

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

**ANALISIS DEL TRATAMIENTO DE UNA PACIENTE CON OBSESIONES**

Un caso de estudio

Alumna: Massarini Renata Josefina  
Tutora: Nora Galassen

13 de julio de 2021

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>3</b>
2.1 Objetivo General.....	3
2.2 Objetivos específicos.....	3
<b>3. Marco Teórico.....</b>	<b>3</b>
3.1 Teoría Sistémica.....	3
3.1.1 Antecedentes.....	3
3.1.2 Modelo Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto.....	6
3.2 Estrategias para el cambio.....	9
3.3 Intervenciones Terapéuticas posibles.....	11
3.3 Características generales del Trastorno Obsesivo Compulsivo.....	13
3.3.1 Sintomatología.....	16
<b>4. Metodología.....</b>	<b>19</b>
4.1 Tipo de estudio.....	19
4.2 Participantes.....	19
4.3 Instrumentos .....	20
4.4 Procedimiento.....	21
<b>5. Desarrollo.....</b>	<b>21</b>
5.1 Presentación del caso.....	21
5.2 Describir el motivo de consulta y la queja inicial de una paciente de 20 años con obsesiones al inicio del tratamiento terapeuta.....	23
5.3 Describir las intervenciones desde el modelo MRI que realiza la terapeuta con una paciente de 20 años con obsesiones durante los primeros 10 encuentros.....	26
5.4 Analizar la evolución de la sintomatología de la paciente a partir de las intervenciones de la terapeuta.....	31
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>34</b>
<b>7. Referencias Bibliográficas.....</b>	<b>37</b>

## **1.Introducción**

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de la Práctica de Habilitación Profesional V de la licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. El objetivo es realizar un Trabajo Final Integrador (TFI) basado en la experiencia transcurrida durante la pasantía en una institución ubicada en el barrio de Belgrano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicha institución existe hace más de 10 años y se dedica a la atención clínica abordada desde el modelo estratégico de terapia breve, a través del dispositivo de cámara Gesell online, el cual fue adaptado a esta modalidad de acuerdo al contexto de Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio que se encontraba atravesando el país a partir de la pandemia de Covid-19. A su vez, se desarrollan allí programas de formación para estudiantes de la Lic. en Psicología avanzados y terapeutas recibidos.

El evento excepcional obligó a modificar cambios en la práctica que habitualmente se realizaba en formato presencial en la institución. De este modo se adaptó al formato virtual durante 4 meses, con una duración de entre 10 y 18 horas semanales. Estos encuentros se encontraban divididos en dos partes, por un lado la visualización de casos en cámara Gesell online (CGO), que contaban con supervisiones del equipo y por otro lado, se dictaron clases teóricas donde se profundizó sobre el modelo de terapia sistémica a partir del material bibliográfico correspondiente. Se desarrollaron también actividades fuera del horario establecido como, por ejemplo, lecturas adicionales o videos grabaciones de casos.

A partir de la utilización del dispositivo de cámara Gesell online surgió el interés por analizar el caso de una paciente con conductas obsesivas a través de las entrevistas, las supervisiones y las intervenciones de la terapeuta desde el enfoque psicoterapéutico del modelo estratégico de terapia breve. Dicho interés tuvo lugar luego de observar la entrevista y de este modo poder profundizar sobre la aplicación del modelo para intervenir en las problemáticas de la adolescente.

Desde el mencionado enfoque, el presente trabajo se interesó en describir y analizar las conductas obsesivas de una paciente de 20 años que fue atendida en la institución, buscando de este modo, profundizar en las principales características que se tiene en cuenta durante el proceso terapéutico, a partir de las diferentes intervenciones utilizadas por la terapeuta. Otro punto a considerar, fue evaluar si dentro del proceso terapéutico llevado a cabo hubo cambios en el sujeto.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Analizar el tratamiento de una paciente de 20 años con obsesiones desde el modelo estratégico de terapia breve.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Describir el motivo de consulta y la queja inicial de una paciente de 20 años con obsesiones al inicio del tratamiento terapéutico.

2. Describir las intervenciones desde el modelo MRI que realiza la terapeuta con una paciente de 20 años con obsesiones durante los primeros 10 encuentros.

3. Analizar la evolución de la sintomatología de la paciente a partir de las intervenciones de la terapeuta.

## **3. Marco Teórico**

### **3.1 Teoría Sistémica**

#### **3.1.1. Antecedentes**

Los orígenes de la terapia sistémica se remontan a la década del '50, a partir de la influencia de diferentes disciplinas que fueron nutriendo y creando el modelo sistémico. Los diversos campos pueden resumirse en la teoría general de los sistemas, la cibernética, desarrollos de los pragmáticos de la comunicación y la psicoterapia familiar (Camacho, 2006). En el abordaje de la escuela sistémica, si bien hay modelos que se distinguen unos de otros con conceptos particulares, se pueden encontrar concepciones comunes que comparten los distintos abordajes. Todos ellos tienen en común la característica principal de tener por objetivo la transformación de los patrones de interacción entre las personas involucradas (Feixas & Miró, 1993).

La teoría general de los sistemas hace hincapié en los sistemas y su organización interna, sus reglas y sus condiciones de conservación, el mantenimiento de su identidad y de su autonomía, tanto a su crecimiento como así también a su destrucción y desorganización, haciendo referencia a sus probables y posibles estados futuros, teniendo en cuenta las reglas que permiten cierto crecimiento y organización. La difusión de esta corriente y sus afines asignaturas sucedieron conjuntamente con la aparición en Estados Unidos de las ciencias humanas, permitiendo abordar los problemas de una manera holística superando la ruptura interdisciplinaria (Fernández Moya, 2006).

Existen diferentes acepciones en lo que respecta a la definición de sistemas. Una de ellas consiste en definirlo como un todo diferente a la suma de las partes, con intencionalidad

y particularidades propias, como así también con límites determinados. No solamente es un grupo de componentes que interactúan entre sí, sino que poseen interdependencia entre estos elementos, y con ella, la probabilidad de una transformación en la reversibilidad de la relación (Bertalanffy, 1968). Por otro lado, Watzlawick, Beavin y Jackson (1997) describen al sistema como un grupo de elementos u objetos que se relacionan entre sí, sin identificar el concepto de interacción entre ambas partes.

En referencia a la cibernética, Weiner (2018) la define como los mecanismos de control y comunicación, tanto en los seres vivos como en las máquinas, que permiten entender el comportamiento derivado por dichos sistemas, caracterizados por sus propósitos y buscando un objetivo con capacidades de auto control y auto regulación. De esta forma, el autor apuntaba a exponer que las leyes de los sistemas complejos, más allá de la transformación de su materia, permanecen invariables (Bertoglio, 1993). Esta disciplina aborda las retroalimentaciones de los sistemas, sus regulaciones, sus condiciones de estabilidad, como así también la transmisión y naturaleza de la información. Apunta al tratamiento de la relación de los componentes, ya sea relaciones externas o internas, secuenciales o simultáneas, las cuales no pueden ser desvinculadas unas de otras, sin romper la esencia del sistema, es decir su identidad y estructura (Fernández Moya, 2006).

El campo del desarrollo de los pragmáticos de la comunicación se basa en el libro *Teoría de la Comunicación Humana* de Watzlawick, Beavin y Jackson (1997), siendo la primera obra en articular la terapia familiar con la práctica clínica. En el mismo se describen los axiomas de la comunicación, tomados por la teoría sistémica para comprender el comportamiento humano:

- 1) *Es imposible no comunicar*; se parte de la base de que toda conducta es comunicación, es una interacción con un otro, incluso los actos de quedarse en silencio o ignorar a otra persona. Todo acto tiene influencia sobre otro sujeto que tiene la posibilidad de aceptar, rechazar o descalificar el mensaje.
- 2) *Niveles de contenido y relación de la comunicación*; se distinguen dos niveles, el nivel de contenido hace referencia a la información que se quiere transmitir dentro de un mensaje y el de relación es la forma en la que el mensaje puede transmitirse definitivamente.
- 3) *La puntuación de la secuencia de los hechos*; el sujeto utiliza una puntuación que en algunas ocasiones pueden ser diferentes o no aceptadas por el otro interlocutor.
- 4) *La comunicación digital y analógica*; se lleva a cabo la comunicación digital mediante la palabra, comúnmente se la utiliza para transmitir novedades,

conocimientos e información. La comunicación analógica considera todo lo que refiere al lenguaje no verbal como los movimientos corporales, que incluyen, los gestos, las expresiones faciales, el ritmo y secuencia de la voz.

- 5) *Interacción simétrica y complementaria*; se evalúan dichas interacciones de un sujeto frente a otro, dándose la simetría en los casos en que ambos individuos consideran que se encuentran en relación de igualdad, pero cuando la conducta de uno de los individuos se complementa o adapta a la del otro se refiere a las relaciones complementarias en donde se establece una relación de desigualdad.

Por último, la psicoterapia familiar surge en la década del '50, se comienza a abordar desde el modelo sistémico. En la práctica, se empieza a observar que los síntomas de alguno de los individuos pertenecientes al grupo familiar son el reflejo de una patología más amplia de ese sistema. Es recién en la década del '60 donde se presentan varios programas para la formación de la terapia familiar y, en décadas posteriores, dicho movimiento comienza a expandirse (Feixas et al., 1993).

En la actualidad, la psicoterapia basada en el modelo sistémico posee un lugar de gran importancia dentro de los diferentes modelos clínicos que se utilizan en los abordajes terapéuticos, el cual realiza intervenciones con individuos, familias, grupos, instituciones y parejas (Camacho, 2006). Hoy en día es un abordaje mucho más amplio de lo que se ha desarrollado en sus comienzos ya que solía estar orientado a la evolución de la terapia familiar (Hoffman, 1987).

Estos modelos se diferencian en tres grandes escuelas: la Escuela de Millán llevada a cabo por Selvini Palazzoli, la Escuela Estructural con Minuchin como representante principal y, por último, la Escuela de Palo Alto denominada como Escuela Estratégica y originada por Watzlawick y Bateson (Camacho, 2006). En relación al modelo de la Escuela de Millan, se pueden reconocer sus inicios en el año 1967 en Italia; desarrollada por Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, fueron quienes crearon el centro de investigación de terapia familiar y brindaron grandes aportes al modelo sistémico. Su trabajo se llevó a cabo con familias estructuralmente rígidas y disfuncionales en donde algún integrante padecía una enfermedad mental o algún tipo de trastorno. Desarrollaron una tarea de intervención denominada prescripción invariable que tiene como objetivo aliar a los pares y favorecer la división de los subsistemas de los hijos mediante un secreto que se les brinda a todas las familias que se encuentran en la terapia. Al trabajar con trastornos de la conducta alimentaria, abordaron el significado del síntoma desarrollado por la familia y el individuo que lo padecía, intentando generar acuerdos y desacuerdos del significado establecido (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini

& Sorrentino, 1988). Dentro de este modelo, el síntoma cuenta con un lugar específico y una función acordada en donde la familia también es tomada como un sistema autorregulable, en donde se interconectan todos sus elementos (Feixas et al., 1993).

En referencia a la terapia sistémica estructural, se puede decir que en este modelo se comenzó a instaurar la responsabilidad del sistema familiar y la inclusión del contexto, pudiendo relacionarlo con el síntoma en sí mismo (Fernández Moya, 2006). Es decir, las acciones de un miembro de la familia repercuten en todo el sistema y, de esta manera, la mirada del terapeuta debe ser integral, pudiendo observar a todo el sistema familiar y no solo al miembro en el que se localiza el problema, pudiendo intervenir en las interacciones vistas como problema (Minuchin & Fishman, 2004).

Por último, el modelo estratégico de resolución de problemas surgió en Palo Alto, California; tiene como objetivo definir un problema en particular y poder implementar diversas intervenciones a partir de un motivo de consulta, manteniendo un rol activo y diferenciado según cada consultante. Luego de reconocer el problema, se pone en acción un plan de trabajo con el objetivo de poder llevar a cabo su resolución (Haley, 1973).

### **3.1.2 Modelo Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto**

Las características del Modelo de Palo Alto se encuentran condicionadas en algún punto por su situación histórica y geográfica ya que, al desarrollarse dentro del campus de la Universidad de Stanford, provocaron en gran parte aislamiento con la tradicional terapia familiar. De este modo, se pudo aplicar una forma de abordar las diversas problemáticas familiares sin tener presente a todo el círculo familiar, definiendo cual era el sistema a partir de las personas que se encontraban involucradas en la problemática. El modelo que predominó fue el reflexivo y verbal, provocado por un contexto universitario y un alto nivel intelectual. El mismo se desarrolló en sesiones de cámara Gesell (Cazabat, 2007).

De hecho, al ser la terapia breve estratégica centrada en la resolución de problemas una corriente sistémica, las problemáticas que se plantean y la resolución de las mismas dependen de la interacción social que el sujeto desarrolla (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974). Según Martínez (2015), la terapia estratégica breve es un modo de intervención que se enfoca en las demandas del contexto, del momento presente y la efectividad en un período corto de tiempo, lo cual lleva al terapeuta a diseñar un enfoque particular para cada tipo de problemática, pudiendo influir en las personas y generar un cambio. Ser estratégico, es pensar la realidad clínica en interacción con el contexto, el sistema y con determinada autonomía para poder llegar al cambio. En la terapia estratégica se proponen entre 7 a 12 sesiones, en las cuales se

utilizan diversas herramientas para poder plantear una resolución de los problemas determinados que traen los pacientes. No se centra en buscar las causas, ni utiliza etiquetas prescriptas, sino que se orienta a modificar las conductas que le generan malestar al paciente en la actualidad (Nardone & Watzlawick, 1992).

El objetivo de dicha terapia, es lograr un cambio enfocándose en la resolución del conflicto que genera el malestar en el sistema y de este modo subsanar el sufrimiento (Feixas et al., 1993). Por lo tanto, el trabajo del terapeuta consiste en identificar las conductas que persisten, generan malestar y que el paciente y su entorno lo mantienen, y de este modo, poder cambiar las conductas específicas, orientando el tratamiento a la resolución de esas conductas con el objetivo de poder generar una modificación apropiada en el sistema (Weakland et al., 1974). Las conductas que se pueden encontrar tienen un orden de acuerdo a su jerarquía y a su nivel de independencia, donde esta puede tender a la estabilidad o al cambio (Hirsch & Casabianca, 1992).

Wainstein (2006) define la estructura como los patrones por el cual los integrantes de una familia interactúan entre sí. Se busca establecer criterios de conducta de los subsistemas en los que se organizan las familias que van delimitando sus comportamientos dentro y fuera del sistema al que pertenecen. Estas fronteras delimitadas, son las que el terapeuta va a observar para poder determinar las funciones que se complementan. El modelo sistémico involucra al grupo familiar dentro de una red social más amplia, con determinadas relaciones entre sus distintos miembros, pero desarrollando cada uno su propia autonomía. El sistema familiar se encuentra en constante cambio e innovación de acuerdo al desarrollo de los integrantes y su relación con el medio ambiente. Se intenta mantener una homeostasis y adaptarse, de este modo, a los cambios que pueden suceder a pesar de poder generar resistencia. Cada integrante promueve su propio cambio que suele suceder desde lo externo del entorno. De todos modos, cada sistema familiar, se encuentra en contacto con otros sistemas más amplios como la cultura, pero cada dinámica de funcionamiento es particular (Espinal, Gimeno & González, 2006).

El modelo se destaca por compartir la idea de que el comportamiento de un sistema depende de las relaciones de sus pares, es decir, de las interacciones que se manifiestan entre los diferentes elementos. De este modo, se plantea la meta cuando el paciente puede desarrollar qué tipo de cambios quiere alcanzar, estableciendo un acuerdo en conjunto y organizando la tarea centrada en el síntoma y en el problema (Wainstein, 2006). Es decir, la conducta de una persona está vinculada con la de su entorno y por este motivo se plantea que la modificación de la conducta de un individuo da lugar al cambio de todo el sistema (Hirsch & Casabianca, 1992). En este sentido, el modelo reconoce que el consultante cuenta con los recursos para

concebir su bienestar, apuntando a brindarles esta posibilidad a cada persona. El rol del terapeuta es enfocarse en el individuo, su contexto, sus valores y costumbres, dirigiéndose a él con el mismo lenguaje que le brinda para lograr su independencia y autonomía (Hirsch & Rosarios, 1987). El terapeuta intenta dejar lo más claro posible los objetivos trasladándolos a conductas específicas y metas alcanzables, buscando lo que el paciente sí puede hacer (Wainstein, 2006). A partir de la conducta entendida como una situación problema que aqueja al consultante, es de gran importancia que entre terapeuta-paciente se pueda alcanzar una alianza terapéutica, es decir, un vínculo de calidad en el cual pueda haber acuerdos, metas y tareas (Bordin, 1976).

El proceso terapéutico del modelo estratégico breve centrado en la resolución de problemas se desarrolla esquemáticamente en seis etapas diferentes: Introducción al tratamiento, interrogatorio y definición del problema, estimación de los comportamientos que mantienen el problema, establecimiento de las metas del tratamiento, selección e implementación de intervenciones conductuales y la terminación del tratamiento (Weakland, et al.,1974). Es en la etapa inicial del proceso en donde se recolecta información necesaria del paciente: si fue derivado o llega a consulta por sus propios medios, cómo está compuesto su grupo familiar, quienes viven con él y quienes representan para él sus otros significativos, haciendo referencia a aquellos vinculados con el problema (Casabianca & Hirsch, 2009). Este enfoque, a partir de la queja inicial del paciente, construye el motivo de consulta, poniendo el foco en lo que expresan como aquella situación o conflicto más importante o urgente, que les genera malestar y les interfiere en su cotidianeidad. Es importante registrarlo con las palabras utilizadas por el consultante, sin dejar de indagar *¿por qué ahora?*, qué es lo que desencadena que la consulta se realice en ese momento en particular, qué situación o comportamiento son los que dan lugar al síntoma, qué cosas no se están pudiendo realizar, qué quisiera hacer en este momento y cuáles fueron las soluciones intentadas por el paciente o su sistema para resolver la conducta problema, detallando si fueron exitosas o fracasadas (Casabianca & Hirsch, 2009). Según Kopec (2007) la información que puede obtenerse a partir del conocimiento de posibles soluciones que han determinado un resultado que parcialmente ha sido positivo pero que evidentemente no han tenido éxito, es lo que dará la posibilidad de que el terapeuta pueda determinar un diagnóstico circular o de circuito.

Con lo expuesto, entonces, al poder describir las conductas que componen el problema, es más fácil determinar cuál es el circuito que lo mantiene y, a veces, cuando el terapeuta puede construir este circuito hace que el consultante pueda tener otra mirada sobre la queja que lo trajo a terapia (Kopec, 2007). De este modo, la resolución de problemas implica poder definir

la conducta en sí misma que fue planteada inicialmente y acordada con el paciente dentro de un contexto determinado, logrando de este modo reemplazar un procedimiento que fue intentado y no logro el éxito. Se pondrá en acción un nuevo proceso en construcción, con reglas determinadas para lograr la resolución del problema y con el objetivo de alcanzar el éxito (Wainsten, 2006). Un beneficio particular del terapeuta dentro de este modelo, es que abarca varias teorías sin perder el eje en ser un terapeuta estratégico, dinámico, activo y con intervenciones claras (Hirsch & Rosarios, 1987).

Pasado el tiempo estimado del tratamiento, se puede concretar el cierre de terapia considerando los resultados que se pudieron obtener y la satisfacción del paciente. El terapeuta podrá determinarlo al considerar que la prolongación de la terapia no trae satisfacciones ni significaciones para el paciente (Figuroa & Hirsch, 2007). Según Nardone (2000) es en este momento en donde el terapeuta debe visualizarle al paciente el trabajo realizado a partir de las estrategias implicadas para que pueda ser consciente de los recursos que ha puesto de si mismo que hasta el momento desconocía, con el objetivo de mantener los logros que se han podido llevar adelante. Es recomendable que el terapeuta pueda dejar planteadas las posibles recaídas del paciente para que sean vividas como parte del proceso y no como frustraciones.

### **3.2. Estrategias para el cambio**

El modelo sistémico estratégico tiene como objetivo principal de la psicoterapia el cambio, que va a implicar tanto al paciente como al terapeuta. Según Wainstein (2006) los cambios se logran a partir del cuestionamiento de la rutina misma y de aquello con lo que el paciente está conforme, este cambio comienza a partir de que el individuo, pareja o familia puede poner en palabras aquello que los aqueja y dichos cambios suceden dentro del sistema consultante. Se hace referencia a los conceptos de Cambio 1 y Cambio 2 propuestos por Watzlawick, Weakland y Fisch (1992) que definen al Cambio 1 como el no cambio. Implica hacer una modificación pero con el objetivo de que todo siga igual, lo cual involucra que las estructuras se sigan manteniendo al igual que las pautas de comunicación. De todos modos, generan un cambio e intentan regresar a el sistema en el que se encontraban con anterioridad. El Cambio 2, por lo contrario, implica un cambio radical, produciendo cambios en las estructuras y reglas establecidas del sistema, teniendo como objetivo tener resultados diferentes que los que se venían obteniendo.

El cambio de segundo orden se requiere para poder adaptar las estructuras internas al medio ambiente en el que se encuentra, sin intervenir ni modificar la identidad del sistema. Para poner en acción dicho cambio, se proponen tres conceptos a tener en cuenta: lo que sucede

en el momento determinado, los intereses que se ponen en juego y los valores de los miembros del sistema. Lo que lleva a poder plantear y responder cuatro preguntas en cuestión: 1) ¿cómo son las interacciones de la persona consigo misma?, ¿con el grupo familiar? ¿con el mundo externo?; 2) ¿cómo se desplaza el problema dentro del propio sistema?; 3) ¿cuáles fueron las soluciones intentadas? ¿cuáles han fallado?; 4) ¿cómo es posible proponer un cambio veloz y eficaz que impacte directamente en la situación problema? Estas dimensiones son las que se deben considerar previamente para poder consensuar y construir objetivos entre paciente y terapeuta, con el objetivo de generar estrategias apropiadas para resolver el problema específico en cuestión (Nardone & Watzlawick, 1992).

Además de considerar el logro satisfactorio de generar un cambio, no se debe dejar de lado la motivación que presente el paciente y los individuos del sistema ya que el modelo trabaja con aquellos miembros del sistema que se encuentren con mayor motivación para lograr la resolución del problema, considerando que el cambio en uno de los individuos, favorece el cambio del resto (Casabianca & Hirsch, 2009). Hewitt y Gantivas (2009) plantean que, además de la motivación, es necesario que el paciente pueda visibilizar sus habilidades y que sea el terapeuta quien lo guía para poder fortalecer las herramientas de las personas y que de este modo puedan lograr una predisposición al cambio dentro del contexto y obtener mejores resultados. Todo sistema puede tender en dos direcciones opuestas, las que favorecen al cambio o las que tienden a la homeostasis, es decir, a mantener estable el sistema. El foco de intervención estará puesto en aquellos que estén predispuestos a generar un cambio y poder trabajar la resolución del problema (Casabianca & Hirsch, 2009).

Prochaska, Norcross y DiClemente (1994) desarrollaron seis etapas del cambio para evaluar en cual se encuentra cada paciente, se presentan de manera gradual y escalonada:

1) Pre contemplación. La persona no considera que pueda existir un problema o necesitar un cambio. Usualmente no recurren por mérito propio a terapia.

2) Contemplación. Considera que es posible el cambio, pero lo rechaza al mismo tiempo. Es consciente del problema.

3) Preparación. En esta instancia, se encuentra motivada para generar el cambio. En este momento el terapeuta puede implementar sus recursos que generen un beneficio para avanzar.

4) Acción. El sujeto se implica propiamente en accionar el cambio para resolver el problema en cuestión.

5) Mantenimiento. Aquí se intentará mantener el cambio logrado y evitar posibles recaídas.

6) Recaída. Vuelve a realizar la conducta que había logrado cambiar o que se encontraba en proceso de cambio. El terapeuta buscará volver a la etapa de acción e intentar que se establezca en la etapa de mantenimiento.

### **3.3. Intervenciones terapéuticas posibles**

La corriente sistémica entiende que al hablar de totalidad se encuentran subsistemas que integran un sistema más amplio y que implican relaciones tanto verticales, como horizontales para poder comprender el contexto del individuo a través de sistemas abiertos que se relacionan entre sí, como, por ejemplo: el ámbito cultural, político, social, histórico y físico. Dentro de estos contextos, donde cada comportamiento va a representar un significado diferente y particular, se evaluará una conducta problema determinada. El terapeuta debe abordarlo a través de las interacciones que se dan entre el individuo y su entorno (Fernández Cid, 2020).

De acuerdo al modelo sistémico estratégico breve, Nardone y Watzlawick (1992) plantean que la intervención terapéutica está orientada a la disminución del síntoma de malestar y la resolución del problema que el paciente trae a la consulta. De esta manera, el terapeuta centra su interés en las interacciones que el sujeto tiene consigo mismo, su entorno y sus vínculos; el lugar que ocupa el problema en su vida e indaga sobre los intentos fallidos de resolución. Busca proponer posibles medios de acción de forma rápida y eficaz. Luego de haber identificado y analizado las posibles maneras de resolución, se acuerda con el paciente los objetivos de la terapia con una meta clara a donde dirigirse y focalizando en el presente para poder modificar la situación problemática y lograr una conducta diferente a la que el individuo y su sistema viene manteniendo. El terapeuta debe realizar intervenciones concretas. El objetivo se focalizará en la conducta a nivel personal o del sistema del sujeto a través de interpretaciones para poder observar la realidad re etiquetando las conductas hostiles (Weakland et al., 1974).

Las intervenciones deben tener validez y coherencia con el modelo que desarrolla, y en este punto el modelo MRI toma el diagnóstico como un dato más, no como el centro de la problemática. Las intervenciones, en esta línea, son las practicas comunicacionales que se desarrollan para facilitar cambios al paciente en un marco terapéutico. Desde las conductas, hábitos, formas de relacionarse con su contexto y de ver la realidad (Wainstein, 2006). Se observa el problema o síntoma no como crónicos, tampoco como un problema ya instalado en el sujeto, sino como la constancia de una dificultad manejada de una manera no adecuada. Toma el problema como una oportunidad para el cambio (Weakland et al., 1974).

Las intervenciones centrales dentro del modelo MRI son el reencuadre o reformulación que hace referencia al proceso por el cual nuevos hechos son relacionados a nuevos significados, se asocia una realidad diferente. Los reencuadres pueden ser de manera directa o indirecta. Un reencuadre directo es aquel que se desarrolla de manera deliberada y expone nuevos significados. A su vez, este encuadre puede dividirse en dos grupos: connotación positiva, que trata de valorizar lo negativo en positivo y la redefinición, que intenta reubicar un hecho en otra categoría de conceptos para poder abordar nuevos significados. Por otro lado, un reencuadre indirecto se pone en escena a través de metáforas, analogía, historias, etc. para que, de esta manera, puedan surgir nuevas asociaciones (Schaefer, 2013).

Reformular está asociado a volver a codificar la manera de percibir la realidad de un sujeto, sin cambiar el significado sino modificando su estructura. Al cambiar la manera de ver el mundo, cambia también la realidad. De este modo, en diferentes modelos de psicoterapia, la reestructuración es la forma de diálogo común de intervención (Nardone & Watzlawick, 1992). Hirsch y Rosarios (1987) destacan que cada reformulación debe estar desarrollada en los términos que el consultante tiene construida su realidad, a través del modo de pensar y sentir del mismo.

En un segundo lugar, se desarrollan las prescripciones que se determinan por asignarle al paciente tareas o conductas específicas con el objetivo de que algunas sean realizadas y otras definitivamente no. De este modo, se interviene con paradojas para prescribir el síntoma (Schaefer, 2013). Pueden ser directas o indirectas. Las directas son indicaciones de acción que el terapeuta le brinda al consultante que apuntan a modificar positivamente algo en la situación problemática. De forma contraria, las prescripciones indirectas (llamadas también paradójales) son tareas que se le indican al paciente para que realice una acción específica, pero lo que se espera es que no lo haga, es decir que realice lo opuesto (Nardone & Watzlawick, 1992). Las intervenciones directas se denominan también *basadas en la aceptación*, ya que el terapeuta busca que el sujeto las acepte. Por lo contrario, las indirectas o paradójales son intervenciones que buscan el desafío, considerando de que el sujeto las tome como tal. Ambas intervenciones tienen como objetivo el mismo fin: terminar con el ciclo de conductas que mantiene el problema y que el paciente pueda comportarse de una manera contraria a la habitual que es la que lo sostiene (Minuchin & Fishman, 2004).

Dentro de las intervenciones paradójales, la modalidad más utilizada en el modelo estratégico de terapia breve es la prescripción del síntoma (Schaefer, 2013). El terapeuta realiza maniobras para incentivar ante aquello que el paciente hace para que la conducta problema empeore y persista, de este modo, el paciente se encuentra con dificultades para manejar el

síntoma y lo que el terapeuta le indica es que realice voluntariamente la tarea que se le imponía. El síntoma se convierte en voluntario, perdiendo el valor de ingobernado y reduciendo la sintomatología (Wainstein, 2006).

Al determinar las intervenciones estratégicas, se puede nombrarlas de este modo ya que se adecuan a medios y fines concretos, teniendo como fin cumplir con los objetivos alineados con el consultante y lograr resolver la conducta problema (Wainstein, 2017). Para promover este cambio y lograr el éxito del tratamiento, el modelo estratégico breve pone el foco en el vínculo entre terapeuta-paciente, de este modo el resultado del tratamiento va a depender de ambas personas. Al contar con un vínculo terapéutico de confianza, se podrá determinar la intervención adecuada y el terapeuta podrá utilizar sus estrategias con mayor probabilidad de producir avances en la terapia, lo que llevará también a una duración más breve del tratamiento (Schaefer, 2013). Uno de los recursos a los cuales se les da mayor lugar en el ámbito terapéutico es la utilización de la resistencia. En primera instancia, es conveniente que esta misma se establezca de forma paradójica para que luego en una segunda instancia se pueda utilizar propiciando un cambio. Esta intervención se aplica instaurando un doble vínculo terapéutico ubicando al consultante en una situación paradójica en la cual su rigidez y resistencia frente al terapeuta culmine en una prescripción. Todas las conductas que resultan actuar como resistencia para el paciente, dejan de serlo para transformarse en cumplimiento. Contrariamente, todos aquellos comportamientos consecuentes a la prescripción se ven reflejados en un avance en la terapia. De este modo, se toma de la resistencia su fuerza para incentivar el cambio y anular así su objetivo primordial (Watzlawick & Nardone, 1992).

### **3.4 Características generales del Trastorno Obsesivo Compulsivo**

Este trabajo se encuentra basado en el modelo MRI, la sintomatología que se evalúa es equivalente a lo que el DSM clasifica como Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC). Los síntomas no solo tienen que estar presentes, sino causar disfuncionalidad en la vida cotidiana del paciente (Pérez Rivera & Tania Borda, 2017)

El TOC en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) se determina por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas. Las obsesiones se establecen por pensamientos, impulsos o imágenes que se presentan en forma recurrente y que duran a lo largo del tiempo, suelen generar gran ansiedad y malestar para la persona que lo está padeciendo. Las compulsiones son conductas repetitivas que el sujeto realiza como respuesta a una obsesión o asociado a reglas determinadas que se aplican rígidamente. Por este motivo, se suelen

suprimir o ignorar con otros pensamientos. Estas conductas ocupan más de una hora diaria en la vida cotidiana y pueden afectar tanto lo físico como lo social del sujeto. Usualmente se intentan neutralizar con otros pensamientos, pero la persona reconoce que esta conducta se repite con demasiado exceso, generan un malestar físico y afectan la vida diaria de la persona, su familia y sus amigos (Tobón, 2002).

Según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) los criterios para diagnosticar el trastorno obsesivo compulsivo son:

- A) Presencia de compulsiones, obsesiones o ambos criterios.
- B) Las obsesiones o compulsiones deben ocupar más de una hora del día o causar un significativo malestar afectando las áreas sociales, laborales u otras de importancia.
- C) Los síntomas obsesivo-compulsivos no pueden ser atribuidos a efectos de sustancias como drogas, alcohol o medicación.
- D) La alteración no se explica de una mejor manera de acuerdo a los criterios de otro trastorno mental como: las preocupaciones en exceso (por el trastorno de ansiedad generalizado, las preocupaciones por el aspecto (como en el trastorno disfórico corporal), la dificultad de renunciar a las posesiones (de acuerdo al trastorno de acumulación), arrancarse el pelo, (asociado a la tricotilomanía), rascarse la piel (asociado al trastorno de excoriación), estereotipias (vinculados al trastorno de movimientos estereotipados), comportamiento alimentario ritualizado (trastornos alimentarios), problemas con trastornos adictivos como el juego o el consumo de sustancias, inquietud por el padecimiento de alguna enfermedad (trastorno de ansiedad por enfermedad), impulsos sexuales o fantasías (trastornos parafilicos), impulsos (asociados a los trastornos del control de los impulsos y de la conducta), rumiaciones de culpa (que se vinculan en este caso al trastorno de depresión mayor), existencia de delirios o pensamientos (en este caso, evaluando un cuadro de esquizofrenia) y por ultimo evaluar algún otro tipo de trastornos psicóticos o de comportamiento repetitivo (vinculados al trastornos del espectro del autismo). Por otro lado, se debe especificar si:
  - Con introspección buena o aceptable: el individuo puede reconocer que las creencias del trastorno obsesivo-compulsivo son visiblemente no ciertas, o que pueden ser verdaderas o no.
  - Con poca introspección: el consultante piensa que las creencias del trastorno obsesivo compulsivo son posiblemente verdaderas.

- Con ausencia de introspección/con creencias delirantes: el sujeto se encuentra totalmente convencido de que las creencias asociadas al trastorno obsesivo compulsivo son verdaderas.

Se encuentran estudiadas diferentes dimensiones de síntomas asociados a las personas que padecen TOC, las cuales demuestran que el trastorno es diverso y que los síntomas pueden ir cambiando. Se pueden presentar pensamientos asociados a la acumulación, el orden, el chequeo, los temas sexuales o religiosos, hacer daño, algunos temas morales o acerca de enfermedades y múltiples áreas. Se realizó un estudio con cuatro dimensiones: rituales, acumulación, chequeo y limpieza en las cuales se asociaron tres dimensiones (rituales, chequeo y limpieza) en la cual puede definirse de esta manera la estructura del trastorno a través de la presencia de las mismas, siendo el chequeo la dimensión de predicción significativa para el diagnóstico (Lozano Vargas, 2017). Diversos estudios demuestran que el TOC afecta la calidad de vida de las familias y que los síntomas están asociados a la acomodación familiar en las conductas, esto implica involucrar a algún miembro de la familia en sus rituales para no generar conflictos y de este modo aceptar las conductas compulsivas (Frías et al., 2020).

El TOC prevalece en un 1.8% a nivel internacional, afectando en mayor medida a las mujeres que hombres. Durante la infancia, quienes se ven más afectados son los varones, pero durante la adolescencia son las mujeres las que comienzan a predominar dentro del trastorno (American Psychiatric Association, 2013). Para poder diagnosticar el TOC se deben evaluar las variables sociodemográficas de: sexo, raza, estado civil. Los valores reportados por el Ministerio de Salud de la Nación (2010) en América Latina es de 1.4% en mujeres y del 1% en hombres, estimando que más de 360.000 personas padecían este trastorno en el año 2010. El 50% de los sujetos comienzan con los primeros síntomas antes de los 15 años de edad y el 65% antes de los 25 años, normalmente el inicio de los síntomas suele ser gradual (Angst et al., 2004). Los pacientes de raza negra presentan una menor prevalencia a los de raza blanca, lo que implica que se debe a el posible acceso al sistema de salud más que una cuestión genética (Vallejo Ruiloba & Berrios, 2006). Dentro de la variable estado civil, se considera que los individuos con TOC suelen ser solteros, aunque en este caso prevalece el estudio en hombres, lo que se determina que está asociada al inicio más temprano del trastorno en el sexo masculino (Coryell, 1981),

En la Tabla 1 se presentan las características presentes en el TOC.

Tabla 1. *Características siempre presentes del patrón cognitivo del TOC (Pérez Rivera & Borda, 2019).*

INTRUSIVAS	Los pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos aparecen en la mente súbitamente. No son intencionales.
NO DESEADO	Los pensamientos, imágenes o impulsos obsesivos causan considerable malestar y por ello no se desea tenerlos.
INVOLUCRAN RESISTENCIA	Los pensamientos, imágenes o sensaciones obsesivas tratan de ser minimizados, eliminados y hasta evitados.
INCONTROLABLES	Los pensamientos, imágenes o sensaciones obsesivas parecen tener vida propia.
NO CARACTERISTICOS	El contenido de los pensamientos, imágenes o sensaciones obsesivas son opuestos a los estándares morales de la persona. Son opuestos al autoconcepto. Egodistónicos al ser.

### 3.4.1 Sintomatología

Vallejo Ruiloba y Berrios (2006) realizan una revisión sobre las definiciones de conductas obsesivas surgidas a partir de los inicios del siglo XIX, en 1877 Westphal definió como representaciones mentales que se imponen prioritariamente en la mente del sujeto sin afectar el nivel intelectual ya que puede reconocer los pensamientos como extraños y anormales. Posteriormente Esquirol en 1838 definió las conductas obsesivas como monomanía instaurando los trastornos obsesivos como un tipo de locura, una enfermedad crónica que pertenece al cerebro que se debe a una lesión en el intelecto, la voluntad o las emociones. Luego, el TOC fue definido por Morel en 1866 como una neurosis de las emociones, que comprendía a una conducta anormal afectando su nivel intelectual y el Sistema Nervioso Autónomo. Continuaron Pitres y Regis en 1902 desarrollando las conductas obsesivas como síndrome mórbido caracterizado por la experiencia ansiosa de emociones y pensamientos que impulsan al sujeto y generan una disociación psíquica comprometiendo a su personalidad. Por otro lado, Janet en 1903 definía a dicho trastorno como ideas fijas, que eran parte la actividad mental en el que había un colapso de la mente sin consecuencias a nivel anatómico. Se separan las obsesiones de las fobias, asegurando que en los estados obsesivos están implicados los elementos emocionales, la conducta obsesiva era una reacción defensiva del ego contra una idea intolerable debido a causas psicodinámicas según la teoría de Freud (Vallejo Ruiloba & Berrios, 2006). Durante el siglo XX, en el DSM-III y IV el TOC se encuentra clasificado como un Trastorno de Ansiedad. Durante los últimos años de estudio del trastorno se puso hincapié en el aspecto cognitivo y aquellas conductas que mantienen el síntoma (Barahona-Corrêa, Bugalho, Guimarães & Xavier, 2011).

Pérez Rivera y Borda (2019) de forma opuesta a la clasificación del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) al momento de diagnosticar a un paciente con TOC proponen una visión dimensional, la cual le permite al terapeuta contar con una perspectiva más amplia del trastorno o problemática a tratar y no confirmar un diagnóstico con el cumplimiento de las categorías clasificadas. La forma de evaluación está orientada a la presentación del síntoma en cada sujeto en particular, manteniendo el concepto de singularidad. Según las características y la historia de cada persona, el TOC se va a manifestar de diferentes maneras, lo que no se puede dejar de lado son los antecedentes familiares, ya que el trastorno se expresa con mayor frecuencia en sujetos con familiares que lo padezcan (Vallejo Ruiloba & Berrios, 2006). Se ve reflejada la dificultad de determinar el diagnóstico de TOC en el tiempo que pasa desde la aparición del síntoma y el momento en que se logra el tratamiento correcto, ya que en los pacientes más crónicos las conductas compulsivas están implementadas como hábitos automatizados en la rutina sin poder registrarlas y no como compulsión (Pinto, 2006).

Los síntomas de obsesión y compulsión están asociados a las consecuencias de pensamientos disfuncionales, produciéndose como respuesta a actos negativos e intensos. Los pensamientos suelen estar asociados a la culpa, responsabilidades, inseguridades, catástrofes y desgracias, lo que lleva a tener a una respuesta emocional de ansiedad, excitación e intranquilidad que da como resultado el intento de neutralización a través de rituales específicos (Salkovskis & McGuire, 2003). Las creencias disfuncionales que desarrollan Vallejo Ruiloba y Berrios (2006) son: Importancia de controlar los pensamientos propios (sobreevaluar la necesidad de autocontrol de los pensamientos o impulsos creyendo que ambas son deseables y posibles); perfeccionismo (creer que hay una solución perfecta para todo y que no es posible fallar); sobreevaluación de la importancia de los pensamientos (asociado a que una mala idea está vinculada a una mala acción); responsabilidad excesiva (creencia de que es posible prevenir algo terrible); intolerancia a la incertidumbre (tener la obligación de saber todo con certezas) y sobreestimación de las amenazas (exageración en la valoración del daño).

La conducta repetitiva puede diferenciarse en cuatro niveles: de bajo orden o conducta motora repetitiva, alto orden o conducta cognitiva repetitiva, buscadora de recompensa y conducta acumuladora. Las conductas de *bajo orden* son conductas sensoriales o motoras que se dan de manera repetida que encubre al cerebro más primario, como se ven reflejados en los Trastornos por Tic o en los Trastornos del Desarrollo. Los actos considerados de bajo orden que regulan el nivel de tensión serían rascarse la piel o arrancarse el pelo (Stein, 2010). Por otro lado, las conductas mediadas cognitivamente de *alto orden* son determinadas por los pensamientos y las conductas repetitivas (que hacen referencia a las características del TOC),

preocupaciones intrusivas y recurrentes por una imperfección del cuerpo y un acto compulsivo (como mirarse al espejo, búsqueda de aceptación) que forman parte del Trastorno Disfórico Corporal (TDC), actos de rituales, mantención de las cosas en orden y preocupación, rigidez en su personalidad, son parte de las conductas de alto orden (Hollander, 2012). En tercer lugar, se encuentran las conductas *buscadoras de recompensa*, que se determinan en principio por la impulsividad y su base se encuentra en un circuito neurobiológico de recompensa, por ejemplo, se pueden denominar las conductas compulsivas al uso de Internet, compradores compulsivos y compulsión sexual (Grant, 2006). La *conducta acumuladora* puede presentarse como una entidad propia o como síntoma de la enfermedad tanto en el TOC como en otras (American Psychiatric Association, 2013).

Al determinar el diagnóstico de TOC se debe evaluar el diagnóstico diferencial y buscar la comorbilidad con otros trastornos. La comorbilidad del TOC considera al Trastorno de la Personalidad, aunque en mayor medida los pacientes presentan un cuadro de Depresión y Trastorno de Ansiedad. El diagnóstico diferencial se debe evaluar con los Trastornos Cerebrales Orgánicos, Depresión, Esquizofrenia, Fobias, Personalidad Obsesivo-Compulsivo, Trastorno Disfórico Corporal, Hipocondriasis, Trastorno de Acopio Compulsivo, Trastorno de Gilles de Tourette y Tics (Pérez Rivera & Borda, 2019). Los trastornos afectivos son el principal diagnóstico comórbido, lo que considera que puede existir una asociación psicobiológica entre ambos trastornos y poder incluir al TOC dentro de los principales trastornos afectivos (Hudson & Pope, 1990).

Lo que define los momentos de conducta obsesivas es su contenido anómalo, su excesiva repetición y el nivel de resistencia que se emplea por parte del individuo que lo padece, creando en él una ruptura de la conducta normalizada, incomodidad individual y desacuerdo cultural aun que se pueda identificar estas conductas en todo tipo de sociedad a lo largo del tiempo (Vallejo Ruiloba & Berrios, 2006). Lo que conduce a interpretar de forma equivocada los pensamientos intrusivos de las personas afectadas cognitivamente por el TOC son: el control y el exceso de importancia en los pensamientos, la continua necesidad de certeza, el temor a las experiencias categorizadas como positivas, una responsabilidad exacerbada y continuas consecuencias en el malestar. El perfeccionismo y la sobreestimación del peligro se pueden encontrar también presentes, pero no son específicos del trastorno (Pérez Rivera & Borda, 2019).

Para Pérez Rivera y Borda (2019) el TOC no solo es un trastorno cognitivo conductual, sino que también afectivo de gran relevancia, aunque este criterio no sea considerado en el DSM-5. Dicho componente afectivo de malestar se va a encontrar cotidianamente (asco,

distraes o ansiedad). Al tomar decisiones y resolver conflictos, las emociones son el motor que nos direcciona hacia aquello que nos produce bienestar, alejándonos de aquellas conductas de malestar o incomodidad pudiendo manejar las reacciones emocionales y logrando utilizarlas en situaciones desconcertantes y poder resolver los conflictos a través del propio razonamiento. La corporalidad esta involucrada en la constitución y expresión de las emociones en los seres humanos, que pueden ser modificados en el proceso de aprendizaje y la experiencia de vida pero que siempre tienen como objetivo el bienestar del sujeto, la supervivencia y la mantención de la homeostasis (Adolphs, 2002).

El Trastorno Obsesivo Compulsivo según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) se encuentra entre las enfermedades que generan incapacidad y es una de las enfermedades psiquiátricas mas frecuentes. El TOC genera una desregulación neuronal y química, que impactan en los patrones cognitivos y conductuales (Landsman, Rupertus & Pedrick, 2005). La enfermedad esta determinada a perdurar en el tiempo de tal manera que la intensidad de los síntomas obsesivos va variando. El breve tiempo de tratamiento psicológico, la contención familiar y síntomas obsesivos que no se encuentren muy exacerbados son garantía de un pronóstico más confortable a lo largo de la vida (Vallejo Ruiloba & Berrios, 2006).

#### **4. Metodología**

##### **4.1. Tipo de estudio**

Se llevó adelante un estudio cualitativo de tipo descriptivo. Estudio de caso.

##### **4.2. Participantes**

Los participantes con los que se contó para llevar adelante este trabajo fueron: Carmen (42 años), directora y fundadora de la institución, Martina (27 años), Licenciada en Psicología y participante del programa de formación profesional desde hace un año, José (55 años) psiquiatra, Juana, paciente de 20 años y el equipo de profesionales y estudiantes en formación de la institución.

Carmen es quien brindó los Programas de Formación teórica y práctica para profesionales desde el modelo de terapia breve focalizada en la resolución de problemas, la cual consistió en observar casos en Cámara Gesell Online y realizar las supervisiones de los mismos.

José, es el psiquiatra que interviene en casos de la institución cuando se requiere abordar con un profesional dentro del equipo interdisciplinario.

Martina es la Psicóloga que llevo adelante el caso, quien es parte del Programa de Formación Profesional hace 1 año.

Juana, la paciente (20 años) quien vive con su grupo familiar (madre, padre y hermana), estudiante de la Lic. en Nutrición. Ella fue atendida a través del plan solidario y llegó a consulta por conductas obsesivas de stalkear por redes sociales, las cuales comienzan a ser tratadas durante la terapia.

Por último, Emanuel (22 años), el novio actual de la paciente el cual la acompaña en todo el proceso.

Con el objetivo de mantener la confidencialidad de los participantes, los nombres son ficticios.

### **4.3.Instrumentos**

Se analizó el caso a través de los siguientes instrumentos: Observación no participante a través de Cámara Gesell Online, Video-grabaciones del caso y Entrevistas semi estructuradas a la psicóloga y directora de la institución.

- Observación no participante a través del dispositivo de cámara Gesell Online durante las 10 primeras sesiones de la paciente y la supervisión de los mismos que fueron de 1.45 Hs. cada una. Durante los primeros 15 minutos se reúne la terapeuta y el equipo de aproximadamente 10 personas (terapeutas, coordinadora, directora, pasantes) para hablar acerca del caso. Luego ingresa la paciente y tiene la sesión con la terapeuta, mientras que el resto del equipo bloquea su cámara, audio y nombre. Luego de los 30 min. se re dirige a la paciente a sala de espera y es el momento en el que la terapeuta vuelve a juntarse con el equipo y a discutir acerca de la sesión y las posibles intervenciones para el cierre. Luego de esto, se vuelve a bloquear audio y cámara del equipo y se vuelve a ingresar a la paciente para que la terapeuta le dé el cierre final a la sesión.
- Observación no participante de video-grabaciones de dichas sesiones para poder recolectar más datos sobre el caso y observar las intervenciones desde el modelo estratégico de terapia breve, hasta el momento cuenta con 8 sesiones grabadas, incluida la entrevista de admisión donde se recolectan los datos principales de la paciente y la queja inicial
- Observación participante de clases teóricas, enfocadas en la terapia sistémica breve estratégica centrada en la resolución de problemas, a fin de complementar el análisis del caso la cual tiene una duración de 2 Hs. semanales.

- Entrevistas semi estructuradas virtuales a la psicóloga y directora de la institución con el fin de profundizar sobre el caso, desarrollar los objetivos de la terapia propuestos, indagar sobre las intervenciones efectivas que fueron llevadas a cabo de acuerdo a la problemática y la expectativa de cambio.

#### **4.4.Procedimiento**

En un primer momento se estableció la entrevista con la coordinadora del área y luego de ello se eligió el caso a tratar de acuerdo a las posibilidades de observación ya que la institución brinda atención psicológica a través de Cámara Gesell Online, llevando a cabo un programa comunitario de un valor accesible para los pacientes y de esta manera poder formar a terapeutas.

Se tomaron 10 sesiones con frecuencia semanal y una duración de 1.30 Hs. del caso de una paciente de 20 años a través de dicho dispositivo. A lo largo de las sesiones, se observó la participación de su familia y su novio, en las cuales se pudieron considerar las intervenciones llevadas a cabo en el espacio de supervisión que se realiza durante la sesión tanto de la directora de la institución como del equipo. Como parte necesaria del equipo, en el caso observado se requirió la intervención y participación del psiquiatra de la institución.

Se buscó analizar el motivo de consulta y la queja inicial con la que la paciente comienza este proceso, pudiendo describir las intervenciones que llevó a cabo la terapeuta y los cambios obtenidos a partir de esto mediante la visualización en vivo del caso y grabaciones de video.

Además, se participó de clases teóricas de 2 horas semanales durante 4 meses, las cuales fueron el complemento y donde se pudo observar la teórica en la práctica.

Por último, se les administró una entrevista semi estructurada a la directora, coordinadora y psicóloga del caso, que se llevaron a cabo de forma individual con una duración de 30 minutos aproximadamente.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1.Presentación del caso**

La institución analizada en el presente trabajo brinda tratamientos individuales y familiares mediante el modelo de terapia estratégica breve MRI, el cual se centra en la resolución de problemas definiendo un motivo de consulta específico y elaborando intervenciones específicas de acuerdo a la demanda de cada paciente (Haley, 1973). Una de las

formas de tratamiento que brinda la institución es a través de un plan solidario de atención psicológica a través de cámara Gesell Online que busca poder llegar a la mayor parte de la población y formar a estudiantes avanzados de psicología y licenciados. La atención psicológica se ha realizado en formato Online ya que el aislamiento social, preventivo y obligatorio dispuesto por la pandemia por el Covid-19 impidió la presencialidad. La paciente analizada en el presente trabajo se llama Juana, tiene 20 años. La misma llega a consulta a través de las redes sociales de la institución, buscando atención psicológica por pedido de su psiquiatra, con el cual está llevando adelante un tratamiento psicofarmacológico. En el mes de agosto tuvo la primera entrevista de admisión vía online con la directora de la institución, quien le asigna como terapeuta a la Licenciada Martina. Juana tiene 20 años, vive con su familia en el barrio de Belgrano, Ciudad de Buenos Aires, la misma esta compuesta por su padre, madre y hermana. Su padre es comerciante, su madre es Psicóloga y su hermana es estudiante al igual que ella. También como figura significativa en el proceso terapéutico menciona a su abuela.

En referencia su entorno extra familiar, relata que tiene amigos, pero que usualmente no tiene vínculos con ellos. Con quien si cuenta tener una relación cercana es con su novio Emanuel, que están juntos hace 6 meses y ella relata que es quien la acompañó durante el proceso. En cuanto a sus vínculos, la paciente refiere tener ansiedad social ante algunos eventos familiares que le generan malestar proponiendo trabajar también en algunos aspectos de este tipo durante la terapia.

A la semana siguiente de haber tenido la entrevista con Carmen, la terapeuta se pone en contacto con ella para comenzar el tratamiento, esa misma semana coordina la primera sesión. En la primera sesión, Juana estaba muy atenta y predispuesta a responder las preguntas de la terapeuta una coherencia en su discurso. Charlaron sobre su motivo de consulta a partir de la queja inicial, pactando los objetivos y forma de tratamiento.

Las próximas sesiones fueron continuas es decir que no hubo interrupción en el proceso, en las cuales se pudo trabajar en algunos momentos sobre el motivo de consulta, pero en la mayoría de los casos, las temáticas iban fluctuando con lo cual era difícil mantener el objetivo de la terapia. Durante el proceso se pudieron observar algunos cambios a partir de las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta, pero no se logró culminar los objetivos propuestos al inicio del tratamiento, ya que la paciente abonando la terapia.

En lo que respecta al tratamiento, se realizaron 20 sesiones en el marco de la institución. Durante el proceso se realizó una interconsulta con el psiquiatra como así también se pudo observar una sesión extra fuera de lo pautado, debido a una conducta que puso en riesgo a la paciente. A lo largo desarrollo se observarán los 10 primeros encuentros, a pesar de que hubo

más sesiones, es lo que se propuso analizar. Este punto se retomará en las conclusiones del presente trabajo.

## **5.2 Describir el motivo de consulta y la queja inicial de una paciente de 20 años con obsesiones al inicio del tratamiento terapéutico**

Tal como lo describe la terapeuta en la entrevista, al desarrollar el proceso terapéutico lo central en el inicio de la terapia es poder definir la queja inicial de la paciente y con ella desarrollar el motivo de consulta en el cual se va a trabajar (Casabianca & Hirsch, 2009). Según lo observado en la primera entrevista Juana se define de la siguiente manera “considero que soy una persona con baja autoestima, ansiedad social y que tengo cargado en mi demasiada angustia”. En relación a la queja inicial, Juana expresa que lo que en este momento le aqueja y genera malestar es la conducta de stalkear a su ex novio y su círculo cercano, relatando qué “es lo que más perturba mi vida”, “no me deja ser”, “me perjudica todo”, “no puedo dejar ese ritual”. Asegura que esto le genera ansiedad y que las personas que la rodean no la comprenden y no la pueden acompañar.

La terapeuta Martina estructura la entrevista inicial a partir de diferentes pasos y preguntas definidas con anterioridad que se encuentran asociadas a la determinación del motivo de consulta, tal como lo desarrolla la psicóloga en su entrevista: “El objetivo de la terapia se centra en el presente y los posibles cambios previstos para el futuro, el pasado es solo un dato más que se podrá tener en cuenta”. Así mismo es como Hewitt y Gantivas (2009) consideran los objetivos de la terapia, centrándose en la problemática del presente. De este modo, es de suma importancia poder conocer cuál es la situación actual de Juana para comprender qué es lo que trae a la paciente a consultar en este momento específico y no en otro, cuáles son las consecuencias y que es lo que le impide hacer, para de este modo determinar cuáles fueron las soluciones que intentó para sentirse mejor (Casabianca & Hirsch, 2009). La terapeuta intenta indagar durante la sesión observada ¿por qué ahora? con lo cual resume los puntos que detalla Juana “Entonces, podemos identificar diferentes puntos que en este momento te aquejan, obsesión con tu ex, poca resistencia en otros ámbitos como el estudio o el trabajo, ansiedad social, querer estar bien con Emanuel, baja autoestima y pensamientos negativos hacia vos misma, lo que ahora nos interesa saber es: “¿qué es lo que en este momento te requiere mayor consumo de energía y a la vez te genera malestar?”. A lo que Juana expresa “hoy en día paso más de 6 horas conectada a las redes sociales para ver qué es lo que hace mi ex, esto implica que no pueda concentrarme en ninguna otra área de mi vida, como el estudio, o mi relación

con Emanuel, por este motivo creo que quiero trabajar sobre mi obsesión con él y el ritual de stalkearlo”.

Ante la pregunta de la Terapeuta sobre cuáles fueron las soluciones que intentó para estar mejor, la paciente relata en primera instancia haber realizado otros tratamientos terapéuticos, como por ejemplo un proceso clínico bajo el modelo psicoanalítico, el cual no le resultó exitoso, así como tampoco lo fue la psicoterapia realizada bajo el modelo de Terapia Cognitivo Conductual ya que en este caso particular lo que no resultó fue su vínculo terapéutico, como relata Bordin (1976), la alianza terapéutica es central en la terapia. Destaca solamente como positivo el tratamiento psicofarmacológico que la ayudó a sentirse un poco mejor. Otra solución intentada fue bloquear a su ex novio y eliminar sus redes sociales para disminuir la actitud compulsiva de stalkear pero no tuvo éxito.

Siguiendo en esta línea, otra conducta no menor que destaca la paciente, es que se arranca pelos de la cabeza en situaciones difíciles o estresantes desde hace dos años relatando que “Hay momentos en los que tomo conciencia de esto, pero no puedo parar de hacerlo, me genera mucho malestar no poder controlarlo. Siento que esto puede estar asociado a las emociones y que es una forma de autolesionarme a mí misma”. Durante la sesión, al indagar un poco más sobre aquellas soluciones intentadas para esta problemática, Juana relata que lo que intentaba era ponerse vinchas o atarse el cabello. La terapeuta refuerza esta conducta unas sesiones más adelante, pidiéndole que lleve un registro de estos momentos, para poder hacerlos más conscientes. Martina relata en su entrevista que había algunos momentos en los que mejoraba y hacía que tome conciencia de ello, pero que con el tiempo se fue perdiendo el enfoque de resolver esta conducta específicamente. El conocer las posibles soluciones intentadas y cuáles de estas tuvieron o no éxito, es lo que dará lugar al terapeuta para comenzar a accionar en el tratamiento (Kopec, 2007).

La paciente relata como conductas obsesivas de saltakeo: Mirar los perfiles de su ex novio y sus seguidores; así como del entorno del mismo (amigos, hermana, novia actual); entrar a su lista de Spotify a ver qué canciones descarga, asintiendo “recuerdo que él le da mucha importancia a la letra de las canciones, entonces me interesa saber que está escuchando porque creo que las canciones que escucha están asociadas a mí, por ejemplo cuando hablan de extrañar a alguien”. Las conductas obsesivas se expresan de diferentes maneras según las características y la historia de cada sujeto (Vallejo Ruiloba & Berrios, 2006), así es como Salkovskis y McGuire (2003) desarrollan que los síntomas obsesivos se asocian a pensamientos

disfuncionales, vinculados a la culpa, responsabilidad, catástrofes y desgracias que generan ansiedad e intranquilidad.

En esta misma entrevista observada a través de videograbaciones, Juana se presenta desprolija con un discurso lento, pero a la vez errático donde relata que está mal y que su familia no la apoya en sus proyectos, sus estudios, en su terapia, en su tratamiento psicofarmacológico, y que es ella misma quien se hace cargo de su tratamiento psiquiátrico y psicológico, “Me hacen sentir mal y piensan que todo lo que me pasa es un capricho, por eso ya no les cuento más nada, porque me pasan por alto incluso hasta cuando me diagnosticaron con TOC que juzgaron al psiquiatra en vez de acompañame”. Según Wainstein (2006) la forma de actuar de cada individuo va a depender de las interacciones que cada uno pueda generar con su propio sistema familiar. En esta línea, la terapeuta propuso que la quinta entrevista fuera con sus padres, en la cual ellos relatan “a veces sentimos que está bien y otras mal, que tiene cambios de humor constante. Le cuesta la parte social, hablar con gente y en determinadas situaciones se bloquea ya que siempre está alerta a la mirada del otro. Ya no quiere asistir a los encuentros familiares y eso nos preocupa mucho”. La madre asiente “Creo que tiene que trabajar su autoestima y la seguridad con ella misma, tiene muchos miedos y es muy autoexigente, es una persona que suele buscar ayuda cuando la necesita y nosotros solemos quedar afuera”. Respecto al padre, lo que le preocupa es que esté medicada y considera que hay que trabajar para que deje la medicación, sugiere “¿solo con psicoterapia se podría trabajar? Considero que debe ir por algo más saludable, dejar la medicación psiquiátrica porque en la familia no somos pastilleros, me da miedo que llegue a un extremo y que tengamos que internarla por adicciones, así como tuvimos que hacerlo con mi hermano”. La terapeuta refiere que intentó detallarle a la familia las conductas que le generan malestar a Juana y que persisten a través de ella y de su círculo familiar, pudiendo de este modo orientar el tratamiento y generar cambios en el sistema, con el objetivo de que la familia pueda involucrarse en el tratamiento de Juana. Tal como dice Weakland et al. (1974) el trabajo del terapeuta se orienta a identificar aquellas conductas que se mantienen en el paciente y le generan malestar, para poder generar un cambio en el individuo y su sistema.

Las temáticas a tratar en las diversas sesiones fueron fluctuando, en una de ellas se trabajó acerca del malestar que le generaba sostener algunos vínculos familiares que se presentaban en diferentes eventos o en la propia cotidianeidad de convivencia intrafamiliar. A partir de la información obtenida por la terapeuta Martina en su entrevista, se buscó trabajar esta conducta con el objetivo de buscar un cambio en su círculo, para que de este modo se evalúe la posibilidad de generar una modificación en el sistema, a partir del cambio de conducta

de uno de sus integrantes (Hirsch & Casabianca, 1992). En esta misma entrevista, la terapeuta relata que Juana puede identificar cuáles son las situaciones que la incomodan y lo que le gustaría que sea de otra manera, así es como Hirsch y Rosarios (1987) conciben que el paciente tiene los recursos necesarios para encontrar su propio bienestar.

En la entrevista realizada a la terapeuta, en relación a los objetivos principales de la terapia, relata lo siguiente: “En cuanto a la conducta de stalkear, considero importante que logre registrar los pensamientos, emociones y sensaciones físicas asociados al problema. En segundo lugar, evaluar si está dispuesta a emprender el camino de dejar atrás las situaciones asociadas a su ex y centrarse en otras áreas de su vida. Y en un tercer lugar, en este momento de la terapia, pienso en indagar más en aspectos asociados a su ansiedad social”. De este modo no se centrará en las causas, ni en las etiquetas prescritas, sino que se orientará a modificar las conductas que le generan malestar a Juana en este momento. Como plantean Nardone y Watzlawick (1992) la terapia se centrará en las problemáticas actuales.

La paciente entiende estos síntomas como parte de su cotidianeidad generándole problemas a nivel personal, laboral y familiar. La terapeuta Martina, según lo observado a partir de la sesión, le propone comenzar el tratamiento abordando el ritual de stalkeo que según lo que relató la paciente, en este momento es lo que más le inquieta y la motiva a indagar. Juana se muestra motivada y con expectativas.

### **5.3 Describir las intervenciones desde el modelo MRI que realiza la terapeuta con una paciente de 20 años con obsesiones durante los primeros 10 encuentros**

Tal como relata Carmen, la directora de la institución en su entrevista, la reformulación es la intervención por excelencia del modelo MRI (Nardone & Watzlawick, 1992). En su entrevista comenta que: “las intervenciones están orientadas a la determinación de una situación problema que apunta a la disminución del malestar del paciente, centrada en sus vínculos, la etiqueta con la que llegan los pacientes la dejamos a un lado, nos va a servir para predecir lo que va a pasar en determinados casos, pero a la hora de trabajar, vamos a apuntar a la problemática actual con la posibilidad de pensar en algún cambio. Apuntando de este modo, a lo que la paciente sí puede hacer. Buscamos lo que hace en este caso Juana y su círculo para encontrar la manera de que ella o su círculo actúen de manera diferente, intentando generar una red más presente”. Según Casabianca y Hirsch (2009) se debe tener presente la motivación del paciente y de los individuos que componen el sistema para trabajar con aquellos miembros que se encuentran con mayor predisposición para resolver el problema a abordar.

Durante la primera sesión, la Terapeuta Martina intenta definir el objetivo de la terapia buscando que esté vinculado a una modificación del comportamiento y que pueda ser específico y observable (Hirsch & Rosarios, 1987). Para esto, le consulta a Juana en qué quiere que la terapia la ayude, ella le contesta “necesito dejar de sentirme tan mal, de estar todo el tiempo teniendo que mirar lo que hace mi ex y que eso me afecte tanto”. Ante esta manifestación la Terapeuta Martina hace una intervención de tipo directa, esta misma es una indicación que realiza la psicóloga con el objetivo de incitar a actuar al paciente para cambiar de manera positiva una situación. La intervención utilizada a partir de lo observado en la sesión es: “Te proponemos empezar a dejar de mirar a uno de los amigos y de este modo ver si es posible empezar a abordar este tema, dando un paso a la vez”. Unos minutos más tarde, en la misma sesión, la terapeuta Martina junto con el equipo que se encontraba detrás de cámara Gesell online, al momento de hablar sobre la devolución de cierre de sesión, deciden realizar una intervención de reformulación, la cual implica poder asociar los hechos con nuevos significados posibilitando una realidad diferente (Schaefer, 2013). Se vio reflejado cuando la terapeuta Martina le expresó a: “sentimos que tenés los recursos y que puedes más de lo que vos crees, quizás nos equivocamos, pero es lo que vemos. Hay una parte tuya que le vamos a llamar Juana chica que se queda enredada en el stalkeo, que le gustan los chicos difíciles y por otro lado está la Juana grande que quiere salir adelante, crecer, estudiar, buscar trabajo y ese miedo a la adultez hace que vayas y tomes algunas conductas infantiles, como por ejemplo ir a stalkear más veces”. Juana se queda en silencio unos minutos, baja la mirada y dice “podría ser así, el tema puede estar en no querer avanzar, en querer pasarla mal, los cambios dan miedo y me paraliza”. A lo que la terapeuta Martina realiza una intervención directa consultándole “¿vos querés ser adulta? si es así vamos a trabajar en eso”. La paciente vuelve a realizar un minuto de silencio y luego responde: “día a día estoy construyéndome, me levanto y tengo horarios para dedicarle a cada materia de la facultad, creo que esto es parte de ser adulta, porque creo que un chico diría: bueno, después lo hago, dejando todo para último momento”. La Terapeuta Martina continúa con la siguiente reformulación: “Parece que la facultad es un área por la que estas yendo a la adultez, pero la pregunta que nosotros tenemos es que elegís, por qué ser adulta es dejar un poco todo esto asociado al stalkeo, a los chicos difíciles”.

Durante la segunda sesión se continúa trabajando para enfocar la terapia a los objetivos planteados con Juana, relató que había tenido recaídas respecto a visitar el perfil de su ex y que estuvo muy angustiada por este motivo, buscando ayuda en Emanuel, que según su relato es quien la contiene y acompaña en estos momentos en los cuales ella siente que no puede tomar las riendas de su vida. En la misma puede observarse un tipo de intervención paradójica la cual

consiste en indicarle al paciente ciertas tareas para que lleve a cabo una acción específica, esperando que no lo haga y que realice la acción contraria (Nardone & Watzlawick, 1992). Esta intervención se observó cuando la psicóloga le explicó que si stalkaba un poco a su ex novio estaría bien, que al comenzar el proceso los pasos que iban a ir pactando iban a ser pequeños para que no le genere frustraciones.

En la tercera sesión, Juana relata que desde que terminó el colegio busca ayuda para estar mejor, refiere hacer todo lo que le recomiendan los profesionales a los que ha asistido: “siempre está la idea en el cerebro de que termino haciendo lo que la cabeza dice, ¿entendés? y yo trato de pararlo, decirle basta, basta y es más fuerte que yo, el deseo termina siendo más fuerte”. La terapeuta le pregunta si quiere ganarle esa pelea al cerebro, a lo que le contesta que está en una constante lucha y que esa situación la deprime, refiere que hace todo lo que puede y que a veces le sale y a veces no. La terapeuta Martina, mediante lo que Wainstein (2017) llamo intervención estratégica, haciendo referencia a pactar medios y fines con el objetivo de cumplir metas para resolver la conducta que genera malestar, le dice: “El equipo y yo te vamos a seguir a vos, porque no podemos elegir nosotros, vamos a acompañarte en lo que vos elijas, a la Juana adulta o a si quieres quedarte un rato más stalkando, también nos quedamos ahí y te acompañamos, sin perder de vista que ser adulta no es simplemente obtener un título, sino como uno vive ese proceso, en la facultad hay niños y hay adultos. ¿Qué cosas crees que podrías hacer chiquitas, que te acerquen a esta adulta?”

En la siguiente sesión, Juana se conecta un poco más tarde de lo previsto y refirió no tener red de Internet justificando su demora. Comienza la sesión relatando que nuevamente estuvo toda la semana con impulsos que la llevaron a escribirle a su ex, ella dijo: “entre a mi Instagram y vi un mensaje de él, cuando lo quise abrir no estaba, pero yo juro que lo vi”. A lo que la terapeuta le cuestiona si realmente él le había mandado un mensaje o no, y Juana contesta que finalmente no tenía un mensaje de él, sino que fue una falla de la aplicación, pudiendo poner en palabras que le generó ilusión, confusión, alegría y tristeza. Luego de esta respuesta, la terapeuta interviene diciéndole: “si pensamos en este momento podemos pensar en estas dos Juanas de la sesión pasada, una quería ese mensaje por que le hace bien que este, pero por el otro lado, la otra Juana decía que no, que ya está, que quería cerrar esta etapa”. Esta intervención fue realizada con el objetivo de volver a codificar la forma de percepción de la realidad del individuo sin modificar el sentido de la misma (Nardone & Watzlawick, 1992). Según se observa en las videograbaciones, toda la sesión transcurrió en el marco de esta temática, donde ella trajo varias situaciones en las cuales interactuó con su ex y donde finalmente, después de mucha incertidumbre, lo termina bloqueando de Instagram. Ya casi

finalizado la sesión la terapeuta Martina utiliza una intervención de prescripción del síntoma, es decir, anticiparle la posible recaída (Schaefer, 2013): “Considero que diste un gran paso, aunque no lo puedas ver, que hayas podido cerrar el capítulo y bloquearlo, es muy valorable, como ya hablamos anteriormente, esto es un proceso, no es algo lineal, es decir que no es que vas a dejar de pensar en él, es recién el primer paso, tenemos que seguir en esta dirección, pero hay que saber que pueden aparecer cosas que no están tan buenas como querer stalkearlo o pensar en que está haciendo y querer hablarle otra vez”.

En el transcurso de la sesión pasada y la siguiente, Emanuel termina la relación con Juana cuando ella le cuenta a él que tiene intenciones de estar con otras personas, esto le generó mucha angustia por lo cual ella quiso ingerir pastillas con alcohol, pero no se animó y llamo a su terapeuta la cual, le indicó que llame a emergencias en salud mental siendo esta una intervención directa o llamadas también *basadas en la aceptación*, ya que el psicólogo busca la aceptación por parte del paciente. (Minuchin & Fishman, 2004). En la entrevista la psicóloga cuenta que se mantuvo en comunicación permanente hasta que alguien pueda asistirle, que tomo esta medida ya que no podía contar con su familia y Juana estaba muy angustiada y continuaba con la idea de suicidarse si Emanuel no volvía a estar con ella. Al lograr que Juana tenga una contención, por parte de la asistencia del psiquiatra y de esto modo, impactar en la atención de su familia, la psicóloga le propuso que tengan una sesión extra. En esta sesión Juana se presenta muy angustiada y le relata a Martina lo que había sucedido, explicándole que corto con Emanuel y que está muy cansada, que siente mucha presión y eso la llevó a tomar la decisión de consumir pastillas, para poder aliviar su dolor. Juana resalta: “es mucha presión, mis papás no están, no me ayudan con nada, Ema me dice cosas muy feas y es por esto que tengo estos pensamientos. Mis papás dicen que los psicólogos y los psiquiatras dicen cualquier cosa, que no te ayudan y sinceramente me siento muy sola”. La psicóloga luego de brindarle un espacio de contención, empatía y desahogo, interviene valorizando lo positivo en negativo (Schaefer, 2013): “Aun así, con todo lo que te está pasando con Ema, con tus papás y con toda a la angustia que sentís, vos no te rendiste, lograste pedir ayuda, me pudiste escribir y que un psiquiatra vaya a verte”. Juana se muestra muy angustiada, relata que Ema es todo en su vida, que es la persona que siempre está ahí para ella, que es quien la ayuda a salir adelante, finalizando la sesión con una explicación de la terapeuta en la cual hace hincapié donde lo principal es que Juana se cuide y se quiera a ella misma, ya que de otra forma es imposible pensar querer a otra persona.

En una de las posteriores sesiones, la terapeuta Martina le propone hacer un cambio de psiquiatra con José, que es un profesional que trabaja en la institución, buscando como objetivo

poder regular la medicación. Juana accede, ya que reconoce que necesita un profesional que pueda estar un poco más cerca de ella. A la semana, acuerdan este encuentro realizado también en el dispositivo de cámara Gesell Online. En la presente sesión el psiquiatra interviene realizando una reformulación: “Emanuel de alguna manera estaba funcionando en vos como si fuese el oxígeno, en el sentido que en la medida que no tomabas oxígeno sentías que te morías o que te morís ¿Algo de eso hay?”. Ella asiente que verdaderamente es así, que en la ayuda mucho cuando ella estuvo muy mal. José le propone trabajar la autonomía de Emanuel o de quien lo sustituya, alguien con el que funciona como su oxígeno, contándole que algunas personas con su mismo cuadro suelen estar mejor con el doble de la dosis que está tomando actualmente. Esta intervención el psiquiatra la utiliza como justificación para aumentarle la dosis en la medicación a lo cual ella accede con alguna reticencia.

A la semana siguiente, en sesión nuevamente con la Terapeuta Martina, charlaron un poco sobre la sesión con el psiquiatra. Juana le comenta que le fue bien, se sintió cómoda y respecto a la medicación, cuenta que le aumentó la dosis. Indagando un poco más durante la sesión sobre cómo había transcurrido su semana en relación a su ex y su familia, Juana le comenta: “esta semana me sentí un poco sola y sentí la ausencia de Emanuel porque era él quien me ayudaba a tomar la medicación, con el cambio que me hizo el psiquiatra yo necesité su ayuda porque con mis papas no puedo contar”. A este comentario la terapeuta Martina realiza una intervención de tipo directa y le indica a la paciente que se siente a hablar con sus padres sobre esto que está sintiendo. Juana refiere que lo va a intentar, se despiden y acuerden charlar sobre esto en la próxima sesión.

En el siguiente encuentro, la terapeuta pregunta sobre la tarea enviada la sesión pasada y Juana le comenta: “hable con mi papá, le dije que no se enoje, pero que era verdad que tengo una botella de alcohol y que la quise tomar con pastillas, me preguntó por qué lo hice, que podía contar con él para charlar y con respecto a la medicación, me la iba a comprar y regular él, la verdad que no esperaba esta respuesta de él, me siento muy contenta”. Las sesiones siguientes siguieron trabajando sobre su vínculo con los padres y su familia, en lo que Juana cuenta que había recibido un llamado de su abuela en el cual le dice que era importante que pueda hacer el tratamiento adecuado y que contara con ella tanto para hablar como para poder pagar su terapia y su medicación. La terapeuta le remarca lo importante que es este cambio de actitud en su familia con el cual ella se siente más comprendida y acompañada. Casabianca y Hirsch (2009) describen que los sistemas pueden promover al cambio o pueden mantener estable el sistema. Durante la entrevista, la terapeuta indica que se trabajó con aquellos familiares que pusieron predisposición para acompañar a Juana a resolver sus problemáticas.

En la próxima sesión observada, Juana se conecta a horario y refiere sentirse bien y estable. Le comenta a la terapeuta una situación donde ella considera que la pudo resolver de forma satisfactoria. Relata que volvió a stalkear al ex, pero que pudo controlarse y salir del círculo. En respuesta a ello la terapeuta realiza una intervención de prescripción de recaída, siendo recomendable utilizarlas para dejar expuestas las posibilidades de futuras recaídas, considerando a éstas mismas como parte del proceso y de esta forma no lleguen a frustrar al paciente (Nardone, 2000). Martina le comenta a la paciente: “fue muy importante porque pudiste entrar y salir de la situación, es decir caerte y levantarte. Me parece importante porque esto puede volver a ocurrir y es más sería bueno que hasta vos lo promuevas, es decir que seas vos la que elija y tener el control de la situación”. La sesión continua unos minutos más y acuerdan un próximo encuentro para la semana entrante

En la última sesión pactada que pudo observarse, Juana no se presenta al tratamiento por lo que la terapeuta intenta comunicarse con ella. Ninguno de los llamados tuvo éxito. Según relató la terapeuta en la entrevista realizada, la paciente se iba de eje y era difícil enfocarse en el motivo de consulta pactado relatando “intentaba centrar nuevamente la sesión en actividades concretas, pero en varias oportunidades no tuve éxito”. Luego de unas semanas, se pudo pactar una nueva entrevista, a partir de allí realizó siete sesiones más y luego de ellas abandonó definitivamente el tratamiento.

#### **5.4 Analizar la evolución de la sintomatología de la paciente a partir de las intervenciones de la terapeuta**

Para responder este objetivo se encontraron diversas complejidades debido a tres circunstancias que surgieron partir del tipo de caso estudiado: por un lado, el intento de suicidio mencionado en el apartado anterior, en un segundo lugar la complicación de focalizar a la paciente en el tema asociado al motivo de consulta que eran sus obsesiones y por último la interrupción de la terapia.

Tal como desarrollan Hirsch y Rosarios (1987), el modelo MRI apunta a realizar un cambio en las conductas en el menor tiempo posible, de este modo las intervenciones de Martina, que fue la terapeuta que llevó a cabo el tratamiento, se orientaron a reestructurar el modo de percibir la realidad de la paciente, promoviendo un cambio que pueda ser observable (Wainstein, 2006). El cambio conductual de la paciente relatado por la terapeuta resultó parcialmente positivo, es decir que hubo conductas las cuales pudieron modificarse, pero otras no, produciendo cambios de primer orden como definen Watzlawick et al. (1992) al Cambio 1 como el no cambio realizando transformaciones con la finalidad de que todo se mantenga de la

misma manera, lo cual provoca que tanto las pautas de comunicación como las estructuras se sigan manteniendo de la misma forma.

En el inicio de la terapia se puede constatar que la paciente Juana, si bien sabe que tiene conductas o actitudes para cambiar, ella todavía no se encuentra preparada para cambiar, por lo que se puede deducir que se encuentra según Prochaska et al. (1994) en la etapa de contemplación, definida como la etapa en la cual el consultante es consciente del problema, sabe que existe una conducta por cambiar, pero no está lista para el cambio. Wainstein (2006) plantea que la terapia debe cumplir los objetivos acordados con el consultante, los mismos son planteados al comienzo de la terapia. En el caso de Juana, su objetivo para la terapia estaba asociado a poder enfrentar situaciones que le generaban malestar como stalkear a su ex novio y la ansiedad social que le generaba estar con su familia. En otras palabras, ser capaz de afrontar estos escenarios pequeños que le provocaban malestar y disminuir sus compulsiones al momento del stalkeo.

Siguiendo en esta línea, en la entrevista con Carmen, directora de la institución, quien mencionó dos grandes cambios que se produjeron durante el tratamiento y pudieron sostenerse un tiempo después. Los cambios fueron la incorporación de la familia al tratamiento y el cambio de psiquiatra propuesto y llevado a cabo por la terapeuta. Esto se vio reflejado en una de las últimas sesiones donde la terapeuta realiza una intervención directa en función a su familia la cual dicha intervención fue lograda con éxito, produciendo un cambio de tipo 2, lo cual implica un cambio radical y transformaciones en estructuras del sistema ya establecidas, siendo su objetivo principal, obtener otros resultados a los obtenidos hasta el momento (Watzlawick et al., 1992). De este modo, respecto al intento de suicidio si bien, no es que mejora la sintomatología, se produjo un cambio a nivel familiar ya que por lo que se relata en la terapia, el padre comienza a estar más atento a la medicación. Así es que cada conducta adquiere un significado diferente a partir de cada sistema en el que impacte, pudiendo considerar las diferentes interacciones que se dan entre el envidio y su entorno produciendo cambios en una de las partes que implican en algún punto, un cambio familiar (Fernández Cid, 2020). Anteriormente a esta intervención la familia no se involucraba en el proceso terapéutico, ni farmacológico de Juana, dada esta pauta, luego de su intento de suicidio, ocurrió por ejemplo que el padre empiece a comprarle y regularle la medicación. Así mismo se puede mencionar el cambio observado en la abuela de la paciente a partir del cambio de actitud del padre, tal como mencionan Hirsch y Casabianca (1992) la conducta de un individuo se encuentra asociada con la de su grupo familiar, generando así un cambio en el sistema a partir de la modificación conductual de uno de sus integrantes. En esta misma línea, la paciente pudo modificar los

intentos de soluciones que utilizaba para resolver el conflicto. Anteriormente a esta intervención, Juana con el fin de solucionar su angustia acudía sistemáticamente a pedirle ayuda a Emanuel ya que sentía que no podía contar con su familia. La terapeuta Martina relata en su entrevista que toma esta solución intentada, para proponerle una acción diferente y de este modo cortar con ese circuito no exitoso y ampliar de este modo su red, buscando una contención satisfactoria ante ese conflicto. Según Kopec (2007) conocer las posibles soluciones intentadas que se han llevado a cabo sin éxito, posibilitará al terapeuta a poder definir un diagnóstico circular.

Retomando el cambio producido a partir de la implementación del psiquiatra propuesto por la institución y llevado a cabo por la psicóloga del caso, tanto Carmen como Martina ponen énfasis en sus entrevistas que esto fue sumamente positivo para el tratamiento, ya que pudo tenerse una visión más cercana de su medicación y provocó efectos en su círculo familiar, logrando incorporar a aquellos miembros de la familia que mostraron predisposición para apoyar a la paciente y generar un cambio en su conducta problema (Casabianca & Hirsch, 2009).

Un punto considerado para generar un cambio de conducta de la paciente fue anular el circuito de soluciones intentadas para resolver el problema (Casabianca & Hirsch, 2009). A partir de una pequeña intervención que realizó la terapeuta en una de las primeras sesiones se produjo un cambio de segundo orden. La misma consistió en pedirle a Juana que deje de mirar las redes sociales de uno de los amigos de su ex. La terapeuta relata que, al proponerle una meta alcanzable, que fuera lo más clara posible y dirigida a una conducta específica hizo que la paciente pueda alcanzar el objetivo (Wainstein, 2006). Luego de realizar esta intervención se pudo ver el éxito del cambio en la actitud de lograr dejar de stalkear al amigo del ex por parte de Juana. Otro de los cambios de segundo orden que se pudo observar en la conducta relacionada al stalkeo del ex novio, fue a partir de una intervención paradójica por parte de la terapeuta, logran que Juana disminuya esta compulsión.

A partir de la entrevista semidirigida realizada a la terapeuta, pudo relatar que la mayoría de los cambios durante el transcurso de la terapia fueron de primer orden. Si bien hubo cambios de segundo orden, se puede concluir que en gran parte las conductas se mantienen estables y hubo una mínima transformación de las estructuras que conforman el sistema familiar. Esto también se pudo observar durante las sesiones vistas, las cuales han sido de una dinámica cambiante y diversa.

En conclusión, se puede observar que no se cumplió con éxito el objetivo de la terapia ya que según Wainstein (2006) el objetivo consiste en ayudar al consultante a que pueda

realizar algo distinto, cambiando su comportamiento y su interpretación de tal conducta o situación, con el objetivo de lograr una solución a su trastorno.

## **6. Conclusión**

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la sintomatología de una paciente con conductas obsesivas y evaluar las técnicas de intervenciones terapéuticas que utilizan los profesionales de una institución del modelo de terapia sistémica, para luego analizar los cambios obtenidos en la paciente. El proceso terapéutico abordado desde el modelo MRI no se centra en las causas, ni en las etiquetas prescriptas, sino que su objetivo estará orientado a implementar cambios en las conductas específicas que le generan malestar a la paciente el momento que se establece la consulta (Nardone & Watzlawick, 1992).

A lo largo del primer objetivo se buscó desarrollar el motivo de consulta y la queja inicial de la paciente, considerando de este modo lo principal del proceso terapéutico en el marco del modelo MRI durante el inicio de un tratamiento determinado (Casabianca y Hirsch, 2009). En relación a este objetivo se ha podido observar la importancia de poder acordar con la paciente el motivo de consulta en el que se va a enfocar el tratamiento. En concordancia con lo manifestado por Casabianca y Hirsch (2009) indagar *¿por qué ahora?*, es lo que desencadena que la consulta se lleve adelante en este momento y no en otro, pudiendo evaluar las soluciones intentadas planteadas por el paciente en búsqueda de la funcionalidad y de las medidas que ha tomado el sujeto para resolver el problema. En cuanto al tratamiento con la paciente, se pacta comenzar a trabajar sobre la obsesión con su ex novio y el ritual de stalkeo. Es así como los síntomas obsesivos están asociados a pensamientos disfuncionales, vinculados a la culpa, la responsabilidad y las catástrofes de pensamientos que generan en gran parte ansiedad en los pacientes (Salkovskis & McGuire, 2003).

En segundo lugar, se describieron las diferentes técnicas de intervención que aplica la profesional desde la teoría sistémica con el fin de generar cambios en las conductas que le generan malestar y que fueron propuestas para trabajar con la paciente (Weakland et al., 1974). Con respecto al abordaje de las intervenciones, se pudo observar que las reformulaciones son por excelencia las más utilizadas en el marco terapéutico (Nardone & Watzlawick, 1992). Por otro lado, la terapeuta aplica de manera habitual diferentes tipos de intervenciones directivas que se traducen en realizar diversas tareas concretas (como en este caso se le propuso dejar de mirar las redes sociales de uno de los amigos del ex novio o hablar con su padre para contarle como se sentía). Respecto a las intervenciones paradójales, se pudo observar que se encontraron muy pocos ejemplos durante el tratamiento. Una de ellas fue implementada al momento en el

que la terapeuta le cuenta que si miraba un poco las redes sociales de su ex novio estaba bien, con el objetivo de que, de acuerdo a la tarea indicada, la paciente realice la acción contraria (Nardone & Watzlawick, 1992). Otro tipo de intervenciones utilizadas fue prescribirle posibles recaídas respecto al proceso, para que estas sean esperables y vistas como parte del proceso terapéutico (Schaefer, 2013).

En un tercer lugar, se pudo analizar la evolución de la sintomatología provocadas a partir de las intervenciones de la terapeuta. En este punto, se encontraron dificultades que estuvieron vinculadas al tipo de caso en particular. El cambio de conducta de la paciente fue parcialmente positivo ya que se pudieron observar determinadas conductas que se mantuvieron dentro de lo que Watzlawick et al. (1992) en su teoría denominaron cambio de primer orden. Siguiendo en esta línea, según Prochaska et al. (1994) la paciente se encuentra en la etapa de contemplación donde comprende que existe una conducta por cambiar, pero no está lista para realizarlo. De acuerdo a lo observado por las profesionales, la paciente realizó dos grandes cambios. El primero fue incluir a la familia en el tratamiento luego de su intento de suicidio y el segundo fue aceptar que el psiquiatra de la institución pueda llevar adelante su tratamiento psicofarmacológico.

A lo largo del desarrollo del presente trabajo, se encuentran diversas limitaciones que resultan de suma importancia destacar. En primera instancia, se puede considerar el contexto en el cual se desarrolló el mismo, el cual estuvo atravesado por la pandemia de Covid-19 a nivel mundial, que implicó condiciones de aislamiento social, preventivo y obligatorio dispuesto por el Gobierno Nacional. Esta situación llevó a que la práctica se realizara en formato Online, en donde tanto terapeutas, pacientes como pasantes debieron adaptarse a trabajar y observar procesos terapéuticos mediante esta modalidad quedando limitadas a la observación de técnicas de intervenciones en vivo, ya que al realizarse la práctica al inicio de la implementación de la virtualidad había pocos casos disponibles para ver en Cámara Gesell Online y poder compartir los espacios de supervisión por parte del equipo.

Otro aspecto que puede observarse es la limitación teórica que se encontró al momento de abordar el TOC desde la perspectiva del modelo, ya que el modelo MRI no toma el diagnóstico como eje de intervención, sino como un dato mas a considerar en el proceso terapéutico lo cual a lo hora de recolectar material bibliográfico se encontró limitado el acceso. De acuerdo a la teoría del modelo MRI se sugiere que para el tratamiento terapéutico se establezca una cantidad de entre 7 y 12 sesiones. En este caso se puede observar una limitación con respecto a la teoría, ya que, aunque la institución utiliza este modelo, en la práctica quedan

limitadas las sesiones, por ejemplo, en este caso se han tenido que realizar 20 sesiones debido al incumplimiento de los objetivos de la terapia.

En cuanto al aporte personal, se puede destacar que la práctica ha funcionado para tener la posibilidad de observar los primeros tratamientos psicológicos en formato virtual a través de cámara Gesell Online con el que se ha comenzado a trabajar y sigue funcionando. Tanto las actividades de teoría brindadas por la institución como la observación de determinados casos reales permitieron generar un vínculo entre la teórica aprendida durante la formación y la práctica a desarrollar como rol profesional. De este modo, los objetivos y expectativas puesta al realizar la práctica profesional fueron cumplidos satisfactoriamente.

Con respecto a la perspectiva crítica, de acuerdo a la efectividad del tratamiento para el Trastorno Obsesivo Compulsivo estudiadas por Rapoport e Inoff-Germain (2000), la terapia cognitivo conductual es el tratamiento indicado para obtener mejoras en la calidad de vida de los individuos que lo padecen y reducir los síntomas de malestar. De este modo se podría haber evaluado la derivación de la paciente a un tratamiento de TCC o haber podido considerar a lo largo del tratamiento, cuan acertado fue el diagnóstico de derivación inicial con la que viene la paciente, a partir de los episodios sucedidos durante el tratamiento, como el intento de suicidio.

En relación a lo observado y lo expuesto hasta el momento, dada la importancia y cantidad de casos en los cuales se presentan pacientes con diferentes diagnósticos establecidos, se sugiere que se puedan ampliar nuevas líneas de investigación acerca de la efectividad del modelo MRI en pacientes con diagnósticos previos, ya que el modelo MRI no tiene como objetivo buscar las causas ni utilizar las etiquetas prescriptas (Nardone &Watzlawick, 1992). Frente a esta perspectiva se propone reflexionar de los beneficios en realizar tratamientos abarcados desde diferentes enfoques teóricos, considerando si esto es mas efectivo que realizarlo desde un modelo específico, pudiendo evaluar los beneficios tanto para el terapeuta como para el paciente.

## 7. Referencia Bibliográficas

- Adolphs, R. (2002). Neural systems for recognizing emotion. *Current opinion in neurobiology*, 12(2), 169-177. doi: 10.1016/S0959-4388.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. & Rossler, W (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 254, 156-164. doi: 10.1007/s00406-004-0459-4.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* Washington, DC.: American Psychiatric Association.
- Barahona-Corrêa, B., Bugalho, P., Guimarães, J., & Xavier, M. (2011). Obsessive-compulsive symptoms in primary focal dystonia: a controlled study. *Movement disorders*, 26 (12), 2274-2278. doi: 10.1002/mds.23906.
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertoglio, O.J. (1993). *Introducción a la teoría general de sistemas*. Mexico: Limusa S.A.
- Bordin, E. (1976). The generalizability psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. doi:10.1037/h0085885.
- Camacho, J. (2006). Panorámica de la terapia sistémica. Recuperado en <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo33.pdf>
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.* Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 15-20). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Coryell W. (1981). Obsessive-compulsive disorder and primary unipolar depression. Comparisons of background, family history, course and mortality. *The Journal of nervous and mental disease*, 169(4), 220-224. doi: 10.1097/00005053-198104000-00003.
- Espinal, I.; Gimeno, A. & González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de Sistemas*, 14, 21-34.
- Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Fernández Cid, H. (2020). Aproximación histórica a los enfoques de la teoría sistémica y la ciencia cognitiva. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional

- en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Buenos Aires: Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado en: <https://www.aacademica.org/000-007/179>
- Fernández Moya, J. (2006). *En Busca de Resultados*. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Figueroa, E. & Hirsch, H. (2007). Sobre los cierres. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 129-136). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Frías, Á., Palma, C., Farriols, N., Aliaga, F., Navarro, S. & Solvesb L. (2020). Parenting Attitudes in People with Obsessive-compulsive Disorder and Emotional Symptoms in Their Children. *Clínica y Salud*, 31(2), 91-98. doi: 10.5093/clysa2020a13.
- Grant, J. E., Brewer, J. A., & Potenza, M. N. (2006). The neurobiology of substance and behavioral addictions. *CNS spectr*, 11(12), 924-930.
- Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: The psychiatric techniques of Milton Erickson*. New York: Norton.
- Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Hirsch, H., & Casabianca, R. (1992). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Buenos Aires: Gabas editorial y asociados.
- Hirsch, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de la terapia familiar. *Un marco conceptual para el cambio*.
- Hollander, E., Poskar, S., & Gerard, A. (2012). Subtypes and spectrum issues. *Obsessive-Compulsive Disorder: Current Science and Clinical Practice*, 133-159. doi: 0.1002/9781119941125.ch6.
- Hudson J. & Pope H. (1990). Antidepressant spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology. *Am J Psychiatry*; 147:552-64. doi: 10.1176/ajp.147.5.552.
- Kopec, D. (2007). El diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 21-30). Buenos Aires: Editorial Dunken.

- Landsman, K. J., Parrish, K. M., & Pedrick, C. (2005). *Loving Someone with OCD: Help for You and Your Family*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Lozano Vargas A. (2017) Aspectos clínicos del trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(1), 35-35.
- Martínez, F. E. G. (2015). *Terapia sistémica breve*. Santiago de Chile: RIL editores.
- Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N° 26657.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Codificación Internacional de Enfermedades (CIE)*. Ginebra: OMS.
- Pinto A, Mancebo MC, Pagano ME & Rasmussen SA. The Brown longitudinal Obsessive Compulsive Study. Clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 703-711.
- Pérez Rivera, R., & Borda T. (2019). *Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Ciudad de Buenos Aires: AKADIA.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.
- Rapoport, J. L., & Inoff-Germain, G. (2000). Practitioner review: Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(4), 419-431. doi: 10.1111/1469-7610.00627.
- Schaefer, A. (2013). La terapia estratégica breve: Fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En F. García Martínez (Comp.), *Terapia sistémica Breve: fundamentos y aplicaciones*, (pp. 29-62). Santiago de Chile: RIL Editores.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini M., & Sorrentino, A. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Salkovskis, P. M., & McGuire, J. (2003). Cognitive-behavioural theory of OCD. En R. G. Menzies, & P. De Silva (Eds.), *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, Research and Treatment* (Vol. 65, pp. 59-78). (Wiley Series in Clinical Psychology). Wiley, Chapter 5.
- Stein, D. J., Grant, J. E., Franklin, M. E., Keuthen, N., Lochner, C., Singer, H. S., & Woods, D. W. (2010). Trichotillomania (hair pulling disorder), skin picking disorder, and

stereotypic movement disorder: toward DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(6), 611-626. doi: 10.1002/da.20700.

- Tobón, J. F. O. (2002). *Trastorno obsesivo-compulsivo*. Acta Neurol Colomb, 18, 51-57.
- Vallejo Ruiloba J. & Berrios G. (2006). *Estados Obsesivos*. Barcelona: Masson S.A.
- Wainstein, M. (2006) *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2017). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P., Beavin J. & Jackson, D. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland J. & Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. A. U. L., & Bodin, A. (1974). Terapia breve: centrada en la resolución de problemas. *Family Process*, 13, 141-168.
- Weiner, N. (1948/2018). *La cibernética*. Armando Editore.