



Facultad de Ciencias Sociales

María Florencia Faig  
Tutor: Gregorio Traverso

*“LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN EN UNA INSTITUCIÓN CON  
ORIENTACIÓN SISTÉMICA”*

10 de agosto de 2021

## Índice de Contenidos

1.	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
2.	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>3</b>
2.1.	OBJETIVO GENERAL .....	3
2.1.1.	<i>Objetivos Específicos</i> .....	3
3.	<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>3</b>
3.1.	EL PARADIGMA SISTÉMICO: ANTECEDENTES Y RECORRIDO HISTÓRICO .....	3
3.1.1.	<i>Principales Modelos del Enfoque Sistémico</i> .....	7
3.2.	EL PROCESO TERAPÉUTICO: LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN.....	11
3.2.1.	<i>Intervenciones en el Modelo Sistémico: la co-construcción del problema</i> .....	14
3.3.	EL GENOGRAMA EN LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN: UNA MIRADA GRÁFICA DEL SISTEMA FAMILIAR..	17
3.3.1.	<i>Elaboración del genograma: trazado y registro de la información</i> .....	18
3.3.2.	<i>Interpretación del genograma a partir de la estructura familiar y patrones relacionales</i> .....	19
4.	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>22</b>
4.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	23
4.2.	PARTICIPANTES .....	23
4.3.	INSTRUMENTOS.....	23
4.4.	PROCEDIMIENTO .....	24
5.	<b>DESARROLLO</b> .....	<b>25</b>
5.1.	DESCRIBIR LA ESTRUCTURA DE UNA ENTREVISTA DE ADMISIÓN EN UN CENTRO CON ORIENTACIÓN SISTÉMICA.....	25
5.1.1.	<i>Fuentes de derivación</i> .....	25
5.1.2.	<i>La Pre-entrevista</i> .....	26
5.1.3.	<i>La entrevista de admisión</i> .....	28
5.2.	DESCRIBIR LAS DISTINTAS INTERVENCIONES SISTÉMICAS QUE EL TERAPEUTA PUEDE UTILIZAR EN LA CO-CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA EN UN PROCESO DE ADMISIÓN EN UN CENTRO CON ORIENTACIÓN SISTÉMICA.....	34
5.3.	DESCRIBIR LAS VENTAJAS QUE TIENE PARA LOS PROFESIONALES EL USO DEL GENOGRAMA COMO HERRAMIENTA DE LA ENTREVISTA DE ADMISIÓN.....	37
5.3.1.	<i>Trazado de la estructura familiar</i> .....	38
6.	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>41</b>
7.	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>44</b>

## 1. Introducción

La práctica profesional en la que se basó este Trabajo Final Integrador de la carrera de Psicología, fue realizada en una institución privada de salud mental situada en el gran Buenos Aires. Dicha institución brinda asistencia, diagnóstico y tratamiento a la comunidad desde el año 2005, con consultorios ubicados en diferentes zonas del gran Buenos Aires, para la atención de pacientes con diferentes problemáticas como ciclos vitales, depresión, trastornos de la personalidad, abusos sexuales, entre otros. Atienden demandas a nivel individual, familiar, institucional y comunitario.

La institución fue creada hace quince años por dos profesionales del área de salud mental, formados en la Universidad de Buenos Aires, y especializados en los modelos sistémico y cognitivo conductual. Dicho proyecto fue concretado en lo que es hoy la institución, la cual brinda servicios integrando distintas áreas como Psicología, Psiquiatría y Terapia Ocupacional entre otras, así como espacios de supervisión y formación para sus profesionales.

La práctica profesional se realizó entre los meses de marzo y junio de 2021. Debido al contexto de pandemia de carácter excepcional, todas las instancias fueron realizadas bajo la modalidad on-line.

El presente trabajo intenta indagar sobre la pragmática de la comunicación, cómo ésta afecta la conducta, y a partir de ahí, poder observar con mayor precisión las manifestaciones de ésta sobre las relaciones, para lograr optimizar el proceso de la entrevista de admisión y sus aspectos más relevantes. Por otro lado, este trabajo procura examinar los elementos emergentes en las entrevistas que permiten al profesional a cargo co-construir junto con el consultante, una definición del problema por el que se acude a consultar a la institución, así como también indagar en aspectos estructurales de la entrevista de admisión, al recolectar datos pertinentes y específicos de los individuos con respecto a sus ciclos vitales, situaciones familiares, su contexto social y su condición clínica y psiquiátrica (si fuera el caso). Por último, se analiza el uso del genograma, como organizador clínico de vital importancia, utilizado por el

profesional admisor, en el proceso de entrevista de admisión en el modelo sistémico.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Describir el proceso de la entrevista de admisión en una institución con orientación sistémica

#### **2.1.1. Objetivos Específicos**

a. Describir la estructura de una entrevista de admisión en un centro con orientación sistémica.

b. Describir las distintas intervenciones sistémicas que el terapeuta puede utilizar en la co-construcción del problema en un proceso de admisión en un centro con orientación sistémica.

c. Describir las ventajas que tiene para los profesionales el uso del genograma como herramienta de la entrevista de admisión

## **3. Marco Teórico**

### **3.1. El paradigma sistémico: Antecedentes y recorrido histórico**

El paradigma sistémico surge entre los años 1952 y 1961, a partir de la evolución de una parte de la psiquiatría que notó la importancia de la familia en la etiología de la esquizofrenia y otras patologías graves (Moreno Fernández, 2014). El movimiento familiar se desarrolla en pos de buscar métodos más eficaces para los trastornos emocionales graves que las técnicas de psicoanálisis de ese momento no lograban resolver con efectividad. De esta manera, el estudio de la familia se transforma en una nueva área de interés (Bowen, 1991).

Los conceptos básicos de este modelo están basados en la Pragmática de la Comunicación, en la Teoría General de los Sistemas y en conceptos Cibernéticos (Cinabal Juan, 2006). Esta integración multidisciplinaria caracteriza el pensamiento sistémico, apoyado en los estudios científicos de Ludwig von Bertalanffy (1986) y su Teoría General de los Sistemas, Norbert Wiener quien fue el fundador de la Cibernética, y el antropólogo británico Gregory Bateson (1972) con su concepto de doble vínculo que se convirtió en el padre del paradigma sistémico (Moreno Fernández, 2014).

La comunicación puede definirse como las manifestaciones observables de la conducta humana. De esta manera, la comunicación humana puede dividirse en tres aspectos: sintáctica, semántica y pragmática. La primera trata de los problemas relativos a transmitir la comunicación, mientras que la segunda, la semántica, se interesa por la codificación, canales, capacidad, ruido y redundancia como algunas de las propiedades del lenguaje que abarca, siendo el significado su principal foco. Se trata del valor de mensaje incluido en la comunicación que tiene que ser interpretado (decodificado) por el receptor en relación con sus propios valores, incluidos lo de la familia y contexto en el cual dicho individuo se encuentra (Feixas, Muñoz, Compañ, & Montesano, 2006).

Con respecto a la pragmática de la comunicación, un aspecto fundamental de ésta, es cómo la comunicación afecta la conducta. Puesto que este enfoque se basa en las manifestaciones observables de las relaciones, a partir de esta observación se pueden definir los patrones o interacciones presentes en ellas. De esta manera, desde la perspectiva de la pragmática, toda conducta y no solo el habla es comunicación, y toda comunicación afecta a la conducta. La comunicación y la conducta se usan a menudo como sinónimos, ya que los datos de la pragmática no son solamente las palabras, sino también todos los elementos asociados a lo no verbal y el lenguaje corporal. (Watzlawick, Beavin Bavelas, & Jackson, 1967).

Tanto la Teoría General de los Sistemas como la Teoría Cibernética se encargan de las reglas y funciones estructurales válidas a todos los sistemas, independientemente de como estén constituidos (Simon, Sherlin, & Wynne, 1984). La Teoría General de los Sistemas plantea la formulación y derivación de aquellos principios que son válidos para los sistemas en general (von Bertalanffy, 1968), permitiendo el análisis de los circuitos de retroalimentación

con una mayor complejidad (Moreno Fernández, 2014). Según von Bertalanffy (1968), la Teoría General de los Sistemas surge como respuesta a una mirada reduccionista de la época que intentaban dar fundamento teórico a varios fenómenos a partir de un esquema mecanicista de causa-efecto lineal, especialmente en lo referente a las ciencias biosociales y a problemas que planteaban la tecnología moderna. De acuerdo con esta teoría, un sistema es un conjunto de elementos, sus características y la relaciones entre los mismos; a esto se sumarían los componentes comunicacionales del contexto en el que la comunicación sucede (Watzlawick, Beavin Bavelas, & Jackson, 1967). Según von Bertalanffy (1986), fue necesario estudiar no solo partes y procesos aislados, sino también lo relacionado con la organización y el orden que unifica a esas partes, que resultan de la interacción dinámica entre ellas y que provocan un comportamiento diferente de éstas cuando se estudian aisladas o dentro del todo.

Con respecto a la influencia de la Teoría General de los Sistemas y su definición de sistema como “una totalidad que funciona por la interdependencia de sus partes y en relación con otros sistemas que lo rodean” (Moreno Fernández, 2014, p. 33) la propiedad fundamental de los sistemas esta basada en la totalidad. Watzlawick et al. (1967) plantea que el todo (el sistema) es más que la suma de sus partes, ya que otra de las propiedades de los sistemas es la no-sumatividad, por lo tanto no podemos saber cómo funciona un sistema sumando sus partes a partir de la observación de cada elemento aislado. Dicho en otras palabras, no podemos saber cómo funciona realmente un sistema familiar entrevistando a sus miembros por separado (Moreno Fernández, 2014). El pensamiento sistémico al contemplar el todo y las partes, se fundamenta en las relaciones existentes entre las partes. Estas relaciones o patrones, nos permiten descubrir que los sistemas formados por partes distintas con funciones distintas, pueden organizarse de un modo similar, posibilitando la comprensión de sistemas muy diferentes e influyendo sobre ellos utilizando los mismos principios (Wainstein, 2006). Siguiendo con el anterior análisis, podemos tomar a los seres humanos como los elementos del sistema, siendo las propiedades específicas de ese sistema, las interacciones y sus conexiones mediante la comunicación. El principal aporte de esta teoría ha sido el paso del estudio de lo

individual, al estudio de las partes de un sistema más amplio, ya que las partes por sí solas no poseen propiedades (Moreno Fernández, 2014).

Dentro del concepto de sistema, es necesario, según von Bertalanffy (1968), sumar los conceptos de *suprasistema* y *subsistema*. El primero apunta al medio en el que el sistema sucede, y el segundo al conjunto de partes e interrelaciones que están incluidos dentro de la estructura y funcionamiento del sistema. Ejemplos del subsistema son el parental, el filial, el de abuelos, etc. Para determinar los límites o fronteras entre el sistema, sus subsistemas y el suprasistema, se utilizan los conceptos de sistemas abiertos y cerrados. Los límites de los sistemas cerrados no posibilitan que la información ingrese en el sistema, provocando una incapacidad del mismo a adaptarse al ambiente, siendo ésta una característica de adaptabilidad del sistema. Los sistemas abiertos poseen la capacidad de modificar su estructura interna a partir de la incorporación de nueva información. Esta característica es conocida como entropía. Con respecto a los subsistemas, es importante poder diferenciarlos dentro de un sistema familiar, para saber si los límites entre ellos están bien definidos, y si no lo están, saber cuáles pueden tener consecuencias patológicas para la unidad familiar (Simon et al., 1984).

En lo que se refiere a la terapia familiar, la aplicación de la definición de sistema es igual a su aplicación en la Teoría Cibernética. Ésta última se basa en el supuesto en el cual las funciones de control, intercambio y procesamiento de información siguen los mismos principios tanto para máquinas, organismos o estructuras sociales. Gregory Bateson fue uno de los que particularmente le ha dado importancia a la Teoría Cibernética para comprender e influir en las relaciones complejas humanas (Simon et al., 1984). El núcleo del paradigma sistémico está dado gracias al aporte de la Teoría Cibernética y su concepto de circuito de retroalimentación. Los sistemas interpersonales pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de una persona afecta a la de cada una de las otras, y a su vez, es afectada por estas (Watzlawick et al., 1967).

Con respecto a Bateson y su aporte a la Teoría sistémica, su concepto de doble vínculo, plantea a este autor como el verdadero precursor del paradigma. Su investigación sobre el doble vínculo sugiere que éste se da en una relación de suma importancia, en la que una persona recibe de manera constante dos

mensajes mutuamente incompatibles, dados en diferentes niveles de comunicación. De esta manera, la persona se ve atrapada en una situación en la que, no solo que no puede responder adecuadamente, sino que tampoco puede escapar de ella. Esta es la base de la comunicación paradójal (Moreno Fernández, 2014). Bateson, a partir de sus investigaciones, consigue aplicar un cambio conceptual a la psicopatología, abandonando los viejos conceptos, y basándose en los procesos comunicativos y los patrones de interacción como puntos fundamentales de explicación de la actividad humana normal y anormal (Feixas et al., 2006).

### **3.1.1. Principales Modelos del Enfoque Sistémico**

Los primeros estudios terapéuticos se basan en las investigaciones del grupo de Palo Alto, California, conformados por Bateson y su estudio del doble vínculo por un lado, y por Don Jackson que en 1958, crea en Palo Alto el Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) con otro grupo de investigadores, y basa sus estudios en el concepto de homeostasis familiar, tomando a la familia como un sistema interaccional (Cinabal Juan, 2006).

Bateson trabajó junto con Norbert Wiener y otros investigadores para poder encontrar fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación (Cazabat, 2013). En 1952 funda el Proyecto Bateson en Palo Alto, California, al que se unen John Weakland, Jay Haley, William Fray y Don Jackson, para trabajar sobre la comunicación y la paradoja. En 1956 publican *Hacia una teoría de la Esquizofrenia*, trabajo que se basa en sus investigaciones del doble vínculo, y que generaría una revolución en el pensamiento de la época y supone el inicio del Modelo Sistémico (Fernández Moya, 2006).

Paralelamente, en 1959 Jackson funda junto con Jules Riskin y Virginia Satir, el Mental Research Institute (MRI), continuando con algunas ideas de Bateson y contando con la presencia de algunos integrantes del grupo Bateson como Haley y Weakland. Hacia finales de ese mismo año, se incorpora Paul Watzlawick, quien se convertiría en el representante de las ideas del MRI. Este instituto se dedicaría a fundamentar un nuevo paradigma psicoterapéutico, desde una perspectiva interaccional (Cazabat, 2013). Bateson, a pesar de asistir



a algunas reuniones en carácter de consultor, nunca formó parte del grupo del MRI (Feixas et al., 2006).

### **Modelo de Terapia Breve del MRI**

Posteriormente, en 1965, Richard Fish, uno de los integrantes del MRI, funda un proyecto de Terapia Breve del MRI con el objetivo de sistematizar un formato de terapia breve sistémico para aplicar en la clínica, planteándose por primera vez el trabajo sistémico con individuos o sin el propio paciente identificado, trabajando solo con los que están altamente motivados a resolver un problema, con los que se realiza la demanda (Feixas et al., 2006). Apartándose de los modelos tradicionales de la terapia familiar, buscó una manera de plantear los problemas de los consultantes sin necesidad de entrevistar a toda la familia. Esto sucedió de esta manera, debido a que la población de consultantes con la que trabajaban eran estudiantes de la Universidad de Standford que vivían alejados de sus familias (Cazabat, 2013).

Este modelo terapéutico apunta a un formato de 10 sesiones como máximo, centrado en un problema específico, para promover activamente el cambio en los consultantes, aunque otros modelos sistémicos no especifican un número máximo de sesiones (Cazabat, 2013). Se centra en el análisis del problema en función al patrón de interacción en el que está insertado, basándose en la causalidad circular e investigando las secuencias de interacciones que conforman el problema. Dicho en otras palabras, se enfocan en determinar quién hace algo cuando aparece un problema y qué hace para intentar solucionarlo. De alguna manera, a estos terapeutas les importa menos la causa original del problema y quién lo originó, que la causalidad circular (secuencia interaccional) en la que el problema está expresado en la actualidad, para poder romper con dicho circuito de retroalimentación. Toman en cuenta el ciclo vital del consultante, con sus innumerables dificultades, y otras características puntuales de evoluciones familiares como duelos, divorcios y enfermedades, entre otras, que van siendo resueltas con los propios recursos de la persona, su familia u otras personas de su entorno social. Por otro lado, se ocupan de desarrollar soluciones nuevas que eviten la perpetuación de los problemas, desafectando el circuito de retroalimentación destructivo que se ha generado con soluciones anteriormente aplicadas a dicho problema (Feixas et al., 2006).

Decidieron atender a todos los consultantes en la cámara Gessell, y de esta forma promover la discusión de estos casos clínicos, que hicieron surgir los trabajos más importantes de este grupo. Watzlawick ha sido parte fundamental en la divulgación y evolución de este modelo, incluso llevándolo hacia el constructivismo, que se refleja en alguna de sus obras (Feixas et al., 2006).

### **Modelo Estructural**

En los años 70, Salvador Minuchin, médico psiquiatra y pediatra argentino, sienta las bases del Modelo Estructural, a partir de trabajos de campo realizados con familias de bajos recursos, en barrios pobres de Nueva York, Estados Unidos (Fernández Moya, 2006). Según Minuchin (2004), la Terapia Estructural de Familia estudia al hombre dentro de su contexto social. Esta terapia se basa en tres axiomas: 1) El individuo influye sobre su contexto y es influido por este por secuencias repetidas de interacción, siendo este un miembro del sistema social al que debe adaptarse. Sus acciones son influenciadas por las características del sistema, que incluyen los efectos de sus acciones pasadas; 2) las modificaciones de una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de los miembros de dicho sistema; 3) cuando un terapeuta trabaja con un consultante o familia, su conducta se incluye en ese contexto, formando un nuevo sistema, el terapéutico, que influye sobre la conducta de sus miembros. Minuchin ubica estos tres axiomas en el centro de la práctica psicoterapéutica.

### **Modelo Estratégico**

Jay Haley, quien participara del grupo inicial de Palo Alto y luego formara parte de MRI, se dedica a estudiar en detalle el trabajo de Milton Erickson de hipnosis y psicoterapia, y al mismo tiempo mantiene un contacto estrecho con Minuchin. Pero no es hasta el final de los años 70, que su enfoque, alimentado por diferentes influencias, fue definido, creando así el Modelo Estratégico (Feixas et al., 2006). Este modelo se caracterizó por el diseño de estrategias que permitieran crear el cambio dentro del sistema familiar, analizando secuencias de conducta o de comunicación que expresan el síntoma (Moreno Fernández, 2014). Según Haley (1966), los síntomas de un consultante se sostienen por la manera en que este se comporta y la influencia de otras personas significativas relacionadas con él. Esto deviene en la táctica psicoterapéutica para persuadir al consultante para que cambie su conducta, y a sus relaciones íntimas que

modifiquen su comportamiento hacia él, siendo el terapeuta parte de ese entorno íntimo. La tarea del terapeuta en una terapia estratégica será la de diseñar un enfoque o estrategia particular para cada problema presentado, lo que lleva a poner el foco de acción principalmente en el terapeuta, el cual asume la responsabilidad de influir directamente en el consultante, a partir de reconocer problemas que puedan solucionarse, definir metas y diseñar intervenciones para que el consultante pueda alcanzarlas y así ampliar su accionar, que hasta ese momento se encontraba limitado por los síntomas y conflictos con sus relaciones significativas (Haley, 1980).

### **Modelo Intergeneracional**

La terapia intergeneracional de familia se ha desarrollado del trabajo de muchos investigadores interesados por la dinámica familiar a lo largo de múltiples generaciones, por un lado, y por el otro, de los aportes de la teoría psicodinámica. Estos terapeutas basan sus conceptos de las familias y sus problemas de dinámicas psicológicas transmitidas de generación en generación. Observan cómo el pasado opera en el presente (Midori Hanna & Brown, 1998). Uno de los precursores de esta terapia, Murray Bowen, fue un psiquiatra y profesor en la Universidad de Georgetown, Washington, institución que dirigió hasta su muerte en 1990, y una de las figuras más relevantes de la terapia familiar y relacional. Originalmente, practicó la psiquiatría desde el modelo psicoanalítico. A fines de los 40, había empezado a involucrar a las madres en las investigaciones y tratamientos de pacientes que sufrían esquizofrenia. A partir de los 50, comienza a mover el foco de atención desde lo individual a la dimensión familiar como sistema. Comenzó a incluir más miembros de las familias en sus investigaciones y psicoterapias, llevándolo incluso a incorporar diferentes generaciones. Esto lo llevó a desarrollar su teoría sobre patrones comunes de todos los sistemas emocionales humanos (Brown, 1999).

Bowen (1991), en su teoría de sistema familiar, hace hincapié en los triángulos familiares y los mecanismos de individuación como factor de crecimiento del individuo dentro del sistema familiar. El centrar el estudio de la familia en el individuo y en su proceso de diferenciación, permite a Bowen superar las diferencias entre lo individual y lo familiar, haciendo que toda la familia deba afrontar todo su sistema relacional. Sus tipos de intervenciones están orientadas a ayudar a los individuos a diferenciarse a sí mismos de la masa

familiar. Para el autor, la familia es un conjunto de diferentes sistemas emocionales y relacionales, donde lo emocional es la fuerza que motiva el sistema y lo relacional el modo en que se expresa y que comprende la comunicación, la interacción y otras modalidades de relación (Bowen, 1991).

En el sistema emocional de la familia, las tensiones se movilizan en una serie ordenada de alianzas y rechazos, siendo el triángulo la base de todo sistema emocional. Bowen describe al triángulo como la unidad de relación estable más pequeña. El proceso de la triangulación es central en su teoría. Este ocurre cuando la ansiedad inevitable en una díada es aliviada cuando se involucra a una tercera parte vulnerable que toma alguno de los lados o provee de una distracción para la ansiedad, lo que lleva inevitablemente a que la díada se aleje de resolver su tensión. En condiciones de estrés, el proceso de triangulación se alimenta a sí mismo, y se entrelaza con otros triángulos formados en el sistema. En situaciones de calma, muchas veces se dificulta identificar estos procesos de triangulación, pero éstos emergen claramente bajo estrés. De acuerdo con Bowen, las triangulaciones tienden a repetirse a través de las generaciones, lo que él llama, proceso de transmisión multi-generacional. Cuando una de las personas del triángulo parte o muere, otra persona es atraída a ocupar su rol. Ejemplos de estos roles son el villano, el rescatador, la víctima, la oveja negra, el/la mártir (Brown, 1999). Por lo tanto, los patrones, temas o roles disfuncionales de manejo son pasados de una generación a la siguiente (Midori Hanna & Brown, 1998).

Bowen se enfoca en al menos las últimas tres generaciones de la familia. La atención a los patrones familiares en el tiempo no es solamente una herramienta de evaluación, sino también de intervención, que ayuda a los miembros de una familia a tomar suficiente distancia con el conflicto que le generan los síntomas, y poder modificar su rol en la transmisión de ansiedad a través de las generaciones (Brown, 1999). Es importante destacar, que el foco de este sistema terapéutico está en ayudar a cada uno de los miembros de la familia a lograr un nivel de diferenciación de sí mismo más elevado, ya que cuando un individuo sube de nivel de diferenciación, altera el equilibrio del sistema familiar, generando oposición al cambio (Bowen, 1991).

### **3.2. El Proceso Terapéutico: la Entrevista de Admisión**

El presente trabajo está basado en el análisis de las terapias sistémicas y su aplicación, basada principalmente en dispositivos de atención del tipo presencial. Sin embargo, la situación de contexto social actual, obliga a realizar un pequeño apartado, para poder contemplar los dispositivos virtuales en efecto en estos momentos.

En el año 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró al Coronavirus como pandemia global, poniendo en efecto aislamientos sociales preventivos obligatorios. Esto obligó a los profesionales de la salud mental a reorganizar sus prácticas de modalidad presencial a virtual, utilizando la telepsicología, la cual abarca el uso desde la llamada telefónica hasta las video llamadas, a través de diferentes dispositivos electrónicos y sus respectivas aplicaciones (Traverso & Salem Martínez, 2020). La telepsicología contempla un conjunto de normas cuya finalidad es auxiliar al terapeuta en su práctica profesional. Según Campbell, Millan, & Martin (2017) permite a los clínicos conducir sesiones de manera remota, suplementando las sesiones presenciales, realizando seguimientos, recolectando y almacenando información sobre el consultante, entre otras. Dentro de sus normas básicas encontramos la atención responsable y el respeto por la dignidad de las personas. Esta práctica debe poder garantizar seguridad, confidencialidad, eficacia y eficiencia, de la misma manera que la atención presencial (Traverso & Salem Martínez, 2020).

En del modelo de psicoterapia sistémico, la entrevista de admisión es de vital importancia en el proceso terapéutico, que tiene como finalidad recaudar información conductual específica sobre la queja inicial y soluciones ya probadas por el consultante (Midori Hanna & Brown, 1998). Los objetivos principales de la primera entrevista son: plantear el problema concreta y específicamente, explorar soluciones intentadas y definir metas de la terapia en términos positivos, concretos y alcanzables (Feixas et al., 2006).

Por otro lado, en la primera entrevista, el consultor y consultante establecerán un vínculo que promueva el trabajo para poder definir claramente dicho problema, y si está siendo sostenido por las creencias y comportamientos del consultante (Wainstein, 2006). Este vínculo, que comienza a establecerse desde la entrevista de admisión, conocido como alianza terapéutica, está definido por el grado de encaje entre los objetivos pautados, las tareas brindadas

y el vínculo emocional que se establece entre el consultante y el terapeuta. La calidad emocional y relacional del vínculo entre ellos, es una parte fundamental del éxito del proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2003). La alianza terapéutica es una construcción que se va dando conjuntamente entre el consultante y el terapeuta, donde las expectativas, las opiniones y las construcciones que ambos van generando resultan relevantes para el establecimiento de dicha alianza (Botella & Corbella, 2011).

La información relevada en la entrevista de admisión es de vital importancia para el desarrollo posterior del proceso terapéutico. Datos como: quién es el derivante, grupo de convivencia del consultante, la queja inicial -con las palabras del consultante-, el ¿por qué ahora?, el motivo de consulta, datos específicos de la historia del consultante, y soluciones intentadas, entre otros datos, permiten, a partir de técnicas de intervenciones estratégicas del terapeuta, recabar información en bruto que luego será utilizada para co-construir el problema o motivo de consulta (Casablanca & Hirsch, 2009).

De acuerdo al modelo de Terapia breve, el formato de diez sesiones como máximo, se centra en el problema específico basándose en los siguientes objetivos para la primera entrevista: 1) identificar un problema en términos específicos y concretos; 2) explorar las soluciones intentadas en términos específicos; 3) establecer metas de la terapia en términos positivos, concretos y alcanzables (Feixas et al., 2006). La información recogida por el terapeuta lo ayudará a entender el problema como un círculo vicioso, en el que la solución estaría exacerbando una dificultad.

Los terapeutas estructurales de familia, se enfocan en las interacciones de los miembros de la familia para poder definir la estructura y organización de la misma, siendo los síntomas, consecuencias de las dificultades organizativas. También observan si las relaciones familiares son cercanas, distantes, caóticas o rígidas. Las metas estructurales se basan en los patrones o secuencias de conducta alteradas con relación al problema. Cuando dichos patrones son evidentes y se formulan hipótesis, el terapeuta adopta un rol directivo, con la familia participando en dinámicas específicamente diseñadas para este fin. El objetivo del terapeuta es convertirse en parte del sistema familiar para crear el rapport con los miembros de la familia (Midori Hanna & Brown, 1998).

Con respecto a la terapia estratégica, el terapeuta actúa como el director de escena que presenta directrices a la familia, formulando hipótesis sobre cada problema y orientándose a su resolución (Midori Hanna & Brown, 1998). El enfoque estratégico en un proceso terapéutico, promueve a definir el fin al que apunta tal estrategia (Haley, 1980). Los miembros de la familia van describiendo el problema, y los síntomas que van surgiendo serán interpretados por el terapeuta como metáforas, desde una mirada simbólica, que describen algún aspecto de ese sistema familiar. Los terapeutas estratégicos toman a todas las conductas como comunicación y por lo tanto un síntoma es una comunicación entre dos o más miembros, que está simbolizando algún problema dentro del sistema familiar. Generalmente el síntoma es un intento de resolver algún otro problema que no está siendo advertido o reconocido por dichos miembros del sistema (Midori Hanna & Brown, 1998). En la fase de apertura de la terapia, el objetivo primario es crear una relación personal basada en el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual se pueden realizar las primeras maniobras de intervención (Nardone & Watzlawick, 1992).

En una sesión de terapia intergeneracional, el terapeuta tiene un rol central en el proceso. Bowen (1991), generalmente trabajaba con individuos o parejas, a las que les enseñaba nuevas conductas en base a la información que iba recopilando. El terapeuta realiza preguntas que tienden a indagar sobre la historia del síntoma, con especial atención a situaciones vitales cronológicas de dicha familia. Generalmente arranca por cortejo y matrimonio, para luego avanzar a transiciones de significancia del ciclo vital desde ese momento hasta el presente. A medida que van surgiendo emociones y reacciones, el terapeuta trata de entender los diferentes puntos de vista, siempre autocontrolándose para manejar la ansiedad personal que podría suceder a partir de la triangulación. En otras palabras, el terapeuta desarrolla distancia emocional sobre el problema, sin entrar en las mismas interacciones que se producen con los consultantes. De esta forma el terapeuta está en condiciones de ayudar a la familia, pareja o individuo, a diferenciar, sin importar tanto el contenido de los comentarios (Midori Hanna & Brown, 1998).

### **3.2.1. Intervenciones en el Modelo Sistémico: la co-construcción del problema**

Como ya se mencionó anteriormente, la alianza terapéutica fue definida por Bordin (1976) como el encaje y colaboración entre el consultante y el terapeuta, los objetivos pautados, las tareas y el vínculo emocional que se establece entre el consultante y el terapeuta. A pesar de que su origen se sitúa en el psicoanálisis, hoy en día su importancia es reconocida por las principales escuelas psicoterapéuticas (Corbella & Botella, 2003). Uno de los elementos que influyen en dicho encaje va a estar determinado, no sólo por la idiosincrasia del consultante, sino también por el estilo del terapeuta. El estilo del terapeuta se define como todas las condiciones idiosincráticas del terapeuta que se expresan en la forma individual, habitual y particular de hacer terapia, que está dada por la influencia de su historia personal y por los formadores con los cuales se ha relacionado en su formación profesional (Giovanazzi, 2019). Los autores Watson y Greenberg (1994) enfatizan la importancia de la relación terapéutica, y cómo se configura el componente afectivo de dicha relación a partir de la experiencia del consultante de percibir al terapeuta como seguro, acogedor y empático. Un ambiente seguro y cómodo es condición necesaria para que un consultante pueda arriesgarse a iniciar un proceso de terapia y al mismo tiempo facilitar el trabajo terapéutico (Satir, 1983).

Por otra parte, en lo que respecta a las terapias familiares, los autores Sprenkle y Blow (2004) dan cuenta de una alianza terapéutica extendida, en donde la relación terapéutica debe ser establecida con cada miembro de la familia, y a la vez, con la familia como un todo. Esto plantea un desafío para el terapeuta, no solamente por la diversidad sino también por la contradicción de las expectativas y motivaciones de los distintos miembros de una familia. En una entrevista de admisión familiar, los asistentes pueden enfocarse más en la construcción del problema de los otros miembros de la familia que en la visión que pueda aportar el terapeuta, para lo cual es importante la creación de un ambiente seguro, para transformar las visiones individuales del problema, en narrativas relacionales o sistémicas. (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

A partir del inicio del establecimiento de la alianza terapéutica, y teniendo en cuenta el armado de un ambiente seguro y cómodo, la co-construcción del problema, se desarrolla desde la queja inicial que trae el consultante hasta el



planteo del problema. Esta queja va acompañada por malestar y una demanda de lo que el consultante está dispuesto a hacer o recibir. El planteo del problema, supone definir si un problema es solucionable, si se puede establecer una meta alcanzable en un plazo de tiempo determinado y cuanta orientación o estímulo necesita el consultante en pos de aumentar la motivación para modificar sus caminos intentados (Casablanca & Hirsch, 2009). Puede ocurrir que el paciente presente inconvenientes en describir cuál es el problema o que al terapeuta le lleve más de una sesión comprender la demanda del paciente. La definición del problema es fundamental para definir el objetivo del tratamiento, independientemente del tiempo que lleve dicha definición (Watzlawick & Nardone, 2000).

Con respecto a las intervenciones estratégicas que el terapeuta puede emplear en la consulta de admisión, están pensadas para interrumpir el circuito fallido formado por las soluciones anteriormente probadas por el consultante y así poder modificar el encuadre que éste ha hecho del problema. Dichas intervenciones, hechas de manera eficaz, reestructuran la percepción de la realidad del consultante, y ayudan a producir un cambio que lleve a repensar el problema (Wainstein, 2006). Las intervenciones simples como las preguntas, las directrices y la reformulación son posibles con muy poca información recogida y la formulación de hipótesis (Midori Hanna & Brown, 1998). Otros tipos de intervenciones más complejas pueden incluir: la reestructuración o reencuadre directos o indirectos, que intentan codificar la percepción de la realidad de un consultante sin cambiar el significado de las cosas, apuntando a su estructura lógica y a dar distintas perspectivas de enfoque sobre las mismas, y las prescripciones paradójicas, que son intervenciones que ponen en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y las reacciones frente a ella (Nardone & Watzlawick, 1992).

Existen tres preguntas fundamentales que el terapeuta debería hacerse en esta primera entrevista: 1) cuál es la postura del consultante (comportamiento, actitud, opinión, motivación) con respecto al problema que plantea; 2) Como conseguir que el consultante reduzca dicha postura que tiene sobre el problema; 3) Definir una estrategia de qué y cómo el consultante podría hacer para solucionar el problema y como transmitírselo de un modo coherente con la postura que trae (Wainstein, 2006).

### **3.3. El genograma en la entrevista de admisión: una mirada gráfica del sistema familiar**

Como se mencionó anteriormente, la terapia familiar se desarrolla a partir de una necesidad de mover la mirada psicoanalítica individual a una familiar. Bowen (1991) plantea que, al desplazarse la atención del individuo a la familia, se debió enfrentar un dilema de describir y conceptualizar el sistema relacional de la familia, ya que la teoría individual no contaba con un modelo conceptual en cuanto al sistema de relaciones.

Una de las herramientas utilizadas por los terapeutas en la entrevista de admisión para recabar información del consultante, es el genograma. El genograma o diagrama familiar, fue desarrollado por Bowen para crear un gráfico de la experiencia de múltiples generaciones en una familia. Facilita el desarrollo de una base conceptual de la familia como unidad emocional, permitiendo reconocer patrones de reactividad que manejan las vidas de los miembros de una familia, así como observar la forma en que esa familia se adapta a las diferentes situaciones de la vida. El genograma es una importante herramienta que permite al terapeuta trabajar con la diferenciación del individuo en cuanto a su contexto familiar, y contribuir de esta manera a reducir la ansiedad y aumentar las habilidades de observar y manejar las reacciones individuales y su impacto en la familia. Por otro lado, le permite desarrollar a los individuos una actitud más curiosa e interesada hacia las situaciones familiares, sacándolos de un pensamiento causa- efecto (Bowen, 1978).

Desde el enfoque intergeneracional, el genograma es la herramienta básica (Moreno Fernández, 2014). Es un formato para dibujar un árbol familiar que permite registrar información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante al menos por tres generaciones. Presentan la información gráficamente, brindando una Gestalt de normas familiares complejas y una base que permite hipotetizar sobre cómo un problema clínico podría relacionarse con el contexto familiar y su evolución a través de tiempo (Mc Goldrick & Gerson, 1985).

Da la posibilidad de rápidamente ver información sobre la estructura y patrones relacionales de la familia relevada (Moreno Fernández, 2014). Según

Ceberio (2018), permite reunir una cantidad de información que nuclea el motivo de consulta, problema o problemas y las normas de funcionamiento que los están sosteniendo, invitando a formular hipótesis. Por otro lado, el genograma es una manera ágil de ir sumando información, que se encuentra disponible para todo aquel que conozca la simbología. Esto contribuye a la unificación de información entre profesionales, que comparten un lenguaje en común a través de los símbolos, permitiendo rápidamente un paneo visual del grupo familiar en cuestión (Goñalons, s/f).

El diagrama familiar provee un marco de referencia para que las personas puedan ver sus síntomas o problemas en sus matrimonios o familias desde una perspectiva más amplia y concreta, permitiendo modificar un pensamiento causa-efecto, hacia uno de curiosidad e interés. También es utilizable en organizaciones o congregaciones como un sistema de relaciones (Bowen, 1978).

El genograma suele ser utilizado junto con el cronograma, que recaba información de acontecimientos familiares importantes, permitiendo establecer hipótesis sobre hechos coincidentes críticos en el tiempo, que han de alguna manera generado cambios en las relaciones familiares (Moreno Fernández, 2014). A medida que la utilización del genograma se hizo ampliamente utilizado, fue necesario construir una forma de graficarlo más estándar. Los autores Mc Goldrick y Gerson en su texto *Genogramas en la Evaluación Familiar*, han desarrollado y agregado información y símbolos que abarcan las complejidades contemporáneas de las familias, como códigos en colores, aspectos culturales, espirituales y sexuales (Belous, Timm, Chee, & Whitehead, 2012). También, muchos terapeutas incluyen mascotas, a pesar de que su inclusión no ha sido claramente estructurada, ya que sus dueños las consideran miembros de la familia, y las conversaciones sobre éstas, tienden a fortalecer la alianza terapéutica (Rodríguez Ceberio & Díaz Videla, 2020).

### **3.3.1. Elaboración del genograma: trazado y registro de la información**

La información para crear un genograma puede obtenerse a través de la entrevista de uno o varios miembros de una familia. Si son varios miembros, esto incrementa la confiabilidad de la información y provee una manera de comparar

perspectivas y observar interacciones familiares directamente. Ya que los patrones son transmitidos a través de generaciones, el terapeuta deberá buscar estos patrones repetidos, que ocurren en el funcionamiento, las relaciones y la estructura familiar (Mc Goldrick & Gerson, 1985).

Lo primero que se define es la persona índice (PI) o paciente identificado, alrededor del cual el genograma es construido. Como regla general, se indaga a partir de tres generaciones, o sea los abuelos, de la persona índice (PI). El año que representa el genograma se escribe en la esquina superior izquierda. Generalmente es el año en curso, pero puede suceder que un terapeuta esté interesado en un momento específico del pasado, por ejemplo, cuando apareció por primera vez el síntoma o algún cambio crítico en la familia (Mc Goldrick & Gerson, 1985).

En una primera etapa, se recoge información básica acerca de la familia: nombres, edades, géneros, lugares geográficos, etc., junto con eventos importantes como, nacimientos, adopciones, muertes, enfermedades, casamientos, separaciones y divorcios, jubilaciones, cambios de trabajo o de lugar de residencia, entre otras. La información se organiza a medida que los miembros de la familia van contando sus historias. Cuando las familias son muy complejas, siempre hay que elegir entre claridad versus nivel de detalle (Mc Goldrick & Gerson, 1985).

En una segunda etapa, se pueden ir agregando otros datos sobre la familia como datos médicos, funcionamiento emocional y comportamental, por ejemplo, adicciones. También situaciones críticas y transicionales importantes (Mc Goldrick & Gerson, 1985).

### **3.3.2. Interpretación del genograma a partir de la estructura familiar y patrones relacionales**

El genograma cuenta con figuras geométricas que simbolizan personas, cuadrado para los hombres y círculo para las mujeres, y líneas que simbolizan las relaciones, ya sea biológicas o legales, entre esas personas. La persona

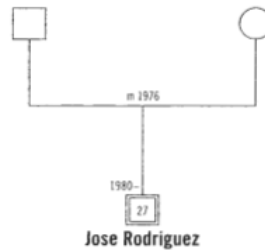


Figura 1. Gráfico de los símbolos de Paciente Índice v sus padres

índice se define con una doble línea alrededor de su símbolo (Figura 1). También se emplea una línea que rodea en círculo a los miembros de una familia que conviven en un mismo domicilio (Compañ, Feixas, Muñoz, & Montesano, 2012). También se utilizan diferentes símbolos para distinguir diferencias de género, orientación y atracción sexual, tipos de relaciones y comunicación y entorno sexual (Belous et al., 2012).

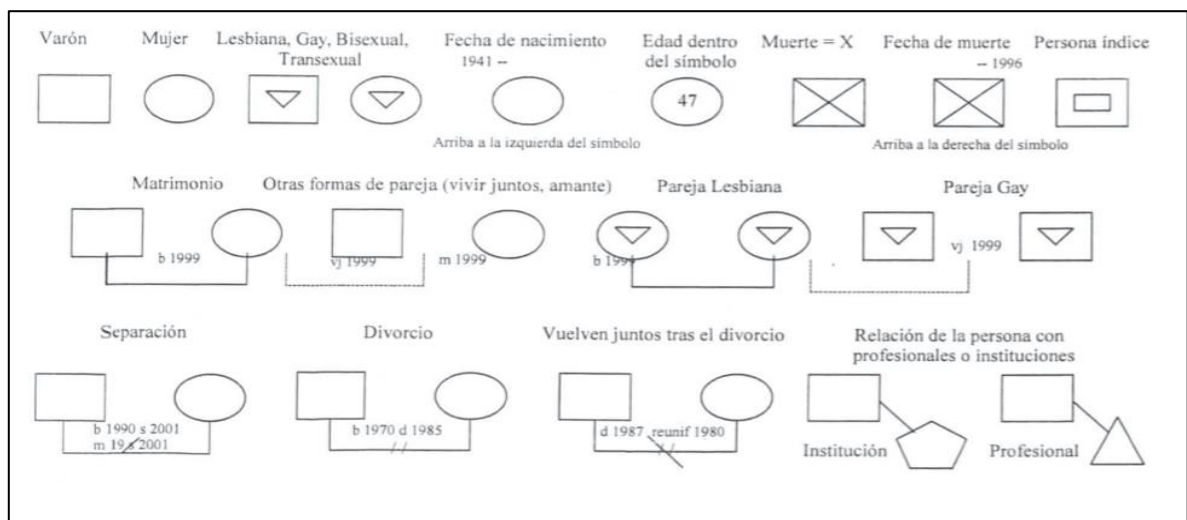


Figura 2. Símbolos para describir la estructura y los miembros de la familia básica (Compañ, Feixas, Muñoz, & Montesano, 2012)

Dos personas unidas en matrimonio son conectadas por líneas sólidas que descienden, siguen a lo largo, y ascienden uniéndolas. Si la pareja no está legalmente casada, ya sea un amorío o convivencia, se unen igual que la anterior, pero, a través de una línea punteada. El marido se ubica en la izquierda y la mujer a la derecha. Una “m” seguida de la fecha indica cuándo la pareja contrajo matrimonio (Figura 2). Los hijos se conectan a la línea del matrimonio o pareja con una línea descendiente. Los hermanos del paciente índice tienen símbolos un poco más pequeños que éste y se ubican por encima de él. La edad de las personas se ubica dentro del símbolo y su nacimiento se ubica a la izquierda del mismo. Una vez que la estructura básica está dibujada, puede ir agregándose mayor información (Mc Goldrick & Gerson, 1985).

Definir las relaciones entre los miembros y los roles es fundamental para la construcción del genograma. Esta definición está basada en los reportes de los integrantes familiares y también de la observación directa. Diferentes líneas son utilizadas para simbolizar varios tipos de relaciones entre los miembros

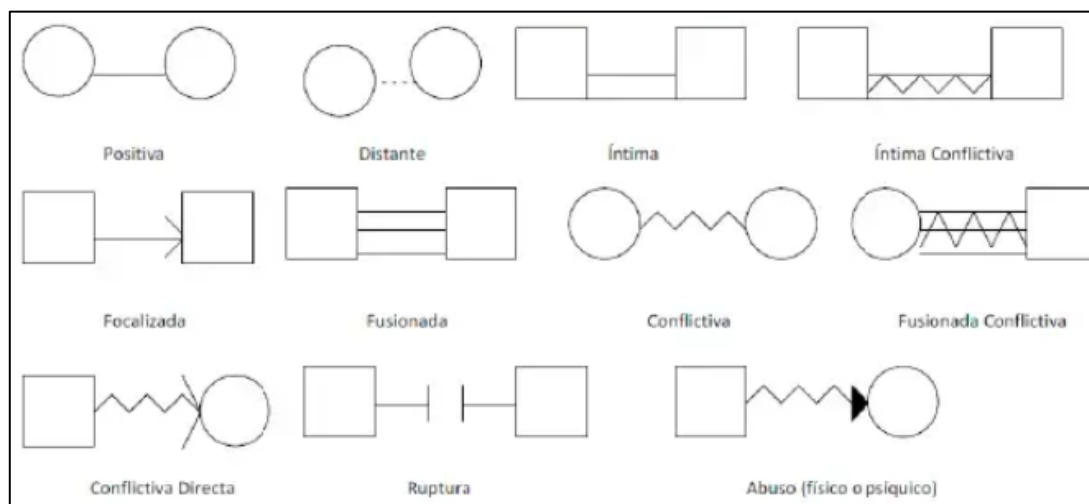


Figura 3. Tipos de relaciones entre los miembros de una familia (Compañ, Feixas, Muñoz, & Montesano, 2012)

(Figura 3). Como estas relaciones tienden a cambiar con el tiempo, este es uno de los aspectos más subjetivos del genograma (Mc Goldrick & Gerson, 1985). El registro de las relaciones familiares, aporta información acerca del nivel de aglutinamiento o conflicto dentro de una familia. Ya que las relaciones vinculares

pueden llegar a ser muy complejas, en algunas ocasiones, se podrían representar en un diagrama aparte (Compañ et al., 2012).

Según Mc Goldrick & Gerson (1985), los genogramas pueden interpretarse de acuerdo a diferentes categorías. En la primera se explora la estructura familiar, las pautas estructurales que conectan las figuras y líneas en el genograma. La composición familiar, las constelaciones fraternas y las configuraciones familiares inusuales pueden dar lugar a numerosas hipótesis sobre los roles y las relaciones familiares, que pueden verificarse luego con mayor información en sucesivas entrevistas.

En la segunda categoría se analiza las transiciones y adaptaciones al ciclo vital de una familia. Las edades y fechas en el genograma nos ayudan a entender si los hechos de un ciclo vital se dan dentro de las expectativas normativas. Una familia evoluciona a través de puntos nodales en su desarrollo como el abandono del hogar, el casamiento, nacimiento de hijos, educación, jubilación, entre otros. En cada punto del nodo, esta familia debe volver a organizarse para poder acceder al siguiente paso evolutivo familiar. Estas transiciones pueden representar muchas dificultades en algunas familias con pautas muy rígidas que llevan a problemas de adaptación a los cambios. Es importante detectar síntomas para determinar estas situaciones del ciclo vital (Mc Goldrick & Gerson, 1985).

Una tercera categoría nos plantea el problema de la repetición de pautas a través de las generaciones. Estas pueden interpretarse a partir de determinar pautas reiteradas de funcionamiento, relación y estructura familiar, lo que podría sugerir que no solo están presentes, sino que continuarán en un futuro. El reconocimiento de estas pautas le da a la familia la posibilidad de modificarlas (Mc Goldrick & Gerson, 1985).

Una cuarta y última categoría, son los sucesos de la vida y funcionamiento familiar, que ayuda a armar conexiones sistemáticas entre coincidencias aparentes, realizar una evaluación de cambios traumáticos en el funcionamiento de la familia y determinar su vulnerabilidad a estresores futuros, para luego intentar comprender estos sucesos en un contexto social, económico y político más amplio (Mc Goldrick & Gerson, 1985).

#### **4. Metodología**

#### **4.1. Tipo de Estudio**

Estudio de tipo profesional

#### **4.2. Participantes**

Los participantes fueron dos profesionales y directivos del centro terapéutico, que interactuaron junto con el pasante durante las entrevistas de admisión. Sus nombres serán modificados para mantener su confidencialidad.

Sebastián, 39 años, Licenciado en Psicología, socio fundador y directivo de la Institución, a cargo de las entrevistas de admisión y supervisiones. Cuenta con una especialización en Terapia Sistémica y una extensa experiencia en terapia familiar. Hace varios años que se dedica a las entrevistas de admisión en la Institución.

Mariano, 42 años, Licenciado en Psicología socio fundador y directivo de la institución. A cargo de las entrevistas de admisión y supervisiones. Cuenta con una especialización en Psicología Clínica con orientación sistémica y una extensa experiencia en diferentes formatos de terapias (individuales, de pareja, niños y familiar).

#### **4.3. Instrumentos**

-Entrevistas a los profesionales: Se realizó una entrevista individual a cada uno de ellos de modalidad on-line, debido al contexto de distanciamiento social a raíz de la pandemia. Se preguntó en estas entrevistas sobre los aspectos relacionados con el proceso de admisión, la recolección de datos, las diferentes técnicas y estrategias que estos profesionales utilizan en sus sesiones de admisión para ir desde la queja del cliente hasta la definición del problema en sí mismo, así como también el uso del genograma por parte de los profesionales y su utilidad. Se tomaron notas de campo durante dichas entrevistas a ambos profesionales.

-Entrevistas de admisión: se observó el proceso de admisión, realizado por los profesionales a cargo de las mismas. Dichas entrevistas fueron en



modalidad on-line en razón del contexto de distanciamiento social a raíz de la pandemia.

-Historias clínicas: las mismas fueron confeccionadas por el alumno participante, tomando como base un formulario estándar de la institución, a partir de las observaciones de las entrevistas de admisión, como parte de su entrenamiento dentro de la institución. Las mencionadas historias clínicas aportaron información adicional para la realización del presente trabajo.

-Observaciones no participantes en espacios de supervisión: En estas sesiones se pudieron escuchar casos de terapeutas de la institución que presentaron determinadas dificultades o inquietudes. Las sesiones fueron coordinadas y supervisadas por ambos directivos de la institución sumado a una coordinadora especializada en supervisiones. Se tomaron notas de campo durante dichos encuentros.

-Video conferencia con una terapeuta (Joanna) explicando el procedimiento de la toma de datos en un formulario de admisión y su correcto ingreso de información en el mismo. Se tomaron notas de campo durante la misma.

#### **4.4. Procedimiento**

-Se realizó una entrevista semi-dirigida a cada uno de los dos profesionales con los que se participó del proceso de admisión y supervisión (Sebastián y Mariano). Cada encuentro tuvo una duración aproximada de 45 minutos y fue de manera individual y en modalidad on-line. Se registró de forma manuscrita y por medio de grabaciones.

-Observación no participante de las entrevistas de admisión: se observaron entrevistas de admisión, por un período de tres meses, con una frecuencia semanal. La duración de cada entrevista fue de 45 minutos, junto con el terapeuta encargado de admisiones. Se realizó la confección de las historias clínicas en cada entrevista confeccionadas a partir de la observación y toma de notas de la información que suministraban los consultantes.

-Observación no participante de los espacios de supervisión: Se observaron sesiones de supervisión, una por semana, con una duración de una

hora y media, durante el periodo que dura la práctica (tres meses). Dichas sesiones quedaron registradas en forma manuscrita.

-Video conferencia con una terapeuta (Joanna) acerca del procedimiento de la toma de datos en un formulario de admisión y su correcto ingreso de información en el mismo. Quedó registrada en forma manuscrita.

## **5. Desarrollo**

### **5.1. Describir la estructura de una entrevista de admisión en un centro con orientación sistémica**

#### **5.1.1. Fuentes de derivación**

Las fuentes de derivación forman parte del proceso de admisión de los consultantes y deben ser identificadas. Según Moreno Fernández (2014) se define un punto cero arbitrario a partir del cuál se organiza la información para buscar significado y estrategias de intervención, siendo dos elementos fundamentales el derivante, o sea la persona que ha considera necesaria una intervención psicoterapéutica y el demandante, es decir, la persona que establece el primer contacto con la institución. Dentro del contexto de la derivación, alguien determina que hay un problema y plantea a la terapia como un recurso posible a solicitar. Es importante indagar quién fue la primera persona que pensó en este problema, quién sugirió solicitar terapia y si los derivados están de acuerdo con que existe dicho problema (Midori Hanna & Brown, 1998). Por otro lado, Casablanca y Hirsch (2009), plantean que es importante en la recolección de datos asignar la correcta función al derivante, ya sea un amigo o un médico de cabecera, entre otros ejemplos, y dejar registrado si fue éste el demandante, o sea, el que solicitó la consulta, o fue el consultante mismo. El centro terapéutico trabaja mayoritariamente con sindicatos que poseen sus prestadores, los cuales derivan los pacientes al centro terapéutico. El centro terapéutico no es un prestador directo de los sindicatos, sino que prestadores intermediarios, directamente en contacto con las obras sociales de los sindicatos, son los que derivan los casos al centro terapéutico. Esto es importante, puesto que de acuerdo al prestador a través del cual el consultante

concurra el centro, ya tendrá realizada una pre entrevista, o inclusive una admisión per se.

Los pacientes pueden llegar al centro terapéutico derivados de diferentes maneras: derivado por una prestadora; por alguna referencia de otro paciente particular o derivado directamente desde la obra social del sindicato. Muchas veces las prestadoras envían las derivaciones por mail, otras le facilitan al consultante los números telefónicos del centro terapéutico para que se comuniquen directamente. También puede suceder que se realice una readmisión al centro terapéutico, como fue el caso de M. de 42 años, que estaba realizando un proceso terapéutico con una psicóloga del centro, pero que prefirió cambiar a un terapeuta hombre. Él comentó que: *me sentiría más cómodo con un hombre, ya que con la terapeuta que estaba, siento que no puedo hablar con mucha libertad.* En terapeuta admisor intervino diciéndole que era posible el cambio y que lo tendría en cuenta para la derivación posterior a un nuevo terapeuta.

### **5.1.2. La Pre-entrevista**

Como ya se mencionó anteriormente, la información relevada en la entrevista de admisión es de vital importancia para el desarrollo posterior del proceso terapéutico (Casablanca & Hirsch, 2009). El contacto telefónico anterior a la entrevista tiene mucho impacto sobre el desarrollo posterior del proceso, con pautas y estrategias elaboradas específicamente para este primer acercamiento con el consultante. La institución cuenta con dos entrevistadoras telefónicas entrenadas para esto. Sebastián comenta que: *estas secretarías no tienen entrenamiento formal, pero sí están entrenadas internamente por el centro terapéutico para responder determinadas preguntas específicas que generalmente realizan los pacientes.* Los datos principales que recaban o confirman son: nombre y apellido completo del consultante, edad, número telefónico de contacto, dirección de mail, e información relativa a la derivación: quién ha sido el derivador, si es el primer contacto con la institución, o ha sido derivado anteriormente. También queda asentado quién o quiénes acudirán a la entrevista de admisión, en caso de que sea un proceso de pareja o familiar.

Cabe destacar, que los autores Brock y Barnard (1992) recomiendan que los terapeutas sean los encargados de realizar los contactos telefónicos, ya que esto los posiciona mejor para el logro del compromiso terapéutico con los consultantes y en caso de una terapia familiar, poder incluir a los miembros que deberían estar presentes en la primera sesión, de acuerdo a la problemática planteada telefónicamente. Esto muchas veces no es posible, debido a la gran demanda de atención en las instituciones, lo que obliga a contar con entrevistadores telefónicos, que no siempre son terapeutas, para que realicen la tarea del contacto telefónico inicial. En la institución, esto se resuelve con un terapeuta admisor, que es el encargado de realizar el primer contacto terapéutico con el consultante, y a partir de la información recopilada en el contacto telefónico anteriormente mencionado, procede a derivar al individuo, pareja o familia a un terapeuta de la institución, que cuente con la experiencia necesaria para resolver la problemática detectada y que comparta determinadas características idiosincráticas con el consultante, para poder generar una óptima alianza terapéutica y de esta manera ir cumpliendo con los objetivos terapéuticos definidos.

Luego de recopilar los datos, el entrevistador telefónico le trasmite al consultante que el proceso de admisión consta de una entrevista con un terapeuta admisor que no será el terapeuta tratante, y de acuerdo a lo que el terapeuta admisor determine, será derivado a un psicólogo o psicóloga del centro terapéutico. De acuerdo a Sebastián: *esta es una pregunta recurrente, ¿quién será mi terapeuta? En este punto, las entrevistadoras telefónicas siempre responden que esa decisión está en manos del terapeuta admisor.* El entrevistador telefónico conviene una cita con el consultante y le envía los datos y la fecha de admisión convenida al terapeuta admisor. Al respecto, Midori Hanna & Brown (1998) plantean que el entrevistador telefónico debería proveer al consultante toda la información referente a la cita, incluyendo fecha, hora y lugar – físico o digital – en donde se desarrollará la sesión, incluyendo honorarios y políticas de cancelación si existieren.

En los casos en que el consultante ya haya realizado una entrevista de admisión con el prestador del sindicato, ésta será evaluada por el terapeuta admisor, y de hallarse completa, es decir, que incluyan los datos completos, diagnóstico y motivo de consulta, el terapeuta admisor procede a derivar al

consultante directamente a un psicólogo o psicóloga del centro terapéutico. Si el terapeuta admisor evaluara que es necesario ampliar algún dato, se conviene con el consultante una entrevista de admisión. Preguntado sobre este punto, Mariano explica lo siguiente: *La mayoría de las obras sociales con las que el centro trabaja cuentan con un prestador que deriva sus casos a centros como el nuestro. Algunos de estos prestadores tienen un buen sistema de entrevista telefónica, otros son muy básicos. Excepto que la derivación esté realizada por estos prestadores competentes, los cuales nosotros ya conocemos con el buen nivel con el que trabajan, que envían ficha completa del consultante, incluido el diagnóstico presuntivo y motivo de consulta, todo el resto de la gente que ingresa al centro deberá realizar una entrevista de admisión con nosotros.*

Con respecto a la redundancia de entrevistas y el impacto que éstas tienen en el consultante, Sebastián nos comenta que: *A veces las prestadoras tienen un sistema muy precario de admisión en donde le preguntaron a la persona por qué consulta, o a veces es un profesional de la salud el que realiza el proceso y a veces no, entonces el consultante dice que esto ya se lo preguntaron, o que estas preguntas ya se las hicieron, pero la gente ya está acostumbrada en este país a que lo tienen que hacer.*

Cabe destacar que la atención que el centro ofrece es ambulatoria, por lo tanto, toman solo casos leves a moderados. Si el caso inició como moderado y se transformara en severo, el centro terapéutico se pone en contacto con la prestadora para comunicarle de esta evolución para que el paciente pueda ser derivado a otra institución tratante de este tipo de casos, como hospitales de día o internación.

### **5.1.3. La entrevista de admisión**

Como ya se mencionó anteriormente, los objetivos principales de la primera entrevista son: plantear el problema concreta y específicamente, explorar soluciones intentadas y definir metas de la terapia en términos positivos, concretos y alcanzables (Feixas et al., 2006). Desde el primer encuentro con el consultante, el terapeuta centrará su interés y valoración en las interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo; cómo funciona el problema que se presenta en éste sistema relacional; cómo el sujeto ha intentado hasta el presente resolver el problema; y cómo es

posible cambiar la situación que aqueja de manera rápida y eficaz (Nardone & Watzlawick, 1992). Para poder entender la génesis, así como el tratamiento de los problemas psicológicos, es de gran utilidad comprender el contexto que incluye y supera al individuo. El contexto, según Bateson (1972), nos lleva a considerar los trastornos y síntomas emergentes con un significado propio de la situación interactiva en la que surgen, y la selección de las respuestas adecuadas al contexto en que el individuo está o cree estar. Para poder decidir que información se tendrá en cuenta al analizar el contexto, se tomarán en cuenta las variables y relaciones que conforman por un lado el contexto significativo, que nos permiten comprender el problema, y por el otro, el contexto operativo, que delimita las personas con las que se trabajará durante la consulta y tratamiento (Moreno Fernández, 2014)

A partir de los datos recogidos en la entrevista telefónica, el terapeuta admisor puede formular algunas hipótesis iniciales. Evaluar si la estructura evolutiva es apropiada para la fase evolutiva que el consultante estaría atravesando (Midori Hanna & Brown, 1998), es de suma importancia en estas formulaciones iniciales, que se mantendrán hasta que la información concreta las verifique o las elimine. Preguntas como: ¿el problema es crónico, situacional o evolutivo? O ¿necesita ayuda para resolver un problema específico o para pasar una crisis vital?, le permiten al terapeuta estructurar la entrevista. Al respecto de los datos de la entrevista telefónica, Sebastián comenta lo siguiente: *Hay preguntas que son claves: edad, derivado por, asiste acompañado por. Con esos tres datos ya uno puede ver motivación, gravedad y temática por la que puede consultar una persona. Si la persona tiene una edad adulta y viene acompañado, ya te muestra una cuestión de gravedad, porque en general la gente que necesita venir acompañada cuando no es una cuestión de edad, en el caso de niños o adolescentes, es porque existe alguna dificultad. Por ejemplo, un paciente de 22 años al que la mamá le sacó un turno, ahí muestra un grado de dificultad o gravedad.*

La entrevista de admisión se realiza en la fecha y horario pactado anteriormente por los entrevistadores telefónicos, los cuales arman una agenda diaria con todas las entrevistas de admisión para cada día. El terapeuta admisor se pone en contacto con cada uno de los pacientes pautados para dicha jornada, a través de video llamada en la mayoría de los casos, en su defecto por vía

telefónica. Cabe destacar que esta modalidad virtual se encontraba en efecto a la hora de realizar este trabajo, a causa de la situación pandémica global. Preguntado acerca de este punto, Mariano, director y terapeuta admisor de la institución, comenta que *antes de la cuarentena, los consultantes se derivaban por zona o venían a los consultorios nuestros de los alrededores de sus hogares o lugares de trabajo. Hoy en día no se puede elegir cuáles casos van a presencial o virtual, y para casos moderados a graves, la virtualidad te quita mucha capacidad de maniobra. Supongamos que el paciente está con un riesgo de vida o riesgo a terceros, una cosa es que esté en el consultorio y que yo tenga mayor capacidad de maniobra, diciéndoles espérame que llamo a tu familia, o llamo al 911. Pero ha pasado que el paciente apague la cámara o corte la llamada. Hay cosas que uno pueda manejar con lo presencial, que se pierden con el dispositivo online. Yo creo que para pacientes de moderados a graves el dispositivo virtual no sería el dispositivo ni de admisión ni de tratamiento.*

Aquí se plantea una de las limitaciones de la telepsicología. Otras de las limitaciones, como plantean Traverso y Salem Martínez (2020), son la familiaridad con la tecnología, tanto por parte del terapeuta como de los consultantes, las intervenciones, el mantener el encuadre, la precisión diagnóstica y la intervención sobre lo no verbal entre otros. Sin embargo, los estudios de eficacia que comparan la telepsicología versus la práctica presencial, no presentan grandes diferencias entre un dispositivo y otro. A pesar de que teleterapia plantee variaciones de la psicoterapia presencial, la cantidad de sesiones han aumentado, los consultantes que ya se encontraban en tratamiento han podido permanecer comprometidos, y se han incorporado otros miembros adicionales de la familia a los tratamientos.

En lo referente a cómo se va recabando información en la entrevista de admisión, el terapeuta cuenta con una ficha modelo en donde va volcando los datos sociodemográficos, como así también el motivo de consulta y algunos objetivos de la terapia (Figura 4). Esta ficha contiene campos de toda la información relevante del consultante que servirá de guía al terapeuta admisor en la ayuda de la co-construcción de problema que el consultante trae. Como plantea Moreno Fernández (2014), la ficha telefónica es de una gran utilidad para la primera entrevista de evaluación con la familia, ya que las coincidencias de

síntomas y situaciones relevantes en una familia permiten generar hipótesis desde dicha entrevista inicial, También en la terapia individual, lo datos que se recogen en dicha ficha, conciernen no sólo al momento de la demanda, sino a otros momentos importantes de la vida del individuo, que brinda una visión compleja del problema y ayuda a determinar el contexto operativo.

**Entrevista de admisión**

Admisor: \_\_\_\_\_ Fecha: //2021

Derivado:

Espontáneo  
 Servicio \_\_\_\_\_  
 Institución \_\_\_\_\_  
 Profesional \_\_\_\_\_

**Datos Personales**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ F. Nac: // \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ H.C.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_ OBRA SOCIAL: \_\_\_\_\_  
Emergencias: \_\_\_\_\_

**Genograma:**

**Actividad Laboral / Estudio:**

**Antecedentes psicoterapéuticos / psiquiátricos:**

Primera consulta a Psicología  
 Tratamiento psicológico anterior (Año/s): Alta: \_\_\_\_\_ Abandono: \_\_\_\_\_  
 Psiquiatría (Año/s): \_\_\_\_\_ Medicación: \_\_\_\_\_  
Profesional tratante: \_\_\_\_\_  
 Internación psiquiátrica (Año): \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de salud / medicación actual:**

**Motivo de consulta:**

¿Por qué ahora?

Uso de sustancias/alcohol/conducta compulsiva:

Sí  
 No  
 Grupo autoayuda

Sueño:	Actividad Física:	Actividad de tiempo libre
<input checked="" type="radio"/> 1. Conservado	<input checked="" type="radio"/> 4. Sí	7. Sí ¿Cuál? _____
2. Insomnio	5. Esporádica	8. No
3. Irregular	6. No	

**Plan Terapéutico:**

9. Individual    11. Fila / Pareja    10. Grupo Terapéutico    12. Taller \_\_\_\_\_

Derivación a Psiquiatría?  13. Sí    14. No

**Objetivos de Tratamiento**

Figura 4. Modelo tipo de ficha de admisión del centro terapéutico.

Una vez que el paciente se conecta a la entrevista de admisión, luego del saludo inicial, se repasan los datos básicos suministrados por la entrevistadora telefónica, a ser nombre, apellido, edad, documento de identidad, teléfono, teléfono de emergencia y obra social. La derivación aporta información



importante, pudiendo ampliar la naturaleza de la consulta en cuestión. Si el consultante se presentara espontáneamente, podría sugerir que la persona esta bastante motivada a realizar un proceso de terapia. En cambio, si la derivación surgiera de otro profesional, entidad escolar, o del ámbito judicial, podría ocurrir que la persona o personas que debieran acudir a la entrevista, presentaran cierta resistencia al proceso, incluso mostrarse reticentes y menos dispuestos a acudir a la entrevista inicial (Midori Hanna & Brown, 1998). Con respecto a este punto, Sebastián comenta que, *si es consulta espontánea, ahí se puede suponer que la motivación es más alta, si la derivación viene de un médico, el colegio o cualquier fuente externa, la motivación en general puede ser más baja. Aunque hay muchas excepciones a esto, pero te da una idea de por dónde puede venir lo motivacional.*

Los antecedentes psicoterapéuticos o psiquiátricos aportan una gran información sobre la situación psíquica del consultante. Si el consultante comenta haber pasado anteriormente por otros procesos terapéuticos o psiquiátricos, si toma algún tipo de medicación y sus dosis, junto con otra información recabada, puede ayudar a organizar la información alrededor de alguna dimensión diagnóstica y permitir seguir ahondando en el tema para corroborar o definir un diagnóstico. Con respecto a este tema, en el caso de M., manifestó lo siguiente: *Hace cinco o seis años atrás, mi papá falleció y yo estaba lejos, en Brasil. Al poco tiempo comencé con ataques de pánico y no podía salir de mi casa. Vi a un psiquiatra y me recetó Sertralina y Clonazepam. Estuve un año y medio sin salir, pero la medicación de a poco me ayudó. Después conseguí un trabajo nuevo y dejé el Clonazepam porque el trabajo era manejando maquinarias y tenía que estar atento. Todavía hoy de vez en cuando tengo ataques de pánico.* El terapeuta intervino preguntándole, *¿Y qué haces cuando eso te pasa?* La respuesta a esta pregunta le indica al terapeuta con qué herramientas cuenta M. para poder resolver sus crisis de ansiedad. M. contesta, *la paso muy mal. Antes tenía la medicación, pero ahora aguanto hasta que pase. La terapeuta anterior me enseñó a respirar para poder calmarme. A veces funciona, a veces no.* El terapeuta admisor también le preguntó si seguía realizando controles psiquiátricos a lo que el consultante respondió que no. El terapeuta le explicó que además de la derivación a otro terapeuta para su proceso terapéutico, lo referiría a una interconsulta psiquiatra para realizar una

nueva evaluación del cuadro de pánico. Toda esta información fue ingresada en la ficha de admisión en los apartados correspondientes (Figura 4).

Por otra parte, los procesos terapéuticos anteriores dan una idea de las soluciones intentadas previamente, las que pueden analizarse para entender por qué pudieron haber fallado dichas soluciones y de esta manera, determinar objetivos terapéuticos acordes al momento presente del consultante. Los objetivos están directamente relacionados con la resolución de los problemas que plantea el consultante (Wainstein, 2006). Preguntado acerca de este tema, Mariano comenta que *tener información sobre terapias previas ayuda a no cometer los mismos errores que los terapeutas anteriores. Si por ejemplo una familia dice haber dejado la terapia anterior porque se centraba demasiado en la pareja y no en el hijo que era por el que consultaban, esa información me sirve para no centrarme en el matrimonio y enfocarme en el hijo.*

Con respecto a si un paciente toma medicación, el averiguar que tipo de medicación y sus dosis también aporta información sobre la gravedad del cuadro que presenta el consultante. En caso de que se determine que es un cuadro de moderado a severo, el terapeuta admisor analizará la situación para decidir si ese consultante puede ser atendido en el centro terapéutico, o si necesita ser derivado a otra institución.

Una vez que el proceso de admisión llega a su conclusión, el terapeuta admisor deberá analizar cuáles de los terapeutas de la institución es el indicado para dicho paciente. Es de suma importancia poder equiparar al terapeuta con el cliente a partir de su idiosincrasia, en relación con la alianza terapéutica, ya que esto hará que se cubran tanto las necesidades del consultante como del terapeuta. Con respecto a esto, Mariano menciona que *en las admisiones lo que intento hacer es equiparar el perfil del paciente con el del terapeuta. Esto puede tener que ver con cuestiones idiosincráticas, estilo del terapeuta, edades, intereses comunes y la complejidad del caso y formación del terapeuta. La decisión del terapeuta es mía, si bien los pacientes quieren algún tipo de terapeuta o presentan algún requisito, y siempre que esto no haga perder capacidad de maniobra al terapeuta y no lo ponga en una situación de desventaja, intento cumplir.* Tal es el caso de M. cuando requirió en su sesión de readmisión que se lo refiriera a un terapeuta hombre.

## **5.2. Describir las distintas intervenciones sistémicas que el terapeuta puede utilizar en la co-construcción del problema en un proceso de admisión en un centro con orientación sistémica.**

Desde la primera sesión, el terapeuta se centrará en el problema utilizando la observación del consultante y la manera en que explica su queja, para poder identificar en forma concreta la pragmática del problema. Existen tres categorías principales a tener en cuenta con respecto a la naturaleza de la problemática del consultante: la interacción entre sujeto y sí mismo; la interacción entre sujeto y los demás; y la interacción entre el sujeto y el mundo (Nardone & Watzlawick, 1992).

Las intervenciones estratégicas por parte del terapeuta, focalizan en adaptar medios y fines. Su función principal es influir en el consultante para que enfrente su problema de manera diferente, observando, aprendiendo y hablando su lenguaje. El terapeuta determina como prioritario establecer un vínculo que favorezca el trabajo, identificar problemas, fijar metas, diseñar intervenciones para lograr dichas metas y analizar las repuestas recibidas para determinar la eficacia de las intervenciones (Wainstein, 2006).

Con respecto al rol del terapeuta, Mariano comenta lo siguiente: *Un elemento importante en el pensamiento sistémico es la idiosincrasia del consultante que apunta a cómo la persona entiende el mundo y lo afronta con patrones de pensamiento, emociones y conducta. El terapeuta aprende a ajustarse en ella, imitando el tono de la voz, el lenguaje corporal y también averigua sobre los significados personales que atribuye a diferentes palabras claves que el consultante va utilizando a medida que cuenta lo que le pasa. A modo de ejemplo, el paciente comenta: Estoy abrumado. A lo que el terapeuta pregunta: ¿Qué significa para vos estar abrumado?* De esta manera, el terapeuta se introduce en el marco de referencia del consultante, en su idiosincrasia.

La entrevista de admisión va recorriendo diferentes etapas: la etapa de socialización, la etapa del planteo del problema, la etapa de interacción y la de fijación de metas.

Con respecto a la etapa de socialización, el terapeuta crea un ambiente de encuentro cordial con el o los consultantes para empezar a establecer una alianza terapéutica. Según Nardone (2002) la alianza o el joining está basado en

la flexibilidad y la capacidad que tenga el terapeuta para ajustarse a un consultante y sus problemáticas y poder ofrecer así una contención adecuada. Sobre este tema, Sebastián comenta que *es fundamental tener empatía y mostrar interés y escucha en el consultante. Tengo que profundizar lo suficiente para poder entender lo que le está pasando al consultante y no pasar por alto ningún tema relevante o grave, sin llegar al punto en el que al paciente le cueste la derivación a otro terapeuta. Es un equilibrio que permite arrancar una alianza y que se entienda que esa alianza no es conmigo, sino con el proceso terapéutico, en donde yo soy parte de ese proceso. La alianza es con la institución.* Según Moreno Fernandez (2014), la alianza o joining genera una relación de confianza que les permite a los consultantes una mayor receptividad de las intervenciones que realiza el terapeuta.

En la etapa de planteamiento del problema, es donde se pregunta al consultante qué lo ha traído a la consulta, cuál es el problema que le aqueja. Es importante la manera en que el terapeuta realice esta pregunta, ya que esto ayuda a definir su posición en la relación terapéutica. Según Wainstein (2006), cuanto más ambigua y general se realice la pregunta, más campo se les da a los consultantes a exponer sus puntos de vista. En la entrevista de admisión de J., de 23 años, Sebastián interviene con una frase bastante general para generar un espacio de respuesta: *La idea es poder entender, si bien no voy a ser tu psicólogo, poder entender para transmitir qué es lo que estás buscando, y en qué crees que un tratamiento te puede ayudar.* La respuesta de J. fue la siguiente: *A la mitad del año pasado, empecé con problemas, soy una persona muy insegura, hace tres años tuve una relación donde me fue muy mal, tanto con mi pareja como con amistades, y eso me trae problemas con mi actual pareja, a pesar de que están bien las cosas, me queda el fantasma de lo que me pasó... Mi anterior relación me engañó. Y en cierta manera algunos amigos también.* El terapeuta interviene preguntando: *¿Qué tipo de problemas te trae con tu pareja?* A los que J. responde: *me enoja mucho, soy bastante calentón en general, me enoja y me pongo a gritar, a veces tiro o golpeo cosas. Y ella se enoja y me recrimina que soy un desconfiado.* En esta respuesta también podemos evidenciar cómo el problema que el consultante está manifestando, lo ubica en relación con sí mismo (inseguridad), con los demás (desconfianza) y en relación de éste con el mundo (amenazante).

La comunicación es un elemento que esta asociada al forjamiento de la alianza terapéutica entre terapeuta y consultante y fundamental para la co-construcción del problema. La Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick et al., 1967), sostiene en su primer axioma que no se puede no comunicar. Una de las respuestas posibles a este axioma es la aceptación de la comunicación. A modo de intervención esto se demuestra en el siguiente intercambio de Sebastián con el paciente J.: *A ver si entendí bien. Esto que te pasa, que definís como calentón, es tu nivel de enojo que no te permite controlar tus impulsos, y eso te preocupa. ¿Es así?* Aceptar la comunicación, es validar el marco de referencia del consultante, que lo lleva a sentirse no solamente aceptado por el terapeuta sino también validado como persona.

La siguiente intervención ejemplifica una reformulación para definir el motivo de consulta. N. de 26 años expresa querer empezar terapia porque: *No sé que me pasa, soy un manojo de nervios, a veces siento que me late muy rápido el corazón y eso me pone más nerviosa, no sé cómo relajar. Quiero estar más tranquila.* La intervención a modo de reformulación de Sebastián es la siguiente: *A ver si entendí, S., quisieras arrancar terapia para poder entender qué te pasa, por qué estás tan ansiosa y además aprender a utilizar herramientas que te ayuden estar más tranquila. ¿Es así?* La reformulación o reencuadre según Wainstein (2006) es dar una connotación positiva a conductas que eran percibidas hasta el momento como negativas por parte del consultante. Codifica la percepción de la realidad del consultante, sin cambiar el significado de la cosa, solo su estructura sintáctica y a veces también su sentido.

Si fueran varios miembros de una familia los que están presentes en la sesión, y el terapeuta elige quién comienza, debería comenzar por los padres, respetando así jerarquías internas de la familia (Midori Hanna & Brown, 1998). En una entrevista con G., de 39 años y su hijo T., de 13, Mariano le da la palabra a G. para que comience a contar el motivo de consulta. G. comenta: *En realidad T. me pidió de hacer terapia. Yo hablo mucho con él y me comenta que está nervioso, se come mucho las uñas. Estoy preocupada por su baja autoestima. Desde que empezó la cuarentena está apagado. Estuvo un tiempo en la casa del papá, pero quiso volver a mi casa al poquito tiempo.* Luego Mariano le pasa la palabra a T., quien expresa: *Yo quise consultar porque me como las uñas*

*desde los ocho años, y además estoy medio bajón. Me la paso en mi cuarto y no quiero salir. No se porqué estoy así.*

El terapeuta no da su punto de vista, solo recoge información sobre hechos y opiniones, observando cómo actúa y qué dice cada uno de los entrevistados. Sus intervenciones a partir de preguntas simples, reformulaciones y reestructuraciones apuntan a crear alianza, para que el consultante se sienta lo suficientemente cómodo para abrirse y compartir información con el terapeuta.

Por otro lado, Mariano comenta que *tal vez el paciente venga con una expectativa diferente de motivo de consulta al que uno detecta, y yo como admisor tenga que co-construir el motivo de consulta junto con el paciente*. La definición del problema debe realizarse en términos de conducta real, en un pasado reciente y en el presente. El énfasis estará puesto en las soluciones intentadas que no funcionaron para resolver el problema, y de esta manera orientarse al presente y futuro (Wainstein, 2006).

En la etapa de fijación de metas u objetivos, se definirán los cambios que el consultante desea lograr. Con respecto a los objetivos, Mariano aclara que *el planteo de objetivos en una entrevista de admisión es mínimo, está más orientado a una reformulación del problema que plantea el consultante. En general el planteo de objetivos se desarrollará en las sucesivas entrevistas con el terapeuta al que se derive el consultante*. A modo de ejemplo, Sebastián interviene nombrando los objetivos para su futuro proceso terapéutico, como conclusión de la sesión con J., *Bueno J, la idea es hacer la derivación con un profesional para que puedas ahondar en este tema que trajiste de la relación con tu pareja y de sentirte más seguro en el manejo de tus enojos y trabajar tu inseguridad para poder también tener un mejor manejo de ella.*

### **5.3. Describir las ventajas que tiene para los profesionales el uso del genograma como herramienta de la entrevista de admisión**

El genograma es un eficiente resumen clínico que permite al terapeuta que desconoce el caso, acceder rápidamente a simple vista, a gran cantidad de información sobre un individuo o una familia, que puede seguir siendo ampliada a medida que se obtienen más detalles. También es una gran ayuda a la hora de simplificar la complejidad de los vínculos familiares y resumir la información

(Rodríguez Ceberio & Díaz Videla, 2020). De acuerdo con Mc Goldrick & Gerson (1985), es una herramienta interpretativa subjetiva, que permite realizar una evaluación comprensiva, sistemática y clínica para poder explorar las relaciones y normas de funcionamiento familiar. Tanto como vehículo de indagación, organizador clínico o herramienta de intervención en sí mismo, el genograma favorece al trabajo terapéutico que permita ligar el contexto y la vida relacional y afectiva de los consultantes (Rodríguez Ceberio & Díaz Videla, 2020).

El genograma se construye en la entrevista de admisión y luego se lo revisará y ampliará a medida que se obtenga mayor información. Con respecto a este tema, Sebastián nos comenta que *en las admisiones solemos explicarles a los consultantes que hacemos un dibujo de cómo es su familia para que el terapeuta que lo va a tratar sepa rápidamente quién es quién. Cuando estaba en el consultorio, en sesiones presenciales, lo iba haciendo junto con el paciente y el paciente iba entendiendo como construía su árbol familiar. En la virtualidad esto no pasa, pero, de todas formas, el genograma se realiza, no muy extendido, tal vez solo con la familia conviviente. Los terapeutas a los que se les derive los casos, ampliarán seguramente este genograma al correr de las sesiones. Cuando la construcción del genograma se realiza junto con el consultante, éstos proyectan sus afectos, emociones, vínculos e historia en los símbolos, resultándoles más fácil hablar del gráfico, ya éste es una externalización de su vida colocada en un dibujo (Rodríguez Ceberio & Díaz Videla, 2020).*

La construcción de un genograma está definida por tres instancias: trazar la estructura familiar; registrar la información acerca de la familia; y delinear las relaciones familiares.

### **5.3.1. Trazado de la estructura familiar**

La estructura familiar muestra a los miembros de la familia en relación unos con otros y cómo están relacionados biológica y legalmente. Algunas historias clínicas cuentan con una figura modelo base que puede ir completándose rápidamente en donde figuran tres niveles generacionales en blanco para completar. El centro no cuenta con dicha figura modelo en su ficha de historia clínica, lo que obliga a empezar de cero.

Como plantean los autores Mc Goldrick & Gerson (1985), primero se define en el gráfico al consultante como consultante índice o consultante identificado alrededor del cual se va a construir el genograma. Se agrega la edad y nombre del consultante y a partir de ahí, se va agregando información adicional del resto de los integrantes de la familia.

El siguiente genograma fue realizado basándose en a la entrevista de admisión de un paciente en la institución, y muestra a simple vista, la situación familiar y relacional del consultante T., de 13 años quien consultó espontáneamente junto a su madre en la institución por encontrarse ansioso, triste y sin entender muy bien el porqué de su cuadro.

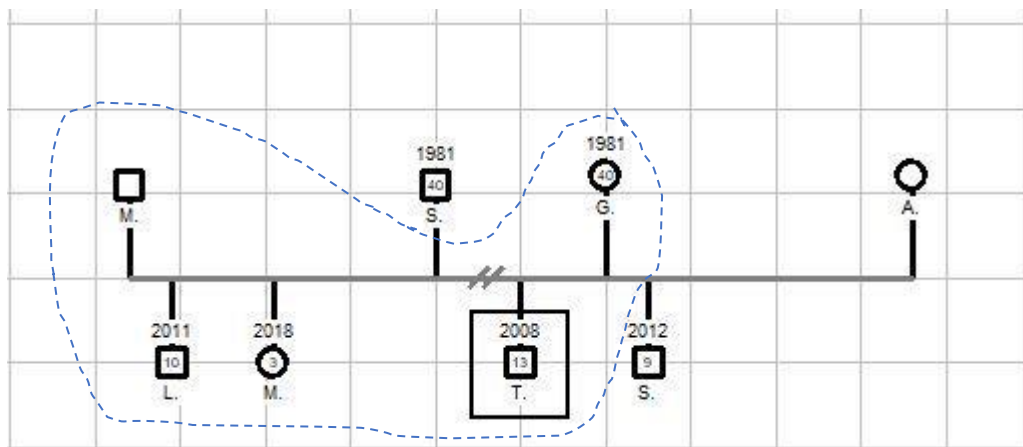


Figura 5- Ejemplo de Genograma con información básica ingresada

En la primera etapa del armado del genograma del consultante T. (Figura 5) se puede observar que tiene 13 años, de padres separados, vive con su mamá y su segundo marido con el cual tienen un nene de 10 años, L., y una nena de 3 años, M. Nótese que la línea punteada rodea a los miembros convivientes en un mismo domicilio, como lo refieren en su texto Compañ, Feixas, Muñoz, & Montesano (2012). Por otra parte, el papá de T., S, también se casó nuevamente con A, y tienen un nene de 9 años, S.



En una segunda etapa, podemos ver como los datos aportados por T., van sumando información, en este caso del tipo relacional, entre el consultante y algunos de los miembros de la familia (Figura 6). La línea roja marca una relación hostil con A., la segunda mujer del papá de T., y una relación cercana y positiva entre T. y su mamá G.

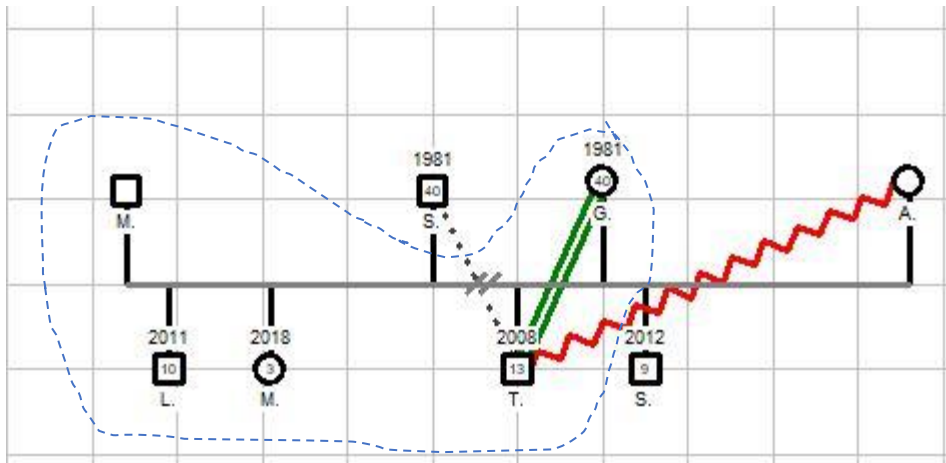


Figura 6 -Genograma con vínculos relacionales.

En una tercera etapa (Figura 7), y ya casi al final de la entrevista de admisión, surge en el relato del consultante, el fallecimiento de su abuelo el año anterior. El abuelo, con el cual T. compartía una relación muy estrecha y positiva, falleció de Covid en 2020. A pesar de que, en la entrevista de admisión, el terapeuta admisor realiza un genograma bastante simple, incluyendo en general solamente los datos de la familia conviviente, para que luego sea extendido por

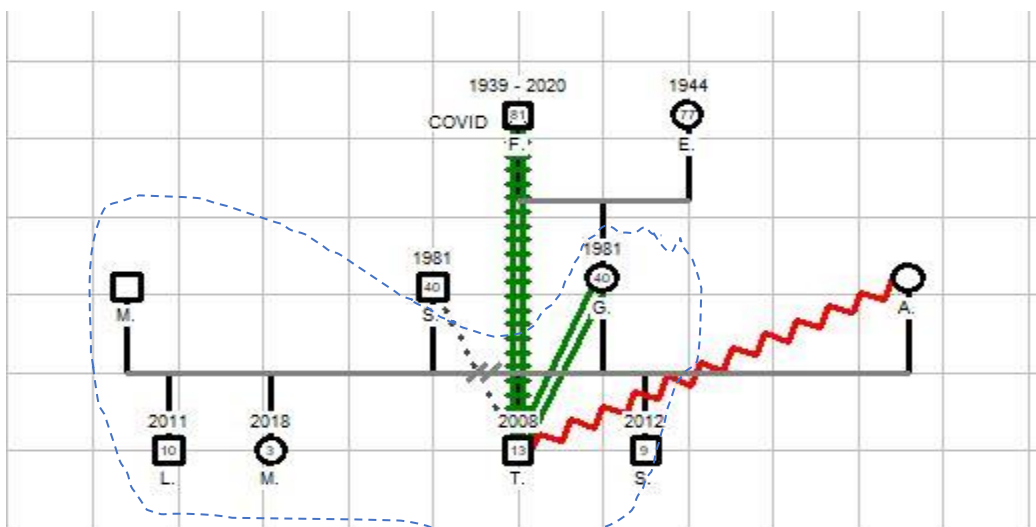


Figura 7- Genograma ampliado a la tercera generación

el terapeuta al que se le derive el caso, pareció oportuno ingresar el dato del abuelo fallecido debido a la cercanía del vínculo con el consultante.

Toda esta información graficada permite al terapeuta realizar hipótesis preliminares a ser confirmadas o descartadas más adelante (Midori Hanna & Brown, 1998). Por ejemplo, tomando el concepto de triángulos de Bowen (1978), y en vista de la conflictiva relación entre T. y A., una posible pregunta a responder sería: ¿existe un proceso de triangulación que esté sosteniendo el conflicto entre T. y A.? ¿Cuál podría ser el tercer componente en esta relación de conflicto? ¿Qué situación está sosteniendo el conflicto entre estos dos miembros? Otra hipótesis a confirmar, podría ser, ¿Cómo influyó la muerte del abuelo en el cuadro situacional de T. en el presente?

Las preguntas, hipótesis, etc., que surgen en la entrevista de admisión, pueden anotarse en la ficha del paciente para ser utilizadas como posibles disparadores para futuras áreas a explorar por el terapeuta que tome el caso.

## 6. Conclusiones

El presente trabajo abordó el proceso de la entrevista de admisión en una institución con orientación sistémica a partir del análisis de la estructura de varias entrevistas de admisión, las distintas intervenciones que los terapeutas sistémicos pueden utilizar en la co-construcción del problema y las ventajas del genograma como organizador clínico dentro de dichas entrevistas.

Para responder a los objetivos del trabajo se realizaron entrevista de admisión no participantes, entrevistas semi-dirigidas a los directivos de la institución, y la confección de historias clínicas a partir de la observación de las entrevistas de admisión. También, la información recabada en el marco teórico fue un gran apoyo para poder articular la práctica y comprender no solamente las etapas de los procesos involucrados, y los elementos fundamentales que participan de dichos procesos, sino también las intervenciones terapéuticas y su efectividad, observadas de primera mano en las entrevistas de admisión.

Con respecto a la descripción de la estructura de una entrevista de admisión en un centro con orientación sistémica, se pudieron analizar de que manera dichas entrevistas son llevadas a cabo a partir de las diferentes etapas

del proceso, desde la entrevista telefónica y sus requerimientos específicos hasta el uso de organizadores clínicos, que permiten ordenar la información de tal manera que el terapeuta admisor pueda realizar la derivación del caso a un terapeuta de la institución, de la manera más efectiva posible. Se pudo encontrar una concordancia entre los textos de autores clásicos como Watzlawick et al., (1967), Nardone & Watzlawick (1992), Midori-Hanna (1998) y Wainstein (2006) que refieren sobre las entrevistas de admisión y sus diferentes etapas, así como también en artículos de investigación más recientes como Botella y Corbella (2011) y Traverso y Salem Martínez (2020), que auxiliaron en el logro de una buena articulación con la práctica.

Por otra parte, se pudieron determinar algunas de las distintas intervenciones sistémicas que el terapeuta puede utilizar en la co-construcción del problema en un proceso de admisión, a partir de técnicas como las preguntas simples, la reformulación y el reencuadre, permitiendo de esta manera comenzar con el establecimiento de la creación de la alianza terapéutica, y de esta forma, que el consultante pueda superar sus inhibiciones y sus resistencias, para brindarle al terapeuta admisor, información concreta sobre su queja inicial, y de esta manera ayudar a co-construir el motivo de consulta. Los textos de Wainstein (2006) y Nardone & Watzlawick (1992) fueron de sumo valor a la hora de detectar y puntualizar las intervenciones que iban siendo realizadas por el terapeuta, y de esta manera comprender cómo la teoría respalda y colabora con el rol del terapeuta en la práctica terapéutica.

Por último, se determinaron las ventajas que tienen para los profesionales el uso del genograma como herramienta de la entrevista de admisión y su posterior uso en todo el proceso terapéutico. Este organizador clínico, no solo permite a cualquier terapeuta instruido en su simbología poder entender a simple vista el contexto familiar y relacional del consultante, sino que también otorga un lenguaje común de trasmisión y comunicación de la información entre profesionales, que, al ser dinámico, permite ir generando modificaciones con el correr el tiempo, dentro y fuera del proceso terapéutico. En este apartado fueron una fuente de invaluable información, los textos de Mc Goldrick & Gerson (1985), Bowen (1978) y Bowen (1991).

En cuanto a las limitaciones del trabajo, la búsqueda de bibliografía actual con respecto al genograma y su utilización en la práctica clínica es un poco

acotada, ya que apunta a las dos fuentes teóricas mas predominantes que son los trabajos de Murray Bowen, por un lado, y a Mc Goldrick y Gerson por el otro. A pesar de encontrar investigaciones actuales acerca del tema, la mayoría de los investigadores continúan apuntando como referencia, casi de manera dogmática, a dichos autores, introduciendo pequeños cambios, orientados a la inclusión de género, en línea con los movimientos sociales contemporáneos. Por otro lado, el contexto de pandemia no colaboró con la oportunidad de realizar la práctica presencialmente, pero cabe destacar que la modalidad on-line no representó grandes inconvenientes a la hora de observar las entrevistas de admisión ni tampoco en la interacción con los terapeutas, en cuanto a las entrevistas individuales realizadas a ellos.

A modo de perspectiva crítica que surge de la práctica, un aspecto que podría mejorarse, es el formulario modelo que utiliza la institución para recabar información, el cual, al momento de realizar las entrevistas, no colabora con el ingreso de la información recabada de forma ordenada, lo que muchas veces obliga a un ida y vuelta a través de la ficha, no ayudando en muchas oportunidades con la velocidad necesaria para apuntar la información que el consultante va suministrando. A su vez, el cuadro para la confección del genograma, no solo es pequeño, sino que además sería de mucha ayuda que tuviera ya diseñado al menos tres niveles generacionales para una más rápida anotación de la información. En la práctica, al confeccionar las historias clínicas, fue necesario utilizar una hoja en blanco en donde se tomaban datos aleatorios que luego, una vez finalizada la entrevista, se volcaban en la ficha, para mayor exactitud de la información, evidenciando una falta de espacio para el tomado de notas. Sería de gran ayuda, que la ficha contara con espacios más amplios, para que todos los apuntes de información se realizaran en la misma.

Otro aspecto que surge del análisis, y que podría abrir nuevas líneas de investigación, sería la sistematización del ingreso de los consultantes a la institución, a través de sistemas informatizados que den mayor agilidad y versatilidad en cuánto a la información suministrada por los consultantes. De esta manera se evitarían redundancias en la cantidad de contactos por los que pasan los consultantes hasta llegar a la derivación con el terapeuta que llevará sus procesos terapéuticos adelante. Esto también significaría una gran cantidad

de información al alcance del terapeuta adisor a la hora de derivar un consultante para su proceso terapéutico, a un terapeuta de la institución.

Por otro lado, también podrían investigarse la implementación de diferentes herramientas disponibles hoy en el mercado, como por ejemplo la PCOMS desarrollada por Barry Duncan, que permiten medir con exactitud la eficacia de los procesos terapéuticos desde la admisión y a través del tiempo, tomando variables como medición del ajuste de objetivos, motivo de consulta y relación terapéutica, facilitando la identificación de consultantes en riesgo de abandono del proceso terapéutico, información cuantificable y objetiva de la efectividad de los terapeutas y el sistema de salud, entre otras. Por supuesto que todo proceso de sistematización significaría un desembolso económico que muchas veces las instituciones en nuestro país no están en condiciones de afrontar, lo que las lleva a mantener por años, métodos antiguos y poco eficientes. A pesar de esto, no deja de ser un camino interesante a seguir investigando, para poder encontrar maneras de poder llevarlo a cabo, a pesar de las limitaciones económicas del caso.

En conclusión, y en carácter de aporte personal, la práctica profesional ha sido una experiencia enriquecedora, que facilitó la realización de este trabajo final, aportando gran cantidad de información, así como también un gran aprendizaje a través de la observación directa de entrevistas de admisión y la interacción entre terapeutas y consultantes. Cabe destacar el rol de la institución, ofreciendo una total dedicación y disponibilidad por parte de sus directivos, que en todo momento colaboraron entusiastamente en proveer información referente a los temas en cuestión, siendo generosos con sus tiempos y conocimientos. También destacar la colaboración de profesores y tutores por su incansable dedicación y guía, sin lo cuales no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

## **7. Referencias Bibliográficas**

- Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. New York: Chandler Publications.
- Belous, C. K., Timm, T. M., Chee, G., & Whitehead, M. R. (2012). Revisiting the Sexual Genogram. *The American Journal of Family Therapy*, 40:281-296.

- Betteroutcomesnow (BON). (2021). Obtenido de betteroutcomesnow.com:  
<https://betteroutcomesnow.com/>
- Bordin, E. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16.
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza Terapeutica evaluada por el paciente y mejora sintomatica alo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 21-33.
- Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.
- Bowen, M. (1991). *De la Familia al Individuo*. Barcelona: Paidos.
- Brock, G. W., & Barnard, C. P. (1992). *Procedures in Marriage and Family Therapy*. Needham Height, MA.: Allyn & Bacon.
- Brown, J. (1999). Bowen family systems- Theory and practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, Vol.20( No.2 ), 94-103.
- Campbell, L. F., Millan, F. A., & Martin, J. N. (2017). *A telepsychology casebook: Using technology ethically and effectively in your professional practice*. American Psychological Association.
- Casablanca, R., & Hirsch, H. (2009). *Como equivocarse menos en terapia: Un registro para el modelo MRI*. Santa Fe, Argentina: Centro de Publicaciones Universidad Nacional del Litoral.
- Cazabat, E. (2013). Historia de la Terapia Estrategica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec, & J. Rabinovich, *Que y Cómo: Practicas en Pscoterapia Estratégica* (págs. 15-20). Buenos Aires: Dunken Ed.
- Ceberio, M. (2018). *Quién soy y de dónde vengo"*. Madrid: Ediciones Morata.
- Cinabal Juan, L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. San Vicente, Alicante: Editorial Club Universitario.
- Compañ, V., Feixas, G., Muñoz, D., & Montesano, A. (2012). *El genograma en terapia familiar sistémica*. Universitat de Barcelona.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapeutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19, 205-221.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2006). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Fernández Moya, J. (2006). *En busca de resultados*. Mendoza: Universidad del Aconcagua.

- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliance with couples and families: An empirical informed guide to practice*. Washigton DC: American Psychological Association.
- Giovanazzi, S. (2019). La influencia de los formadores en la construcción del estilo terapéutico. *Mosaico: revista de la Federacion Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 13-21.
- Goñalons, M. (s/f). *El Genograma: un aporte valioso al Psicodiagnóstico*. Recuperado el abril de 2021, de bibliotecas.ucasal.edu.ar: [http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac\\_css/index.php?lvl=notice\\_display&id=62783](http://bibliotecas.ucasal.edu.ar/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=62783)
- Haley, J. (1966). *Strategies of Psychotherapy*. Grune & Stratton.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mc Goldrick, M., & Gerson, R. (1985). *Genograms in Family Assesment*. New York: Norton.
- Midori Hanna, S., & Brown, J. H. (1998). *La práctica de la terapia familiar*. Spain: Descleé de Brouwer.
- Minuchin, S. (2004). *Familias y terapia familiar*. Mexico: Gedisa.
- Moreno Fernández, A. (2014). *Manual de Terapia Sistemica*. Barcelona: Desclee De Brouwer.
- Nardone, G. (2002). *Miedo, Panico y Fobias*. Barcelona: Editorial Herder.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1992). *El arte del Cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Rodriguez Ceberio, M., & Díaz Videla, M. (2020). Las mascotas en el genograma familiar. *Ciencias Psicológicas*.
- Satir, V. (1983). *Cojoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behaviour Books.
- Simon, F. B., Sherlin, H., & Wynne, L. C. (1984). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2007). Common Factor and our Sacred Models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
- Traverso, G., & Salem Martínez, T. (2020). Telepsicología durante la pandemia. *ASIBA - Sistemas Familiares y otros sitemas humanos*, 37-48.
- von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. New York: George Braziller.

- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1994). The alliance in experimental therapy: enacting the relationship conditions. En A. O. Horvath, & L. S. Greenberg, *Wiley series on personality processes. The working alliance: theory, research and practice* (págs. 153-172). John Wiley & Sons.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (2000). *Terapia Breve Estrategica*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communications*. New York.