

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**Trabajo Final Integrador**

**Título:** Caso clínico de una mujer que consulta por la esquizofrenia y adicciones de su hijo abordado mediante la terapia sistémica estratégica breve focalizada.

**Alumno:** Barbenza, Gonzalo Sebastián

**Profesor tutor:** Traverso, Gregorio

## Índice

<b>1.</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>3</b>
	<b>2.1 Objetivo general.....</b>	<b>3</b>
	<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Marco Teórico.....</b>	<b>3</b>
	<b>3.1 Antecedentes históricos de la terapia sistémica y terapia breve focalizada.....</b>	<b>3</b>
	<b>3.2 Conceptos introductorios de la terapia sistémica y de la terapia estratégica breve focalizada.....</b>	<b>6</b>
	<b>3.2.1 Queja inicial, co-construcción del problema y elaboración de objetivos.....</b>	<b>10</b>
	<b>3.2.2 Intervenciones terapéuticas desde la terapia sistémica.....</b>	<b>12</b>
	<b>3.3 Familias multiproblemáticas.....</b>	<b>15</b>
	<b>3.3.1 Familias multiproblemáticas con miembros esquizofrénicos y trastorno por abuso de sustancias.....</b>	<b>18</b>
	<b>3.3.2 Posibles abordajes para familias multiproblemáticas.....</b>	<b>20</b>
<b>4.</b>	<b>Metodología.....</b>	<b>22</b>
	<b>5.1 Tipo de estudio.....</b>	<b>22</b>
	<b>5.2 Participantes.....</b>	<b>23</b>
	<b>5.3 Instrumentos.....</b>	<b>23</b>
	<b>5.4 Procedimiento.....</b>	<b>23</b>
<b>5.</b>	<b>Desarrollo.....</b>	<b>24</b>
	<b>5.1 Presentación del caso.....</b>	<b>24</b>
	<b>5.2 Queja inicial, co-construcción del problema y objetivos propuestos en el inicio del tratamiento de la paciente.....</b>	<b>24</b>
	<b>5.3 Intervenciones estratégicas realizadas por la terapeuta durante el tratamiento.....</b>	<b>30</b>
	<b>5.4 Evolución de la paciente en el transcurso del tratamiento.....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>Conclusiones.....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>47</b>

## 1. Introducción

Atravesados por una actualidad globalizada, se observa la complejidad y particularidad con la que toda cultura condiciona las dinámicas de cada persona que la compone. Hoy en día, se tiene la posibilidad de dar cuenta de cuán ajena puede ser la realidad para personas que ni siquiera habitan lugares muy lejanos. Cada sociedad cuenta con una historia particular, al igual que cada ser humano. Esa historia que la antecede y las características individuales de un sujeto estarán en constante interacción, armando, a su vez, una realidad también única. Se puede afirmar que nos encontramos en una época muy compleja, con muchos factores para tener en cuenta a la hora de analizar a una familia, en general, y a sus integrantes, en particular. El presente nos obliga a compartir demasiado tiempo con nuestro núcleo familiar y, como se hará mención más adelante, la necesidad de contacto con otras áreas/comunidades/instituciones es indispensable para cualquier construcción de la realidad. También, como se verá, la necesidad de una comunicación eficaz con los parientes con los que convivimos es fundamental, principalmente, si es el único espacio en el que nos podemos desenvolver para trabajar, estudiar, entretener, etc. Por lo tanto, una dinámica disfuncional puede traer como nunca consecuencias fácilmente detectables. Si bien aquí se analizará un vínculo en particular, es interesante tener en cuenta las cuestiones que surgen, y el perfeccionamiento de las estrategias de cara a un futuro que se avecina como muy dificultoso.

En el transcurso de la cursada de la Práctica y Habilitación Profesional correspondiente a la carrera de Psicología en la Universidad de Palermo, se realiza el seguimiento de un caso clínico dentro de la institución donde se lleva a cabo dicha práctica para su posterior análisis. La institución, en la que se presenta el caso, se trata de un centro ubicado en el barrio de Belgrano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es una clínica privada con orientación sistémica especializada en las terapias breves focalizadas, donde además se llevan adelante supervisiones, trabajos en Cámara Gesell, preparación de profesionales, terapias individuales, familiares y de pareja. También se brinda la posibilidad de acceder a grabaciones e historias clínicas para el uso de los pasantes en formación.

El caso clínico en cuestión trata de una mujer que llega a la consulta debido a la preocupación que tiene por la esquizofrenia de su hijo, sumado a las adicciones que padece el mismo. Se buscará realizar un análisis sobre los aspectos generales de este caso y su correspondiente justificación práctica y teórica.

## 2. Objetivos

### 2.1 Objetivo General

Analizar el tratamiento de una mujer que consulta por sus frustraciones derivadas de los problemas vinculares con su hijo que padece de esquizofrenia y adicciones, mediante el abordaje de la terapia sistémica estratégica breve focalizada.

### 2.2 Objetivos Específicos

**Objetivo específico 1:** Describir la queja inicial de la paciente, la co-construcción del problema y los objetivos propuestos en el inicio de la terapia.

**Objetivo específico 2:** Describir las intervenciones estratégicas del terapeuta durante las primeras 13 sesiones del tratamiento de la paciente.

**Objetivo específico 3:** Describir la evolución de la paciente con respecto al manejo de sus frustraciones y el vínculo con su hijo luego de 13 sesiones abordadas desde la terapia breve focalizada.

## 3. Marco teórico

### 3.1 Antecedentes históricos de la terapia sistémica

En la década de los 40 del siglo pasado, el campo de la comunicación comenzó a transitar una larga historia de análisis y estudios por parte de diferentes pensadores y enfoques. Antropólogos, matemáticos, filósofos, psiquiatras, psicólogos, entre otros, participaban de conferencias con el objetivo de trabajar diversas temáticas como la hipnosis o la cibernética. Es con base en la perspectiva interaccionista, con la que Gregory Bateson, Paul Watzlawick, y Hoffman realizaron sus estudios sobre los aspectos comunicacionales que marcaron los inicios para el desarrollo de la terapia sistémica. La postura interaccionista atribuía el significado de las conductas a la interacción social. Comenzando a darle importancia a los significados e interpretaciones, se pierde la idea de una realidad única y verdadera. La construcción de la realidad, identidad, creencias, así como la capacidad de reflexionar sobre la existencia y las consecuencias de determinadas actitudes se establece a partir del intercambio con las demás personas, y la devolución que ellas dan sobre esas conductas. En definitiva, esta interacción permite concientizar a las personas sobre su influencia en el entorno, y viceversa. A partir de aquí, entonces, se entendía a la comunicación como un conjunto de elementos

interrelacionados, donde un efecto en uno de ellos genera inevitablemente la modificación en cadena de los demás. Bateson se dedicó a estudiar, junto con Weakland, Haley, y Fry la comunicación paradójica y la teoría del doble vínculo (Cazabat, 2007).

Paralelamente a estas investigaciones, crecía el interés por la observación de comportamientos sintomáticos en contextos familiares. Estas prácticas e ideas comprendían a las familias como sistemas, cuyas características colaboraban o perjudicaban su homeostasis y/o funcionalidad. Para 1952, Bateson ya había fundado el llamado "Proyecto Bateson", el cual contó con la participación del psiquiatra Milton H. Erickson quien contribuyó desde su experiencia en tratamientos de hipnosis y una modalidad de psicoterapia breve poco convencional para ese entonces. En marzo de 1959 Don D. Jackson funda, junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el Mental Research Institute, que, aunque no tiene una continuidad institucional con el Grupo Bateson, sí representa una continuación en las ideas, así como en la presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland. Bateson, quien nunca formó parte del MRI, salvo como consultor. Los tres principios fundamentales dentro de las aportaciones de la Escuela de Palo Alto son: la idea de que un sistema tiene particularidades propias más allá de los elementos que lo constituyen; otro de los principios es la interacción recíproca que se encuentra entre el comportamiento de uno de los componentes del sistema y las acciones de este último; y el tercer principio es la inevitable constitución de reglas y normas que se establecen dentro del grupo. En continuidad con los estudios de la Escuela de Palo Alto, aunque no en conjunto con ellos, D. Jackson, psiquiatra y antiguo miembro del grupo de Bateson, funda el Mental Research Institute (MRI) en 1959. En los años siguientes se destacaron en el proyecto la inclusión de Watzlawick quien aportaría ideas claves para el desarrollo de estos estudios, la postura interaccionista en la que se basó el MRI, y el modelo estratégico propuesto por Haley (Cazabat, 2007).

En conclusión, desde esta posición es que el tratamiento con familias ha comenzado a ocupar un lugar importante en la psicoterapia, y es con la herencia de los trabajos de la Escuela de Palo Alto que comenzaron a analizarse estrategias de intervención para temáticas familiares, partiendo de la concepción de la familia como un sistema con elementos interrelacionados compartiendo un mismo objetivo, compuestas de tal manera que el cambio que se genera en uno de los miembros afecta a los demás integrantes del sistema. Lejos se encuentra esta teoría de concebir al grupo familiar como un grupo *sellado* o emancipado de los factores externos, por el contrario, tanto el sistema familiar como los sistemas que la rodean están en constante interacción. Estas áreas se comprenden desde el concepto de *modelo ecológico* el cual, como se intentó explicar anteriormente, las describe como sistemas que actúan de manera integradora

y donde cada estructura queda inmersa en otro nivel más general. Cada uno de estos grupos se encuentra organizado por reglas y funciona mediante la interacción continua de las dinámicas internas y externas; de esta forma se puede referir a ese grupo como una familia (Bronfenbrenner, 1987; Minuchin, 1986).

La terapia sistémica continuó desarrollándose y tomando relevancia con la llamada Teoría general de los sistemas que formuló Bertalanffy en 1968 debido a la necesidad de entender y explicar los principios de ciertos fenómenos, especialmente relacionados con cuestiones medioambientales o ecológicas. Como manera de comprender la forma en que las personas se comportan en sus entornos, se determinaron una serie de áreas en las que las personas se desempeñan y desenvuelven en su vida diaria. Así, se comienza desde el ámbito más próximo y primario de un individuo, la familia, la cual comprendería al término *microsistema*. Luego, el sistema más cercano e influyente al grupo familiar, y en donde este actúa más activamente es el llamado *exosistema* o *mesosistema*. En este último se incluyen, por ejemplo, la escuela, el barrio, las amistades, clubes, entre otros, los cuales funcionan como constructores de los valores del sistema familiar, y reflejan, a su vez, las modalidades particulares con las que cada uno de esos grupos actúa. Por último, el *macrosistema* envuelve las creencias e ideologías que predominan en estas áreas de un modo más amplio y general, (Bertalanffy, 1968).

Desde el inicio de estos estudios el eje central ha girado en torno a la importancia de la comunicación. Es por eso que todos los aportes hasta ahora mencionados evidencian ese rol fundamental de la comunicación y su inevitable influencia en las personas. Watzlawick (1971) desarrolló los denominados *Axiomas de la comunicación* enfatizando, entre otras cuestiones, en la bidireccionalidad de la comunicación, la cual está caracterizada por el intercambio que se produce entre los miembros de un sistema, y enfocándose, además, en la imposibilidad de no comunicar, ya que cualquier tipo de expresión genera un efecto en el sistema, el cual a su vez estará condicionado por la modalidad con la que se emite ese mensaje o la composición jerárquica de los integrantes del grupo (Birdwhistell, 1959).

Así como no se comprende a la familia de una manera ajena al contexto, sucede igual con los enfoques terapéuticos. Es decir, el marco teórico que se utilice para cada caso debería contemplar diversos aspectos particulares del mismo, como puede ser la falta de tiempo, de dinero, o persistencia del paciente o grupo. Así, en 1967, Fisch, Jackson, Watzlawick, Bodin, y Weakland desarrollan la terapia breve focalizada en la resolución de problemas sirviendo habitualmente como una alternativa a los tratamientos convencionales. Este modo de abordaje se concentra en dos ideas centrales de la terapia familiar, las cuales son: a) la interacción

conductual observable en el presente, y b) pensar en una intervención para alterar el funcionamiento del sistema. Esta teoría sostiene que los problemas traídos a la sesión persisten en tanto y en cuanto sean mantenidos por la dinámica del sistema. Muchas veces estos comportamientos están tan rígidos e incorporados que, en el campo de la práctica, el equipo psicoterapéutico debe intentar devolverle al o los integrantes de la familia una descripción de la situación desde otro ángulo o perspectiva. A estos circuitos comportamentales el grupo de Palo Alto los calificó como un círculo vicioso. En la década de los 70', de la mano de Hugo Hirsh y Carlos Sluzki, se introdujo en la Argentina este modelo, a pesar de la fuerte presencia que mantenía la corriente psicoanalítica en el país. En esta búsqueda de modelos más efectivos, este grupo de psicólogos argentinos se dedicó a difundir e instalar las concepciones del MRI mediante la formación y fundación de clínicas que trabajen bajo este marco de tratamiento (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

### **3.2 Conceptos introductorios de la terapia sistémica y la terapia estratégica breve focalizada**

Al ser este un modelo constructivista, se insiste desde esta teoría en la importancia de la comunicación, manera en la que las personas van consensuando y construyendo su realidad, y dentro de ella sus creencias, significados, etc., condicionados por cuestiones históricas, biológicas y sociales. Si bien se entiende que todas las orientaciones psicoterapéuticas incorporan la noción constructivista, cada una optará por una herramienta o foco de intervención particular (De Shazer & Berg, 1991).

Desde que Wiener (1948) desarrolló la teoría de la cibernética, esta fue adoptada como un concepto central para entender el funcionamiento de los sistemas vivos, y el mecanismo homeostático que se establece en ellos mediante la retroalimentación positiva o negativa. Se estableció una cibernética de primer orden, enfatizando en los sistemas observados y una cibernética de segundo orden apuntando a los sistemas observantes. La retroalimentación podrá producir la pérdida de equilibrio de un sistema (entropía) o la recuperación de la estabilidad mediante determinadas acciones (negentropía). Teniendo en cuenta estos factores se pudo incorporar una comprensión de la comunicación humana ya no de una forma lineal basada en la causa-efecto, sino circular y recursiva contemplando todos los componentes que se hacen presentes en el entorno de las personas (Ceberio & Watzlawick, 1994).

Para seguir comprendiendo la lógica de la terapia sistémica, se centrará en algunos ejes principales comenzando por el concepto de estructura. Se diferencia aquí entre la noción de estructura construida por un individuo y la estructura que se presenta en todas las familias. En el primer caso, se habla de un ser activo que construirá su realidad, oponiéndose a la idea de un sujeto semejante a una tabula rasa. En base a las construcciones que vaya desarrollando, se desempeñará en el mundo de una manera particular, generando experiencias que a su vez incorporará en el futuro en su armado de creencias, ideas y pensamientos nuevos. Con la misma lógica, la estructura familiar está determinada por reglas, normas y posiciones jerárquicas. Estas reglas condicionan no solo la manera de comportarse y comunicarse dentro del sistema, sino también en los ámbitos externos del mismo. Como se intentó explicar anteriormente, no solo refleja el modo en el que se desempeñan en áreas más generales, sino también que todas esas áreas pertenecen a un contexto, que sería el macrosistema. El momento histórico, económico y social determinará inevitablemente los roles de los individuos, ya sea por su edad, género, y diversas características que entrarán en interacción con los mandatos y costumbres de determinada época y grupo social de pertenencia. La estructura familiar brinda al terapeuta información acerca de qué intervenciones pueden ser adecuadas o no para generar el cambio, ya que no es lo mismo una familia rígida, una familia resistente a los cambios, una familia donde los roles y autoridades están difusos, etc. La manera en que se configura cualquier sistema influye en su dinámica, ya sea funcional o disfuncional (Espinal, Gimeno & González, 2016; Parson & Bales, 1955 como se citó en Espinal et al. 2016; Von Glasersfeld, 1994 como se citó en Watzlawick 1997).

Siguiendo con este pensamiento, se enfocará ahora en entender el funcionamiento de las familias. Cada sistema construye un funcionamiento que le permite establecer cierto equilibrio y/o comodidad, o como Jackson lo pensó en su momento haciendo referencia a la homeostasis familiar. Que estos modos de acción mantengan cierto equilibrio no significa necesariamente que sea funcional o saludable, sino que la permanencia de determinadas conductas generará una retroalimentación positiva. En la medida en que se sigan desarrollando estos mecanismos, la familia adoptará una dinámica patológica, y es allí donde el terapeuta debe reconocer aquello que deja persistir el problema (Keeney, 1983).

Para lograr esta ruptura en el circuito, se debe comenzar por generar un cambio, y todo cambio se produce a través de la comunicación. Frente a las creencias, esquemas, y coherencias internas que identifican al sistema, se busca algún cuestionamiento o contradicción de ellas mediante la enunciación. Los cambios se pueden producir dentro de una gama de niveles, los

primeros dos se refieren, por un lado, a la desviación por medio de una secuencia estabilizadora y, por el otro, una intensificación que conduzca a la pérdida del funcionamiento que mantuvo el sistema hasta un determinado momento. Una tercera alternativa fue propuesta en base a dos variaciones de cambio, una de primer orden, y otra de segundo orden. El cambio de primer orden se refiere a las conductas más automáticas destinadas a resolver situaciones generadas por factores externos menores. Mientras que en el cambio de segundo orden la resolución del problema amerita la búsqueda de medidas más drásticas. Esto se puede relacionar con los conceptos de morfostasis y morfogénesis. El cambio de primer orden al igual que la morfostasis se refiere al mantenimiento de cierta constancia frente a cuestiones alternas. El cambio de segundo orden requiere de modificaciones más coyunturales de la estructura, tal como sucede en el proceso de morfogénesis (Ashby, 1952; Wainstein, 2006).

Otro concepto que ha cobrado importancia dentro de esta teoría es el uso de la comunicación paradójal, pensada como método generador de cambio en el sistema. Sin embargo, en este apartado no se analizará como intervención sino como reflejo de una deficiencia en la comunicación del grupo. Se ha determinado que cuando dentro de estos sistemas se enuncian mensajes confusos, irracionales o contradictorios puede producirse un modo de comunicarse disfuncional pudiendo manifestar un comportamiento esquizofrénico. Mientras tanto, otros investigadores consideran que este estilo de comunicación paradójal no necesariamente implica un efecto a modo de trastorno, sino que es la manera en que algunas familias consiguen que se lleve adelante un cambio. De esta forma, ciertos sistemas necesitan que se forjen situaciones de desorden, o desconcierto a raíz de mensajes contradictorios, para así percibir una amenaza a su sistema y, consecuentemente, crear una transformación en su estructura, siempre y cuando se responda a ese mensaje de manera positiva (Bateson, 1972; Rabkin, 1977; Sluzki 1976).

Bateson (1972), quien fuera el fundador del grupo de Palo Alto, estableció la relación entre la comunicación y la esquizofrenia desarrollando el concepto de doble vínculo. Esta modalidad que suele presentarse entre pacientes esquizofrénicos y sus parientes posee ciertas características centrales como la designación de un pariente como víctima, experiencias repetidas, indicaciones primarias negativas que usan la evitación del castigo o búsqueda de recompensa como vía del aprendizaje, indicaciones secundarias que contradicen las primeras en un modo más abstracto. Otras peculiaridades de estas relaciones refuerzan los niveles anteriores con una tercera indicación que impide a la víctima salir de esa situación, y, por último, se encuentra la percepción del individuo, quien comienza a concebir todo su universo

como patrones de doble vínculo. Estas comunicaciones incongruentes y confusas suelen estar determinadas y condicionadas por un alto nivel de intensidad emocional que presenta la persona, de modo que genera una manipulación afectiva dificultando la emisión de un mensaje coherente y el entendimiento por parte del receptor. Como modelo que interviene desde la premisa de contextualizar al paciente en base a su entorno, este individuo adquiere un punto de proyección de muchas cuestiones no manifestadas, ni tratadas en el núcleo familiar. El consultante funciona como un chivo emisario evidenciando las disfuncionalidades de todo el sistema y se hace cargo de las ansiedades del grupo (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956; como se citó en Cade & O'Hanlon 1995; Riviére, 1997).

Hasta aquí se ha explicado a la terapia sistémica como una modalidad de terapia familiar, sin embargo, dentro de este enfoque conviven también diferentes escuelas y pensamientos. Desde la terapia estratégica, o terapia breve, se promueve una idea que la diferencia de otros tipos de terapias, y esta es la evitación de desarrollar una explicación compleja respecto de las personalidades y sus alteraciones, además de la pérdida de interés en buscar la sabiduría o iluminación. Por el contrario, este modelo intenta desprenderse de criterios diagnósticos que se limitan a simplificar y mantener la disfunción. Aquí la dedicación está puesta en comprender la jerarquía y estructura familiar. Surgen aquí dos grupos centrales de terapia: el enfoque de las terapias estratégicas, y el enfoque de las terapias breves. En el primero se trazan límites jerárquicos, secuencias de acción repetitivas que manifiestan el problema. En el segundo enfoque, la comprensión de las pautas y creencias de quienes consultan es suficiente para intervenir en ese autoreforzo disfuncional. Otra diferenciación que se presenta es que la terapia estratégica breve no delimita su tratamiento únicamente al grupo familiar, sino que también actúa en sesiones de un solo consultante, ya que como sostiene esta teoría, el cambio que se produzca en un integrante del sistema realizará un efecto en cadena hacia todo el sistema (Madanes et al., 1984; Rabkin 1977; Weakland 1974; Weiner-Davis et al., 1989 como se citó en Cade & O'Hanlon, 1995).

Avanzando con las bases de la terapia breve estratégica, tanto el ya mencionado grupo de Palo Alto, como diferentes agrupaciones derivadas, han realizado aportes y estrategias de intervención para redefinir soluciones intentadas fallidas, concluyendo de esa forma con las conductas que permiten la persistencia del problema. Si bien esto se desarrollará más adelante con más detenimiento, se menciona dentro de estas intervenciones, por ejemplo, el modelo de Haley (1977), representante de la terapia estratégica, que enfoca sus técnicas en la búsqueda de restablecer la dinámica comunicativa diferenciando al grupo dentro de subsistemas

ordenados jerárquicamente. Por otro lado, distintos profesionales han planteado intervenciones desde una mirada hacia el grupo familiar como un juego de poder, creando soluciones enfocadas en las *excepciones* del problema (De Shazer, 1986).

### **3.2.1 Queja inicial, co-construcción del problema y elaboración de objetivos**

A continuación, se detallan más en profundidad las nociones que se tienen en cuenta para establecer las metas, objetivos, y la identificación de la queja inicial y del problema. Antes de describir la co-construcción del problema, se procederá a explicar una de las ya mencionadas bases en las que se asienta la terapia sistémica: el constructivismo. Desde la perspectiva constructivista las personas construyen sus realidades (y dentro de ellas los problemas) muchas veces de forma errada e inevitablemente sesgada. Esta distorsión de la realidad dependerá de diversos factores cognitivos o emocionales que aquejan al consultante. Aparecen aquí dos tipos de realidades: la realidad de primer orden (relacionada a los sentidos y cómo se percibe) y la realidad de segundo orden (ligada a los atributos y significados de aquellas cosas que se perciben). La psicoterapia en sí debería ocuparse de reestructurar esa visión errónea que trae el paciente. Esta nueva realidad va a ser igual de ficticia que la anterior, pero a su vez será menos dolorosa y más útil (Watzlawick, 1997).

Para identificar el problema, es importante diferenciar la queja inicial del motivo de consulta. El primer concepto se refiere a lo que el paciente trae como aquello que lo aqueja, lo que se debe cambiar en el plano cognitivo y afectivo. Para esta etapa inicial del tratamiento, el psicólogo debe contextualizar la queja de manera tal que se llegue a un motivo de consulta puntual. Se logra de esta manera una co-construcción entre lo que relata el consultante y el análisis que hace el profesional con los datos recibidos (Casabianca & Hirsch, 1992).

Wainstein (2006), definió la noción de *problema* como aquello que implica una construcción con tres componentes principales: la situación inicial, la situación meta con sus respectivos objetivos, y la elaboración de elegir potenciales procedimientos. Se parte de la base de que el simple acto de consultar genera en sí mismo una intervención; es imposible no intervenir, o como dice el primer axioma de la comunicación *es imposible no comunicar*. Para un señalamiento adecuado del problema, el terapeuta lleva a cabo una *externalización del problema*, estrategia mediante la cual puede concebir al problema como problemático en sí

mismo, y no a la persona como el problema, evitando así una posible subjetivación del caso (White & Epton, 1993).

No se busca desde este modelo recurrir ni a términos basados en patologías o enfermedades, ni a indagar profundamente en el *porqué* de determinadas cosas, sino que se ubica la mirada más allá de los diagnósticos, conservando la importancia del individuo y su contexto ambiental, familiar, etc. Fisch y Schlanger (2012) han enfatizado en esta cuestión de la no patologización ni en encasillamientos, derivando el foco, también, a las conductas en base a una concepción de que estas categorizaciones por patologías llevan a la generalización alejándose de la particularidad de cada caso.

La terapia sistémica se apoya en la circularidad, es decir, interacciones, creencias y modos de vincularse que producen un efecto circular, o mejor dicho espiral entre los miembros del sistema. La terapia breve estratégica tendrá como propósito reestructurar esa visión del paciente respecto de la realidad. Esto sirve como complemento a que el paciente sea capaz de analizar sus problemas y sus herramientas de manera más eficaz, percibiéndola como más factible de ser solucionada (Bateson, 1979).

Durante las primeras dos sesiones se espera haber establecido un buen vínculo entre terapeuta y paciente, basado en la escucha, contención, confidencialidad y neutralidad. También se debe haber esclarecido la estructura mediante la cual la terapia se llevará a cabo, por ejemplo: duración, intervención o no de un equipo, etc. Luego se debe continuar por la fijación de metas correspondientes a lo que serán las futuras sesiones. Para proceder a esta instauración de metas y objetivos el terapeuta deberá realizar algunas preguntas guías, o básicas: ¿Qué espera obtener la familia de la terapia?, así como también indagar en las diferentes perspectivas de los miembros sobre el problema. Una característica central de las metas, para un tratamiento eficaz, es que estas sean alcanzables, posibles de ser resueltas por los consultantes, ya que esta noción de control hacia el problema y el cambio dotará a las personas de un mayor compromiso, entusiasmo y confianza (Boston, Cottrell, Hanks, Pote, Shapiro & Stratton, 2004).

Ya avanzadas las sesiones, y sin perder de vista las dificultades que surgen entre sesión y sesión, el psicólogo insistirá en el establecimiento de metas ya que son las que guían todo el tratamiento. Se resuelven dudas sobre lo propuesto en las sesiones iniciales, se evalúan ciertas resistencias o negaciones que puedan aparecer por parte de algún paciente hacia el problema, o si cabe realizar alguna modificación respecto a esas metas fijadas (Boston et al., 2004).

En las sesiones finales, se procede a una revisión de los logros o avances y la percepción que el/los consultantes tienen sobre ellos. La idea es que, ya sea que se hablen de logros pequeños o grandes, se puedan identificar esos resultados exitosos, y de la manera en que se consiguieron para que luego se pueda esparcir este nuevo mecanismo de acción hacia otras áreas más allá de las tratadas puntualmente en las sesiones. Dotando a las personas de una percepción de recursos y estrategias, será más fácil para ellas hacerse cargo de sus acciones, roles y obligaciones dentro del sistema (Boston et al., 2004).

### **3.2.2 Intervenciones terapéuticas desde la terapia sistémica**

Andersen (1994) aseguraba que las intervenciones debían ser apropiadamente inusuales, porque de otra forma esta no daría lugar a ningún cambio. Estas intervenciones o procedimientos consisten en prácticas comunicacionales, fundamentalmente de modalidades verbales o gestuales, que el terapeuta utilizará como herramientas generadoras de cambio. En líneas generales, los terapeutas siguen un listado de intervenciones que guían todo el tratamiento; este variará en base a las particularidades de los casos necesitando de intervenciones más específicas. Cada tarea se debe adecuar a la idiosincrasia del consultante, evitando la utilización de estas intervenciones de manera indistinta para todos los casos.

Se comienza con preguntas lineales a modo de obtener información suficiente por parte de él o los pacientes. Una modalidad posible de preguntas son las denominadas *circulares*, las cuales indagan sobre las creencias de otros integrantes del sistema. Proponen perspectivas alternativas facilitando una mirada más objetiva sobre determinada situación. Se pregunta sobre futuros posibles, o sobre las relaciones (directa o indirectamente), y se utilizan escalas para que los individuos se expresen de forma más gráfica optimizando la comprensión del terapeuta (Beyebach & Herrero, 2016; Stratton, 2004).

Las sesiones posteriores optarán por una gama de procedimientos, desde estrategias estructurales, que ofrecen un marco para el entendimiento de las transacciones en cualquier contexto social, las narrativas que buscan dar sentido y coherencia a nuestras vidas. Por último, se ubican las intervenciones estratégicas, sobre las cuales se hará un mayor desarrollo a continuación. Empleando estas intervenciones estratégicas se destaca la intención de que el paciente cumpla con determinados objetivos, mutuamente convenidos. Para eso se elaboran estrategias que faciliten el cumplimiento de las metas con el fin último de que el consultante

pueda aplicarlas a futuro en su vida diaria. Desde el inicio de la terapia se debe lograr establecer un buen vínculo terapéutico de modo tal que las palabras del psicólogo produzcan una influencia en el paciente y su conducta. El terapeuta requerirá amoldarse al paciente, sus modismos, vocabulario, creencias, etc., logrando empatizar mejor con el paciente y su percepción acerca del problema. Desde el comienzo, también, se averigua acerca de las soluciones intentadas fallidas: aquí se enfatiza básicamente en no caer continuamente en los mismos resultados o, mejor dicho, en las mismas tácticas anteriormente utilizadas. Es importante lograr una reestructuración de la visión que los consultantes tienen acerca del conflicto. Es decir, cambiar el enfoque logrará, por consecuente, ampliar el abanico de posibles soluciones finalizando con un resultado positivo que no había sido conseguido hasta ahora (Wainstein, 2006).

A continuación, se explican algunas de las intervenciones que se aplican desde esta modalidad. En primer lugar, pueden situarse los procedimientos directivos, los cuales consisten en que el terapeuta les pida a los pacientes que hagan algo, con el propósito de que se cumpla.

A su vez, dentro de los procedimientos directivos, se encuentran intervenciones con características más puntuales. *La pregunta del milagro* es un procedimiento que incluye establecer soluciones potenciales. Se apunta a respuestas concretas y específicas y a que el paciente brinde la mayor cantidad de descripciones posibles a la hora de relatar hipotéticamente qué funcionaría diferente ante esas soluciones. En muchas ocasiones, las pautas o *patterns* están muy arraigadas a las bases que constituyen a una familia, por eso en esa proyección futura cabe establecer alternativas conductuales que reemplacen las anteriores, en lugar de eliminarlas dejando un vacío. Las activaciones de estas alternativas se producirán solamente si se corresponden con los pensamientos y creencias que tienen los consultantes (Erickson 1954; De Shazer, 1991).

A esta intervención se le suma el accionar sobre *la pauta* donde se alteran esos circuitos viciosos internalizados por los consultantes. Una sola modificación vinculada a la queja inicial afectará las pautas que la rodean (O'Hanlon, 1987; Watzlawick et al., 1967 como se citó en Cade & O'Hanlon, 1995).

Un abordaje de suma importancia que se utiliza son las *intervenciones paradójicas*; aquí se le pide a la gente que haga algo, con el propósito de que no lo cumplan (vía de la oposición). Se utiliza para el cumplimiento de objetivos no propuestos explícitamente. Esta intervención da lugar al rompimiento de círculos viciosos, ya que afecta las posturas rígidas que tienen los

pacientes. Llevar adelante esta técnica no es sencillo, las personas deben tener algunas características para que se apliquen exitosamente. Por ejemplo, los síntomas deben ser considerados como factibles de ser controlados, de lo contrario, los individuos tendrán una predisposición evitativa frente a las directivas, aunque hayan iniciado la terapia con total voluntad (Haley, 1990; Wainstein 2006; Weakland et al., 1974).

Otra metodología cuya idea es realizar enunciaciones tendenciosas produciendo un efecto en el paciente de manera inconsciente es la *utilización de anécdotas, relatos, y lenguaje metafórico*. Aquí ocupa un lugar relevante la capacidad y creatividad del terapeuta para producir analogías, metáforas, chistes, etc. que logren sembrar un enfoque novedoso hacia determinado problema (Erickson & Rossi, 1976).

La última de estas intervenciones directivas son las *reformulaciones del problema*, aquí se ubica el foco en las creencias que tienen las personas acerca de lo que las aqueja, partiendo de la base de que esas creencias, emociones, atribuciones, o conjeturas están estrechamente relacionadas con los significados que traen a la terapia. Se debe entender que la manera en que una persona percibe su realidad está impuesta por su propio paradigma. Por esto, es importante la externalización que permita reenmarcar y brindar una visión alternativa, ya sea de manera explícita o implícita. Esta intervención es esencial para lograr el ya tan mencionado y ansiado *cambio* (Watzlawick, 1974).

Finalmente, se menciona en este apartado la implementación de equipos terapéuticos reflexivos o de supervisión. Estas intervenciones pueden llevarse a cabo durante la sesión o luego de su finalización, y deberá adaptarse a las necesidades y particularidades de la familia, además de contar con su aceptación para atenderse desde este modelo de trabajo. La participación de este equipo puede realizarse dentro de la misma sala de terapia, o sino también a través de una Cámara Gesell. Se debe asegurar el respeto y confidencialidad por parte de los terapeutas que se unen al tratamiento. Estos últimos, al igual que el terapeuta que atiende a los pacientes, deben amoldarse al lenguaje y a las edades de los consultantes. El objetivo de esta terapia es el debate y la contribución de ideas y reflexiones que enriquezcan la productividad de la terapia. Sin embargo, esto no se debe limitar a los aportes que el equipo pueda dar en cuanto a intervenciones, devoluciones, etc., sino que el terapeuta debe contemplar cómo influyen esta cantidad de opiniones en el paciente. Por eso, se debe ser cuidadoso con no excederse con demasiadas opiniones que aturden a la persona, y lograr una retroalimentación entre todos los que participan en este tratamiento (paciente, equipo, terapeuta, etc.). El equipo

investiga la presencia de excepciones que describen las situaciones donde el problema no se presenta. Sirve como información para determinar las prescripciones para la próxima entrevista. Las respuestas obtenidas a partir de las intervenciones de la *pregunta del milagro* son esenciales para esa producción de metas y objetivos. En la segunda sesión se suele preguntar sobre las mejorías que pudo haber durante la semana. De ninguna manera se culpa al/los que no hayan realizado una tarea prescrita, pero si se observarán las diferentes respuestas frente a esas tareas, ya sea que no la hayan hecho, si la han hecho, pero modificada, o si la realizaron, pero se debió a una cuestión azarosa, si efectivamente la llevaron a cabo, pero no ha resuelto la problemática (en ese caso se reformula) (Stratton, 2004).

En conclusión, esta terapia afecta a los consultantes de manera tal que los vuelve participantes activos de sus vidas y cómo manejarla, sin tener como resultado un pensamiento o relación de dependencia hacia el tratamiento. Es decir, no se utilizan herramientas que no posean los pacientes.

### **3.3 Familias multiproblemáticas**

La terapia familiar surge con una identidad posmoderna caracterizada por la imposibilidad de pensar en una realidad dotada de objetividad reductible. Al contrario, se afianza la idea de una realidad construida a través de las múltiples subjetividades que se entrecruzan y que impiden afirmar fehacientemente una única verdad. La terapia familiar adopta una modalidad que algunos autores denominaban como improvisada o conversacional utilizando las preguntas reflexivas como instrumento que evitara la intrusión de prejuicios por parte del terapeuta, y alentando a utilizar las propias creencias de los pacientes. Con el tiempo, la terapia familiar pasó de un enfoque constructivista a uno socio-construccionista. Este último daba lugar, ya no solo al rol de la sociedad como participante necesario en la conformación de la realidad, sino también a la expresión que esta podía dar mediante diversos síntomas. Se destacan de este construccionismo social dos vertientes: la *conversacionalista* y la *narrativista*. Si bien ambas comparten cierto análisis político propio de la época en la que surgieron, se destaca en la postura narrativista la apertura hacia las técnicas terapéuticas, en especial la utilización de la externalización de los problemas por parte de los pacientes. Autores más recientes han conceptualizado al terapeuta de la terapia familiar como alguien *experto* (noción que se había puesto en discusión en otras épocas), pero con un tinte menos ambicioso o pedante. Este terapeuta es un experto, pero su función está más predispuesta a un trabajo en conjunto con la familia y no usará más que los recursos de sus integrantes para resolver sus problemáticas

de la manera más independiente posible. Este trabajo en conjunto entiende también, que ni la familia es la culpable de que un tratamiento no sea eficaz, aun presentando ciertas resistencias, ni el psicólogo será visto como el que produjo la falla, sino que ambos compartirán cierta cuota de responsabilidad. Toda terapia exitosa contará con un necesario nivel de autocrítica de ambas partes. Ya con una visión hacia un terapeuta ultramoderno, se retoma de algún modo el objetivismo (no el positivismo moderno) donde se tiene en cuenta el diagnóstico psicopatológico como parte del tratamiento, a pesar de las críticas del anteriormente mencionado Bateson sobre el innecesario etiquetamiento de las personas con nombres de trastornos. Sin embargo, la terapia familiar reconoce la utilidad que estos diagnósticos pueden representar, ya que ha permitido uno de los estudios más emblemáticos de la terapia sistémica con sus aportes con el concepto del doble vínculo y su relación entre la comunicación disfuncional y la esquizofrenia. De esta forma, este enfoque se centra en un análisis circular sin desconocer la perspectiva desde la causalidad lineal (Linares White & Epston, 1989; Linares 2001 & Linares 2006 como se citó en Linares 2012; Tomm, 1987; Watzlawick, 1984).

Según Coletti y Linares (1997), las familias multiproblemáticas tienen como factor común las severas dificultades que se presentan en sus interacciones, afectando no solo el núcleo familiar, sino también los ambientes en donde se desenvuelven cotidianamente. Comenzando desde lo más micro, se observa la presencia de diversas manifestaciones a través de síntomas en un integrante del sistema, pero esto es tan solo una expresión de maneras comunicacionales deficientes que generalmente datan de largo tiempo. Se separan aquí dos formas por las que se producen estas alteraciones. En primer lugar, el rol que juegan situaciones de la vida cotidiana, como pueden ser la depresión, crianza, adicciones, etc., que afectan al sistema generando una gran cantidad de estrés. En segundo lugar, se encuentran las problemáticas relacionadas con enfermedades médicas, pobreza, desempleo, etc. Se diferencian estas situaciones para evitar un análisis lineal y homogéneo. De esta manera se utiliza una forma de abordaje de carácter multidimensional contemplando la diversidad de factores que pueden influir en que una familia actúe de determinada manera. De todas formas, no se descarta el hecho de que muchas de estas situaciones, ya sean caracterizadas por la presencia de adicciones o por el desempleo, puedan estar estrechamente vinculadas y relacionadas. Casas (1998) retoma esta cuestión y enumera con pequeñas variantes algunos de los factores que dan lugar a estas dinámicas: deficiencias materiales, físicas, vínculos conflictivos con las áreas más externas del sistema (marginalidad, sociedad violenta, etc.) y lazos dificultosos dentro del sistema (violencia intrafamiliar, abuso, negligencia, etc.) (Pakman, 2003).

Como ya se mencionó en un apartado previo, se utiliza para estos casos complejos y multisistémicos una mirada desde el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner. En este apartado se ahondará en un término en particular: la red social. Cada miembro del sistema está inmerso en una red de vínculos estrechamente condicionados entre sí. A pesar de la variabilidad y diversidad que hay entre las áreas que rodean a la familia, todas están entrecruzadas y en interacción. Actualmente se habla de que estos vínculos se establecen con estilo de comunicación horizontal. Es decir que, con el tiempo, las novedades comunicacionales han atravesado todos los ámbitos de intercambios permitiendo la pronunciación y recepción de mensajes de forma inmediata. La función de estas redes de interacción es la de generar en las personas el sentimiento de ser valorado, relevante y de ser tenido en cuenta, mediante el feedback con los demás participantes de su mundo. Por estos efectos, es necesario que todo individuo cuente con diferentes niveles de redes sociales, desde redes más próximas, significativas y afectivas (amigos, familia, etc.) hasta redes secundarias que involucran diferentes ámbitos de actividades y servicios (Mora & Araujo, 2005).

Walsh (2004) ha desarrollado una lista de características que presentan este tipo de familias multiproblemáticas. En primer lugar, lógicamente, se encuentra la variedad de los problemas que surgen en ellas. En segundo lugar, menciona la posibilidad de expresiones sintomáticas en más de uno de los miembros, y, en último lugar, la constante presencia de crisis, tanto individuales, como de todo el sistema. En esta misma línea, Sousa y Eusébio (2005), agregan la cuestión de las dinámicas comunicacionales deficientes que trascienden las generaciones del sistema. Estas conductas disruptivas pueden desembocar en abandono de funciones parentales (negligencia, violencia infantil, etc.), aislamiento de la familia extensa, de instituciones, o de la comunidad (Cancrini, De Gregorio, & Nocerino, 1997; Hurst, Sawatzky & Pare, 1996; Sousa & Eusébio, 2005).

Ahondar en las historias familiares relacionadas a situaciones problemáticas y solicitar ejemplos del problema es pertinente y válido, ya que existe evidencia de que estos acontecimientos pueden repercutir en la salud de los miembros. Esto se explica gracias a que la vivencia de esos momentos críticos requirió del uso de estrategias prácticas, mientras que las familias que tienen antecedentes de índole médica que no han sido resueltas suelen tener más dificultades para resolver situaciones nuevas de manera eficaz. Este estilo de relatos familiares permite una mayor claridad respecto de las atribuciones de significado sobre determinados acontecimientos y del funcionamiento interno del sistema, tanto desde el aspecto emocional, como conductual, incluyendo posibles resistencias, negaciones, falta de experiencias,

desacuerdos respecto de la relevancia de tener que modificar su estructura, entre otros. Además, es información que permite un análisis más concreto y definido de las conductas del sistema. Muchos de estos rituales o rutinas perjudican el círculo familiar; el hecho de tomar normas de crianza de los hijos desfazadas respecto del momento del ciclo vital en el que se encuentran puede perjudicar un correcto desarrollo, o las formas en que se refieren entre unos y otros podría desembocar en integrantes que se sientan discriminados por el grupo. Si bien este comportamiento puede ser lo suficientemente disfuncional como para ser identificado, no es sencillo para la familia despegarse de esas rutinas rígidas, ya que están atadas a un fuerte compromiso significativo y afectivo (Fiese & Wamboldt, 2003; Oswald, 2002; Schlanger, Cinella, Díaz & González, 2014).

### **3.3.1 Familias multiproblemáticas con miembros esquizofrénicos y con trastorno por abuso de sustancias**

Este tipo de trastorno ha sido de un gran interés para la terapia sistémica por su relación con las dinámicas comunicacionales. Tanto así, que en Finlandia se desarrolló una modalidad de tratamiento que aborda esta patología contemplando al grupo familiar en sus intervenciones. El enfoque en cuestión es el de *necesidades-adaptadas*, caracterizada por una veloz intervención (intervención inmediata), un plan de tratamiento enfocado en las necesidades particulares del paciente y su entorno (la red social y los sistemas de apoyo), así como en la actitud psicoterapéutica de ambos, y una integración de marcos teóricos (flexibilidad y movilización) para un seguimiento de los avances de la terapia (continuidad psicológica), tolerancia a la incertidumbre y, por último, el diálogo (Alanen, Lehtinen, Rökköläinen, & Aaltonen, 1991; Alanen, 1997).

Las sesiones terapéuticas, son un lugar donde, ya sea que se trate de una sola persona, o de un grupo se da un espacio para planificar una serie de acciones en base a las informaciones dadas, y un sitio generador de diálogo mediado por un profesional. La multiplicidad de voces suele ser un desafío, pero es importante hallar conexiones en los relatos de los miembros del sistema para alcanzar un mayor entendimiento entre ellos, en especial porque muchas veces el discurso del integrante con esquizofrenia es desorganizado y condicionado por sus ideas delirantes, y la familia puede traer a la sesión diferentes hechos o experiencias de ese sujeto (Anderson & Goolishian, 1992).

Desde una perspectiva más enfocada en la vivencia de los padres de alguien afectado por algún trastorno, se destaca la tendencia de estos a sentir culpa, o de relatar las fallas que pudieron haber cometido en la crianza de sus hijos. Es necesario que estos pensamientos o conjeturas que fueron elaborando los padres respecto de sus errores, sean expuestos en la terapia, así como también sus expectativas (muchas veces idílicas), siendo esto algo que no escapa a ningún grupo de padres. Es menester transformar esos pensamientos autodestructivos o de autodesprecio hacia una aceptación mucho más funcional que facilite el cambio (Terkelsen, 1983 como se citó en Hunter, Hoffnung & Ferholt, 1988).

Los casos de familias con integrantes padecientes de un trastorno por abuso de sustancias también poseen ciertas características estructurales que dan lugar a que suceda. En primer lugar, los padres presentan dificultades para transmitirle a sus hijos los límites y las jerarquías de poder suficientes para representar una imagen de autoridad. Estos padres suelen tomar una actitud de cierta subordinación hacia los integrantes más pequeños, en especial con los que conllevan más problemas de comportamiento, optando por una resistencia a aceptar que su propio hijo tiene hábitos o amistades poco saludables, en este caso consumo de drogas o entornos que influyen en el aumento de esas conductas. Se muestran incondicionales con los hijos, que son muy centrales y tienen gran poder. A pesar de las múltiples señales que reflejan esta problemática (violencia, fracasos escolares, despidos laborales), estos padres no cuentan con una estructura familiar, o no creen tener suficientes herramientas para enfrentar la situación, encontrando como único recurso la sobreprotección hacia el hijo y la búsqueda de culpables, ya sea la sociedad o ellos mismos. En segundo lugar, resulta importante señalar el rol de los hermanos, quienes, frecuentemente pasan a posicionarse en un lugar de ejercicio de mayores responsabilidades, esfuerzos, y en algunos casos cumplen el papel esencial de ser quienes acuden a un tratamiento que ayude al grupo familiar. En tercer lugar, si se trata de un caso donde quien presenta comportamientos adictivos es un miembro de la pareja, sus cónyuges actúan con comprensión, acompañamiento y paciencia, al menos al comienzo. Terminan ocupando un rol más perteneciente al de un padre o madre, y de ser quienes intentarán mantener cierto equilibrio en el funcionamiento del hogar (Barilari, Mazieres & Ravazzola, 2004; Ravazzola 1990 como se citó en Aristegui Lagos et al., 2015).

Stanton et al. (2006) realizaron investigaciones respecto de los circuitos conductuales de estas familias coincidiendo en algunos aspectos, ya que arribaron a la conclusión de que cuando los que padecen del problema de adicción son hombres, sus madres llevan adelante gestos de protección, cuidado y actitudes de apego, mientras que los padres se mantienen en una postura más distante, o descomprometida. Continuamente estos lazos entre padres e hijos

se presentan con características poco saludables, específicamente por las incongruencias que se generan en su relación. Retomando el rol de los hermanos, para estos autores los varones se apegan más al padre, alejándose de la figura protectora de la madre hacia el hijo-problema. En el caso de las hermanas, por el contrario, posiblemente actúen en concordancia con la madre. Ciertos aspectos de la familia original se repiten en las conductas que los hijos adoptan en la medida que van creciendo. Es por esto por lo que en las familias cuya historia esta trazada por crisis, o situaciones de fracaso, los hijos retoman esos patrones que permiten mantener una aproximación a dicha familia. La drogadicción produce un circuito en el cual las soluciones aumentan el problema y donde el miembro con adicción se perpetua en un lugar de competente-incompetente, niño-adulto, solución-problema.

### **3.3.2 Posibles abordajes para familias multiproblemáticas**

Ibáñez (2010) pensaba a los abordajes de familias con integrantes internados indistintamente de que se proceda con un solo individuo o con todo el grupo familiar, ya que inevitablemente estos guardan una cercanía muy próxima. Ya en el siglo pasado las intervenciones se efectuaban desde una perspectiva integradora y desde una visión sobre el contexto en constante cambio. Algunos autores como Campanini y Luppi (1991), Quintero Velásquez (1997) y Guerrini (2009), han enfatizado en la relevancia de relacionar el modelo sistémico con el ámbito hospitalario vinculando paciente, familia, y profesionales promoviendo un cuidado más eficaz.

Sin embargo, también se requiere analizar las vivencias de los familiares que actúan como cuidadores, ya que por más buenas intenciones que se tengan, esta atadura al paciente puede perjudicar significativamente la vida del cuidador familiar, afectando diversas áreas de la vida diaria, como también su propia identidad (Luxardo, 2008). Cabe mencionar, además, una reflexión de Minuchin al respecto, quien señala que estas intervenciones pueden producir ciertos resultados negativos hacia el sistema, ya sea porque esta traslada sus funciones a las instituciones, porque se disipan los roles y estructura familiar, porque se descartan posibles herramientas que puedan aportar, o por consecuencias más relacionadas a aspectos afectivos (Minuchin, Colapinto, & Minuchin. 2000).

Vega (1997) destacó tres fundamentos para los tratamientos de estos casos: En primer lugar, las intervenciones destinadas a familias multiproblemáticas serán más eficaces si parten de una idea constructivista de la realidad. Como se ha mencionado con anterioridad al respecto,

la idea es que el terapeuta amplíe sus creencias, lenguaje, etc., para adquirir una postura más objetiva que valide el discurso de los pacientes, ya que la manera en que ellos han construido su realidad es la que cobra significado para ellos. Otro aspecto anteriormente mencionado es la perspectiva multisistémica o ecosistémica para incluir la mayor cantidad de aspectos, y factores involucrados y las conexiones que estos tienen entre sí. Para finalizar con esta enumeración, se retoma la noción de cambio no de un modo lineal, sino circular (Vega, 1997 como se citó en Gómez, Muñoz & Haz, 2007).

Aclarado esto, se relatan ahora estrategias más puntuales que se pueden efectuar. Estas están centradas en aumentar la estructura de las intervenciones (estrategias para la fijación y recordatorios de sesiones), implementar contratos de participación (aclarar marco, características, objetivos, metas del tratamiento, evitando falsas expectativas), utilizar la motivación al cambio (la necesidad de resolver la crisis), desarrollar metas realistas (proponerse metas alcanzables, y que los pacientes se apropien de sus propios recursos), y valoración del tratamiento por parte de la familia (transmitir elogios, esperanza, confianza para afianzar la prioridad y el compromiso hacia el tratamiento) (Vega, 1997 como se citó en Gómez, Muñoz & Haz, 2007).

Como se mencionó, el paciente suele llevar un rol de chivo emisario o, como también, lo llaman, *paciente identificado*. Desde esta perspectiva se toma a los demás integrantes del sistema como agentes y sujetos activos para generar el cambio, permitiendo intervenciones más globalizadas. Una manera de abordaje pertinente para estos casos es lo que se denomina orientación familiar. Se entiende por orientación familiar a un conjunto de herramientas, y estrategias que buscan fortalecer los vínculos entre los miembros de la familia de manera tal que logren alcanzar sus objetivos. Dentro de los niveles de intervención por los cuales se ejerce esta modalidad, se hará mención primero a lo correspondiente al ámbito terapéutico. En sintonía con lo que se ha mencionado antes, es importante identificar el funcionamiento erróneo o patógeno incrustado en la dinámica familiar. Es ahí donde el especialista en terapia familiar orientará las conductas en dirección a un equilibrio y funcionamiento óptimos. Sin embargo, el ámbito terapéutico no es excluyente de otros niveles de intervención, dentro de los cuales se encuentra el nivel educativo, que busca dotar a los pacientes de recursos y medios para lograr sus metas. En este nivel se destacan, por ejemplo, los proyectos de Escuelas de Padres. Por último, se encuentra también el nivel de asesoramiento, que se desempeña de manera más específica ejercitando a la familia enmarcándola en situaciones que puedan dificultar un vínculo y una comunicación eficaz (Ríos Gonzalez, 1994).

De un modo más específico, Stanton et al. (2006), analizaron la manera de efectuar tratamientos familiares de miembros con adicciones. Desde el modelo estratégico se desarrolla un procedimiento específico para cada individuo o sistema, interviniendo en el síntoma, metas alcanzables y estrategias para el cambio. Con un correcto uso del tiempo y equilibrio, el terapeuta puntualizará inicialmente en la relación padres-paciente identificado, para luego generar una retroalimentación positiva, atribuyéndole las mejores intenciones a las conductas que estuvieron manteniendo hasta el momento. Una vez detectados los circuitos de comportamientos y sus funciones, se procede a una reformulación de conductas mediante el trabajo parental como equipo con un mismo objetivo: la recuperación del paciente. Otras técnicas que se emplean son el desequilibrio, reencadre y una jerarquización de roles adecuada. Esto no cambia por el hecho de que el paciente identificado pueda ser una persona adulta, es decir, el objetivo es el mismo: contribuir al trabajo en conjunto de los padres respetando y consolidando sus posiciones jerárquicas basadas en la edad, rol, etc. Se ha evidenciado que a diferencia de lo que ocurre en los adolescentes, en los adultos con adicciones, los pares funcionan como una subcultura que dota de identidad y resguardo al individuo, además de que la edad los lleva a situaciones más delicadas relacionadas a la delincuencia con la mera necesidad de mantener el sentimiento de pertenencia en el grupo, facilitando así, el mantenimiento del síntoma (Castillo, Pérez & Rábago, 2016).

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio**

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

### **4.2 Participantes**

Para la elaboración de este trabajo se analizó el caso clínico de una mujer de 68 años residente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En adelante se referirá a ella como la “señora B”, para preservar su identidad y respetar el consentimiento de confidencialidad. Esta paciente es viuda, y es madre de una hija y un hijo. Este último, de 39 años, padece de esquizofrenia y actualmente está internado en una institución. La mujer consultó por la preocupación que le genera el estado en el que se encuentra su hijo, y la relación conflictiva

que tiene con él. Para un mejor análisis se contó con la colaboración de la psicóloga que trató a la señora B, bajo el modelo sistémico orientado a la terapia breve focalizada. La psicóloga la atendía desde hace cuatro semanas al momento en que se comienza el seguimiento en la práctica.

### **4.3 Instrumentos**

Como manera de recolección de información, se llevó a cabo una entrevista a la psicóloga del caso, la cual fue de carácter semiestructurada. Esta entrevista tuvo como ejes la descripción del tratamiento, incluyendo la queja inicial, la co-construcción del problema, los objetivos planteados, las intervenciones que se realizaron, las complicaciones que se han presentado en el transcurso del tratamiento, y el análisis de la terapeuta respecto de la evolución que ha tenido la paciente en el manejo de sus frustraciones y la manera de vincularse con su hijo.

Se utilizaron las observaciones que se efectuaron por medio de la Cámara Gesell Virtual de manera semanal, en las cuales se generaron espacios de supervisión, y de intercambios entre el equipo de la institución, la psicóloga y los pasantes para posibles intervenciones. El centro otorgó a los alumnos interesados, la posibilidad de acceder a la historia clínica para una mayor comprensión y contextualización del caso en cuanto a la composición familiar, las redes de contención, antecedentes y datos que puedan ser relevantes para su análisis. Además, se pudo observar las grabaciones de las primeras cuatro sesiones del tratamiento.

### **4.4 Procedimiento**

Se realizó el seguimiento de un trabajo terapéutico, acompañado de una entrevista semiestructurada de aproximadamente 30 minutos a la psicóloga de la institución que llevó adelante el tratamiento de la paciente. De manera semanal se presenciaron las sesiones mediante la Cámara Gesell Virtual, a partir de la quinta entrevista. Además, se trabajó con la historia clínica y las primeras cuatro sesiones grabadas que brindan desde el centro de aproximadamente 50 minutos.

## **5. Desarrollo**

### **5.1 Presentación del caso**

El caso clínico que se describirá a continuación tiene como eje principal el tratamiento de una mujer de 68 años, la cual se ha optado por denominar en este trabajo, como la “Señora B”, que reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La composición familiar consta de dos hijos: un hombre y una mujer. En el caso de la hija, esta vive junto a su esposo, mientras que el hijo, de 39 años, está actualmente internado por un diagnóstico de esquizofrenia y un trastorno por consumo de sustancias. Este es presentado por la paciente como el principal generador de sus frustraciones, ya que, a lo largo de toda la historia familiar, este hijo ha sido motivo de diversas situaciones conflictivas, con la presencia de modalidades violentas a la hora de relacionarse con sus padres y su hermana. La señora B, es viuda, ya que su esposo y padre de ambos hijos, falleció un año antes de comenzado el tratamiento. El hijo ha asistido a varias internaciones y terapias desde sus 20 años, y presenciado mejorías en algunas de ellas. La internación que se desarrolla en paralelo con el inicio de la terapia de su madre tiene comienzo el año pasado, con un intervalo en el mes de febrero de 2021, donde regresó a convivir con la paciente del presente caso.

### **5.2 Queja inicial, co-construcción del problema y objetivos propuestos en el inicio del tratamiento de la paciente**

Como se ha expresado anteriormente con Stratton (2004), durante las primeras sesiones el terapeuta deberá transmitirle al paciente el encuadre mediante el cual el tratamiento se llevará a cabo. En este caso, ya en la entrevista de admisión, se le explica a la paciente que se trabajará bajo una modalidad que consta de pocas sesiones, las cuales serán grabadas y supervisadas con el equipo terapéutico a través de la cámara Gesell virtual. Se le aclara a la consultante, que la supervisión cumplirá con el objetivo de fortalecer la terapia, contando con la mirada del resto de los profesionales y en favor de un tratamiento exitoso; se añade también, que esta es una opción que ella puede aceptar o descartar y trabajar de manera privada solo con un psicólogo. La señora B da consentimiento tanto como para ser grabada como para ser tratada bajo la modalidad de la supervisión.

Aclarado esto, se parte de las primeras palabras de la paciente, orientada con algunas preguntas del terapeuta, para ubicar lo que corresponde a la queja inicial. Como han

mencionado Casabianca y Hirsch (1992), se entiende a la queja inicial como lo primero que trae el paciente como aquello que lo aqueja (cognitiva o afectivamente).

En un modo general es posible identificar la problemática a la cual la psicóloga se enfrenta. Bastó con indagar un poco la historia y dinámica familiar para entender que se trataba de una paciente integrante de una familia multiproblemática. Esto se constata desde un punto de vista práctico, ya que durante todo el tratamiento se van sumando indicios que confirman esta cuestión y también desde un punto de vista teórico con los trabajos de diversos autores ya desarrollados. Con los aportes de Walsh (2004), se logra contextualizar a esta paciente dentro de una familia con una variada gama de dificultades, la presencia de un integrante con manifestaciones sintomáticas (en este caso el hijo) y las constantes crisis que ha atravesado la familia, “Pasamos un montón de cosas, algunas graves, algunas no tan graves”-. Otra característica que se presenta es la propuesta por Hurst et al. (1996), la cual menciona la frecuencia con la que estas familias se distancian de diversas áreas en las que se desempeñaban, principalmente lo que se observa en este caso, es el aislamiento hacia la familia extensa – “queríamos ocultar que tenía adicciones”, “uno evitaba cosas, como que viniera gente a casa porque el hacía que la pasemos mal”, “tengo sobrinos con problemas de drogas, yo decidí no verlos más”-. Esto, según lo elaborado por Mora y Araujo (2005), implicará la falta de devoluciones de valorización y reconocimiento por parte de las redes sociales primarias y secundarias.

Es probable que algunas cuestiones que se han planteado hasta aquí se desvíen de lo que comprende específicamente el concepto de queja inicial o co-construcción del problema, pero como se ha expresado desde este enfoque es necesario una mirada multisistémica y ecológica (Bronfenbrenner, 1987) teniendo en cuenta una perspectiva general del contexto de esta familia. Esto permitirá, a su vez, una fijación de objetivos realistas y aplicables para este sistema familiar en particular.

Y, por último, y muy importante es el rol que juegan las dinámicas comunicacionales planteadas por Sousa y Eusébio (2005), pero esto se abordará más adelante.

De una manera más focalizada se destacan en el relato de la Señora B, algunos ejes centrales: “tengo un hijo con problemas de adicción y de esquizofrenia, falleció mi marido y hay un montón de cosas que a mí me están sobrepasando”.

Si bien, por diferentes razones, estas tres expresiones están estrechamente vinculadas, primero se desarrollará de manera más detallada cada una.

Se inicia aquí a analizar la primera de estas declaraciones: “tengo un hijo con problemas de adicción y de esquizofrenia”. Como se ha intentado explicar anteriormente, este tipo de trastornos tienen su origen en diversas particularidades que tiene una determinada familia, pero en este apartado no se reparará en los inicios, sino en el presente, es decir, en lo que trae la paciente aquí y ahora. La Señora B manifiesta que el trato con su hijo es una problemática constante, “es un problema familiar que nunca se va a terminar” y es evidente el modo diverso en que repercute en las emociones y pensamientos de la consultante. La paciente relata en más de una oportunidad sentimientos de culpa por las fallas que cree haber cometido en la crianza, “él como que se acostumbró a que siempre tenía la razón, porque se le permitieron demasiadas cosas”. Como explica Terkelsen (1983), estos sentimientos de culpa, estancamiento en las posibles fallas durante la crianza de los hijos, es habitual en los padres. Comúnmente se detienen a pensar qué podrían haber hecho mejor, idealizando un presente del cual nunca podrán tener la certeza de como hubiese sido, y estas reflexiones suelen ser un impedimento a la hora de pensar en el futuro y en soluciones realistas. Además, estas ideas hacen perder el foco de los logros y esfuerzos conseguidos. Más adelante se verán ciertas intervenciones que se realizaron al respecto.

Se reflexiona ahora sobre otra de las quejas que trae la paciente: “falleció mi marido”. Se retoma entonces, la cuestión de que cualquier cambio que se produzca en un sistema, por más mínimo que este sea, afectará a la totalidad de este. La pérdida física de uno de los miembros del sistema es sin duda alguna un efector de cambio: los roles se desequilibran, así como las alianzas y obligaciones. El hecho de que este problema tenga ya un historial de tantos años - “esto no es una cosa nueva, hace años que tenemos este problema” - y que la paciente consulte en este momento, y con una postura mucho más firme que en el pasado - “no quiero vivir bajo amenaza, no quiero vivir más así” - apenas unos meses después del fallecimiento del marido, no puede tomarse como algo aislado o casual. En este caso en particular, justamente la paciente relata que su esposo era de carácter débil diciendo: “mi esposo era muy débil, tanto físicamente como en carácter” o “mi esposo no se imponía, era muy sumiso”. Desde un punto de vista un poco más teórico, este caso en particular se contrapone con las conclusiones elaboradas por Stanton et al., (2006) en las cuales dicen que cuando el miembro de la familia que padece un trastorno es un hombre, la madre toma una postura de protección y apego y el padre un rol más estricto. Como ya se dejó entrever, el esposo de la paciente era más dócil y sobreprotector en su mirada hacia su hijo. Al respecto, la paciente refiere: “mi marido cedía, le decía ‘no te voy a dar’ nada delante mío, y después le daba plata a escondidas”. Por otro lado, la Señora B, es la que solía adoptar una actitud más firme; esto lo deja en claro comentando

situaciones pasadas: “yo era la que tomaba las riendas, yo buscaba dónde internarlo, yo siempre me metí en el medio para que no agrede a mi esposo, soy una persona de carácter fuerte”. De todas formas, sí se deja ver en estas declaraciones, que, si bien ella era menos piadosa, también era la que se comprometía en los tratamientos y tomaba un rol activo en la búsqueda de una solución. Volviendo a la cuestión de la pérdida del esposo, este se presenta en el discurso de la paciente no solo en relación con la crianza de su hijo, sino al malestar que relata la consultante debido a su muerte, y el no haber podido elaborar el duelo de la manera que le hubiese gustado: “no poder hacer el duelo que yo quería hacer por mi esposo, tener que ocuparme de él, dejando de lado mis angustias”. De esta manera se evidencian otros de los aspectos en los que repercuten las patologías del hijo.

En un intento de concluir estas problemáticas que surgieron en el comienzo del tratamiento, se analiza la tercera de estas declaraciones principales: “hay un montón de cosas que a mí me están sobrepasando”. Lo que se entiende con este planteo por parte de la paciente es básicamente un resumen de los dos párrafos anteriores, ya que si bien lo primero que relata en la entrevista de admisión y en la primera sesión es el hecho de que quiere aprender a vincularse y relacionarse con su hijo sin la presencia de maltratos y violencia - relatando al respecto “la vida con él se hace sumamente complicada, la que necesito sanarme y saber cómo encarar las cosas, soy yo, yo necesito tener las pautas claras, de hasta donde es su enfermedad y hasta donde es su manipulación, necesito una orientación, con alguien que sepa porque sola es sumamente difícil una adicción, con una esquizofrenia, a veces uno como que se acostumbra y minimizas las cosas, te parece que un empujón no es una agresión, que un insulto no es maltrato”- es importante no quedarse únicamente con ese panorama acotado, sino ver en qué otras áreas ella se siente perjudicada, qué ha cambiado en su postura desde que falleció el esposo, de qué manera se manejaban ambos para resolver la situación, etc. De esta manera se puede tener una visión más amplia y, por lo tanto, más útil. Indagando y buscando los detalles, entendiendo el contexto, soluciones intentadas, pensamientos, emociones, etc. para llegar junto con la paciente a una co-construcción del problema. Por último, respecto a los aportes de Coletti y Linares (1997), aquí se observan indicadores de estrés producto de la presencia adicciones, ya que la consultante describe - “tengo un hijo de 39 años con problemas de adicción”; y deficiencias en la crianza, “es difícil volver a atrás cuando vos dejaste avanzar tanto al otro y no cortaste de entrada, siempre tuve mejor diálogo con mi hija que con él, y eso probablemente influye en la crianza, si yo hubiese actuado antes, las cosas no se hubiesen dado así”. Tal y como se explicó con estos autores, es importante diferenciar el tipo de problemáticas para no

caer en un análisis homogéneo, y poder utilizar una visión multidimensional. Entonces, así como se destacaron conflictos relacionados a las adicciones, estados de ánimo o estilos de crianza, también se descubren temáticas relacionadas a enfermedades, economía familiar y trabajo. En cuanto a las enfermedades, además de los trastornos que padece el hijo, también se mencionan problemas de salud que tuvo el esposo de la paciente en los últimos años. Un comentario de la hija que habla de los problemas que tuvo su padre, según ella a causa de su hermano, se refiere justamente a problemas cardiacos que este tuvo, teniendo que atravesar múltiples operaciones riesgosas y debilitando su cuerpo, motivo por el cual la Señora B se interponía en los momentos de violencia para protegerlo. La economía familiar juega un rol importante en este caso por dos motivos: el primero se retomará más adelante ya que está relacionado a los intentos y sacrificios que han hecho los padres por su hijo, asique se desarrollarán en otro apartado. En segundo lugar, la familia por momentos no contó con un buen pasar económico, lo que limitó el acceso a tratamientos, preocupaciones relacionadas con deudas, etc. Por último, pero no menos importante, se ha hablado en las sesiones sobre la importancia de que el hijo salga del lugar de “hijo víctima”, “dependiente” o de “comodidad” y que consiga un empleo, que tenga responsabilidades, incluso en una de las tareas que se le piden a la Señora B, donde le debe imponer condiciones de convivencia a su hijo cuando este salga de la internación, ella dice que debe conseguir algún tipo de trabajo. En conclusión, toda esa información conseguida en los primeros encuentros servirá para comprender y analizar tres componentes fundamentales: la situación inicial, la meta, y la elección de potenciales estrategias las cuales fueron planteadas por Wainstein (2006) para establecer el problema.

Ya en las primeras sesiones queda claro mediante este intercambio entre la paciente y la psicóloga cuáles son las expectativas que tiene la Señora B, y en base a eso fijar las metas. En más de una ocasión se utilizan frases como: “quiero acompañarlo, quiero aprender a ponerle un límite, hasta donde llega el y hasta donde es lo mío”. En esta misma línea que trabajaron Boston et al., (2004) se busca obtener otras visiones respecto del problema, en este caso, la paciente comparte diálogos que ha tenido con su hija, la cual ha expresado mucha preocupación respecto a la convivencia entre su madre y su hermano. A continuación, se expone una de las declaraciones donde la consultante ejemplifica las inquietudes de la hija: “dice que no me doy cuenta de lo que me puede llegar a hacer”. De esta forma se cuenta con otra percepción del problema, mientras que la paciente dice no tenerle miedo y autodefinirse como alguien con carácter fuerte, la hija plantea posibles consecuencias a este mal vínculo que su madre no detecta. A esto se le suma otro análisis de la hija, relatado por la consultante: “más de una de

las cosas que le pasaron a papá fueron porque este pibe no lo dejó tranquilo”. Esta reflexión que realiza la hija intenta evidenciar la variedad de consecuencias que se han generado a lo largo de la historia familiar. Si bien podría parecer que el hijo es el causante de todos estos males, como ya se ha intentado explicar, este hijo cumple la función de chivo emisario, como aquel que, mediante determinados síntomas, expresa la multiplicidad de problemas que se presentan en su familia (Walsh, 2004). Retomando a Boston et al. (2004), se observa en la primera sesión cómo la psicóloga procede a transmitirle a la paciente la complejidad del caso intentando bajar a tierra sus expectativas, ya que, de no lograrlas, la paciente podría perder entusiasmo y confianza. Entonces, la terapeuta le comenta: “vamos a ver si podemos ayudarte”, de manera tal que la Señora B, no espere resultados mágicos o inalcanzables.

Finalmente, luego de un intercambio de la psicóloga con el resto del equipo de la institución donde se busca la manera de formular el interrogante acerca de la motivación y del “¿Por qué ahora?” de la consulta, se llega a una conclusión mediante las propias palabras de la paciente: “me di cuenta de que él no había aprendido nada, no cambió, ya está teniendo actitudes de recaídas. No quiero más insultos, no quiero más esto. Me di cuenta de que mi vida se detuvo”. Insistiendo con la idea anteriormente planteada, aunque la paciente no se percate de esto, la pérdida del esposo influyó tanto a nivel emocional como cognitivo para que la mujer llegue a este límite.

El rol de esta psicóloga constará de dotar a la paciente de una mirada más clara, comenzar a observar los problemas desde otro ángulo; de hecho, la mujer ha expresado explícitamente sus confusiones y dudas respecto de su presente: “esta situación me confunde, cuando estoy más serena digo, ‘esto no vas a poder hacer’, pero cuando lo veo más desvalido, me cuesta ser firme, sigo sin entender nada de lo que pasa”. En otras palabras, el tratamiento buscará generar una reestructuración en la percepción de la realidad de la paciente, ya que luego de tantos años de una convivencia disfuncional y con notables problemas comunicacionales, sumados a los condicionamientos emocionales y cognitivos, esta pudo haber construido una mirada errónea y poco ventajosa para arribar a una solución, limitando la apropiación de logros, esfuerzos y avances realizados y conseguidos (Watzlawick, 1997).

Por último, una vez trabajadas estas propuestas, el futuro de la terapia consistirá básicamente en la manutención de esas estrategias. Es la misma paciente la que pone en duda esa posibilidad – “¿Cómo hago yo para sostener en el tiempo lo que tengo en la cabeza?”, “No sé si lo podré sostener porque ni siquiera vive acá, ahora”, “Quiero decir que no y sostenerlo

¿se puede lograr y mantener?” – Esta cuestión de la dificultad de mantenerlo es algo de lo cual la psicóloga es consciente y lo ha expresado en la entrevista que se llevó a cabo para la realización de este trabajo. En las futuras sesiones la terapeuta dice que habrá que contar con una base más sólida en la cual pueda apoyarse la consultante. Será importante el establecimiento de redes firmes, contando con una participación más activa por parte de la hija, la utilización de la medicación con su respectivo control para reforzar los esfuerzos de la Señora B, así como una consolidación en el acompañamiento que se realiza desde la institución donde se encuentra el hijo, tanto de los terapeutas, como de las terapias grupales que realizan los padres de los internados allí. Si bien parece que es una mujer que a lo largo de su vida ha sido bastante sociable, también muestra cierto desgano debido a que muchas amigas y muchos familiares ya han fallecido condicionando un poco su interés por relacionarse con gente nueva, producto también del momento del ciclo vital en el que se encuentra. Se podría pensar que con más razón hay que enfatizar en reforzar sus redes de apoyo, que es una de las cuestiones que marca Alanen (1997), dentro del enfoque de necesidades-adaptadas, en el cual hay que generar una base sólida tanto para el paciente identificado como para su entorno.

Este accionar que se describe y se seguirá describiendo respecto del procedimiento de la psicóloga se condice con los aportes de Vega (1997) quien focaliza el trabajo con familiares de personas con adicciones en aumentar la estructura de las intervenciones, implementar contratos de participación, utilizar la motivación al cambio, desarrollar metas realistas y promover la valoración del tratamiento por parte de la familia.

### **5.3 Intervenciones estratégicas realizadas por la terapeuta durante las primeras 13 sesiones del tratamiento**

Partiendo de una de las características principales de la terapia breve estratégica, el primer aspecto que se observa en el abordaje de este caso es la cuestión de que la terapia cuenta con la presencia de un solo miembro del grupo familiar, ya que, desde este enfoque se sostiene que no es necesaria la presencia de todo el grupo familiar porque el cambio que se produzca en uno de sus integrantes afectará a los demás. Incluso, en la segunda sesión se le expresa explícitamente a la paciente que: “tu cambio va a generar un cambio en él, desde donde te posicionas. Hoy estás distinta a hace un año, te posicionas desde otro lugar”.

Además, a lo largo del tratamiento se ha investigado respecto de las creencias, roles, relatos situacionales, pero eso se tratará más adelante.

Como se ha desarrollado anteriormente con las reflexiones propuestas por Stratton (2004), las terapias iniciarán partiendo de una guía de preguntas para obtener información suficiente. Puntualmente, en este caso, se observa como en la primera sesión la psicóloga lleva a cabo un estilo circular de preguntas, ya que tiene en cuenta los puntos de vista de la paciente y otros miembros importantes del sistema como son el hijo, el marido en su momento y tampoco se descarta la posición de la hija, la cual según lo que relata la paciente fue necesaria para la decisión de comenzar esta terapia. Retomando brevemente a Ravazzola (2004), se comprueba, al menos en este caso, ese rol que toman los hermanos de los miembros que presentan los síntomas, es decir, ese lugar de tomar ciertas responsabilidades, cuidados y decisiones que a los padres suele dificultárseles por la incidencia del factor emocional, entre otras cuestiones. La hija manifiesta esta mirada más alerta respecto del trato del hijo hacia la madre. Incluso, tanto en la entrevista de admisión, como en la primera entrevista, se le expresa a la paciente la posibilidad de que la hija participe en algunos de los encuentros. Esta intervención, que sirve para contar con una variedad de visiones, encontrar congruencias e incongruencias y un abanico mayor de relatos situacionales (Anderson & Goolishian, 1992), no se llevó a cabo en ninguna de las sesiones que se presenciaron, pero en la entrevista con la psicóloga, esta dice que se sigue contemplando como opción a futuro.

Cabe ahora realizar una aclaración respecto de las preguntas que se realizan, principalmente en las primeras sesiones, ya que no se debe confundir la modalidad directiva del terapeuta con las intervenciones directas. Hasta ahora se ha explicado que, desde este enfoque de la terapia breve focalizada, uno de los tipos de intervenciones son las llamadas directas (decirle al paciente qué es lo que tiene que hacer), esto se distingue de la modalidad directiva que puede adoptar la psicóloga. Para explicar esto se procede a dar un ejemplo que se consigue en la entrevista con la psicóloga del caso: “me di cuenta de que estaba tomando una postura muy dirigida y que, para este caso puntual, no iba por ahí. Ella (la paciente) empezó a hablar de lo que quería, y era mejor”. De esta manera se observa como en determinados casos, los estilos rígidos o marcadamente directivos pueden ser un impedimento para el psicólogo, al punto de que este mismo se dé cuenta de que necesita otro modo que se adecue más a las características de la paciente. Esto no significa que se abandona esta directividad por completo y se prosigue a ocupar un lugar de consejero o una postura cargada de subjetividades, pero sí es pertinente percatarse cuando ciertas formas no son las más eficaces para algunas dinámicas que se entablan en los tratamientos (Wainstein, 2006).

Retrocediendo unos pasos en la historia de este tratamiento, se vuelve a una de las primeras aclaraciones que se le transmite a la consultante, que es el trabajo supervisado con un equipo. En este caso se utiliza la intervención del equipo terapéutico, de esta manera los terapeutas y pasantes se conectan diez minutos antes de que comience la sesión, luego se realiza la sesión propiamente dicha, durante unos 30 minutos. Cumplido ese plazo, la psicóloga dialoga con el resto del equipo que estuvo escuchando y observando la terapia, e intercambian opiniones, hipótesis, reflexiones, posibles estrategias y una devolución final con la cual la psicóloga se despide de la paciente, normalmente con alguna tarea a realizar para la siguiente sesión. En sintonía con el enfoque en general, y lo desarrollado por Stratton (2004) en particular, se observa que cuidadosamente el equipo intenta no caer en un exceso de opiniones o de reflexiones con el objetivo de que sea dirigidas a la paciente, evitando de esta manera que la Señora B pueda concentrarse en pocos aspectos, focalizándose en cuestiones puntuales, claras y factibles de ser realizadas. Debido a que en este caso han aparecido varios temas que repercuten en la vida de la consultante, como el duelo, su edad, su vínculo con el hijo, remordimientos del pasado o rutinas de su vida diaria con la que está poco conforme, ha sido de vital importancia contar con una gran cantidad de oyentes para tomar nota respecto de cada problemática con sus respectivos señalamientos y observaciones. De esta forma, como ya se dijo, luego de una puesta en común donde también se señalan las excepciones, consistencias en el discurso, etc., se definen una o dos tareas para que sean prescriptas a la paciente.

Una intervención en la cual la psicóloga ha puesto cierto foco fue en investigar antecedentes familiares de discusiones o crisis, para así obtener un relato del uso o no de estrategias prácticas por parte de los miembros del sistema, la manera en que fueron significadas esas situaciones y cómo funcionó el sistema en diferentes momentos. Este trabajo descripto, perteneciente a Fiese y Wamboldt (2003), coincide en otra cuestión con las palabras de la paciente. Tanto estos autores como la Señora B reconocen la dificultad de desprenderse de pautas tan instaladas en la estructura familiar – “es difícil volver a atrás cuando vos dejaste avanzar tanto al otro y no cortaste de entrada”-.

Dado que se trata de una paciente que ha atravesado un largo recorrido por diferentes tratamientos, tanto para ella, como para su hijo, en las cuales rara vez se ha sentido conforme, la psicóloga, tal como recomienda Wainstein (2006), procede a indagar respecto de algunas características de esos tratamientos o los motivos por los cuales fueron interrumpidos para evitar caer en los mismos intentos y/o errores ya cometidos. Si bien algunos aspectos exceden a lo que el terapeuta puede hacer o dejar de hacer, como, por ejemplo, el hecho de que algunos

de los tratamientos anteriores debieron ser interrumpidos por imposibilidades económicas de seguir pagándolos, hay dos aspectos que sí pueden ser importantes y que pueden abordarse de manera diferente desde este enfoque teórico-práctico. El primero de estos aspectos, consiste en una de las características principales de este modelo, que es la duración del tratamiento. El hecho de que este se base en un trabajo inicialmente pensado para que sea de corta duración, buscando una adquisición o apropiación de herramientas y recursos evitando una dependencia eterna de la paciente hacia la terapia es una manera de evitar como resultado tratamientos interrumpidos debido a la realidad económica, además de la urgencia de la paciente. En ningún momento de la terapia se opta por brindarle a la paciente alguna explicación compleja o acotada a términos teóricos o diagnósticos. Únicamente, en los intercambios que se generan entre los pasantes y profesionales que supervisan el caso, se arroja la posibilidad de indagar ciertos aspectos del pasado, pero luego llegan a la conclusión de que, al menos para este caso en particular, no es de vital importancia, ni daría utilidad suficiente para encontrar una solución, sino que resultaría en una prolongación innecesaria del tratamiento, de esta manera se refleja la puesta en práctica de la teoría elaborada por Weakland et al. (1974).

El segundo aspecto importante que se destaca como una característica que puede diferenciarse de los tratamientos anteriores es la elaboración de expectativas reales. A lo largo del tratamiento se puede dar cuenta de cierto conocimiento que ha adquirido la paciente en todos estos años sobre algunos aspectos del trabajo psicoterapéutico, ya sea desde sus reflexiones o vocabulario. Sin embargo, pareciera por momentos que la paciente no ha elaborado con total efectividad una visión más realista de la realidad pasada, presente y futura y esta también puede haber repercutido en el abandono de otras terapias. Las expectativas puestas en un nivel inalcanzable o ambicioso afectan indudablemente la motivación de la paciente por el hecho de no poder alcanzarlos. De todas formas, esto no es de sorprender en casos de este estilo, ya que como explica Vega (1997), las familias construyen sus propias realidades, y es importante que esta psicóloga no solo las comprenda, sino también que aporte una nueva visión para obtener una valoración del tratamiento por parte de la paciente que amplíe la capacidad de maniobra de la profesional. También relata la Señora B, que siente no haber sido comprendida en sus terapias pasadas cuando expresa lo que busca del tratamiento, pero en el contexto en que se presentan estas declaraciones, se puede deducir, que no es que no haya sido comprendida, sino que lo que ella buscaba, se encontraba fuera del alcance de sus terapeutas.

A continuación, se describirán intervenciones más puntuales que se llevaron a cabo. Sin embargo, cabe aclarar que muchas de estas intervenciones no se han llegado a poner en práctica dentro de las sesiones observadas. Esto sucede, ya que en el período en el cual se pudieron presenciar estas sesiones, el hijo de la paciente se encontraba aún internado, y muchas de las herramientas estaban destinadas a mejorar la convivencia entre la Señora B y el hijo, una vez que este terminara su propio tratamiento.

Aclarado esto, se destacan las siguientes estrategias implementadas: la pregunta del milagro, accionar sobre la pauta y reformulación del problema.

La pregunta del milagro ha sido una de las primeras intervenciones observadas. Como se explicó anteriormente con autores como Erickson (1954), y de Shazer (1991) el objetivo aquí será establecer soluciones posibles obtenidas de las propias descripciones del paciente. Mediante esta estrategia, la psicóloga obtiene de la consultante un relato respecto de cómo sería una convivencia o un vínculo menos disfuncional. Desde una perspectiva más general, la paciente describe esa realidad hipotética con una característica principal: poder comprender y detectar las actitudes manipuladoras de su hijo. La Señora B piensa que con la capacidad de entender de mejor manera las intenciones que tiene este miembro de la familia, lograría tomar una postura más rígida, en la cual no caiga en la duda de si el hijo hace determinadas cosas a propósito o por consecuencia de su enfermedad. Teniendo esa cuestión más clara, la consultante dice que tendría una base más sólida en la cual posicionarse. Esta realidad que relata implicaría también determinadas normas de convivencia. En una de las tareas que la terapeuta le pide a la Señora B, esta debe escribir para la sesión siguiente, una lista de reglas o condiciones que se deberán cumplir para la vuelta del hijo a la casa. En el diálogo entre ambas sobre esta tarea, concluyeron en denominar esto como un contrato de convivencia. Para cuando la paciente le comenta este listado, se observan tres pilares fundamentales en los cuales ella hace hincapié. El primero que menciona es la prohibición del consumo de ninguna sustancia dentro del hogar. En segundo lugar, dejarle en claro al hijo que no admitirá visitas de las malas compañías que tiene actualmente. Repetidamente la paciente dice que no entrará a su casa nadie que ella no quiera, o que sea mala influencia para su hijo, únicamente podrá invitar amigos de la infancia que ella conoce y tiene un buen concepto. Por último, la Señora B ubica como condición, que el hijo cuente con algún trabajo o cualquier tipo de responsabilidad mientras viva con ella.

Durante las sesiones que se pudieron observar ha sido una constante en el discurso de la paciente el planteamiento de modalidades de conducta poco eficaces, pero implementadas

durante mucho tiempo. Una basta cantidad de ejemplos se hallan en el discurso de la Señora B, por ejemplo: “él como que se acostumbró a que siempre tenía la razón, porque se le permitieron demasiadas cosas, hace años que no le hemos puesto límites, fueron mucho años de mentiras y engaños”. Esta conducta del hijo y las respuestas de los padres fijaron un círculo de acción vicioso: “es una constante de él, de que a él se le hacen las cosas, se pone en un lugar de víctima, no se mueve de su rol de hijito victima”. Luego la paciente piensa una hipótesis de cómo funciona el pensamiento del hijo: “quizás él piensa que, si él insiste, me va a ganar por cansancio”. Esta persistencia en la conducta del hijo es debido a que en el pasado era una modalidad que le funcionaba para conseguir lo que buscaba y, como bien reflexiona la paciente, esto no será fácil de modificar. La Señora B detecta cierto circuito repetitivo que reproduce en sus pensamientos: “me da pena, cedo, y después me da bronca” y finalmente concluye, acertadamente, en el análisis de las consecuencias en las que desembocan esos pensamientos: “estamos siempre en la misma, vamos a seguir dando vuelta, esta no es la solución porque vuelve a casa y abandona el tratamiento”. Dicho todo esto, la psicóloga procede a reafirmar ciertas frases de la paciente: “si cedes, va a ser más de lo mismo”. Toda esta información es de utilidad para que se pueda trabajar sobre estas pautas. En concordancia con Cade & O’Hanlon (1995) y también con Keeney (1983), las alteraciones que se generaron respecto de la queja de la paciente produjeron modificaciones en este circuito que facilitaba la permanencia del problema. Al respecto se destacan dos intervenciones más específicas a modo de ejemplo. En la quinta entrevista, la psicóloga le explica a la Señora B sobre la importancia de que permanezca con una postura firme, y en la misma sesión la consultante había relatado situaciones que suceden en sus visitas a la institución donde se encuentra internado su hijo. Estas situaciones a las que se refiere la paciente consisten en que dichas visitas cuentan con una duración de tres horas según las normas de esa clínica. Pero suele pasar que luego de determinado tiempo donde ya no tienen temas de conversación entre ambos, surgen discusiones o momentos tensos que terminan con efectos en el ánimo de la Señora B durante el resto de la semana. A tal punto es esto, que las sesiones donde la paciente cuenta haber tenido una buena semana coincidentemente no visitó a su hijo durante esos últimos días. Además, estos intercambios conflictivos se repiten en las conversaciones telefónicas. Ante estas circunstancias, la terapeuta le propone algunas estrategias simples, pero que pueden significar que su hijo perciba ciertos cambios en su madre. Estas estrategias consisten en que la Señora B sea quien decida el tiempo que durará su visita, ya sea un horario planteado por ella antes de iniciada la visita o por si no se siente cómoda durante la misma. Basta con que ella no crea que sea bueno forzarse a quedarse, para asumir una postura lo suficientemente firme para no ceder

ante los caprichos del hijo e irse. Si bien la psicóloga le comenta que probablemente la disminución de la duración no implique necesariamente que no se generen discusiones, lo que se busca es, por un lado, la autonomía y autodeterminación en sus acciones y establecimientos de límites y, por otro, demostrar ese cambio de manera cada vez más evidente. En cuanto a las llamadas telefónicas, se le propone a la consultante que, si la conversación se torna dificultosa o no cumple condiciones básicas de respeto de él hacia ella, tome la determinación de cortar el teléfono y evitar ser ella quien lo vuelva a llamar. En las siguientes sesiones, la Señora B admite lo siguiente: “yo cambié y le pongo límites, y eso lo enfurece porque no puede entrarme por ningún lado”, “no lo llamo para que se dé cuenta de que la mamá no está para soportarle los caprichitos”. Aquí se evidencia que el hijo ya ha comenzado a detectar que las formas de relacionarse que le fueron “funcionales” y se mantuvieron durante mucho tiempo, ya no tienen el mismo mecanismo de acción-reacción que antes, sino que fueron reemplazadas por otras. Estas modificaciones se las pueden atribuir al llamado cambio de segundo orden, es decir que mediante un proceso de morfogénesis se ha alterado la manera en la cual la estructura estaba articulada, desencadenando así futuros cambios conductuales, principalmente a lo que a la comunicación se refiere (Wainstein, 2006).

Ya contando con un panorama que da cierta idea de las creencias, ideas y pensamientos de la paciente hacia el problema, se busca focalizar en ofrecer otras posturas y miradas al respecto. Durante el tratamiento, la psicóloga se centra en reformular el autoconcepto que tiene la Señora B, la cual ha afirmado que no ha hecho las cosas bien en la crianza, de que lo que ha hecho no ha sido suficiente y de que es culpable del presente de su hijo. Ha sido unánime en las reuniones con el equipo enfatizar en esto e incluso proponerle a la paciente que escriba a mano sus logros y esfuerzos. Se ha intentado mediante devoluciones como: “haz hecho mucho” o incluso tomando ejemplos que la consultante ha traído a la terapia, ya que en una ocasión la Señora B comenta que para pagar uno de los tratamientos del hijo, ella y su esposo debieron hipotecar la casa. Sin embargo, hasta lo que se llegó a observar de la terapia, la paciente no ha llegado a asumir completamente esta otra visión más realista, pero también optimista de sí misma. Afortunadamente, en la quinta entrevista, lo que se consigue es que la Señora B, aunque no incorpora esos logros, si reconoce que existen y que será importante para ella hacerlo: “tengo que cambiar ese chip de que no he hecho nada por él”. Será vital para el éxito de esta terapia utilizar esta estrategia desarrollada por Watzlawick & Bodin (1974), para reenmarcar los recursos y méritos que tiene la paciente.

Retomando ahora una intervención desarrollada por Wainstein (2006) y mencionada pocos párrafos atrás, se indaga también, en qué consistieron las estrategias anteriormente realizadas, pero ahora se aborda no las efectuadas en las terapias, sino las implementadas por los integrantes de este sistema familiar. Hay una lista de intentos efectuados por la familia, algunos han sido evidentemente fallidos y otros son importantes tenerlos en cuenta como antecedentes en los cuales, luego de algún conflicto puntual, los padres se pusieron más estrictos. Se rescatan algunas situaciones relatadas por la paciente “tuvo una serie de discusiones conmigo y se fue a vivir con un compañero de internación”. Esto hace alusión a un hecho ocurrido cuando el hijo se resiste a volver a internarse y poco antes de que la Señora B comenzara este tratamiento. Luego de intercambios agresivos entre ambos, ella le prohibió volver a entrar a la casa y que recién lo admitiría cuando se reincorpore a la institución donde estaba internado y se comprometiera a tratar sus adicciones. En este intento de poner límites, la paciente recurrió a plantar una división dentro de la propiedad “dentro de la casa, le llevé el colchón al lavadero (durante tres días), sin cigarrillos, y le dije que hasta que no volviera a la comunidad a hacer un tratamiento, no volvería a entrar y que no íbamos a compartir más nada”. Cabe recordar y contextualizar este hecho luego de que el marido ya había fallecido. Coincidentemente en ese momento, el hijo recibió varias negativas de lugares para hospedarse, que anteriormente lo habían acogido, pero esta vez no (un amigo, un tío y la Señora B): “recibió tres ‘no’ muy fuertes” comentó la paciente al respecto y concluye diciendo “aflojó y volvió a la comunidad”. Otra situación muy gráfica ha sido la que la consultante mencionó respecto a los límites que se tomaron en favor del cuidado de la hija. Luego de varias situaciones de violencia hacia la hija por parte del hijo, ambos padres tomaron una medida, la cual fue: “levantamos una pared y le marcamos un límite de hasta acá llegas vos y hasta acá tu hermana”. Sin embargo, también se nombran al pasar momentos donde se llevaron a cabo acciones puntuales y atípicas según lo que expresa la paciente - “lo eché una sola vez, porque fue inevitable la situación que se dio, estábamos todos (padre, madre e hija) y explotamos los tres de forma simultánea” - pero desafortunadamente no se indagó (al menos en las sesiones observadas) qué fue con exactitud lo que sucedió en esta ocasión. Si bien tampoco se sabe si esta medida generó un cambio, aunque sea en el corto plazo, sí resultaría interesante indagar que características tuvo esa situación para que el sistema procediera de una forma que no se había hecho anteriormente. En base a esto, podría ser pertinente la mirada de de Shazer (1986) respecto de las excepciones del problema y pensar, como se dijo recién, en momentos donde la familia se haya movido de una forma fuera de lo habitual respecto de sus propias pautas y costumbres.

Algo que se mencionó al pasar en uno de los apartados anteriores, y que viene a colación con lo desarrollado sobre la importancia de la orientación a padres dentro de este enfoque terapéutico, es la presencia de los grupos de padres de personas con adicción, que participan de encuentros semanales en la institución donde está internado el hijo de la Señora B. Si bien este trabajo se limita a tratar las intervenciones estratégicas implementadas por la psicóloga, sí se cree importante justificar por qué esta buscará maximizar el rol de esos encuentros grupales. El rol que estos pueden cumplir en función de la educación y asesoramiento mediante el intercambio de los padres es útil para el ejercicio y la incorporación de herramientas (Ríos Gonzalez, 1994). Cuanto más provecho se pueda hacer de cualquier tipo de terapia para brindar una base sólida a la paciente, el pronóstico será mejor. Al respecto hay dos frases que se rescatan de las sesiones, una dicha por la psicóloga a la paciente, “a tu fortaleza se le podría sumar la terapia como herramienta”; y otra expresada por la consultante, “ahora tengo que aprender a manejarme sola, yo podría acompañarlo, pero quiero aprender a ponerle un límite, yo tengo que aprender a aceptar y a entender cómo trabaja su cabeza, tengo que aprender que quizás le exijo algo que no me puede dar”. Esta insistencia en la palabra aprender por parte de la Señora B, indica no solo la predisposición de ella a incorporar herramientas y conocimiento, sino también, la utilidad que se puede ganar mediante el abordaje recientemente descrito. Quizás no para lograr que ella “aprenda” todo lo que menciona, ya que sería un tanto ambicioso, pero sí un punto de apoyo importante para su progreso.

#### **5.4 Evolución de la paciente en el transcurso del tratamiento**

Uno de los primeros progresos logrados por la Señora B mediante el trabajo terapéutico y también más evidentes, es la apropiación de una postura más firme a la hora de tomar decisiones, establecer límites y pautar normas de convivencia. Básicamente la autodeterminación de estar mejor la lleva a cambiar algunas maneras de vincularse con su hijo. Es especialmente valorable que decida poner fin a los malos tratos de su hijo, ya que esta actitud deviene en respuestas desafiantes por parte de él y la paciente es consciente de ello: “muchas veces cuando me pedía algo que yo no quería darle, yo en lugar de decirle que ‘no’, ponía excusas para no entrar en conflicto”. Ante los primeros indicios de un cambio en la actitud de la Señora B, el hijo no reacciona de la mejor manera. En enfoque sistémico sostiene que el cambio en un miembro del sistema producirá un efecto en los demás integrantes a modo de engranaje (Minuchin, 1986), pero eso no significa que esto se refleje instantáneamente de un modo positivo, por eso lo importante será mantener esta actitud. En la práctica, se pueden

rescatar positivamente algunas expresiones del hijo ante estas modificaciones conductuales de su madre. Por ejemplo, en una ocasión que la hija estaba atravesando la enfermedad del COVID-19, generando angustia en la Señora B, el hijo le comentó: “cada vez que les pasa algo, yo no estoy para acompañarlas”. Esta reflexión por parte de él, reflejado en un comentario que no incluye insultos, reproches o pedidos, era una dinámica comunicacional poco frecuente entre ellos. De esta manera, a futuro es posible un cese de aspectos disfuncionales o patológicos en la modalidad comunicacional. Retomando el concepto del doble vínculo (Bateson 1972), se puede constatar que, hasta este momento, el desenvolvimiento de la familia era repetitivo - Es siempre más de lo mismo -, consignas por parte de los padres que se contradicen entre sí. Aquí se puede volver al ejemplo del dinero, donde el padre le negaba prestarle plata al hijo cuando estaban frente a la “Señora B”, pero luego el padre cedía en privado con el hijo. Todas estas formas de comportarse están intensificados y condicionados por aspectos de nivel afectivo propios los lazos que pueden producirse entre padres e hijo, conllevando así, manipulaciones como las que ha relatado la consultante. Se generará, de manera inconsciente, una perpetuidad del mal comportamiento del hijo, y de su ubicación en un lugar de víctima dentro de la familia. Sin caer en el olvido de la importancia de contextualizar al sistema, es importante identificar temas, como por ejemplo la muerte del padre, que no han sido tratados o resueltos dentro del núcleo familiar.

En las últimas sesiones observadas también se relatan cambios en su actitud respecto del resto de la comunidad donde se encuentra internado: “está ayudando a cocinar, está empezando a ayudar y a hacer más cosas”. No hay que pasar por alto el papel que juegan las comunidades o ámbitos donde ellos se desenvuelven, ya que como explica Bertalanffy (1968) estos contextos informan la manera en que se comportan los miembros del sistema y los cambios que se produzcan en la terapia influirán no solo en la relación entre ellos, sino en el desempeño que estos venían teniendo en otras áreas. Incluso, en las primeras sesiones de la paciente, ella comentó que su hijo se encontraba “fuera de estructura” dentro de la clínica. Con ese término utilizado por los psicólogos del centro de internación se refieren a que cuando un paciente no cumple con ciertas normas o tareas, se le quitan ciertos privilegios y condiciones de internación. Avanzada la terapia de la Señora B, ella cuenta que el equipo terapéutico ya lo había reintegrado a las condiciones habituales de tratamiento.

Si bien esta teoría comprende una mirada integradora, dotando de suma importancia la dinámica de todo el sistema, hay que evitar perder el foco de la paciente en cuestión, cuyo tratamiento se ha observado para la elaboración de este trabajo. Por eso, es importante señalar

que también se han observado cambios de la Señora B respecto de su rol en diferentes contextos. Se ha ampliado su red social, intercambiando diálogos con vecinas, viejos conocidos y una participación bastante activa en las reuniones de padres que se desarrollan en el centro donde se encuentra internado su hijo. Además, en su relato sobre los comentarios que realiza en dichas reuniones también se manifiesta una actitud más segura, firme y realista: “veo que están las madres que están felices, son las más nuevas del grupo, están como en un idilio y yo les decía que no se ilusionen tanto”. Esto va de la mano con otro avance obtenido: la mirada más realista que ha conseguido la paciente respecto a las expectativas que tiene puestas en las mejoras de su hijo. Coincidentemente, como explica Bateson (1979), la terapia breve estratégica, enfoque utilizado en este caso, busca justamente redefinir la percepción de los pacientes sobre sus problemas y expectativas.

Retomando el rol que ocupa la necesidad de una participación en la comunidad se destaca, también, lo que señalan Boston et al. (2004), relacionado al objetivo de que los miembros del sistema sean capaces de reproducir los pequeños o grandes cambios generados en su vínculo, en los demás ámbitos de su vida diaria. Para esto, como se desarrolló en un apartado anterior, se ha intentado una mejor apreciación de sus propios logros. En la entrevista realizada a la psicóloga del caso, esta expresa que una de sus mayores dificultades ha sido que la paciente reconozca más enfática y conscientemente lo conseguido hasta ahora, así como también el reconocimiento de sus propios recursos y herramientas. Aquí, será trascendental la reestructuración por parte de la paciente, no solo del conflicto, sino también de sus propias fortalezas y logros (Wainstein, 2006).

En cuanto a las metas alcanzadas, además de las ya mencionadas, sí se obtuvieron algunas frases que indican que la paciente ha comenzado a percibir las: “pase de sentirme culpable, a sentirme responsable”, “yo siento que cambie en una actitud de más firmeza ante el”. En estos intentos para conseguir recalcar los méritos, en más de una ocasión, la psicóloga le explica: “quizás estas herramientas o recursos que mencionas, ya los tenías y no te habías dado cuenta”. Desde lo que se ha expuesto hasta aquí sobre este enfoque y lo redactado en base al trabajo de Stratton (2004), se evidencia la importancia de pensar a los consultantes como personas que tienen sus propias habilidades de resolución; no obstante, muchas veces es necesario generar una reformulación que los pacientes tienen respecto de ellos y validar esos recursos explícitamente. La principal herramienta con la que cuenta un psicólogo de esta corriente son las que ya posee quien viene a la consulta.

Para finalizar, algunos aspectos que no han tenido el avance esperado, al menos dentro de las expectativas de la psicóloga, se vinculan con el compromiso o involucramiento en las

tareas semanales. Si bien, como bien expresa Stratton (2004), no se busca tomar una postura hostil o imperativa que obstaculice la alianza terapéutica o que responsabilice a la paciente de ciertos obstáculos que puedan impedir el éxito del tratamiento, sí es importante identificar el motivo por el cual ciertos objetivos no se cumplen o ciertas resistencias o negaciones que puedan surgir. Por esto, aquí también es fundamental que la psicóloga tenga la habilidad de establecer dichas tareas juntamente con la consultante, adaptándolas a sus inquietudes y recursos.

Otro impedimento posible que pudo obstaculizar algunos avances ha sido la falta de interacción entre madre e hijo a lo largo del tratamiento por diversas cuestiones. Es por eso, que en la última sesión observada se ve como la psicóloga sutilmente le propone a la paciente la posibilidad de concluir próximamente el tratamiento y retomarlo una vez que el hijo regrese a su casa. Notablemente, aquí se distingue una característica principal y particular que tiene este enfoque terapéutico: la brevedad. Esta teoría sostiene que es importante que los pacientes utilicen sus herramientas para obtener una autonomía e independencia respecto de la terapia. Y en base a lo planteado por Vega (1997), que se apropie de sus propios recursos. Focalizando en el problema y en las soluciones, los consultantes adquieren seguridad y confianza. Por eso se piensa que proponerle a la Señora B un período de intervalo en el tratamiento donde se pueda desenvolver sin estas sesiones semanales y retomar la consulta en un momento que implique un mayor desafío puede ser útil para indagar como se sintió ella en ese período y trabajar una independencia aún más prolongada en el futuro.

## **6. Conclusiones**

En la elaboración de este trabajo se realizó un seguimiento del tratamiento de una mujer de 69 años quien consulta por las complicaciones vinculares que padece con su hijo, quien sufre de esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias. Se han observado 13 sesiones a través de grabaciones y observaciones no participantes en cámara Gesell virtual. Mediante esta modalidad, más la entrevista llevada a cabo con la psicóloga del caso, se recolectó información destinada a articularla y analizarla con la bibliografía teórica correspondiente, arribando a las conclusiones que se expresan a continuación.

Comenzando con el primer objetivo planteado, donde se buscaba identificar la queja inicial, la co-construcción del problema y la elaboración de objetivos mutuamente convenidos entre psicólogo y paciente, se concluye que la queja inicial de la consultante en cuestión es la

necesidad de aprender a vincularse con su hijo con toda la complejidad que implica relacionarse con una persona con los trastornos que este presenta. Arribado a esto, mediante el intercambio de la psicóloga y la Señora B, se logra concretar el problema en la búsqueda de que la paciente pueda llevar adelante una vida con mayor independencia de la vida de sus hijos, poder poner en marcha su propia vida, que en palabras que ella utiliza “ahora siento que mi vida se detuvo”. Es decir, como se ha mencionado repetidamente durante el tratamiento, se busca una vida más allá de sus hijos. Con esto último se destaca que aquí ya no solo se incluye al hijo dentro del problema, sino también a su otra hija, entendiendo que es un objetivo más general que la paciente tiene para sus próximos años de vida y cambiar una dinámica vincular basada en cierta dependencia entre estos tres integrantes del sistema. Respecto al objetivo del tratamiento, se podría decir que la adquisición de una actitud de mayor firmeza serviría como base para facilitar el cumplimiento de las demás metas que tiene la paciente, y que es hacia lo que muchas de las intervenciones realizadas en el tratamiento fueron destinadas. Lo que lleva al segundo objetivo.

Aquí se observó una implementación variada de estrategias e intervenciones que comprende el enfoque de la terapia sistémica estratégica breve focalizada. Estos métodos de abordaje que utilizó la psicóloga estaban centralizados en dos cuestiones fundamentales. La primera era la de generar un cambio comportamental de la paciente generando como resultado inevitable, un cambio en el resto del sistema, principalmente en su hijo. Esto se identifica con una de las dos bases que Weakland et al. (1974), proponen de la terapia breve estratégica, la cual es pensar las intervenciones como generadoras del cambio en la dinámica del sistema. La segunda cuestión como eje central del tratamiento observado, ha sido la reformulación que tenía la paciente respecto de sus propios recursos; esto será importante para mantener su solidez a futuro.

El tercer y último objetivo propuesto, se ha focalizado sobre los avances de la paciente durante las primeras 13 sesiones del tratamiento y se piensa que estos se han conseguido de manera parcial. Sí es evidente que la psicóloga ha notado un circuito que permite la persistencia del problema, y este, de diversas formas, se le ha expresado a la paciente. La Señora B ha tomado consciencia de que seguir bajo las mismas modalidades de interacción no traerán resultados diferentes, y esto se puede comprobar con algunas declaraciones conseguidas por ella misma: “yo le he dicho a mi hijo que, si abandona el tratamiento otra vez y vuelve a casa, no es la solución”, “a mí me parece que el cambio lo tengo que hacer yo, no esperar del otro, pero no sé por dónde empezar”. Entonces, esto refleja un avance importante, ya que la orientación que ella buscaba y el aprendizaje por el que pedía en más de una ocasión para

relacionarse más eficazmente con su hijo le ha sido brindado e incluso adquirido por ella. En cuanto a lo que se formuló como avances “parcialmente” conseguidos, se piensa en base a dos cuestiones. En primer lugar, cierta frustración por parte de la terapeuta de creer que la paciente aún no se ha apropiado completamente de ciertos rasgos positivos que han surgido. Si bien esto se contradice con ciertos párrafos anteriormente redactados, aquí se refiere puntualmente a la percepción que tiene la psicóloga al respecto. En la entrevista que se le administró ha mencionado que este aspecto se le ha dificultado más de lo que creyó y que deberá seguir enfatizando sobre ello hasta lograr que la Señora B adquiera una mirada más benévola hacia ella misma. El segundo motivo por el cual se cree que los avances en parte no se han obtenido o evidenciados en la experiencia de este tratamiento, es por el hecho de que la dinámica comunicacional entre madre e hijo no se ha puesto en práctica suficientes veces para analizarla. Sí se ha podido contar con relatos sobre conversaciones pasadas, pero no demasiadas del presente. Principalmente porque el mayor desafío será una vez que el hijo vuelva a convivir con la Señora B, y esto no ha sucedido, al menos en el período observado del tratamiento, ya que el muchacho continuaba internado.

En lo que se refiere a las limitaciones de este trabajo, se incluyen algunas cuestiones que van desde los aspectos metodológicos elegidos hasta aspectos contextuales.

En cuanto a los aspectos metodológicos se piensa que algunos puntos se pudieron haber abordado con mayor profundidad y detalle, al menos lo que se refiere a los factores comunicacionales que desde este enfoque, y aún más puntualmente en este caso, cobran especial relevancia. Esto se pudo haber indagado más en la entrevista a la psicóloga, la cual, desde la más humilde opinión, tampoco se vio que le brindara la importancia que correspondía. El acceso a la totalidad del tratamiento – cosa que no pudo lograrse - podría haber arrojado, sin duda, algunos datos interesantes para la articulación teórico-práctica, principalmente lo vinculado a los avances de la paciente. Tampoco se contó con la posibilidad de entrevistar a la directora de la institución donde se realizó la pasantía, la cual, en base a su experiencia, en general, y participación en la admisión y supervisión de este caso, en particular, podrían haberse conseguido posturas diversas y aportes importantes. También podría haber sido relevante encarar esta temática observando una mayor cantidad de casos de este estilo, es decir de familias multiproblemáticas y analizar aspectos que se repiten o que coinciden, principalmente cuando se abordan desde un enfoque como la terapia sistémica. Pero aquí se presentaban dificultades más vinculadas al tiempo del cual se disponía para la realización de este trabajo, así como también, de la cantidad de casos que la institución podía ofrecer en ese momento.

Y respecto de las limitaciones contextuales, se hace referencia al hecho de que este seguimiento del caso se llevó adelante durante época de pandemia producto del COVID-19, lo que implicó que toda la práctica haya sido bajo la modalidad virtual. Desde esta perspectiva con la que se analiza la experiencia de la práctica profesional, y en sintonía con lo que este enfoque manifiesta respecto de la vital trascendencia que tienen las diferentes modalidades comunicacionales (Watzlawick, 1971), se cree que diversos detalles han quedado por fuera del ojo observador. Si bien en todas las sesiones se contó con una cámara mediante la cual se podía observar a la terapeuta y a la paciente, se piensa firmemente que esta forma no reemplaza la riqueza que se puede obtener en sesiones presenciales. Se cree particularmente que hay axiomas de la comunicación que plantea Watzlawick que entran en juego y se ven perjudicados en este contexto; por ejemplo, el segundo axioma de la comunicación lleva a pensar que la alianza terapéutica no es la misma si se basa en la virtualidad que en la presencialidad, afectando la relación de estos y, por lo tanto, la emisión y recepción de mensajes. Otro ejemplo es la falta de información no verbal que se plantea en el cuarto axioma. De nuevo, si bien sí se cuenta con una cámara a través de la cual paciente y terapeuta pueden verse las caras, se pierde información corporal o gestual que podría ser relevante.

Aclarando desde el comienzo que todo lo que se ha expresado hasta aquí y principalmente lo que se menciona a continuación, parte desde lo que es una opinión sumamente personal y desde el respeto y humildad, se procede a reflexionar algunas posibles críticas sobre lo observado y leído sobre esta temática en general, y de este caso en particular.

Si bien hay trabajos y experimentos que sustentan la eficacia de los tratamientos breves, se puede discutir que este no es aplicable a la totalidad de los casos. A lo largo de la práctica se ha podido comprobar que desde la institución donde se trata este caso, se piensa de manera similar. Así como no cualquier terapeuta encaja con cualquier paciente, no cualquier enfoque encaja con cualquier problemática. Por esto, dado que lo que trae la Señora B se piensa como un caso complejo, incluso desde lo relatado por la psicóloga y el equipo terapéutico, se puede pensar que la modalidad de terapia breve resulta algo ambiciosa. Con los autores y trabajos expuestos durante este escrito, se sostiene la validez teórica y práctica de focalizarse en un problema y ajustarse a estrategias destinadas a una solución adecuada para cada paciente, pero dado que el caso relatado tiene muchos aspectos complejos, que datan de muchos años, con la presencia de una comorbilidad (esquizofrenia y adicciones) que presenta muchas problemáticas, resulta difícil pensar que sea el mejor enfoque para su abordaje.

Además, se considera necesaria la posibilidad de contar con la participación de la hija en la terapia, ya que podrían obtenerse datos y perspectivas valiosas. De todas formas, la psicóloga ha declarado que es una intervención que no descarta realizar en un futuro.

Ya desde un punto de vista no tan general, también se plantean aspectos que podrían haberse tratado mejor, o al menos sacar más provecho de ciertas cuestiones por parte de la psicóloga. Siendo que este marco teórico ha surgido desde el interés hacia la comunicación humana, se cree que hubo expresiones de la paciente que no fueron indagadas con profundidad y cuyo aporte podría haber sido útil para lograr un tratamiento exitoso. La Señora B ha expresado dichos como: “puede haber cosas que lo lastimaron, si él no las habla, yo no las sé”, “quizás hay cosas que mi hijo no las haya podido decir nunca” o “quizás empezó a consumir porque le costaba hablar con la gente”. Resulta extraño que las ocasiones en las que se efectuaron estas frases, la psicóloga no se haya detenido a trabajar o ahondar más sobre ellas. Especialmente desde un enfoque que ha trabajado mucho, no solo en la comunicación humana como ya se dijo, sino también en la esquizofrenia, trastorno que juega un importante rol en este caso.

Respecto a las posibles futuras líneas de investigación, se proponen tres de ellas que son las siguientes.

Sería interesante considerar un abordaje desde la terapia sistémica estratégica breve focalizada que incluya un trabajo interdisciplinario con otros profesionales de diferentes áreas, no solo las vinculadas con temáticas familiares como podría ser la asistencia social, sino también con médicos o psicopedagogos. De contar con estudios al respecto, para este caso en particular, podría resultar útil que la psicóloga o el equipo terapéutico del cual forma parte procediera en conjunto con la institución donde se haya internado el hijo con el fin de lograr mayor eficacia en los tratamientos de ambos.

Como segunda propuesta, si bien hoy en día se cuenta con una gran variedad de enfoques que derivan de la integración de los marcos teóricos dominantes, este caso lleva a pensar en la posibilidad de tener una mirada ecléctica e integrativa entre la terapia sistémica y otras corrientes que contemplen más los procesos de aprendizaje o la relevancia de experiencias pasadas. Si bien se entiende, también, que esta corriente, al contar con una limitada cantidad de sesiones, no indaga en las sesiones en relatos o recuerdos que no estén estrechamente vinculados con el aquí y ahora; de todas formas, la idea de contemplar un abordaje que integre variados enfoques tampoco se creería errada, principalmente teniendo en cuenta que la terapia sistémica, ya desde su origen, comprende la integración de teorías.

Por último, se postula la idea de que se estudie el interesante trabajo de Watzlawick actualizándolo a acontecimientos que han tenido lugar últimamente. El predominio de hoy en día de la comunicación virtual, tanto entre los integrantes del sistema como de los pacientes con los psicólogos, lleva a pensar en la necesidad de investigaciones que trabajen sobre la comunicación humana bajo estas modalidades, sus efectos, ventajas y desventajas a corto y largo plazo.

En el transcurso de la elaboración del presente trabajo se ha adquirido una mirada más integrativa en más de uno de los aspectos que implica el trabajo terapéutico. La comprensión de la importancia de integrar teorías, como se mencionó recientemente, la integración de las distintas perspectivas del equipo terapéutico, la integración de las posturas de los diferentes miembros del sistema, la integración de profesionales de distintas áreas para trabajar en conjunto y la integración de toda la información obtenida por los pacientes respecto de los diversos ámbitos en los cuales se desempeñan, la cual ya fue mencionada por el enfoque multisistémico y ecológico, es algo que se ha obtenido a lo largo de la práctica profesional. Una correcta unificación de todo lo ya expuesto aumentaría la riqueza de las sesiones y, por lo tanto, la probabilidad de éxito terapéutico.

## 7. Referencias

- Acebedo, B., Ramón, M., Schaefer Alarcón, H., Regner, E., Gaitán, A., Cruzat-Mandich, ... Del Canto, J. (2017). Familias, cuidado de pacientes durante internaciones y Servicio Social. *Revista de Psicología de la Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires (ASiBA)*, 33(1), 61-70. Recuperado de <http://asiba.org/index.php/asiba/issue/view/15>
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted Treatment*. London: Karnac.
- Alanen, Y.O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 363–372.
- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa.
- Arístegui Lagos, R., Blanco López, A.M., Bravo, V., Crescini, S., Fried Schnitman, D., Glozman, M., ... Ravazzola, M.C. (2015). Dialogues for Transformation: *Experiences in Therapy and Other Psycho-social Interventions in Latin America*, 2, 140-141.
- Ashby, W. R. (1952). *Design for a Brain*, Nueva York: Wiley.
- Barrowclough, C. (2005). *Families of People with Schizophrenia. Families and Mental Disorders* (pp. 1–24). doi: 10.1002/0470024712.ch1.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). *Towards a theory of Schizophrenia. Behavioral Science*, (pp. 1, 251-264)
- Beyebach, M. y Herrero, M. (2016). *200 tareas para Terapia Breve*. Barcelona: Herder
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- Bertalanffy, L. V. (1987). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Birdwhistell, Ray L. (1959). *Contribution of Linguistic-Kinesic Studies to the Understanding of Schizophrenia*, en Auerback, Alfred (ed.) *Schizophrenia: An Integrated Approach*, Ronald Press, Nueva York, (pp. 99-123).
- Boston, P., Cottrel, D., Hanks, H., Pote, H., Shapiro, D. & Stratton, P. (2008). *Manual de terapia familiar sistémica*.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*, Barcelona: Paidós.

- Cade, B. & O'Hanlon, W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. (pp. 19-34, 111-168). Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L., De Gregorio, F. & Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. En M. Coletti & J. Linares, *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 45-82). Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Casabianca, R. & Hirsch, H. (1992). *Como equivocarse menos en Terapia*. Buenos Aires: Gabas Editorial y Asociados.
- Cazabat, E. H. (2007). *Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina*. En D. Kopec & J. Rabinovich. *Qué y Cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 15-20). Ciudad autónoma de Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Coletti, M. y Linares, J.L. (1997). *La intervención sistémica en los Servicios Sociales ante la Familia Multiproblemática*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. y Berg, I.K. (1991). *Haciendo terapia: una revisión post-estructural*. Cuadernos de Terapia Familiar. (pp. 18, 17-30).
- Espinal, I., Gimeno, A. & González, F. (2016). *El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia*. Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural Poveda, Distrito Nacional Santo Domingo (Rep. Dominicana)
- Fiese, B. H., & Winter, M. A. (n.d.). *Family Stories and Rituals. The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology* (pp. 625–636). doi:10.1002/9781444310238.ch44.
- Fisch, R. & Schlanger, K. (2012). *Cambiando lo incambiable: la terapia breve en casos intimidantes* (2ª Ed.). Barcelona: Herder.
- Gómez, E., Muñoz, M. M., & Haz, A. M. (2007). *Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. Psykhe (Santiago)*, 16(2). doi:10.4067/s0718-22282007000200004
- Haley, J. (1990). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Hardy Schaefer, A. (2013). *La terapia estratégica breve: Fundamentos, técnicas y tendencias actuales*. En Martínez F.E. *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones* (pp. 29-62). Santiago de Chile: RIL editores.
- Hunter, D. E. K., Hoffnung, R. J., & Ferholt, J. B. (1988). *Family Therapy in Trouble: Psychoeducation as Solution and as Problem. Family Process*. (pp. 27(3), 327–338). doi:10.1111/j.1545-5300.1988.00327.x

- Hurst, N., Sawatzky, D. & Pare, D. (1996). Families with multiple problems through a Bowenian lens. *Child Welfare*, 75(6), 693-708.
- Keeney, B.P (1983). *Aesthetics of change*. New York: Guilford. Trad. cast.: Estética del cambio. Barcelona: Paidós, 1991.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Madanes, C. (1984). *Behind the one-way mirror: Advances in the practice of strategic Therapy*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Minuchin, P., Colapinto, J. y Minuchin, S. (2000). Pobreza, institución, familia. Buenos Aires. Paidós.
- Minuchin, S. (1984). *Calidoscopio familiar*, Paidós, Buenos Aires; Barcelona (1991).
- Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. & Fishman, Ch. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. (pp. 77-80). Buenos Aires: Paidós.
- Mora y Araujo, M. (2005). El poder de la conversación. Elementos para una teoría de la opinión pública., Buenos Aires, La Crujia.
- Pakman, M. (2003). A Systemic Frame for Mental Health Practices, in P.S.Proski & D.V. Keith (Eds.), *Family Therapy as an Alternative to Medication: An Appraisal of Pharmland* (pp. 93- 110). New York: Brunner-Routledge.
- Ríos Gonzalez, J. A. (1994). *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Madrid: Instituto de Ciencia del Hombre
- Schlanger, K., Cinella, M., Díaz, G. & González, P. (2014). Hoy en Palo Alto: un trabajo en las escuelas californianas con población inmigrante. En R. Medina, E. Laso y E. Hernández (Eds.), *Pensamiento sistémico: nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp. 73-95). México: Litteris.
- Sluzki, C. (1976). *Marital Therapy from a Systems Therapy Perspective*, en Paolino, T. J. & B. S. McCrady (comps.), *Marriage & Marital Therapy*, Nueva York: Brunner/Mazel, 1978; Papp, P., "The Use of Fantasy in a Couples Group", en Andolfi, M. & I. Zwering (comps.), *Dimensions of Family Therapy*, Nueva York: Guilford Press, 1980; Paul, N. & B. Paul, *A Marital Puzzle*, Nueva York: W. W. Norton, 1975; Sager, C, *Marriage Contracts and Couple Therapy*, Nueva York: Brunner/Mazel.

- Sousa, L., & Eusébio, C. (2005). *When multi-problem poor individuals' values meet practitioners' values!* *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15(5), 353–367. doi:10.1002/casp.835
- Stanton, M., Todd, T & cols. (2006). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. España: Gedisa.
- Walsh, F. (2004). *Resiliencia familiar: Estrategias para su fortalecimiento*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. & Wittner, V. (2017). Anuario de investigaciones, vol. XXIV, (pp.193-198). Presentado en Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Wainstein, M. & Wittner, V. (2017). *El concepto de familia multiproblemática y la medición de su funcionalidad/disfuncionalidad*. Anuario de Investigaciones, vol. XXIV. (pp. 193-198) Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369155966065>
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J., & Jackson, D. (1967). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (1997). Prólogo. En P. Watzlawick & G. Nardone. *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 17-22). Barcelona: Editorial Paidós.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). *Terapia breve: Centrada en la resolución de problemas*. *Revista Family Process*. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x>
- White, M., & Epston, D. (1989). *Literate means to therapeutic ends*. Dulwich Centre Publications.