomas y las conductas de evitación, que afectan su vida cotidiana, familiar y social.

En cuanto a la sintomatología, se puede mencionar que la paciente presentaba algunos síntomas de depresión según los criterios de DSM 5 (2014). Se puede advertir un ánimo deprimido que se refleja en el hecho de quedarse mucho tiempo en su casa,

y en la cama, pérdida de energía, insomnio y anhedonia, dado que dejó de disfrutar situaciones que anteriormente disfrutaba, tales como viajar con su hija, realizar cursos de manualidades, salir a caminar o hacer las compras en un hipermercado. Ello coincide con lo que plantea Burns (2006) de que la persona con depresión se siente abrumada y puede llegar a perder interés por la vida y por las demás personas. Tal como lo describió la paciente y sus familiares, dichos síntomas causaban un malestar significativo y un deterioro en lo social y familiar, en consonancia con lo que plantea el DSM 5 (2014), para los criterios de la depresión. Según Burns (2006) la ansiedad y la depresión suelen ir juntas y una teoría que podría explicar dicha conexión es que dados los síntomas de ansiedad y en este caso de ataques de pánico, la persona tiende a aislarse y recluirse en su casa por miedo a afrontar las situaciones, lo que dificulta una conexión cálida y abierta con los demás, tal como se observa en el video de la sesión en cámara gesell y en la historia clínica. Su marido declaró: *se fue quitando ella misma todas las posibilidades, en este momento no puede asumir compromisos ni responsabilidades, el mejor lugar para ella es la cama, mirando tele y sino dormir... tal como está ha dejado de vivir*. Debido a la sintomatología descrita anteriormente, la paciente asistía a sesiones con una psiquiatra, quien administraba Citalopram (Inhibidor selectivo de recaptación de serotonina) y Clonazepam (benzodiazepina).

Tal como lo plantea Haley (1980), el diagnóstico de trastorno por pánico sería la etiqueta que se le agrega a la cristalización de una secuencia de conductas que tiene lugar dentro de una organización social. A los efectos del análisis del primer objetivo del trabajo, la secuencia que menciona Haley será caracterizada por la problemática familiar, que a su vez explica los circuitos autoperpetuantes del problema. La paciente afirmó que evita constantemente la exposición a lugares donde pueda haber mucha gente lo que coincide con lo que Nardone (2000) describe como la evitación a la exposición a presuntos riesgos. Por otra parte en este caso la paciente llamaba al marido, cada vez que aparecían los síntomas, a lo cual él la empujaba para que ella enfrentara sus miedos, minimizando sus sensaciones. Según Nardone esto es lo que constituye el intento de solución fundamental que confirma el problema del ataque de pánico, o en otras palabras el circuito autoperpetuante del ataque de pánico, dado que se provoca un miedo general contra los miedos específicos y dicho miedo agrava la situación inicial, porque como describía la paciente y su marido en la cámara gesell, el único lugar seguro para ella termina siendo la casa y la cama. En consonancia con

esto, Wazlawick et.al (1976) mencionan que el hecho de evitar es lo que constituye justamente el problema. El circuito autoperpetuante del problema se puede resumir en las siguientes conductas de la paciente, el marido y su hija: la paciente se quedaba en su casa para calmarse, sabiendo que eso no ayudaba, y que cada vez que experimentaba el miedo llamaba a su marido para que la rescatara. Por otro lado, su hija expresó que a veces le ponía presión para que enfrentara las situaciones, y otras veces hacía lo que su mamá no podía hacer y que no sabía cómo calmarla cuando le agarraban los ataques de pánico. Su marido manifestó que intentaba no resolver mágicamente cuando la mujer lo llamaba ante un ataque y que le pedía que enfrentara las sensaciones que pronto se pasarían, minimizando la sensación de la paciente.

Por otra parte, con respecto a los síntomas de depresión, Nardone (2000) describe que los intentos de solución del sujeto que padece depresión son los lamentos y hacerse la víctima, lo que se observa claramente en las declaraciones de la paciente en la cámara gesell, con un relato donde se lamenta por lo que le pasa y se expresa llorando. Dicho autor menciona como circuito autoperpetuante de este problema la actitud alentadora, de consuelo y protección de los familiares, que es el circuito que se mantiene a través de su marido y su hija.

Dado que este caso se analiza desde el marco de la terapia estratégica, es importante comprender la función que cumple el ataque de pánico dentro del sistema familiar compuesto por la paciente, su marido y su hija. Según Haley (2012) los síntomas pueden describirse como actos comunicativos que ejercen una función dentro de una red de relaciones interpersonales. Si bien la paciente había experimentado ataques de pánico en otras oportunidades, a partir de que falleció su mamá hacía 15 años, en el momento analizado, el síntoma reapareció con mucha intensidad y alta frecuencia cuando su matrimonio comenzó a andar mal y puntualmente desde que ella vio a su marido tomando un café con otra mujer. El síntoma continuó relacionado siempre con problemas matrimoniales, según lo que describe la paciente en la historia clínica y en el video observado. En consonancia con la descripción de Wazlawick (1992), se puede describir al ataque de pánico como el resultado de las relaciones humanas disfuncionales, en lugar de pensarlo como consecuencia de la psiquis enferma de la paciente, que podría ser más afín a la conceptualización del DSM 5 (2014). Ello se complementa con lo que dice Haley (1988) sobre la aparición del síntoma como una señal de que la familia enfrenta

dificultades para superar una etapa del ciclo vital. En este caso, la pareja se encontraba en la etapa media del ciclo vital, donde las pautas de interacción que antes funcionaban, en ese momento se tornaron rígidas e inadecuadas y ocasionaron una crisis. Según lo que describe Haley (1988) ante las crisis las parejas se ven obligadas a decidir si seguirán juntos o tomarán caminos separados, y en este caso el beneficio del síntoma podría verse en términos de que cualquier resolución de la crisis matrimonial quedaba postergada por los ataques de pánico de la paciente.

Una vez descrita la sintomatología y su función en la problemática familiar, así como los circuitos que mantienen dicha problemática, se puede describir cómo fue la construcción del problema entre el terapeuta y la paciente a partir de la queja inicial. Casabianca y Hirsch (2009) explican que la construcción del problema parte de la queja inicial del paciente que es focalizada y contextualizada por el terapeuta hasta convertirla en un motivo de consulta. En la ficha de registro de la admisión que consta en la historia clínica, figura como queja inicial de la paciente que les fue mal en la terapia de pareja que hicieron con su marido, para superar una situación de supuesta infidelidad que ella no podía superar, pero al mismo tiempo seguía con su marido. La paciente indicó que en la terapia de pareja se angustiaba mucho y se la pasaba llorando. Luego de haber fracasado en la terapia de pareja, la paciente solicitó una readmisión para hacer terapia individual. Podríamos identificar a la terapia de pareja como una solución intentada fallida para el motivo de consulta de superar la crisis matrimonial. Autores como Watzlawick et.al (1976), Nardone (2000) y Wainstein (2006) coinciden en que un punto fundamental para la elección del problema es la exploración sobre los intentos de solución del mismo. La primera aproximación al motivo de consulta en el tratamiento que se analiza en el presente trabajo, la esboza el admisor quien registró que existía una dificultad para sobrellevar una situación de engaño de su pareja, donde la paciente pivoteaba entre estar con él, pero a su vez no poder aceptar lo que hizo. Casabianca y Hirsch (2009) mencionan que para llevar a cabo la terapia estratégica hay que focalizar sobre un problema particular, a lo que se denomina la co-construcción del problema y constituye un acuerdo entre el terapeuta y el paciente. Es por ello que la que termina de co-construir el problema con la paciente es la terapeuta a quien se deriva el caso. Luego de conocer a la paciente se acordó que el motivo de consulta o problema eran los síntomas de ansiedad frente a los cuales la paciente dejaba de salir y de ayudar a su

familia en el trabajo y en la casa y el objetivo era poder retomar las herramientas aprendidas en tratamientos anteriores que habían resultado exitosas para controlar la ansiedad. Sin embargo, la terapeuta consideró importante incluir a la familia conviviente (marido e hija), para terminar de construir el problema, porque siguiendo a Haley (1988) el síntoma no se puede curar sin cambiar la situación social de la persona. Luego de citar al marido e hija de la paciente, la construcción del problema se modificó dado que la paciente atribuía todos sus síntomas físicos a no haber superado el engaño de su marido y a que los síntomas se desencadenaban cada vez que discutía con su marido o con su hija. Aquí se pone de manifiesto lo que mencionan Casabianca y Hirsch (2009) sobre la condición de que el problema debe ser significativo en relación a los afectos y de acuerdo a las visiones y cogniciones del consultante dado que es un problema que se desencadena en torno a su marido y su hija, que son las dos personas más cercanas en cuanto a vínculo. La terapeuta, en concordancia con la paciente, sospechaba que el problema del ataque de pánico y la depresión era interaccional, a pesar de que su marido y su hija referían que el problema se debía a temas no procesados desde la infancia de la paciente. Cuando se habla del problema como interaccional, se hace referencia a la definición de problema que hace Haley (1980), como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas. A través de la historia clínica y de la observación del video, se puede ver cómo su marido y su hija reforzaban los síntomas empujándola a salir o haciendo lo que ella no puede hacer. Ello podría denominarse en los términos de Casabianca y Hirsch (2009) como la conducta problema, dado que son las acciones y retroacciones entre los miembros del sistema familiar (paciente, marido, hija), que al intentar resolver la situación molesta o difícil, como es el ataque de pánico, la fijan. El marido de la paciente manifestó en la cámara gesell que él intenta no resolver mágicamente cuando la mujer lo llama ante un ataque y que le solicita que enfrente las sensaciones, minimizando los miedos y diciendo que ya se le pasarán. Como describe Cazabat (2007), dicha idea es contrapuesta a las sensaciones de muerte que tiene la paciente y contribuye a resaltar aún más los síntomas involuntariamente.

Es importante destacar que la co-construcción del problema constituye el punto fundamental para la terapia estratégica (Nardone & Watzlawick, 1995), dado que a partir de allí se elaborarán las estrategias y las intervenciones que permitan resolver el problema. En el caso estudiado, se utilizaron varias sesiones, e incluso la

cámara gesell para acordar el problema a resolver. Si existe claridad en el problema, será más fácil hallar una solución (Watzlawick, et.al, 1997; Wainstein, 2006; Casabianca & Hirsch, 2009).

5.3 Descripción de las intervenciones utilizadas para la resolución del problema desde el modelo de terapia breve estratégica

Durante todo el tratamiento de la paciente, se pueden observar diferentes tipos de intervenciones características del modelo de terapia estratégica tales como las reformulaciones, la comunicación paradójica, las preguntas y las prescripciones. Las intervenciones se pueden extraer de la lectura de la historia clínica, así como de la observación del video de la sesión en cámara gesell. Es importante mencionar que se observaron intervenciones desde las primeras sesiones y por diferentes terapeutas, tanto en la entrevista de admisión, por parte del admisor, durante las sesiones con la terapeuta, así como también en la sesión de cámara gesell por parte del supervisor. Para el desarrollo del presente objetivo se realizó una entrevista semidirigida a la terapeuta a cargo del caso, quien explicitó las intervenciones y los objetivos de cada una de ellas.

Las primeras intervenciones que se observan en el tratamiento de la paciente ocurren durante la entrevista de admisión y corresponden a una reformulación. El admisor reformuló el episodio vivido por la paciente como un engaño como algo positivo, en palabras del admisor: “ Pienso que en cierto sentido tiene algo positivo lo que sucedió... venían de mucha indiferencia y tuvo que pasar esto para que el otro cobre otra dimensión diferente”. La idea de la reformulación según Watzlawick et.al. (1976) es cambiar la percepción que tiene el paciente del comportamiento problemático, para extraer el problema de una definición de síntoma a otra que implique la posibilidad de modificación. Lo que intenta el admisor es cambiar el punto de vista de la paciente, para que deje de angustiarse por el engaño y lo vea como un disparador para hacer algo por la relación. El admisor armó un circuito que partía del alejamiento y desgaste en la pareja, donde la paciente no lo deseaba sexualmente y luego del episodio, ella sintió la amenaza de perderlo y mejoró el sexo notoriamente. Sin embargo, luego de la terapia de pareja fracasada, se observa que la paciente siguió desconfiando de él y no lo perdonó y por otro lado se profundizó el

síntoma del ataque de pánico. Si la paciente pudiera ver el engaño como una oportunidad para mejorar su situación matrimonial, es lo que Cazabat (2007) menciona como generar un nuevo contexto cognitivo, actitudinal y emocional en el cual el problema deja de tener sentido, a través de un cambio en la interpretación de los hechos propiciada por la reformulación. Si bien esta fue una primera intervención en la entrevista de admisión, en las sesiones con la terapeuta se dieron otro tipo de intervenciones.

La terapeuta a cargo del caso tomó la estrategia de incluir al marido y a la hija de la paciente en la terapia para armar el circuito y entender las conductas de la familia que mantenían el problema. Esto coincide con lo que menciona De Shazer (1989) respecto a la inclusión de toda la pauta de interacciones familiares que circunda a la conducta perturbada del individuo a la hora de planear estrategias en terapia familiar. Durante la sesión en cámara gesell, donde fueron invitados la paciente, su marido y su hija, la terapeuta dedicó tiempo a examinar las soluciones intentadas, porque según Geyerhofer y Komori (2000) ello dará la pauta del tipo de intervención que hay que realizar para interrumpir esos comportamientos y reemplazarlos por otros. La terapeuta indagó sobre las conductas del marido, de la hija y de la paciente identificada que ayudaban a mantener el ataque de pánico. En palabras de Cazabat (2007), lo que hizo la terapeuta fue operar sobre todos los individuos que con sus conductas mantenían los síntomas.

En un primer momento de la sesión en cámara gesell, la terapeuta utilizó la intervención de reformulación a través de la pregunta del milagro. La terapeuta explicó en la entrevista que este tipo de preguntas ayudan al paciente y al terapeuta a aclarar los recursos que poseen y las posibles soluciones que se pueden proyectar para el futuro, en consonancia con De Shazer (1986). Aquí la paciente respondió que no estaría tanto tiempo acostada, que estaría más activa, tomaría colectivo, saldría a hacer ejercicio. Por otra parte, su hija respondió que la madre realizaría los cursos de manualidades que le gustaban, quizás terminaría la secundaria y se irían de vacaciones juntas. Su marido contestó que si se resolviera el problema su mujer asumiría más responsabilidades que en ese momento no estaba pudiendo asumir, que haría más cursos y lo ayudaría a él con la pyme. Las respuestas ante esta pregunta, son importantes para que la paciente rearme su mapa de posibilidades, y pueda ver

por parte de otros sus recursos y de alguna manera pueda reaccionar y rebelarse frente al síntoma.

Algo interesante que se observó en el video de la sesión en cámara gesell es que el coordinador ingresó a la cámara, en una segunda instancia, luego de haber escuchado detenidamente las respuestas de la paciente, de su marido y de su hija, ante las intervenciones de la terapeuta. Ello coincide con lo que dice Watzlawick (1994) de que el terapeuta hace un esfuerzo por prestar atención al lenguaje del paciente, en el más estricto sentido y lo utiliza para expresar con él sus intervenciones. La intervención final del coordinador, se adapta perfectamente al lenguaje que manifestaron los miembros del sistema familiar previamente en su interacción con la terapeuta, específicamente muchas de las expresiones que surgieron ante la pregunta del milagro, así como también respecto de las soluciones intentadas.

El coordinador planteó 2 tipos de reformulaciones paradójales, hacia la paciente y hacia el circuito familiar, dado que contribuían a la perpetuación del problema mediante las soluciones intentadas fallidas. A la paciente le transmitió una contra-paradoja: “Piense que cada vez que se queda en la cama, su problema se profundiza, que esa solución se convierte en un problema. Pero no le estoy diciendo que deje de hacerlo, sólo que piense”. Dado que el intento de solución de la paciente era evitar la situación, dejándola encerrada en una paradoja, el coordinador intervino mediante una contraparadoja, tal como proponen Watzlawick y otros (1976). Lo que se buscó mediante dicha intervención era romper con los círculos viciosos recurrentes y soluciones intentadas fallidas, y según Nardone y Watzlawick (1995), la paradoja posee dicha propiedad. Por otra parte, a la familia les dijo que cada vez que intentaban ayudar a la paciente le estaban comunicando que ella no podía. Lo que busca este tipo de intervención es la recuperación de los propios recursos del paciente y que pueda recuperar su autonomía a la hora de resolver el problema. Las intervenciones del coordinador iban por el lado de una comunicación paradójica, tal como lo sugiere Nardone (2000), donde se plantea al paciente que cada vez que pide ayuda y se la ofrecen, contribuye a que sus problemas persistan y se agraven, y al mismo tiempo se le indica que no se esfuerce por no pedir ayuda. Es importante mencionar que los subsistemas de intervención en este caso están constituidos por la paciente, por su marido y por su hija, dado que todos se encuentran perturbados por la situación problema y están motivados a que la misma cambie (Casabianca y Hirsch, 2009). Esto

se puede ver en su disposición a concurrir a la terapia, a la sesión en cámara y a colaborar durante las sesiones.

Cazabat (2007) aclara que cuando el ataque de pánico cumple una función en el sistema, se observan más resistencias al cambio y se necesitan intervenciones indirectas, prescripciones paradójicas y reformulaciones. El coordinador realizó una intervención final en la sesión de cámara gesell que se puede clasificar dentro de las intervenciones paradójicas, dado que coincide con la definición de Lerner y Piedrabuena (2007) de ofrecer un mensaje aparentemente contradictorio que se transmite en forma simultánea. El objetivo es que el paciente cambie, por vía de la oposición. El coordinador expresó lo siguiente: “Usted estaba segura sobre algo y de repente se le vino el mundo abajo. Eso que usted vio la paralizó y ahora sigue paralizada, eso todavía no terminó adentro suyo. En algún momento va a terminar. Usted tiene que procesar aquello que sucedió que la paralizó, los miedos la ayudan a procesar. Hasta tanto no llegue ese momento, usted no va a salir. Sólo usted sabe cuánto sufre y cuándo va a salir. Lo que hagan ustedes (dirigiéndose al marido y a su hija), no funciona, porque le confirman que ella no puede. Cada vez que encuentre un obstáculo, va a querer salir corriendo, pero ahí se confirma que no puede. Yo no le estoy diciendo que deje de hacerlo, porque ahora usted no puede, cuando llegue ese momento su inconsciente la pondrá de pie, no ahora”. Aquí se observan varias cosas, por un lado en la introducción de la intervención, el coordinador utilizó las palabras de la paciente, dado que ella había expresado que tenía a su marido en un altar, y cuando lo vio con otra mujer perdió toda su confianza y se le vino el mundo abajo. Ello confirma el esfuerzo que hizo el terapeuta por prestar atención al lenguaje del paciente y utilizarlo en las intervenciones (Watzlawick, 1994). Por otra parte, se observa una indicación de que el paciente no se apresure a la solución del problema, tal como lo describen Fish, Weakland y Segal (1984), o en otros términos como una restricción del cambio. El terapeuta expresó claramente, que en este momento la señora no podía salir adelante, que debía seguir paralizada, que sólo su inconsciente sabría cuándo ella se pondría de pie, y que la ayuda de la familia lo único que haría era confirmarle que ella no podía. Por lo tanto, la intervención final buscó reforzar el hecho de que dejen de hacer aquello que habían intentado hasta ese momento, en otras palabras buscó la interrupción del circuito autopetruante del problema. Se le prescribió a la señora que se lamentara por aquello que le sucedió, en lugar de evitar

sentirse mal por ello. Esta es una manera de intervención a través de la preescritión del síntoma, se prescribió el síntoma de la depresión, de quedarse lamentándose, encerrada en la casa, paralizada. Tal como lo describen Fish, et.al (1984), el terapeuta intentó ofrecer razonamientos creíbles, con el propio lenguaje de la paciente, que justificaran la restricción del cambio.

Luego de la sesión en cámara, la paciente refirió que en su casa estaban todos más tranquilos y que ella tenía más ganas de salir. Esta es una de las situaciones específicas para las cuales Fish, et.al (1984) sugieren aplicar la restricción del cambio, o *ir despacio*, y que el terapeuta evite mostrarse optimista y exprese que no es el momento para una mejoría acelerada. Ello se refleja perfectamente en la intervención de la terapeuta post cámara gesell: “Me sorprende que estés con más ganas. No hay que perder de vista que ahora no es el momento de hacer nada diferente, sino de procesar”. Para complementar la intervención del coordinador de la cámara, la terapeuta prescribió una tarea de escribir todos los días durante media hora en un cuaderno todo aquello que necesitaba ser procesado, todo aquello que le molestaba. La terapeuta remarcó que aunque la paciente se sintiera mejor, debía escribir todos los días y que era condición del tratamiento. Si bien la paciente oponía cierta resistencia, la terapeuta seguía insistiendo con la indicación de ir lento con las mejoras y que la paciente iba a saber cuándo estaría preparada para salir. La terapeuta aseguró durante la entrevista, que dicha estrategia corresponde a la restricción del cambio propuesta por Fish, et.al (1984). El objetivo de dicha intervención era desviar el foco de atención de los síntomas del pánico y concentrarse en procesar su angustia por el engaño, lo que coincide con lo que postulan Nardone y Watzlawick (1995) sobre desplazar la atención desde un síntoma a una tarea concreta, para demostrar al paciente que es capaz de controlar sus síntomas.

A lo largo del tratamiento de la paciente, se observan diferentes técnicas de intervención, tanto de comunicación dentro de la sesión, así como de prescripción de tareas por fuera de la sesión para experimentar situaciones de cambio fuera del setting terapéutico. El hecho de convocar a la paciente junto con su familia a la cámara puede considerarse como una intervención en sí misma, para rearmar el caso con ayuda de un equipo y de un coordinador y a partir de allí encontrar más fácilmente una solución (Fleishman, 2007). Durante la sesión en cámara se observaron la mayor parte de las

intervenciones y en las sesiones siguientes se insistió con la línea planteada durante la cámara.

5.4 Evaluación de los cambios en la problemática y en la sintomatología en 9 sesiones de tratamiento

Kopec y Rabinovich (2007) destacan que la expectativa de cambio debe estar puesta en las áreas que fueron acordadas entre paciente y terapeuta. Hirsch y Casabianca (2009) destacan 3 momentos de acuerdos: la co-construcción del problema, la co-construcción de la meta y la co-construcción de nuevas soluciones, que apuntan a desbloquear las potencialidades y las habilidades que posee el consultante para resolver el problema. Es importante mencionar que a través de la lectura de la historia clínica, desde la entrevista de admisión hasta la sesión en cámara gesell se observa un cambio en el motivo de consulta o problema co-construido. La terapeuta decidió supervisar el caso y llevarlo a la cámara gesell para poder rearmar el motivo de consulta y a partir de allí realizar las intervenciones que apunten a la interrupción del circuito autoperpetuante del problema. Tal como acuerdan varios autores si existe claridad sobre el problema, es más fácil hallar una solución y que ocurran los cambios (Watzlawick, et.al, 1997; Wainstein, 2006; Casabianca & Hirsch, 2009). Cazabat (2007) confirma que la terapia estratégica está orientada al cambio, y el terapeuta debe constituir una parte activa del proceso, a través del diseño de estrategias para ayudar al consultante a lograr el cambio deseado. A través de intervenciones intentará que el paciente encuentre su propio camino hacia el cambio. En el caso analizado, se ve claramente que la terapeuta constituyó una parte activa del proceso de cambio, tal como lo describe Haley (1988), dado que hasta que no se acordó un motivo de consulta que involucrara a todos los miembros del sistema que sostenían el circuito, no se observaron cambios en la sintomatología ni en la problemática de la paciente. El problema acordado luego de la sesión en cámara fue dejar de evitar y procesar la angustia por el engaño de su marido, que la paciente había manifestado que la tenía paralizada. El objetivo de la paciente era superar los ataques de pánico y volver a ser la persona que era antes, salir, ayudar a su marido en la empresa, hacer cursos, y hacer las cosas que otros hacían por ella.

Luego de la intervención final de la sesión en cámara gesell, la paciente retornó a la siguiente sesión manifestando haber experimentado un cambio. Mencionó que luego de la cámara todos estuvieron “re tranquilos”, y que ella suspendió el hábito de acostarse a dormir después de desayunar. Afirmó tener más ganas de hacer cosas, y que lo que le dijo el coordinador sobre su enfermedad hizo que se diera cuenta que el cambio tenía que empezar por ella. Aquí se observa en alguna medida como la paciente experimentó un cambio por oposición a la prescripción de quedarse paralizada procesando la angustia. Por los dichos de la paciente registrados en la historia clínica, se observa un cambio actitudinal y un cambio en la manera de percibir el problema. Ello va en línea con los logros que describe Cazabat (2007), para que una psicoterapia se precie de eficaz. Se puede confirmar que la intervención fue de tipo activa y prescriptiva para conseguir el objetivo de manera rápida y eficaz (Nardone, 2010).

Las fichas de evaluación sesión por sesión que quedan registradas en la historia clínica de la paciente, permiten crear una continuidad entre las sesiones y ver los efectos que ocurren de una sesión a otra. Según Casabiana y Hirsch (2009) su principal función radica en monitorear los cambios para el alcance de las metas pautadas. Gracias a estas fichas se fueron registrando los cambios en cada sesión y se pudieron monitorear los efectos de cada intervención de la terapeuta. Si bien es importante considerar los primeros cambios respecto a la situación inicial, es fundamental asegurarse que el paciente sea capaz de mantener los logros. En términos de Cazabat (2007), una vez que se afianzan los cambios, se puede interrumpir la terapia. Es por ello que la estrategia de la terapeuta seguía siendo no apresurarse a los cambios, que es la táctica por excelencia que emplea el modelo estratégico, según lo que plantean Fish, et.at. (1984), y que la terapeuta aseguró haber empleado en sus intervenciones. La forma de llevar a cabo dicha táctica fue el desaliento por parte de la terapeuta a todo intento de cambio, y continuar con la prescripción de escribir todo aquello que debía procesar la paciente y prescribir la angustia por el engaño de su marido. Luego de dicha intervención, la paciente continuó mostrando señales de cambio, se mostraba motivada a realizar la tarea y expresó: “Si no arranca desde mí, nunca voy a estar mejor”. Se observa un abandono por parte de la paciente de la búsqueda de soluciones mágicas a su problema y un papel más activo y una actitud más proactiva al cambio. La terapeuta siguió insistiendo con esta indicación que fue acatada por la paciente y al cabo de 2 sesiones la paciente manifestó lo siguiente: “El

lunes después de acá discutí con mi marido, le dije de todo y sentí alivio. Le pude decir que la culpa de lo que me pasaba era de él”. A la siguiente sesión la paciente comentó que tomó un colectivo y que no sintió nada viajando, nada de nervios. También comentó que estuvo yendo a vender a la feria sus artesanías y que se anotó en un curso del Arte de Vivir. La paciente comentó que estaba buscando hacer cosas para ella. La terapeuta le preguntó cómo había logrado hacer todo eso, a lo que la paciente respondió: “quizás hice el click del que hablábamos”. A pesar de observarse cambios, tanto en la sintomatología de la paciente, como en la percepción acerca del problema y del motivo de consulta, la terapeuta siguió insistiendo con la restricción del cambio y con la tarea de escribir, para asegurarse que la paciente sea capaz de mantener los logros. Según De Shazer (1986) el objetivo de la terapia no es la eliminación del síntoma, sino ayudar al paciente a establecer condiciones que le permitan el logro de la meta enunciada o implícita, que en este caso consistía en poder hacer el duelo por el engaño del marido, que no parecía del todo superado y es por ello que la terapeuta seguía insistiendo con que escribiera todo lo que le molestaba y lo que aún debía procesar.

Luego de la última intervención descrita, que fue en la sesión número 9, la paciente no volvió a psicoterapia, pero si continuó en las sesiones con la psiquiatra. La paciente se ausentó sin comunicar sus razones a la terapeuta, con lo cual el tratamiento quedó inconcluso. En la entrevista realizada a la terapeuta, ella comentó que pudo contactarse con la psiquiatra y que le comentó sobre una buena evolución de los síntomas ansiosos y depresivos y cada vez menor afectación en sus actividades cotidianas. El psiquiatra también comentó que la paciente había comenzado una psicoterapia cognitivo-conductual. A través de la historia clínica se registró que la paciente continuó tomando transporte público, pudiendo tolerar el malestar mínimo que aparecía, que se sentía de buen humor, con sueño normal y con ganas de hacer cosas. Si bien la paciente experimentaba síntomas aislados de ansiedad, los mismos no limitaban su conducta. Se entiende que la sintomatología pudo ser controlada por la paciente y que cada vez logró con mayor éxito afrontar situaciones amenazantes. Según Nardone y Watzlawick (1995) la eficacia de una intervención terapéutica puede estar representada por la resolución efectiva y permanente de los problemas específicos que el paciente presenta. Ello no implica según estos autores, un estado de absoluta ausencia de problemas. Por este motivo, se identifica una evolución positiva sobre los síntomas de ansiedad y depresivos, así como también sobre el problema co-

construido en la psicoterapia. Todos los cambios mencionados se dieron en un tiempo breve, lo que indicaría que el trabajo clínico fue eficiente, siguiendo a Nardone y Watzlawick (1995). En el caso analizado, a pesar de no haber podido concluir formalmente, dada la ausencia injustificada de la paciente luego de la novena sesión, se observan potentes efectos terapéuticos en un número acotado de sesiones. Adicionalmente, se puede afirmar que en las primeras seis sesiones, se establecieron las bases para lograr la efectividad y viabilidad del tratamiento, lo que Torrente (2007) describe como eventos tempranos, los cuales resultan suficientes para alcanzar las mejorías o cambios buscados.

6. Conclusiones

A lo largo del presente trabajo final de integración se buscó responder el objetivo de describir el tratamiento de una paciente con una problemática familiar y sintomatología ansiosa y depresiva desde el modelo de psicoterapia sistémica estratégica. El planteo del trabajo surgió de la práctica profesional realizada en un centro que presta servicios de psicoterapia a pacientes bajo el modelo de terapia breve estratégica del MRI, y al mismo tiempo se dedica a la capacitación y formación de profesionales. Durante la práctica se pudo acceder a la historia clínica de la paciente, así como también a una sesión videograbada en cámara gesell y se pudo entrevistar a la terapeuta que estuvo a cargo del caso.

Para analizar el tratamiento de la paciente fue necesario plantear 3 objetivos específicos que se orientaron hacia la descripción del circuito autoperpetuante de conductas de la paciente y la co-construcción del problema, el análisis de las técnicas de intervención utilizadas para la resolución del problema y la evaluación de los cambios en la problemática y en la sintomatología de la paciente.

El primer objetivo específico permitió en primer lugar describir la sintomatología de la paciente, la cual coincidía con la clasificación del trastorno por pánico, que se enmarca dentro de los trastornos de ansiedad según el DSM 5 (2014). La descripción por parte de la paciente y sus familiares de las conductas de evitación confirmaron la presencia de ansiedad según la conceptualización de Beck (2005), dado que la paciente sobreestimaba la amenaza y subestimaba su capacidad de

afrontarla. Por otra parte, se pudo comprobar que la ansiedad en la paciente estudiada era desadaptativa, dada la alta intensidad de los síntomas y las conductas de evitación que afectaban su vida cotidiana y familiar, tal como lo describe Bulacio (2004). Asimismo, se concluyó que la paciente presentaba síntomas de depresión según los criterios del DSM 5 (2014), lo que fue reforzado con la teoría de Burns (2006), de que la ansiedad y la depresión suelen ir juntas. Luego del análisis del caso, se podría decir que los ataques de pánico, podrían ser una consecuencia de la depresión que ella sentía por el engaño de su marido, y no al revés como se planteó en un principio.

A través del primer objetivo específico también se pudo analizar la aplicación práctica de diferentes constructos que utiliza la terapia sistémica estratégica para el armado del caso, tales como el circuito autoperpetuante de conductas y la co-construcción del problema a partir de la queja inicial. En el caso analizado, el circuito autoperpetuante estaba dado por la evitación a situaciones donde se hubiera experimentado miedo previamente, así como el pedido de auxilio a familiares, quienes reforzaban el problema al minimizar las sensaciones de la paciente, empujarla a enfrentar y hacer por ella. Dichos circuitos de conductas se corresponden con lo descrito por varios autores (Watzlawick, et.al, 1976, Nardone, 2000 & Cazabat, 2007). Adicionalmente, se comprendió que el síntoma cumplía una función en el sistema familiar (Haley, 2012), que era la de postergar cualquier resolución de la crisis matrimonial. Se puede decir que la paciente estaba evitando enfrentar la crisis matrimonial y la depresión que le ocasionaba y lo que se manifestaba eran los ataques de pánico. Finalmente, luego de la sesión en cámara gesell se terminó de construir el problema, que consistía en superar el engaño por parte de su marido, y era lo que desencadenaba los ataques de pánico según la paciente. Watzlawick, et.al (1997), Wainstein (2006), Casabianca y Hirsch (2009) acuerdan en que si existe claridad sobre el problema, es más fácil hallar una solución y que ocurran los cambios.

En el segundo objetivo específico se analizaron las principales intervenciones estratégicas aplicadas por la terapeuta y por el coordinador en la sesión de cámara gesell. Dado que los síntomas de ataque de pánico de la paciente cumplían una función en el sistema, se presentarían mayores resistencias al cambio, y es por ello que se utilizaron intervenciones indirectas, prescripciones paradójicas y reformulaciones, en consonancia con lo que dice Cazabat (2007). Las principales intervenciones observadas a partir de la sesión en cámara gesell fueron la restricción

del cambio y la prescripción del síntoma (Fish, et.al, 1984). A la familia se le indicó que no hicieran nada para ayudar a la paciente, dado que le estarían confirmando que no podía, mientras que a la paciente se le indicó que debía procesar su angustia por el engaño de su marido y que en ese momento ella no estaba preparada para salir. Lo que buscaba dicha intervención, con una comunicación paradójal, era interrumpir las soluciones intentadas que lo único que hacían era mantener el problema. Luego de la sesión en cámara, la terapeuta continuó con la prescripción de la escritura diaria sobre todo lo que debía procesar la paciente y de ir lento con los cambios, o restricción del cambio, como proponen Fish, et.al (1984).

Siguiendo el tercer objetivo se evaluaron los cambios ocurridos en la problemática y en la sintomatología durante las 9 sesiones de tratamiento. Luego de la intervención en cámara gesell se observaron los primeros cambios. En primer lugar, se puede observar un cambio de actitud y posicionamiento, donde la paciente reconoció que el cambio debía comenzar por ella misma. A su vez, el resto de la familia se tranquilizó, según los dichos de la paciente, lo que indicaría que la intervención fue eficaz con los subsistemas de intervención del marido y la hija, dado que pudieron dejar de empujar a la paciente a que hiciera las cosas, o dejaron de hacer las cosas por ella. En otras palabras dejaron de hacer aquello que no funcionaba (Watzlawick, 1994). A consecuencia de la intervención de la terapeuta de la restricción del cambio de Fish, et.al (1984), la paciente mostró nuevos cambios durante las tres sesiones posteriores a la cámara. La paciente refirió haber discutido con su marido y culparlo por todo lo que ella sufría, asimismo expresó sentir más ganas de hacer cosas, comentó que pudo viajar en colectivo sin experimentar mayores síntomas de ansiedad y que se anotó en un curso del Arte de Vivir. Por este motivo, se identifica una evolución positiva sobre los síntomas de ansiedad y depresivos, así como también sobre el problema co-construido en la psicoterapia, en un tiempo breve y a un bajo costo (en términos de cantidad de sesiones), lo que indicaría que el trabajo clínico fue eficiente, tal como lo describen Nardone y Watzlawick (1995). Kopec y Rabinovich (2007), contribuyen a esta afirmación, dado que aclaran que bajo el modelo de terapia breve estratégica, los cambios deben esperarse sobre las áreas acordadas en terapia. Se puede afirmar que se produjeron eventos tempranos de mejora, y que tal como describe Torrente (2007) fueron buenos predictores de la eficiencia terapéutica, en términos de conseguir los cambios buscados, a pesar de no

haber podido concluir el tratamiento por el abandono de la terapia por parte de la paciente.

Es importante destacar que no se encontraron limitaciones en cuanto al acceso a la información necesaria para la concreción del presente trabajo. Se pudo acceder sin restricciones desde un primer momento a la historia clínica detallada y al video de la sesión en cámara gesell que fue fundamental para visualizar la interacción de los miembros del sistema que sostenía el problema y las intervenciones de la terapeuta y del coordinador de la cámara gesell. Si bien el centro y la terapeuta facilitaron mucha información sobre el caso, hubiese sido interesante contar con el video de la admisión, para comprender más fácilmente el primer armado del caso. La terapeuta a cargo del caso estuvo disponible para responder las preguntas sobre el armado del caso y las intervenciones. La limitación fue en torno a la distancia entre el momento en que ocurrió el tratamiento y la actualidad, por lo que la terapeuta no tenía tan presente el caso, sumado a que en el último año la terapeuta se había dedicado a atender otro tipo de patologías bajo una modalidad de tratamiento diferente. Otra limitación que se puede mencionar es no haber entrevistado al coordinador que ingresó en la sesión en cámara gesell, dado que realizó una intervención muy importante para el avance del caso, y su perspectiva hubiese aportado información rica para el desarrollo de las intervenciones y los cambios. Una limitación, a la hora de evaluar los cambios es que el tratamiento no concluyó de la manera esperada, dado que la paciente abandonó la terapia sin avisar y es por ello que no se cuenta con una ficha de evaluación final y una ficha de evaluación post terapia, como describen Casabianca y Hirsch (2009), y no se sabe si los cambios fueron beneficiosos y duraderos. Por último, se podría mencionar una limitación en cuanto a la inmersión y conocimiento del modelo teórico sistémico y específicamente estratégico, por el hecho de haber realizado el trabajo en simultáneo con la práctica. Al momento de tener que elegir el caso y armar el plan del trabajo, recién se estaba comenzando con la práctica y se contaba con poca información teórica y práctica. Hubiese sido de gran ayuda poder realizar un curso de inducción al modelo en los primeros días de la práctica, para poder comprender mejor el caso desde un principio, así como a la hora de observar casos y participar en los espacios de supervisión de la práctica.

A través del presente trabajo se cumplió con el objetivo de analizar el tratamiento de una paciente con sintomatología ansiosa y depresiva bajo el modelo breve estratégico. Las preguntas que surgen luego de analizar el tratamiento son

respecto al abandono precipitado de la terapia por parte de la paciente. Figueroa y Hirsch (2007) mencionan que el cierre de la terapia depende de los resultados obtenidos y del grado de satisfacción del consultante. Se podría decir que los resultados se fueron dando, pero en este caso no se puede tener una medida del grado de satisfacción del paciente. Hubiese sido interesante contar con una herramienta de evaluación terapéutica, para poder tener una medida del grado de satisfacción de la paciente en cuanto al cumplimiento de los objetivos y al progreso en diferentes áreas de su vida, al modo del SET (Sistema de Evaluación de tratamiento). A partir de los dispositivos de feedback los terapeutas pueden obtener la perspectiva del paciente sobre la evolución del tratamiento, su bienestar y cómo se sienten en cuanto al problema construido. De esta forma la terapeuta podría haber estado más atenta a las necesidades de la paciente (Roussos et al, 2018), conversar con la paciente acerca de su punto de vista y quizás se podría haber evitado el abandono de la terapia antes del cierre de la misma. Dado que no se utilizó una herramienta para medir el feedback de la paciente, una inquietud que se puede dejar planteada es si el abandono de la terapia puede haber tenido que ver con la insistencia tan rígida por parte de la terapeuta en la prescripción de escribir y desalentar el cambio, a pesar de que la paciente expresaba que tenía ganas de hacer cosas, y que había cumplido las metas que ella buscaba. A través de la lectura de la historia clínica, se puede percibir una postura muy rígida y poco empática por parte de la terapeuta hacia la paciente, que no se adaptaba a los cambios que se iban observando en la paciente. En la entrevista que se realizó con la terapeuta, ella justificó su accionar con la estrategia de ir en contra del cambio (Fish, et.al, 1984), dado que era una táctica para abreviar la terapia y para lograr los cambios. Las respuestas de la terapeuta sobre su accionar se atenían únicamente a la teoría, sin tener en cuenta la alianza terapéutica, tal como la describe Etchecopar (2011). Si bien varios autores del modelo estratégico (Fish, et.al, 1984; Watzlawick, 1994 y Nardone & Watzlawick, 1995) justifican la intervención y la actitud de la terapeuta, no se puede dejar pasar esa pregunta que surgió en el transcurso del presente trabajo. Se ha observado que las intervenciones estratégicas son focales y efectivas para el problema del momento, pero pueden resultar rígidas y atentar contra la continuidad de un tratamiento, si no se presta atención a la alianza terapéutica. El concepto de alianza no fue estudiado ni analizado a lo largo del presente trabajo, pero sería interesante evaluarlo en futuros trabajos, para poder entender la incidencia de la alianza terapéutica en la efectividad de las intervenciones, así como en el éxito de un

tratamiento psicoterapéutico.

Otro cuestionamiento que surge con la lectura de la historia clínica de la paciente y de los tratamientos previos realizados, es sobre la efectividad de la terapia en términos de ofrecer cambios duraderos, dado que se ve que la paciente volvía a pedir ayuda terapéutica por problemas similares, que se iban desencadenando a raíz de diferentes situaciones familiares. La terapia breve estratégica, en el caso analizado, ha mostrado efectividad para la remisión de síntomas, pero no fue efectiva para evitar que los síntomas vuelvan a presentarse, lo que podría atribuirse a no generar recursos en el paciente que se puedan replicar en problemas futuros. Por otra parte, en cuanto al tratamiento analizado en el presente trabajo, surge la incógnita en torno a qué terapia atribuir el éxito del mantenimiento de los cambios, si es la terapia estratégica, o si se dieron gracias a la combinación de la terapia farmacológica y cognitiva conductual que la paciente inició cuando abandonó el tratamiento analizado. A partir de esta pregunta abierta por el caso, sería interesante seguir investigando a través de un estudio longitudinal, donde se analicen los cambios de la paciente a través del tiempo, para ver la durabilidad de los cambios, en comparación con otro tipo de tratamiento sólo con terapia farmacológica o cognitiva conductual.

Finalmente, es importante resaltar la alta efectividad de las intervenciones estratégicas para la remisión del síntoma del ataque de pánico de la paciente analizada, una vez que se determinó cuál era el circuito autoperpetuante y la funcionalidad del síntoma en el sistema. Como futuras líneas de investigación, sería interesante poder realizar un estudio comparativo sobre una muestra de personas con síntomas de ataque de pánico, para comparar la eficacia de las técnicas de relajación, respiración y cognitivas conductuales, mayormente utilizadas para los síntomas de ansiedad, versus las técnicas estratégicas utilizadas en el caso analizado. En dicho trabajo de investigación sería interesante comparar la cantidad de sesiones que lleva cumplir las metas bajo las técnicas cognitivo-conductuales, versus las técnicas estratégicas. Asimismo, sería interesante aplicar las intervenciones estratégicas analizadas en el presente trabajo en tratamientos llevados a cabo bajo otros modelos teóricos, dado que han mostrado ser muy poderosas en el efecto que querían producir. Para próximos casos, sería interesante que se incorporara en la historia clínica de los pacientes alguna herramienta de feedback terapéutico, de modo de monitorear y conversar acerca de la perspectiva del paciente respecto a sus avances, y evitar un posible abandono de la terapia.

7. Referencias

- Adán, M. S. & Piedrabuena, S. (2007). Diagnóstico y estrategia en psicoterapia. En Kopec, D. & Rabinovich, J. (Comp), *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica* (pp. 31-48). Buenos Aires: Dunken.
- Asociación Americana de psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5 . Arlington: American Psychiatric publishing.
- Beck, AT. & Emery, G (2005). Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva. Biblioteca de psicología Desclee de Brouwer.
- Bulacio, J. M. (2004). *Ansiedad y estrés en la práctica clínica*. Buenos Aires: Akadia.
- Casabianca, R.& Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en Terapia: un registro para el modelo M.R.I. Tomo I*. Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Castillo Sotelo, M., Brito Sanchez, A. & Vargas Jimenez, R. (2018). *Enfoque breve estratégico: un camino simple y efectivo para solucionar problemas complejos*. Revista de psicoterapia, 29(110), 257-271.
- Cazabat, E. (2007). Ataque de pánico: un abordaje sistémico. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 231-242). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 15-20). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Cazabat, E., & Urretavizcaya, A. (2007). La reformulación panorámica. En Kopec, D. & Rabinovich, J. (Comp), *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica* (pp. 91-100). Buenos Aires: Dunken.
- De Shazer, S. (1989). Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- De Shazer, S. (1986). Claves para la solución en Terapia Breve. Nueva York: Norton.
- De Shazer, S., Kim Berg, I., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gringerich, W. & Weiner-Davis, M.(2000). Terapia breve: un desarrollo focalizado en la solución. En Watzlawick, P. & Nardone, G. (Comp), *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp.151-173). Buenos Aires: Dunken.

- Droeven, J. & Najmanovich, D (1997). De la cibernética a la complejidad: el devenir de la reflexión. En Droeven, J. (comp), Más allá de pactos y traiciones: construyendo el diálogo terapéutico (pp. 31-71). Buenos Aires: Paidós.
- Etchecopar, C. (2011). La Alianza Terapéutica (ficha de cátedra Psicología Clínica y Psicoterapia 2). Universidad de Palermo, Buenos Aires.
- Flichman, A. (2007). Cámara Gesell, Qué es, Para qué sirve, y otras yerbas. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, pp. 117-126. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Frank, J.(1982). Elementos terapéuticos comunes a todas las psicoterapias. Departamento de Psiquiatría, The Johns Hopkins University Medical School, Maryland. En J.H. Harvey & M. M. Parks (eds), The Master Lecture Series. Vol 1: Psychotherapy Research and Behaviour Change, Washington D.C., American Psychological, 1982, pg 73-122. (versión corregida de un discurso).
- Fish, R, Weakland, J.H. & Segal, L.(1984). La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder Editorial.
- Geyerhofer, S., Komori, Y. (2000). Integración de modelos, posestructuralistas de terapia breve. En Watzlawick, P. & Nardone, G. (Comp), Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad (pp.175-190). Buenos Aires: Dunken.
- Haley, J. (1980). Terapia para resolver problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Haley, J. (1988). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kopec, D. (2007). El diseño de la Terapia Estratégica. En Kopec, D. & Rabinovich, J. (Comp), *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica* (pp. 21-30). Buenos Aires: Dunken.
- Lerner, E. & Piedrabuena, S. (2007). El enfoque interaccional estratégico en el tratamiento de pacientes limítrofes. En Kopec, D. & Rabinovich, J. (Comp), *Qué y Cómo. Prácticas en Psicoterapia Estratégica* (pp. 21-30). Buenos Aires: Dunken.

- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder Editorial.
- Nardone, G. (2000). De los modelos generales a los protocolos específicos de tratamiento: la terapia breve estratégica evolucionada. En Watzlawick, P. & Nardone, G. (Comp), *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp.211-226). Buenos Aires: Dunken.
- Perez, C. & Rodriguez, P. (2010). Entrevista a Giorgio Nardone Terapia Breve Estratégica: una realidad inventada que produce efectos. *Clínica contemporánea*, 1(1), 61-66. DOI: 10.5093/cc2010v1n1a8
- Roussos, A., Malenka, A., Hirsch, H., Hirsch, P., Becerra, P.& Gomez Penedo, J.M. (2018). Evaluación de un dispositivo de investigación orientada por la práctica para el desarrollo de un sistema de feedback en psicoterapia. *Revista Argentina de clínica psicológica*, Vol 17. Pp 229-249. DOI: 10.24205/03276716.2018.1064.
- Simon, F; Sherlin, H. & Wynne, L. C. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Buenos Aire: Ed. Gedisa.
- Wainstein, M. (1999). *Comunicación. Un paradigma de la Mente*. Buenos Aires: JCE.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio: con colaboración de Mirta Baeza y Rosa Pfeffermann*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Waizman, V. & Roussos, A. (2007). El registro de material clínico para investigación en psicoterapia: debates sobre su utilidad, efectos y potenciales problemáticas. *Revista del instituto de investigaciones de la facultad de psicología. UBA*, Año 12, Vol.2. pp.139-153.
- Watzlawick, P. (1992). *La coleta del Barón de Munchhausen*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1994). *El lenguaje del cambio: nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Watzlawick, P; Bavelas, J.B. & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Editorial Herder.
- Watzlawick, P.(2000). Construcción de realidades clínicas. En Watzlawick & Nardone (Comp), *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad* (pp.27-38). Buenos Aires: Dunken.

Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000) (Comp). *Terapia Breve Estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.

Watzlawick, P, Weakland, J. & Fisch, R. (1976). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Editorial Herder.