



**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**

**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

## **TRABAJO FINAL INTEGRADOR**

**“Funcionamiento de un plan solidario en una institución privada de  
Psicoterapia Sistémica Estratégica Breve Focalizada”**

**Alumno: Saccomandi, Francisco Agustín**

**Tutora: Da Silva, Natalia**

**Ciudad de Buenos Aires, 16 de diciembre de 2021**

## Índice

2.1 Objetivo General	4
2.2 Objetivos específicos	4
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
3.1. Psicoterapia sistémica	4
3.1.1. Inicios del paradigma sistémico	4
3.1.2 Teoría general de los sistemas	6
3.1.3 Cibernética	7
3.1.4. Axiomas de la comunicación humana	9
3.1.5. Consolidación: del Proyecto Bateson al Modelo de Palo Alto	11
3.2 El proceso terapéutico	14
3.2.1. Admisión	14
3.2.2. Intervenciones	15
3.2.3. Cierre y seguimiento	17
3.3. Contexto argentino	18
3.3.1 Terapia sistémica en la Argentina	18
3.3.2. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657	20
3.3.3. El Derecho a la Salud	21
<b>4. METODOLOGÍA</b>	<b>24</b>
4.1 Tipo de estudio	24
4.2 Participantes	24
4.3 Instrumentos	24
4.4 Procedimiento	25
5.1. Describir las características del plan solidario de la institución, como un dispositivo que representa una alternativa en la accesibilidad a la salud en personas que solicitan atención clínica.	26
5.2. Describir el proceso de admisión en consultantes que aplican al plan solidario en dicha institución.	29
5.3. Describir las dificultades y beneficios que encuentran los terapeutas en la modalidad de plan solidario.	31
<b>6. CONCLUSIÓN</b>	<b>34</b>
<b>7. REFERENCIAS</b>	<b>40</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>44</b>
Anexo I	44

## 1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo corresponde a la instancia de Práctica y Habilitación Profesional de la Licenciatura en Psicología por la Universidad de Palermo (UP). La misma estuvo compuesta por 280 horas totales, distribuidas en 20 hs semanales aproximadamente, llevadas a cabo en una institución de gestión privada con enfoque sistémico, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Es relevante mencionar, que debido al contexto de pandemia por COVID-19, la práctica tuvo lugar de manera íntegramente online.

La institución desarrolla diversas actividades como: la atención psicológica -a niños, adolescentes y adultos-, la supervisión, y la formación, a partir de una clínica en vivo que se caracteriza por la utilización de una cámara Gesell online (CGO), la cual funciona a través de la plataforma *Zoom*. Asimismo, se destinó para los pasantes, una instancia de teóricos con la finalidad de tomar mayor conocimiento sobre el modelo de terapia sistémica estratégica breve y focalizada a la que adhiere la institución.

La misma presenta dos importantes planes que se encuentran estrechamente asociados. El primero, denominado *Plan de Iniciación a la Práctica* (PIP), se orienta principalmente a la formación, en tanto brinda un espacio destinado a aquellos profesionales licenciados en psicología recientemente egresados o quienes tuvieran escasa experiencia clínica, posibilitando que puedan llevar a cabo prácticas clínicas supervisadas. El segundo es el denominado *Plan Solidario* -el cual motivó el presente trabajo integrador-, y se vincula esencialmente con la atención clínica, promoviendo en los consultantes la posibilidad de acceder a un tratamiento psicológico de honorarios reducidos para la resolución de problemas.

La vinculación entre ambos planes tiene lugar con la admisión de consultantes a la institución bajo la modalidad de tratamiento de Plan Solidario, quienes son asignados a los terapeutas inscriptos en el PIP, de manera que representan la materia prima de los pasantes que realizan sus prácticas profesionales en la institución, mediante la observación no participante de la clínica en vivo y supervisada.

En el presente trabajo, se analiza el funcionamiento de una modalidad de tratamiento de honorarios reducidos -denominado Plan Solidario-, en una institución de gestión privada, cuyo enfoque se basa en el modelo del *Mental Research Institute* (MRI), adaptado a la idiosincrasia de nuestro país.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo General**

Analizar el funcionamiento de un plan solidario en una institución privada de psicoterapia sistémica estratégica breve focalizada

### **2.2 Objetivos específicos**

1) Describir las características del plan solidario de la institución, como un dispositivo que representa una alternativa en la accesibilidad a la salud en personas que solicitan atención clínica.

2) Describir el proceso de admisión en consultantes que aplican al plan solidario en dicha institución.

3) Describir las dificultades y beneficios que encuentran los terapeutas en la modalidad de plan solidario.

## **3. MARCO TEÓRICO**

### **3.1. Psicoterapia sistémica**

#### **3.1.1. Inicios del paradigma sistémico**

Los cimientos del paradigma sistémico pueden ubicarse en la década del 40' tras la finalización de la Segunda Guerra Mundial, hecho que trajo aparejado el desarrollo de nuevas máquinas, formas de organización y la proliferación de nuevas ideas (Wainstein, 2006). En ese contexto se celebraron una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy en la ciudad de Nueva York durante el período 1946-1953. Las mismas se caracterizaron por la interdisciplinariedad ante la presencia de un grupo selecto de científicos provenientes de diversas áreas de conocimiento -antropología, matemática, filosofía, fisiología, neurología, psicología, psiquiatría, entre otras-, reunidos con el objetivo de fundar una “ciencia de control” vinculada al funcionamiento general de la mente humana. Entre sus participantes estuvieron presentes personalidades que resultarían decisivas para la inauguración del

paradigma sistémico durante la década posterior: Bateson, Mead, Erickson, Weiner, Lewin, Von Foerster y McCulloch, entre otros (Cazabat, 2013).

En particular, la noción de *sistema* pasaría a ser uno de los ejes de la investigación científica desde las primeras décadas del siglo XX en adelante, consistente con la tendencia de la ciencia a no aislar los fenómenos en contextos estrechamente cerrados, sino por el contrario promover su apertura con la examinación de sus interacciones y abarcando segmentos cada vez mayores (Wainstein, 2006). Así, con la consolidación del nuevo paradigma, aquellas pautas que rigen y conectan el funcionamiento presente en un sistema, pasarían a ser el objeto central de análisis e intervención (Nardone & Watzlawick, 2007).

La primera terminología del paradigma sistémico provendría de los avances en los nuevos campos de conocimiento: la teoría general de los sistemas, la teoría matemática de la información, la teoría de la comunicación, teoría de juegos (rama de la teoría de las decisiones), topología (matemática relacional), teoría de los tipos lógicos y especialmente de la cibernética (Sluzki, 1998).

Pronto el impacto se vería reflejado en el campo de la psicoterapia, con el progresivo abandono de la primacía de los fenómenos intrapsíquicos, el centramiento en la indagación del pasado y la pregunta por el *por qué* -o bien los motivos de las conductas problema- que caracterizaban al psicoanálisis y a otras psicoterapias psicodinámicas. En contrapartida, se promovería un desplazamiento a un foco apoyado en el presente, en el cual se indagara el *para qué* del proceso que sostiene un determinado fenómeno, abarcando así el contexto y el sentido de la persona (Moreno Fernández, 2015). Previamente, cuando un miembro sintomático de una familia era curado en una psicoterapia individual, otro miembro comenzaba a expresar los síntomas, con lo cual la presencia de un miembro con el rol de enfermo asignado se presentaba como la constante requerida para mantener el equilibrio (Linares, 2012). Por ello, en adelante los comportamientos patológicos serían considerados producto de intercambios interpersonales y/o sociales, promoviendo el tratamiento de la complejidad de la manera menos reduccionista posible (Keeney & Ross, 2007).

La terapia familiar sistémica aparece esencialmente en los Estados Unidos en la década del 50' como un movimiento teórico clínico aún sin terminología propia, que encontraría su máxima expresión en el período 1960-1980 con la diversificación teórico-práctica y la consolidación de los principales modelos de terapia sistémicas: *estratégico* de Haley; *estructural* de Minuchin; *escuela de Milán* de Selvini Palazzoli; y

*terapia breve* de Watzlawick, entre otros. Los mismos, si bien difieren en algunos conceptos y/o intervenciones, incorporan la noción de sistema y concuerdan al destacar el aspecto relacional como núcleo común, procurando tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona con la conducta de otras. Por tal motivo, al destacar las conductas desadaptadas como producto de la interacción entre personas, se promueve una despatologización que evita concebir una *persona enferma*, en pos de establecer el rol de la *persona portadora del síntoma* (Ceberio & Watzlawick, 2010).

Es importante resaltar que la terapia sistémica incluye retrospectivamente áreas que actualmente continúan siendo denominadas *terapia familiar* o *terapia de pareja*, sin embargo, la denominación terapia sistémica resulta más abarcativa puesto que la metáfora de sistema excede al individuo e incluye todo el sistema relacional significativo: pareja, familia, amigos, profesionales, contextos institucionales y discursos sociales (Moreno Fernández, 2015).

Aunque previo a la terapia sistémica, había modelos psicoterapéuticos aislados que ya abordaban a las familias y/o a la pareja, estos no consideraban el contexto social del individuo, sino que por el contrario contemplaban al individuo de manera autónoma con el grupo, de manera que los componentes eran considerados desde una óptica sumativa, escatimando en la pauta interaccional sobre la cual la noción de sistema focaliza (Ceberio & Watzlawick, 2010). En este sentido, Sluzki (1998) aporta la noción de *red social* de una persona, caracterizada como una trama interpersonal que inicia con la familia para posteriormente extenderse a la interacción con otras personas significativas e incidiendo sobre las prácticas sociales y la visión del mundo.

En suma, los aportes interdisciplinarios de las nuevas ciencias fueron fortaleciendo la implementación del incipiente paradigma sistémico. Fundamentalmente la teoría general de los sistemas, la cibernética y la pragmática constituyeron las bases para estudio de las relaciones humanas que representan la esencia de la psicoterapia sistémica. En esa dirección, los desarrollos del mundialmente denominado *Grupo de Palo Alto* afianzaron una aplicación que sería difundida en campo de las ciencias sociales (Watzlawick, 1992).

### **3.1.2 Teoría general de los sistemas**

La teoría general de los sistemas (TGS) es un enfoque interdisciplinario pasible de ser aplicado a cualquier sistema natural como artificial, donde el objetivo principal es descubrir similitudes y/o isomorfismos en las construcciones teóricas entre múltiples disciplinas

(Bertalanffy, 1968). En el campo de la psicoterapia sistémica, un sistema queda establecido como un conjunto de elementos u objetos que se encuentran en relación e interacción. De esta manera se reconoce la cualidad de interdependencia entre las partes y la posibilidad de realizar un cambio mediante la reversibilidad de la relación (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1989). Asimismo, Bertalanffy (1968) reconoce sistemas cerrados y abiertos, incluyendo gradientes entre ellos -más o menos abiertos; más o menos cerrados-. Un sistema cerrado se caracteriza por su nulo intercambio de información con el medio, mientras que los sistemas abiertos se encuentran en constante interacción e intercambio de información con el medio y/o con otros sistemas. Estos últimos presentan ciertas características que han sido aplicadas en el campo de la psicoterapia: *totalidad*, *retroalimentación o feedback*, y *equifinalidad*. La propiedad de totalidad se encuentra asociada a la propiedad de relación entre las partes, de forma tal que los elementos de un sistema forman parte de una totalidad coherente e inseparable, donde toda variación en alguno de ellos provoca la modificación de todo el sistema. La propiedad de retroalimentación es la base de la circularidad propia de los sistemas abiertos, donde a partir de determinada información emitida, se produce un cierto retorno de la misma al emisor, lo cual posibilita la comunicación junto con el intercambio, que podrá generar condiciones de cambio o permanencia. Esta información de retorno puede tener dos efectos que dan lugar a las denominadas *retroalimentación negativa* y *retroalimentación positiva*. La primera promueve la homeostasis o estabilidad del sistema y se la considera negativa por presentar una función de control que se opone a cambios. Por el contrario, la segunda ocasiona la pérdida de estabilidad del sistema, amplificando la diferencia, de modo que se la considera positiva por generar algún cambio o transformación que produce una movilización hacia niveles de mayor complejidad de organización, lo cual permite explicar el crecimiento, el aprendizaje y la evolución del sistema. Por último, la equifinalidad refiere a cómo son llevados a cabo los procesos, donde la atención y el foco del análisis se orientan en la organización actual del sistema -y no el pasado o las condiciones iniciales- la cual representa la mejor explicación posible del mismo. De esta premisa también se desprende la *equicausalidad*, por la cual se pueden alcanzar estados finales diferentes a partir de diferentes condiciones iniciales (Moreno Fernández, 2015).

En este sentido los aportes de la TGS proporcionaron un nuevo paradigma explicativo sobre los trastornos para aplicar en la praxis de la psicoterapia. El individuo junto con su grupo pasan a ser concebidos como un sistema abierto compuesto por elementos en

interacción dinámica en constante intercambio con otros sistemas circundantes por intermedio de complejas interacciones, donde a través de la retroalimentación de la información es posible producir cambios o estabilidad en el sistema (Barreira, 2016).

### 3.1.3 Cibernética

La cibernética proveyó un método para estudiar interacciones entre los componentes de una totalidad, en desmedro del análisis de variables aisladas de manera artificial. Asimismo, al comprender el comportamiento recíproco entre los componentes se erige como un procedimiento sistémico donde todas las partes se comunican entre sí (Watzlawick, 1992). En particular, la *cibernética de los sistemas observados* o *cibernética de primer orden*, tal como fuera desarrollada por Weiner a finales de la década del 40', se centró en los procesos de control de la información que permiten la regulación interna de los procesos de los organismos vivientes, las máquinas y las estructuras sociales. Para ello se valió de las nociones de *retroalimentación negativa*, *retroalimentación positiva*, y posteriormente *equilibrio fluctuante* u *homeostasis dinámica*, referida a procesos de morfostasis o de morfogénesis. Las mismas serían capitalizadas por el paradigma sistémico a partir de la noción de *cambio*, y posteriormente aplicadas a la psicoterapia con el objetivo de producir desestabilización, novedad y diversidad (Kopec & Rabinovich, 2013). Esta idea de cambio se diferenció de la metáfora de energía, apoyándose en el concepto de información, con el lenguaje como mediador y en los conceptos de entropía y negentropía (Wainstein, 2006). Así quedaron definidos dos tipos de cambio con sendas diferencias en el plano cualitativo. El *cambio 1* quedó entendido como una respuesta correctiva de un miembro a otro para corregir fluctuaciones menores, es decir para mantener lo mismo; y *cambio 2* como un salto lógico destinado a suscitar un cambio en las reglas y estructura interna del grupo en cuestión, es decir crear acciones nuevas para construir el mundo bajo otra mirada (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1972). Según Moreno Fernández (2015), es en este contexto cuando aparece la noción de *estrategia* de Haley en psicoterapia sistémica, pensada como un conjunto de procedimientos consecutivos a un diagnóstico y orientados a la modificación de la disfunción del sistema rígido autoperpetuante.

Posteriormente tendría lugar un salto cualitativo con la postulación de que la observación afecta lo observado, lo cual impide concebir un sistema de “allá afuera”, de manera que toda observación queda supeditada a los puntos de referencia, y aún de los

valores del observador -con sus limitaciones, supuestos y prejuicios-, y no sólo un atributo de lo observado. En este punto, la cibernética debió cuestionarse a sí misma, dando lugar a la *cibernética de los sistemas observantes*, o *cibernética de segundo orden* que contribuiría de manera crucial en los avances de la terapias sistémicas con un nuevo lenguaje y manera de concebir la realidad (Sluzki, 1998). En este contexto, ante la visible imposibilidad de programar a un ser humano como a una máquina, el concepto clásico de estrategia de Haley sería reemplazado por el de perturbación del sistema a partir de la *conversación* que tiene lugar entre el sistema terapéutico y el familiar o consultante, destacando el intercambio entre las partes en desmedro de aquella concepción más jerárquica (Moreno Fernández, 2015).

Los postulados de la segunda cibernética engloban al constructivismo (Maturana & Varela, 1990) y al construccionismo social (Gergen, 1996), confrontando aquella idea positivista de la modernidad por la cual se suponía que la realidad era pasible de ser conocida con certeza. El primero presupone que los seres humanos poseen un esquema o conjunto de creencias que reflejan su concepción de la realidad, determinando el modo de relacionarse con la misma, es decir, mediante mapas cognitivos la persona es capaz de filtrar los datos entrantes y atribuirle significados. Análogamente, el construccionismo social, establece que los significados son producto de acuerdos intersubjetivos, ergo se construyen a partir de los diálogos que se suscitan en los intercambios sociales, los cuales son mediatizados por el lenguaje. En psicoterapia dichas perspectivas devinieron de vital importancia para la implementación de intervenciones dirigidas a cambiar la construcción particular de la realidad siempre que la misma resultara disfuncional para el paciente. Para ello, se introduce nueva información que podría ser aceptada e incorporada a sus esquemas representacionales, para lo cual se requiere conocer el lenguaje del paciente (Moreno Fernández, 2015).

#### **3.1.4. Axiomas de la comunicación humana**

La pragmática de la comunicación deviene importante para la comprensión de las relaciones humanas a partir del estudio de tres ámbitos interdependientes y superpuestos: la estructura formal -sintaxis-, la relación con los objetos significados por ésta -semántica-, y las personas que las emplean - pragmática- (Watzlawick, 1992). Esto supone un pasaje de una concepción monádica -sujeto y objeto- a otra nueva perspectiva que contempla la interacción entre mónadas con una causalidad circular, dado que no presenta un punto de partida o un punto final. Esta óptica sería incorporada por la teoría sistémica, nutriéndose a partir de los

aportes de los desarrollos en la pragmática de la comunicación, especialmente de ciertos principios básicos de la comunicación y la relación que establecen los comunicantes, los cuales quedarían cristalizados a partir de cinco axiomas (Watzlawick et al., 1989)

El primero de ellos remite a la imposibilidad de no comunicar, partiendo de la base de que toda conducta en una situación de interacción posee un valor de mensaje -unidad comunicacional singular- que equivale a comunicar, y por lo tanto a influir sobre la conducta de los demás. Por mucho que se lo intente, éstos tampoco podrán dejar de comunicarse, aún respondiendo con rechazo, aceptación o descalificación de la comunicación, lo cual determina la inexistencia de la no conducta (Watzlawick et al., 1989).

El segundo axioma refiere a dos niveles distintos de comunicación: de contenido y de relación, los cuales Bateson concibe como aspectos referenciales y conativos de toda comunicación que transmite información, a la vez que impone conductas (Wainstein, 2006). El aspecto de contenido o referencial de un mensaje determinado, transmite información o bien contenido de mensaje, al margen de la validez, invalidez, verdad, falsedad e incluso indeterminación de su contenido. Por su parte, el aspecto de relación o conativo refleja el tipo de mensaje que debe entenderse que refiere según la relación entre los comunicantes. Por ende, ambos aspectos se corresponden con dos niveles lógicos diferentes, donde el aspecto de relación trasciende el nivel de contenido clasificando al referencial dando lugar a una metacomunicación, entendida como la capacidad para hablar acerca de la relación. En particular, las relaciones problemáticas o enfermas suelen presentar confusiones entre ambos niveles o bien enfrentamientos acerca de la naturaleza de la relación, relegando a un segundo plano el nivel de contenido.

El tercer axioma hace hincapié en la puntuación de la secuencia de hechos, la cual se caracteriza por ser arbitraria, pues parte de la perspectiva del observador. La misma implica tomar en cuenta a cada uno y todos los participantes de una comunicación, puesto que toda conducta influye y es influida por las conductas de los demás. De manera que todo mensaje opera como estímulo, respuesta y refuerzo, que si no fuera compartido por los demás comunicantes puede originar conflictos en las relaciones. Partiendo de la premisa de que no existe una forma única de puntuar una serie de acontecimientos relacionados entre sí, sino que hay diversas maneras legítimas de hacerlo, se excede la lógica lineal para pasar a establecer una causalidad circular (Linares, 2012).

El cuarto axioma postula que existen dos formas para referirse a los objetos en una comunicación: digital y analógica, vinculadas con la comunicación verbal y no verbal respectivamente. La primera habitualmente es la palabra hablada que siempre es arbitraria y presenta un alto nivel de abstracción, e incluye todo aquello no comunicado verbalmente: gestos, posturas, movimientos, expresiones faciales, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo, y la cadencia de las palabras. La segunda, por el contrario, presenta menor abstracción y refleja cierta similitud entre lo referido -la representación- y lo referente o cosa a representar. Por tal motivo, Linares (2012) suscribe a considerarla como la vía adecuada para la expresión de contenidos emocionales, por su condensación, ambivalencia y polisemia.

El último axioma que refiere a la interacción simétrica y complementaria, retoma el aspecto de relación que puede presentarse bajo dos modalidades distintas basadas en la igualdad o en la diferencia. Una relación es considerada complementaria cuando las personas se hallan en posiciones de desigualdad, en el sentido de que una impone una dirección *-one step up-* y la otra aparenta acatar *-one step down-*, lo cual implica una máxima diferencia. En su manifestación patológica, la complementariedad rígida refleja una dificultad para encontrar una manifestación más flexible, adoptando roles estereotipados. Por otro lado, una relación simétrica se caracteriza por la igualdad de condiciones entre las personas, o de diferencia mínima. Ésta última también puede presentar una manifestación patológica a partir de la escalada simétrica, la cual refleja un intento forzado por transformar una relación simétrica en una complementaria, evidenciando superioridad de una persona por sobre la otra (Watzlawick et al., 1989).

A partir de estos axiomas, se arriba a la tesis de que no existen individuos perturbados, sino por el contrario relaciones perturbadas donde los trastornos del comportamiento son considerados a partir de las relaciones humanas, y no condicionados orgánicamente por psiquis enfermas. Como regla general, aquellos sistemas que tienen un buen funcionamiento, se caracterizan por una mayor flexibilidad y un repertorio de mayor número; mientras que los sistemas patológicos o conflictivos, disponen de reglas escasas y rígidas, lo cual evidencia una carencia en la disponibilidad de metarreglas -reglas para el cambio del repertorio de comportamientos- tanto en su modificación como creación, encerrando al sistema en un circuito vicioso autoperpetuante. A pesar de la presunción de su irresolubilidad, la posibilidad de aplicar los principios pragmáticos de la comunicación

proporciona apertura para comprender e influir en las relaciones humanas, es decir de producir cambios (Watzlawick, 1992).

### **3.1.5. Consolidación: del Proyecto Bateson al Modelo de Palo Alto**

El paradigma sistémico que se caracterizó por una integración multidisciplinaria, contó con el aporte de Bateson, quien provenía del campo de la antropología y lograría erigir un puente suficientemente sólido pero permeable, para la integración conceptual entre diversas teorías y/o disciplinas nuevas y tradicionales. A principios de la década del 50', Bateson se embarcó en una novedosa investigación que se proponía estudiar las paradojas de la comunicación procurando encontrar los fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación. (Wainstein, 2006). En esta dirección, desarrolló la teoría del *doble vínculo* que aplicaba los conceptos de sistema y de la cibernética a las ciencias de la conducta humana, lo cual supuso un cambio paradigmático en psicoterapia, al pasar de la dinámica intrapsíquica al nivel interaccional. Con ello, la pregunta lineal acerca de las causas de un determinado comportamiento, sería reemplazada por otra de mayor complejidad que abarcara el contexto y el sentido de la persona en tiempo presente (Moreno Fernández, 2015). El doble vínculo ocurre en una relación considerada como significativa, en la cual una persona es incapaz de responder adecuadamente toda vez que recibe mensajes mutuamente incompatibles, dado que refieren a distintos niveles de comunicación, evidenciando así una conducta irracional caracterizada como *esquizofrénica* (Haley, 1973). Con este direccionamiento decide conformar el denominado "Proyecto Bateson" que se asentaría en Palo Alto -California-, convocando a Weakland, Haley y Fry, entre otros. Particularmente Haley, se encargaría de observar la práctica profesional del hipnoterapeuta Erikson durante más de dos décadas, influyendo notablemente en la mirada clínica del grupo y sentando las bases de lo que sería su modelo de psicoterapia estratégica, caracterizada por la elaboración de intervenciones y prescripción de comportamientos creativos -directivas- para la resolución de problemas, apoyado en el uso de metáforas y el concepto de *jerarquía* (Moreno Fernández, 2015). Posteriormente se incorporaría el psiquiatra Jackson encargado de la dirección clínica del grupo, quien promovería la creación el MRI continuando directamente las ideas iniciadas por el "Proyecto Bateson" e incorporando a Watzlawick, quien se abocaría a centrar las bases de una nueva psicoterapia desde la perspectiva interaccional (Kopek & Ravinovich, 2013).

Una década después dicho proyecto se disuelve, y en 1967 Jackson junto con Fisch crean un nuevo proyecto en el *Brief Therapy Center* (Centro de Terapia Breve) incorporando a Watzlawick y Weakland para trabajar en el campus de la Universidad de Stanford. El denominado Modelo de Palo Alto, centraría sus esfuerzos en desarrollar un modelo de psicoterapia breve, efectivo, simple y eficaz, fijando arbitrariamente un máximo de 10 sesiones e incorporando al encuadre la utilización del espejo unidireccional que conforma la cámara de Gesell -promovido por Haley, quien en ese entonces actuaba como consultor externo al grupo-. Ya no sería necesario observar a toda la familia, sino que el sistema quedaría definido a partir de las personas involucradas en el problema presentado, diseñando intervenciones encaminadas a reformular la perspectiva de la realidad del paciente que se presenta como generadora -o sostenedora- del problema (Kopek & Rabinovich, 2013). Asimismo, se establece la figura de un terapeuta directivo orientado a promover un cambio de manera tal como arrojar una bola de nieve por la pendiente de una montaña, donde la pequeña bola de nieve irá rodando y tornándose cada vez más grande, terminando por producir una avalancha que se pliega a la forma de la montaña (Ceberio & Watzlawick, 2010). En este sentido el encuadre terapéutico incluye a un terapeuta que participa activamente y que asume su influencia en la construcción de la realidad observada, aportando un marco de visión de mayor amplitud que comprende al individuo en su contexto, e implementando intervenciones orientadas al cambio (Del Mónaco, 2020).

Se trata de una terapia breve puesto que inicia y termina en un período corto de tiempo sobre el cual el MRI establece un máximo de 10 sesiones. Sin embargo, la brevedad no es en sí misma una meta, sino una consecuencia del abordaje del modelo, con lo cual se considera que el establecimiento de límites al tratamiento funciona como una referencia que tiene injerencia positiva sobre el paciente y el terapeuta (Fisch, Weakland & Segal, 1984). A su vez es estratégica, dado que interviene en los circuitos de interacción que generan o sostienen el problema, independientemente de su etiología, diseñando un enfoque particular para cada problema, centrándose en el presente, y definiendo los síntomas en términos precisos de conducta, observable -y computable-, el cual es uno de los ejes centrales que lo separa de otros modelos orientados a los procesos intrapsíquicos (Haley, 1976). Para ello, hace hincapié en los recursos del consultante y su red, en desmedro de centrarse en la patología o problema, de manera tal que es el paciente quien descubre gradualmente sus propios recursos y habilidades con la colaboración del terapeuta a partir de directivas

orientadas al cambio. Por último, es focalizada en la problemática que trae el consultante, aunque generalmente no en los términos que éste ofrece, sino que resulta de una co-construcción con el terapeuta -y la supervisión- (Kopek & Rabinovich, 2013). Si la intervención es efectiva, habitualmente puede observarse en el paciente una clara reducción sintomática sobre el problema que lo aquejaba. Se consigue de esta forma, una flexibilización de un sistema rígido y autoperpetuante, con un aumento de la autonomía y de la autoestima, como consecuencia directa de haber podido resolver el problema que fuera establecido (Ceberio & Watzlawick, 2010). Así el modelo de terapia diseñado por el MRI queda definido en dos principios básicos: la focalización en las pautas de interacción presentes de conductas observables, y la intervención deliberada para alterar el sistema crónico sostenedor del problema, que prevalece a partir de intentos fallidos de solución del problema independientemente de su origen. Para ello procura la extinción de la sintomatología en un corto período de tiempo, reestructurando la mirada del sujeto para erigir una nueva mirada de la realidad, lo cual se traduce en un incremento en la calidad de vida (Ceberio, 2016).

### **3.2 El proceso terapéutico**

El proceso terapéutico que establece el MRI presenta un comienzo, un desarrollo y una culminación con un orden y límites claramente delimitados. El mismo se compone por el proceso de admisión, las sesiones donde se llevan a cabo las intervenciones, el cierre y un posterior seguimiento. En particular en terapia sistémica, se caracteriza por la utilización de la cámara de Gesell, incorporada como un elemento indisoluble del proceso terapéutico para la observación y supervisión de los casos clínicos (Kopek & Rabinovich, 2013).

Debido al contexto de pandemia, se produjeron modulaciones como la necesidad de replicar las características y condiciones de un consultorio presencial a partir de un *e-consultorio*, es decir un espacio terapéutico suficientemente tranquilo y aislado de la menor cantidad de distractores visuales y auditivos posibles. La emulación de un ambiente terapéutico semejante al presencial habilita el mejor desarrollo del proceso terapéutico, como así también promueve la mayor sensación de privacidad y confidencialidad posible, las cuales son condiciones indispensables para el establecimiento de una adecuada relación terapéutica (Duraó & Hirsch, 2020).

### 3.2.1. Admisión

La admisión es la instancia inicial del proceso terapéutico, cuyo objetivo general es establecer un plan de tratamiento, procurando delimitar los objetivos de la terapia con la mayor precisión posible. La misma tiene lugar a partir de una entrevista previa o pre-entrevista, en la que se relevan datos preliminares: la persona interesada, la persona derivante -si lo hubiere- y el tipo de motivo de consulta. En este punto, es cuando se decide a quién citar a la primera entrevista, pudiendo o no coincidir con el paciente identificado -o la persona portadora del síntoma-. Dicha persona presenta espontáneamente la *queja inicial*, es decir la hipótesis sobre la definición del problema, que deberá ser definida en términos de conductas observables y computables, a fin de facilitar una posterior evaluación del tratamiento (Kopek & Rabinovich, 2013). Asimismo, el análisis de la historia del problema es relevante para conocer aquellos intentos de solución que resultaron fallidos, de manera de poder focalizar en el desarrollo e implementación de las intervenciones y estrategias que sean capaces de producir un cambio significativo que altere el problema autoperpetuante (Del Mónaco, 2020).

Preferentemente esta instancia quedará a cargo de un admisor, quien posteriormente se encargará de designar al terapeuta más conveniente, lo cual propicia una visión intersubjetiva que puede llegar a ser de utilidad en la supervisión, además de establecer una persona distinta del terapeuta a quien pueda recurrir el paciente ante inconformidades durante el proceso terapéutico (Ceberio & Watzlawick, 2010). Por tal motivo, la admisión constituye la instancia trascendental donde se produce la co-construcción del problema, proporcionando información sobre el curso y la controlabilidad del mismo, es decir, desde cuando viene ocurriendo -corta o larga data-, el motivo por el cual la persona decide consultar en ese momento particular, y si considera que podrá modificar el problema, es decir su motivación hacia el cambio. En ese sentido, procurando establecer un vínculo empático, se deberá prestar atención al “lenguaje del consultante” -incluyendo sus creencias, actitudes, opiniones, su visión del mundo, etc-, pues delimitando el significado del problema, habrá mayores posibilidades de brindar intervenciones exitosas. Asimismo, se lleva a cabo una indagación sobre las soluciones ensayadas concretas para resolver el problema, lo cual posibilitará establecer un diagnóstico del circuito recursivo de conductas que sostienen -y/o exacerban- el problema a través de un resultado ineficaz (Ceberio, 2016). Eventualmente, si fuera

necesario, en todo momento se pueden realizar interconsultas o derivaciones a otros profesionales, quienes conforman parte del sistema terapéutico. Así la instancia de admisión queda conformada por la definición del problema, la indagación de la historia del problema -con foco en cómo se mantiene- y la conceptualización del marco de referencia del paciente a modificar. Posteriormente la persona encargada de la admisión tendrá implicancias en la instancia de seguimiento (Kopek, 2013).

### **3.2.2. Intervenciones**

Toda vez que se ha establecido el diagnóstico del circuito de mantenimiento junto con el motivo de consulta, se implementan intervenciones y/o tareas dentro y por fuera de las sesiones para alcanzar los objetivos de la terapia, procurando incrementar la conexión y el compromiso de la persona con el proceso terapéutico (Duraó & Hirsch, 2020). Las mismas estarán dirigidas a la modificación de aquel circuito interaccional en el que se encuentra inmerso el consultante, evitando actuar directamente sobre las soluciones intentadas, para así obtener efectivos resultados en la modificación de la sintomatología (Nardone & Watzlawick, 1992). En este sentido, el aporte trazado por el hipnoterapeuta Erikson -quien realizaba sus intervenciones de manera intuitiva- fue muy significativo para la posterior estructuración del modelo sistémico. Especialmente a partir de la sugestión, entendida como la prescripción de un comportamiento pero de forma encubierta para la obtención de resultados prácticos, es decir, el terapeuta era capaz de cambiar y configurar una realidad diferente sobre las suposiciones incuestionables del consultante y su concepción del mundo. La consecuente sistematización se produce con el Grupo de Palo Alto, el cual estableció un repertorio de herramientas para proporcionar mayor apertura al ingreso de nueva información -redefinición- junto con un incremento de la creatividad, que deviene un elemento fundamental para la construcción de una nueva realidad que pueda encajar con el consultante (Ceberio & Watzlawick, 2010).

Si bien no hay un consenso total sobre la clasificación de las intervenciones sistémicas, es posible establecer una selección de aquellas usualmente presentadas. Entre ellas se encuentran: hablar el lenguaje del cliente, la reestructuración, connotación positiva, uso de analogías o metáforas, historias y relatos, preguntas circulares, prescripciones de comportamiento, etc. Las prescripciones de comportamiento pueden ser clasificadas en dos grandes grupos: prescripciones directas y prescripciones paradójicas. Las primeras adoptan

formas simples procurando aplicar soluciones que no han sido ensayadas, y tienden a ser incuestionables, dado que entran dentro del campo de la lógica racional. Por su parte, las segundas poseen un mayor nivel de sofisticación, puesto que confrontan y contradicen el raciocinio, entre ellas se encuentran: las prescripciones de síntoma, desviaciones de síntoma y desplazamiento del síntoma (Ceberio & Watzlawick, 2010).

Las intervenciones directas, son aquellas que el terapeuta dirige al consultante -usualmente en forma de tareas o sugerencias claras, precisas y concretas- para cumplir por fuera del horario de la sesión. Por su parte, las intervenciones paradójicas presentan un doble mensaje, aparentemente contradictorio, que se transmite en forma simultánea. Así, se comunica que el cambio sería adecuado y conveniente, y, por el otro, que no sería tan recomendable. Dentro de ellas, se ubican las prescripciones de comportamientos, del síntoma o de recaídas. Éstas últimas deben utilizarse con extrema precaución, toda vez que se hubiera logrado establecer una correcta relación de confianza y cooperación (Kopek & Rabinovich, 2013).

Dentro de la amplia variedad de posibles intervenciones, la reformulación, redefinición o reestructuración, constituye una de las intervenciones privilegiadas del modelo. La misma procura producir un cambio en el marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación, de manera que introduce modificaciones en el sentido o la visión que se tiene de ella, organizándose alrededor de una visión más positiva. En tal sentido, la connotación positiva, que implica una modificación del marco cognitivo que genera la percepción del hecho como problema, puede ser considerada otra de las técnicas frecuentemente utilizadas con los consultantes (Ceberio, 2016).

En todos los casos el común denominador queda establecido por la eficacia pragmática y la elaboración de realidades novedosas, lo cual es aplicable a múltiples organizaciones sistémicas: individuos, familias, grupos y contextos de mayor amplitud (Ceberio & Watzlawick, 2010).

### **3.2.3. Cierre y seguimiento**

La instancia de cierre no posee un carácter vertical y arbitrario, sino que por el contrario se procura que la propia lógica del tratamiento proporcione los elementos necesarios para finalizar el tratamiento. Se produce un acuerdo entre terapeuta y consultante en el cual se expresa que se han alcanzado aquellos objetivos que fueran trazados en la

instancia inicial de admisión, y que el consultante cuenta con la capacidad suficiente como para sostenerlos en el tiempo valiéndose de sus propios medios. A su vez, el terapeuta, quien se remite a un modelo de psicoterapia apoyado en la brevedad, es capaz de prever que la prolongación del tratamiento resultaría innecesaria al evaluar los costos -tiempo, dinero y compromiso emocional- frente a los beneficios del mismo (Figuroa & Hirsch, 2013).

En dirección hacia un cierre, las sesiones podrían inicialmente espaciarse con el objetivo de realizar verificaciones sobre el sostenimiento de los avances y cambios sobre el problema que había sido co-construido. Toda vez que se produce el cierre propiamente dicho, se expresa al consultante que cuenta con la posibilidad de retomar el proceso terapéutico siempre que lo estime necesario (Kopek & Rabinovich, 2013).

Dado que el modelo del MRI establece la necesidad de diseñar las acciones necesarias para llevar a cabo un seguimiento, por tal motivo luego de transcurrido un cierto período de tiempo, se recaba información a partir de entrevistas que se realizan a los consultantes. Esto constituye una nueva instancia de verificación de los resultados obtenidos, la cual es ampliada a partir de la devolución del consultante donde expresa su grado de satisfacción con el proceso terapéutico, sobre aspectos del terapeuta y/o proporciona sugerencias que podrían ser consideradas para implementar futuras mejoras (Kopek & Rabinovich, 2013).

En relación al grado de satisfacción del consultante, Figuroa y Hirsch (2013) reconocen cuatro factores que se hallan íntimamente vinculados a la relación terapéutica que se genera en el proceso terapéutico: el cuidado e interés demostrado por el terapeuta; la puesta en evidencia de sus competencias profesionales; la evaluación por parte del consultante de que sus necesidades e intereses fueron consideradas en el proceso terapéutico; y por último, la sensación del consultante de haber obtenido resultados satisfactorios o insatisfactorios con la terapia.

### **3.3. Contexto argentino**

#### **3.3.1 Terapia sistémica en la Argentina**

En la Argentina, el nacimiento de la terapia familiar tiene lugar en la década de 1960, a partir de la vinculación entre diversas teorías, fundamentalmente la del psicoanálisis local de corte freudiano y kleiniano, junto con la teoría de la comunicación que lideraba Bateson, en sintonía con los desarrollos internacionales sobre psicoterapia grupal. Por tal motivo, la

familia como objeto de intervención terapéutica emergió en nuestro país desde un campo disciplinar “psi” que combinaba salud mental y psicoanálisis, en el que Pichón-Riviere se ubicó como punto de partida (Macchioli, 2015).

Durante en el período 1960-1976, el enfoque sistémico va ganándose su lugar -coexistiendo con modelo psicoanalítico- en diversos espacios institucionales que en sus comienzos serían predominantemente públicos: el Hospital Borda, el Hospital Rawson, el Policlínico de Lanús, los Centros de Salud Mental, etc. Su posterior institucionalización se enmarca en el contexto de la última dictadura militar, en un campo disciplinar donde los profesionales debieron retirarse de los ámbitos públicos debido a la inestabilidad y cierre creciente de dichos espacios, que repercutió en un repliegue sobre el ámbito privado que sería determinante. Uno de los resultados de dicho proceso fue que la terapia familiar quedara asociada en la década de 1980 al modelo de la familia como sistema -vinculado fuertemente a Norteamérica-, y a su modelo de entrenamiento profesional que se manifestaba ajeno a cualquier tipo de psicoanálisis (Macchioli, 2015).

En este contexto, el argentino Sluzki, psiquiatra que ya formaba parte del MRI hacía largos años y se había convertido en su director en 1976, convoca a Elzufán y Hirsch quienes emigran de Buenos Aires a California para formarse en el Modelo de Palo Alto. En pocos años, Elzufán y Hirsch, junto con Rosarios crearon una sociedad orientada a la difusión de las ideas del MRI, a partir del Centro Privado de Terapias Breves. Fundamentalmente con la importación de la cámara de Gesell, lograron desarrollar cursos y supervisiones en vivo donde poder visualizar en acción el modelo y sus aplicaciones, formando así a cientos de terapeutas en una terapia interaccional que era aún inédita en el país.

Posteriormente en 1981, Rosarios y Hirsch fundaron el Centro Privado de Psicoterapias (CPP), primera institución del paradigma sistémico que aplicó el modelo del MRI -adaptándolo a la idiosincrasia del país- en la asistencia psicoterapéutica de grandes poblaciones a través de obras sociales, y posteriormente incluyendo las nuevas prepagas que irían apareciendo a partir de la década de los noventa (Cazabat, 2013). En dicha década, bajo los lineamientos del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), se aceleró un proceso de descentralización de programas y servicios sociales sin un adecuado financiamiento, lo cual generaría una reconfiguración del sistema de salud argentino. En tal dirección, con la vigencia de una noción de salud como un bien de mercado, en contraposición a como un bien social y de derecho ciudadano, se produjo una disminución

exponencial en el presupuesto de la Dirección Nacional de Salud Mental, un fortalecimiento del subsector privado de salud, y con ello una restricción en el acceso a la salud de calidad para toda la población, profundizando la inequidad ya existente (De Lellis, 2015). En esa línea, Stolkiner (2003) concuerda cuando afirma que la reforma sobre el sector salud lejos de disminuir la brecha entre los diversos estratos sociales, trajo aparejada una profundización de las diferencias.

Luego de un año del advenimiento de la crisis de 2001, por resolución del Ministerio de Salud nacional, entró en vigencia el *Programa Médico Obligatorio de Emergencia* (PMOE), el cual estableció las prestaciones básicas esenciales que debían ser garantizadas por las obras sociales y agentes del seguro a toda la población beneficiaria. Sin embargo, De Lellis (2015) denuncia que fueron incorporadas un conjunto de prestaciones que resultaron muy inferiores frente a la estimación de la demanda poblacional de nuestro país. Dado que el actual *Plan Médico Obligatorio* (PMO) continúa los lineamientos de su antecesor, su criterio sanitario indica un tope de treinta prestaciones de atención psicológica anuales, distribuidas a razón de hasta cuatro mensuales. En este sentido, la psicoterapia sistémica a partir de su encuadre que se apoya en la brevedad, representa un enfoque que se adecuó de manera eficaz a los lineamientos del PMO, posicionándose como una alternativa capaz de proveer un tratamiento completo que finalice dentro del lapso requerido (Barreira, 2016).

La posterior creación e implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, inscribió un instrumento con el propósito de recuperar la salud y bienestar de aquellas personas con padecimientos mentales a partir de la restitución de derechos, en particular de los sectores más postergados de la sociedad, alcanzando no solo a las personas con padecimientos mentales, sino también incluyendo las adicciones como una problemática de la salud (Rosetto, 2020).

### **3.3.2. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657**

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) que fuera sancionada el 25 de Noviembre de 2010 y promulgada el 2 de Diciembre del mismo año, tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas y al pleno goce de los derechos humanos involucrando personas con padecimientos mentales. La noción de salud que sostiene, remarca que la misma no está determinada exclusivamente de forma biológica, sino que es parte de un proceso en el que confluyen componentes históricos, socio-económicos,

culturales, biológicos y psicológicos (Ley 26657, 2010). Asimismo, la LNSM se contrapone a concebir la salud como un bien de mercado o como mercancía, para reconocerla como un bien social y un derecho ciudadano, lo cual contribuye de manera fundamental a la creación de sociedades más justas y al fortalecimiento de sistemas de salud equitativos (Rossetto, 2020).

La misma busca asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas habitantes del suelo argentino, estableciendo de modo expreso los derechos que protegen aquellas personas que transitan padecimientos mentales en relación al sistema de salud, alcanzando todos sus subsectores -seguridad social, público y privado-, promoviendo el abandono del correlato de incapacidad, para establecer que toda persona es poseedora del derecho a decidir sobre su vida, pudiendo alcanzar mejoras en la misma con el tratamiento adecuado y el sistema de apoyo necesario. Para ello, Demasi & Alemanni (2020) subrayan que es requerido el esfuerzo mancomunado de distintos sectores sociales con vistas a un fin común: promover la plena y efectiva inclusión social de las personas con padecimiento mental. En ese sentido, se expresa el necesario respeto a derechos tales como la privacidad, la confidencialidad, el acceso a la información y el consentimiento informado ante los tratamientos, donde el eje principal se halla sustentado en la intervención con sujetos que cuentan con la capacidad para decidir y participar, lo cual promueve un incremento en su autodeterminación (De Lellis, 2015).

La Organización Mundial de la Salud define aún hoy a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad, con lo cual no sólo es considerada un fenómeno psicológico y/o somático, sino que se reconoce la incidencia social, al igual que su complejidad, la cual requiere ser abordada a partir de un enfoque interdisciplinario (Stolkiner & Ardila, 2012). Sin embargo, la OMS también matiza aquella definición, describiéndola en términos del grado máximo de salud que toda persona pueda alcanzar (MINSAL, 2017). En ese sentido, Stolkiner (2020) se posiciona a favor de suplantar el planteo de la salud como ausencia de enfermedad, por la noción de presencia de salud, sugiriendo que debiera reemplazarse la palabra *estado* por *proceso*, puesto que la salud no es pasible de ser definida en forma de una categoría absoluta, objetiva e inmutable, sino que por el contrario, responde una construcción que se elabora simultáneamente junto con sus prácticas. Por su parte, Galende (1997) reconoce que el campo de la salud mental es amplio y complejo, y aunque todavía se requieren de precisiones con respecto a sus alcances y límites,

se puede afirmar que la misma debe considerarse como inherente a la salud integral y al bienestar social individual y familiar, grupos humanos, instituciones y comunidades. Por ello la atención en salud mental debe implementarse a través de diversas actividades fundadas en el saber de distintas disciplinas, que tienen como objetivos primordiales el fomentar, promover, conservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de la población.

### **3.3.3. El Derecho a la Salud**

A partir de la LNSM la salud mental queda establecida como una construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos, entendidos como aquellos privilegios esenciales que el ser humano tiene por el hecho de ser humano, los cuales le son inherentes. Los mismos son de carácter irreversible, progresivo y se aplican a todos los seres humanos sin importar su sexo, género, edad, etnia, religión o nacionalidad. Dentro de los Derechos Humanos se encuentran el derecho a la alimentación, a la educación, a la seguridad social, al trabajo y a la salud, entre otros. En relación al derecho a la salud, todas las personas tienen derecho al goce del mayor bienestar físico, social y psicológico, donde el Estado tiene el deber de reconocer a la misma como un bien público y garantizarla, poniendo al alcance de la comunidad la *Atención Primaria de la Salud* (APS), además de extender los Servicios de Salud a todas las jurisdicciones del Estado (Ley 26657, 2010).

Rovere (2006), es quien vincula el derecho a la salud con la noción de *equidad*, que en su acepción jurídica expresa una gran potencia al referirse a la misma como el “perfeccionamiento de lo que es justo” (p.1). Desde su perspectiva, el derecho a la salud queda constituido por tres equidades: la equidad en la atención, la equidad en la protección frente a los riesgos y la equidad en la distribución de la información -saber y de poder-. En ese sentido, reconoce que para una mayor equidad, resulta fundamental la presencia de una adecuada asignación y distribución de los recursos, de difusión de la información, como así también promover la capacidad de tomar decisiones de las personas. En relación con la LNSM, en su Capítulo III, Art. 3, queda establecida la salud mental como una construcción social vinculada a la concreción de los Derechos Humanos, estableciendo la relación entre la salud mental y el enfoque de derechos: el derecho a la vida y a la salud de todas las personas, sin exclusión alguna. Asimismo, en su capítulo siguiente, en el Artículo 6, indica que los servicios y efectores públicos y privados deben ajustarse a la LNSM puesto que rige para todos los dispositivos (Ley 26657, 2010).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Castoriadis (2001) aporta el concepto de *elucidación* por el cual se debe tanto pensar aquello que se hace, como saber sobre aquello que se piensa, deviniendo importante para reelaborar y reformar nuestro pensamiento, modificando las prácticas que lo recrean, lo cual se relaciona con Stolkiner (2020) cuando propone “profanar” la Salud, que desde la concepción de Agamben es entendida en términos de devolver al libre uso de los seres humanos algo que ha sido sustraído a este por considerarse sagrado. Con lo cual, frente al contexto de creciente desigualdad social, tanto en Argentina como en la región, obliga a un ejercicio permanente de reflexión sobre nuestras prácticas en relación a otros y otras, problematizando, desnaturalizando y haciendo visible lo que a lo largo de la historia se ocultó o no se cuestionó (Rattagan, 2020). En tal dirección, la LNSM en su Art. 7 reconoce una serie de derechos entre los que resaltan: recibir atención sanitaria y social integral y humanizada a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo; que dicha atención se base en fundamentos científicos y principios éticos que garanticen el tratamiento que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración comunitaria; a no ser discriminado por un padecimiento mental actual o pasado puesto que no es un estado inmodificable; a recibir adecuada información de sus derechos, lo inherente a su salud y el tratamiento a partir del consentimiento informado; entre otros. Para ello establece en su Capítulo X, la creación del Órgano de Revisión como encargado del control o supervisión de un concreto tipo de derecho o violación de derechos humanos relacionado con la salud mental (Ley 26657, 2010).

Floreal Ferrara (1985), quien fuera ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires, remarca la necesidad de tener en cuenta los determinantes de la salud para lograr entender las causas del enfermar de la población y abordar las respuestas con la activa participación de la comunidad. Con ello, se comprende que la pobreza, la inequidad, la violación de derechos y la desafiliación de la población son fuentes de sufrimiento y enfermedad, donde la presencia de redes sociales y la inclusión son factores altamente salutogénicos, pues protegen a las personas de enfermedades, aumentan la sobrevida y aceleran los procesos de curación. Con esto concuerda Sluzki (1998), quien plantea que la presencia de una red social protege al individuo, a la vez que la salud de éste mantiene a la red social, reconociendo así una correlación directa entre calidad de salud y calidad de red social. Por ello subraya que la gente menos integrada socialmente tiene mayores posibilidades de enfermar y/o morir,

mientras que por el contrario, una red social personal estable, activa y confiable protege al individuo de enfermedades, aumentando su sobrevivencia.

Rovere (1998) es quien expresa que la salud se construye en redes, donde se produce un entrelazamiento entre la oferta y la demanda. Allí se pueden reconocer las personas que piensan que necesitan -y que demandan efectivamente servicios de salud-; y la respuesta frente a dicha demanda, lo cual requiere de infraestructura. En esa dirección, Barrionuevo (2020) caracteriza la demanda de salud mental como variada tanto en términos cualitativos (tipo de demanda), como cuantitativos (volumen de la demanda), reconoce que las características de los servicios y la forma organizativa y de funcionamiento del sistema de atención modifica la demanda de los servicios de salud mental, a veces favoreciéndola y otras tantas desalentándola. En consecuencia, el autor sostiene que actualmente, la población que demanda atención en los servicios de salud mental dista mucho de reflejar las verdaderas necesidades de la población bajo cobertura, reconociendo una “brecha terapéutica”, es decir la diferencia entre la necesidad de atención y la demanda efectiva en los servicios de salud. Dicha situación se encuentra afectada por la accesibilidad geográfica (cantidad de profesionales por habitante), horaria, económica (coseguros, medicación y transporte) y cultural, introduciendo el riesgo de subprestación, por la cual una gran proporción de personas afectadas por problemas de salud mental no reciben tratamiento alguno.

En este sentido, De Lellis (2015) interroga en qué medida las crecientes herramientas normativas cuentan con la posibilidad de una efectiva implementación ante un contexto de desigualdad social, vulnerabilidad, asimetría de poder y discriminación en el cual corrientemente se hayan inversas las personas con los padecimientos mentales. Asimismo subraya la lógica circular que impera en las relaciones entre pobreza y salud mental, donde los determinantes socioeconómicos adversos incrementan el riesgo de padecer problemas psicológicos, a la vez que los padecimientos mentales implican un mayor riesgo de exclusión social.

De manera que la LNSM puede ser leída siguiendo distintos trayectos que resultan congruentes entre sí, produciendo un pasaje desde el paradigma de la peligrosidad hacia el paradigma de la capacidad; desde un enfoque tutelar hacia uno de derechos; y de la exclusión a la inclusión (Kraut & Diana, 2011).

## **4. METODOLOGÍA**

### **4.1 Tipo de estudio**

Estudio descriptivo, cualitativo.

### **4.2 Participantes**

- a) Las terapeutas, de sexo femenino, inscriptas en el PIP y licenciadas en psicología por universidades argentinas, distribuidas a razón de una terapeuta por consultante.
- b) La coordinadora de pasantes de la institución, licenciada en psicología por la Universidad de Palermo (U.P.) y licenciada en relaciones de trabajo por la Universidad de Buenos Aires (U.B.A.).
- c) La directora de la institución, licenciada en psicología por la Universidad de Belgrano (U.B.), especializada en la formación de terapeutas del modelo sistémico estratégico breve focalizado.

### **4.3 Instrumentos**

Los instrumentos destinados para realizar el análisis y la descripción del presente trabajo fueron:

- a) La participación semanal en clases teóricas de 2 horas de duración y a continuación un espacio de intercambio de 20 a 30 minutos de duración dispuesto por la institución para discutir casos clínicos y efectuar consultas referidas a elaboración del TFI, a cargo de la coordinadora de pasantes.
- b) Administración de una entrevista semiestructurada de 60 minutos de duración, a la directora y a la coordinadora de pasantes de la institución, para indagar sobre el proceso de admisión y tratamiento, con el objetivo de describir las características y el funcionamiento general del plan solidario.
- c) Administración de un cuestionario abierto vía *Google Forms* a las terapeutas de la institución que atienden bajo la modalidad de plan solidario. El mismo, que fue de carácter voluntario y anónimo, se encuentra compuesto por una única sección de 7 preguntas, de las cuales 4 son cerradas, orientadas a recabar datos demográficos;

mientras que 3 son abiertas, enfocadas en la obtención de información sobre la experiencia personal de las terapeutas en la institución, junto con las ventajas y desventajas del dicho plan. Se adjunta en el Anexo I.

#### **4.4 Procedimiento**

Se administró una entrevista semiestructurada a la coordinadora de pasantes que se desempeña en la institución a través de la plataforma *Zoom*, en fecha y hora consensuada. Posteriormente, la misma profesional distribuyó un cuestionario vía Google Forms a todas las terapeutas que trabajan en la institución (ver Anexo I).

Se observaron en vivo, las sesiones de los consultantes que hubieran accedido al tratamiento psicológico bajo la modalidad de Plan Solidario de la institución. Las mismas tuvieron una frecuencia semanal y una duración aproximada de 1 hora entre los días lunes y jueves de 9 a 21hs, por intermedio de la cámara Gesell online (GCO).

En algunos casos, si el terapeuta con la supervisión lo hubieran considerado pertinente, se acordó con el consultante modificar el tratamiento a una frecuencia quincenal, o bien establecer una consulta de seguimiento a los tres meses posteriores a la terminación del tratamiento. En todos los casos se promovieron terapias de corta duración, con un tiempo estimado de 10 a 20 sesiones en función del mejoramiento de la problemática co-construida entre consultante y terapeuta.

Finalmente, se debatieron semanalmente los casos clínicos en distintos momentos: previo y a continuación de la finalización de cada sesión en vivo; en el espacio de teóricos de 2 horas de duración; y por último en el espacio destinado a consultas sobre el TFI de 20 a 30 minutos de duración

### **5. DESARROLLO**

#### **5.1. Describir las características del plan solidario de la institución, como un dispositivo que representa una alternativa en la accesibilidad a la salud en personas que solicitan atención clínica.**

En el presente apartado se abordará el primer objetivo específico donde se mencionan las características generales del plan solidario, junto con las diferencias y vinculaciones con

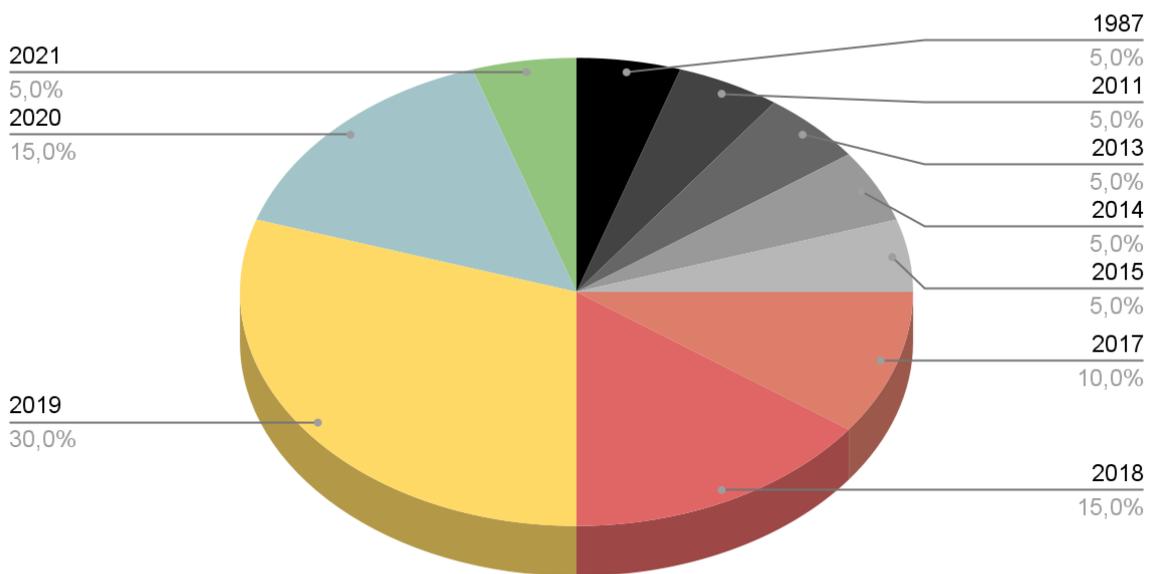
otros planes que ofrece la institución. Dicha información fue provista por la directora y coordinadora de pasantes de la institución mediante la administración de una entrevista semiestructurada.

La institución provee dos planes de atención clínica: el plan institucional y el plan solidario. Ambos disponen del mismo plantel de terapeutas -en su totalidad mujeres- y adoptan una doble modalidad de atención: presencial u online, con la posibilidad de ser combinadas. Sin embargo, debido al contexto de pandemia por COVID-19, todas las consultas clínicas del período marzo-julio de 2021 se realizaron de manera online, a través de la plataforma de videollamada Zoom. En cuanto a la difusión, ambos son ofrecidos periódicamente a través de la página web de la institución, por suscripción a su cadena de mails, como así también mediante publicaciones en diversas redes sociales: *Facebook, Instagram, Twitter, etc.*

Lo que diferencia inicialmente a dichos planes puede ubicarse en los aranceles de consulta. En el plan institucional, los mismos son más elevados y principalmente dirigidos a aquellos consultantes que se manifiestan en condiciones económicas de afrontarlos. En este caso dicho valor es fijo y representa un punto intermedio entre el correspondiente al Plan Solidario y el valor promedio de una consulta privada al momento de la admisión. Por su parte, el Plan Solidario presenta un escalonamiento en sus aranceles, los cuales son variables y ajustados cada 10 sesiones. En este sentido, al momento de la redacción del presente trabajo, las primeras 10 sesiones presentaban un arancel accesible para toda persona que contara con un empleo; y de requerirse una continuidad las siguientes 10 sesiones representaban un aumento del 29,3%. En la actualidad, se estipula la incorporación de un tercer arancel para las siguientes 10 sesiones, con un aumento proporcional en el valor aún sin especificar, aunque debido a las características del modelo psicoterapéutico apoyado en la brevedad, los tratamientos mayormente tienden a concluir dentro de las primeras 20 sesiones. Al tratarse de una terapia breve, el aumento gradual constituye un elemento implementado desde la institución para evitar extender innecesariamente la terapia, apelando al compromiso del consultante para maximizar el provecho de cada sesión. Esto puede vincularse con Ceberio y Watzlawick (2010), quienes puntualizan que en un período de tiempo semejante, los consultantes tienden a ser capaces de capitalizar las herramientas adquiridas durante el transcurso del tratamiento frente al problema establecido, lo cual proporciona un gradual aumento en la autonomía .

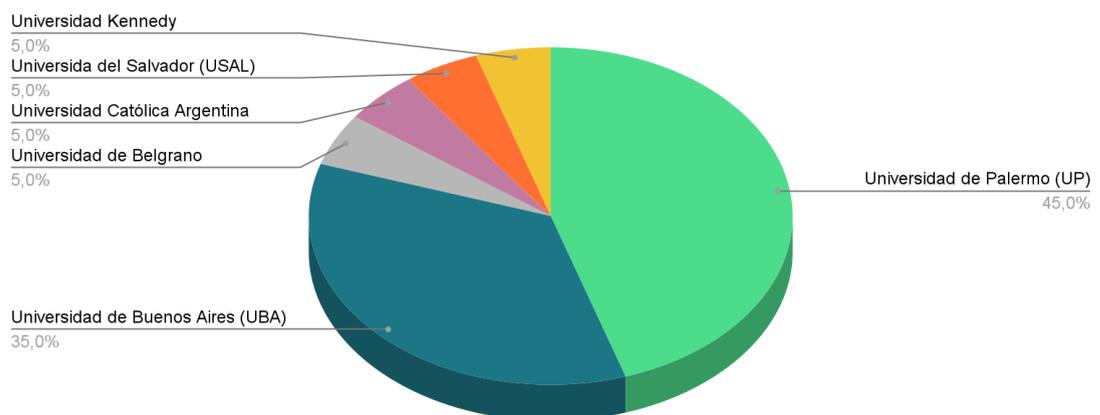
En este punto es importante mencionar la vinculación intrínseca que tiene lugar entre plan solidario y el denominado Plan de Iniciación a la Práctica (PIP) mediante el cual se entrelazan la atención clínica con el proceso de formación de terapeutas. El PIP proporciona un programa de formación teórico-práctica online, destinado a estudiantes avanzados de psicología y profesionales recién recibidos, para especializarse en el modelo sistémico estratégico breve focalizado. A su vez, se propone brindar herramientas para saber qué y cómo hacer con los consultantes en sesión. Toda vez que fueran graduados matriculados, cuentan con la posibilidad de ser incorporados al staff de la institución y que gradualmente le sean derivados sus primeros consultantes para iniciarse en la práctica clínica supervisada bajo el modelo sistémico estratégico breve y focalizado. Por ello, el plan solidario encuentra su fundamentación en una retroalimentación donde se brinda atención a la mayor parte de la comunidad posible, mientras que proporciona un encuadre suficiente para la formación de terapeutas.

La incorporación paulatina al staff de terapeutas desde el PIP, repercute en la presencia de un plantel de terapeutas mayormente jóvenes y recientemente recibidas, cuyas edades varían entre los 24 y los 57 años, con un promedio de 35,5 años. Respecto al año de graduación, casi en su totalidad lo hizo en el período 2011-2020, donde el 75% lo hizo entre 2017 y 2021. Asimismo, la incorporación a la institución se produjo exclusivamente en la última década donde el 75% lo hizo en el período 2017-2021, lo cual refleja juventud tanto en el plantel como en la consolidación de la institución en sí (Figura 1).



**Figura 1.** Año de graduación

La totalidad de las psicólogas del staff se graduó en universidades públicas y privadas argentinas. En particular la Universidad de Palermo y la Universidad de Buenos Aires son aquellas con mayor presencia. Las restantes, corresponden equitativamente a otras universidades privadas de Buenos Aires tales como: la Universidad de Belgrano, la Universidad Católica Argentina, la Universidad del Salvador y la Universidad Kennedy (Figura 2).



**Figura 2.** Universidad de graduación

En su totalidad, las terapeutas de la institución indicaron atender actualmente y/o haber atendido bajo la modalidad de plan solidario. Incluso, el 65% expresó haber comenzado a hacerlo a partir de haberse inscripto en el plan de formación PIP.

En consiguiente, se puede afirmar que la previa obtención de suficiente experiencia mediante la atención bajo la modalidad de plan solidario, constituye una condición sine qua non para posteriormente poder atender bajo la modalidad de plan institucional y/o combinada.

## **5.2. Describir el proceso de admisión en consultantes que aplican al plan solidario en dicha institución.**

A partir de una entrevista semiestructurada administrada de manera conjunta a la directora y a la coordinadora de pasantes de la institución, se caracterizó el proceso de admisión, el cual se condice con las características del encuadre que ha establecido el modelo sistémico estratégico breve focalizado. En dicha instancia, toda vez que el consultante se pone en contacto con la institución, se lleva a cabo un proceso mediante el cual se determina cuál es el plan de atención y la terapeuta a asignar para su caso particular.

El primer contacto generalmente tiene lugar cuando aquellas personas con interés en iniciar un tratamiento en la institución se contactan vía telefónica, mail o redes sociales, a partir del cual la institución responde con el envío de un formulario diseñado para relevar los datos personales del consultante, y si fuera posible comenzar a identificar el motivo de consulta o queja inicial. Posteriormente una secretaria redistribuye la información a la coordinadora, con el objetivo de evaluar el plan bajo el cual la persona debería ser admitida. Una vez definido el plan, se establece un nuevo contacto con el consultante mediante el envío de un instructivo donde se detallan las condiciones del tratamiento, y en función de su aceptación, se consensúa la entrevista de admisión propiamente dicha. Originalmente las admisiones eran efectuadas únicamente por la directora de la institución, sin embargo, con el transcurso del tiempo, se incorporaron cuatro admisoras -entre las que se encuentra la coordinadora de pasantes- para lograr hacer frente al aumento en la demanda del tratamiento ofrecido. Además, tal como puntualiza Kopek (2013), todas las instancias del proceso terapéutico son videograbadas para facilitar la comunicación y colaboración entre los

diferentes profesionales de la institución, de manera que la admisora -habiendo establecido una hipótesis sobre la definición del problema- envía dicho material a la terapeuta designada al caso, para que pueda ser visualizado previo a la primera sesión del tratamiento.

Eventualmente durante el proceso de admisión o transcurso de la terapia, las profesionales de la institución pueden requerir interconsultas psiquiátricas o con otros profesionales de salud y/o legales. Kopek (2013) repasa en este aspecto y subraya que el intercambio con otros profesionales supone una manera para economizar esfuerzos y aunar visiones con el objetivo de proporcionar la terapéutica más conveniente y/o acordar objetivos complementarios. Sin embargo, en caso de diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria, la institución realiza derivaciones a otros centros de atención clínica especializados en dicha problemática.

La asignación del caso a una terapeuta en particular se lleva a cabo en función de una multiplicidad de variables. En relación con las terapeutas, se evalúa la disponibilidad horaria, las características o el estilo personal, la experiencia clínica en relación a la problemática y/o el plan bajo el cual es admitido el consultante (Kopek y Rabinovich, 2013). En adición, es importante mencionar que algunas terapeutas han decidido abocarse únicamente a la atención mediante el plan institucional, lo cual podría retrasar la asignación de una terapeuta hasta que concluya otro proceso terapéutico iniciado bajo la modalidad de plan solidario, lo cual restablecería la disponibilidad. Esta problemática con el volumen y tipo de demanda se asocia a lo descrito por Barrionuevo (2020) en tanto las características de los servicios, junto con su forma organizativa de atención puede propiciar o desalentar la demanda efectiva en los servicios de salud.

Por su parte, la institución se adecúa a los requerimientos de la LNSM toda vez que el paciente debe indicar mediante consentimiento informado si aprueba que todas las instancias de su tratamiento puedan ser visualizadas en cámara Gesell online por supervisores, pasantes, estudiantes avanzados y graduados que se hubieran inscripto en el PIP. El paciente cuenta con la potestad de no conceder o revocar dicho consentimiento en cualquier instancia del proceso terapéutico por el motivo que fuere, sin la necesidad de especificarlo. En estos casos, se procede a la grabación de las sesiones pero sin aparición en cámara Gesell en vivo (Ley 26657, 2010).

Tanto el plan al que fuera admitido el consultante, como la terapeuta designada no representan decisiones inamovibles, sino que por el contrario en todo momento el consultante

puede contactar a la admisor, para modificar el plan de atención a aquel que pueda afrontar, o para cambiar de terapeuta ante inconformidades que pudieran surgir durante el proceso terapéutico, concediendo la posibilidad de revisar tanto el motivo de consulta como la estrategia propuesta. En este aspecto, tal como establecen Ceberio y Watzlawick (2010), la admisor reviste una importancia fundamental para la consecución del proceso terapéutico dotándolo de imparcialidad, amplitud y habilitando una visión intersubjetiva que excede la díada terapeuta-consultante.

Durante la instancia de admisión, idealmente quedará establecida la co-construcción del problema a trabajar entre el consultante y la terapeuta -junto con la supervisión-. La definición de éste se realiza en términos de conductas observables, lo cual no solo facilita su comprensión, sino que otorga un marco de trabajo hacia dónde irán dirigidas las intervenciones que se orientan a alterar el sistema rigidizado, con el objetivo de extinguir la sintomatología y encaminarse hacia el polo saludable del proceso salud-enfermedad. En este sentido, la contextualización es un elemento central, dado que la terapia es diseñada y pensada en cada situación y para cada persona en forma singular (Ceberio, 2016).

Previo al cierre definitivo del proceso terapéutico, pueden inicialmente espaciarse las sesiones para verificar que las primeras mejorías se sostengan en el tiempo. Sin embargo, la terapia concluye de común acuerdo toda vez que el consultante comienza a dar indicios de estar consiguiendo autonomía, entendida en términos de avances suficientes como para prescindir del acompañamiento de la terapeuta. En concordancia, desde el punto de vista de la terapeuta, la misma expresa sus intenciones de concluir el tratamiento al estimar que su continuación no traería aparejado un beneficio adicional significativo para el consultante. En todos los casos, la terapeuta debe precaver al consultante sobre posibles recaídas que podrían producirse inicialmente, e informarle que podrá iniciar un nuevo tratamiento en caso de que lo estimara necesario, o bien si surgiera un nuevo motivo de consulta para trabajar. Allí la admisor se establece como la referencia institucional del consultante para efectuar una readmisión (Figuroa & Hirsch, 2013).

Por su parte, Kopek (2013) destaca la importancia de la admisor en el seguimiento posterior a la finalización de la terapia, a partir del cual se establece un contacto en las semanas o meses subsiguientes con la finalidad de obtener una devolución del consultante, cuya contribución permite evaluar la eficacia de la terapia, verificando que los resultados obtenidos para extinguir el problema se sostuvieron en el tiempo.

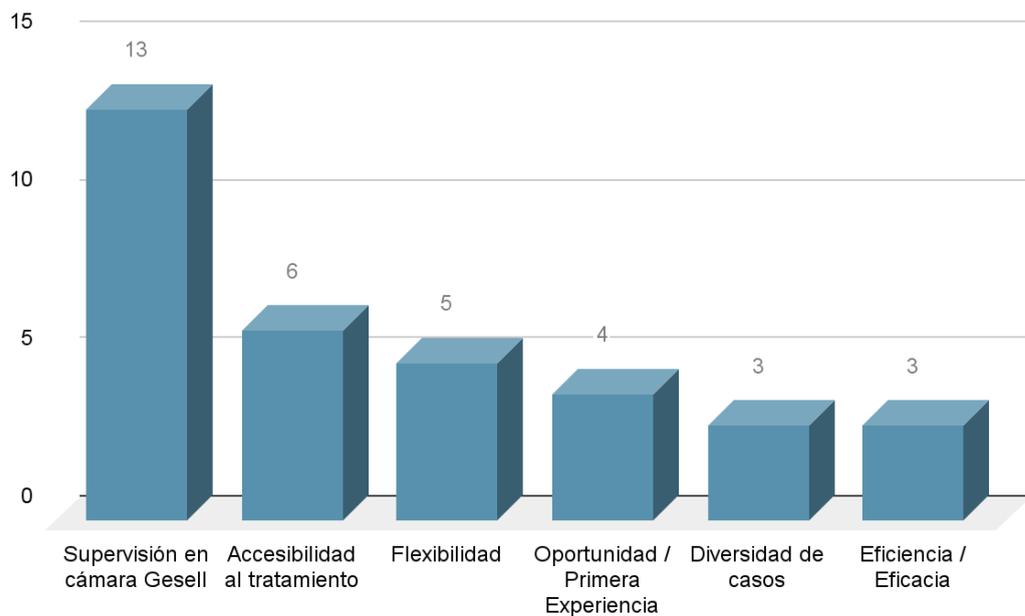
### **5.3. Describir las dificultades y beneficios que encuentran los terapeutas en la modalidad de plan solidario.**

En el presente apartado, se analizan las dificultades o desventajas junto con los beneficios que provee el plan solidario. Para relevar dicha información se efectuó una entrevista semidirigida a la directora y a la coordinadora de pasantes de la institución. Posteriormente se realizó la administración de un cuestionario abierto a las terapeutas que se desempeñan en la institución, quienes participaron de manera voluntaria y anónima. Asimismo, por intermedio de dichos procedimientos de recolección de datos, se pudo relevar información vinculada a la experiencia de las terapeutas en la institución, en conjunto con su valoración del funcionamiento del plan en cuestión.

A partir de la entrevista semiestructurada, la directora de la institución refirió que la mayor dificultad del plan solidario se hallaba caracterizada por el bajo honorario que perciben las terapeutas, como así también la institución, el cual tiende a ser ligeramente mayor que el promedio percibido en el subsistema público a través de las obras sociales. En contrapartida, el bajo honorario del plan solidario posiciona a la institución en una situación de mayor demanda del tratamiento respecto de si únicamente se dispusiera del plan institucional. En ese sentido, su bajo costo, la menor cantidad de requisitos formales y presteza para la admisión, constituyen variables que promueven el acceso a un tratamiento con mayor apertura a la comunidad. Asimismo, la mayor demanda y alcance a consultantes de diversos estratos sociales, proporciona una mayor variedad de problemáticas en los casos y motivos de consulta. Esto puede considerarse como un movimiento en dirección a la ruptura de la lógica circular imperante en las relaciones entre pobreza y salud mental, toda vez que al habilitar la atención a una mayor parte de la sociedad reduce la exclusión social y con ello propicia un aumento en la salud mental general de la población (De Lellis, 2015).

Esto coincide con lo expuesto por las terapeutas del staff de la institución quienes en relación a los principales beneficios que provee la atención clínica bajo el plan solidario, refirieron en el cuestionario diversos elementos. Allí sobresale la supervisión por intermedio de cámara Gesell -en las modalidades presencial u online- como el elemento más valioso y benéfico, siendo mencionado por la gran mayoría de ellas. Asimismo, la accesibilidad vinculada a personas de menores recursos, es otro elemento que resultó destacado dentro de

los beneficios del plan. Otros elementos mencionados en menor medida, distinguieron la flexibilidad, la oportunidad como primera experiencia clínica, la diversidad de casos clínicos y/o la eficiencia de la modalidad o del modelo. Los beneficios del plan solidario fueron agrupados según la cantidad de menciones, donde en ocasiones las terapeutas mencionaron más de un elemento (Figura 3).



**Figura 3.** Beneficios del plan solidario mencionados por las terapeutas.

En relación a la continuidad de la atención por intermedio del plan solidario, la mayor parte de las terapeutas del staff se pronunció a favor de continuar realizando atención clínica bajo la modalidad de plan solidario, destacando la motivación que proporcionan la supervisión por intermedio de cámara Gesell y la oportunidad de iniciarse en la atención clínica. En este sentido, la supervisión aparece como una estrategia institucional dispuesta para modular diferencias tanto en la formación de las terapeutas como en la calidad de atención que perciben los consultantes admitidos bajo uno u otro plan. De esta manera se garantiza la aplicación de las características que el modelo establece con mayor eficiencia, donde cada tratamiento psicológico es diseñado y contextualizado para cada persona en forma singular (Ceberio, 2016).

Por el contrario dos terapeutas expresaron no querer seguir atendiendo bajo dicha modalidad, coincidiendo con la directora de la institución al identificar los bajos honorarios

percibidos como la principal desventaja, prefiriendo la derivación de consultantes admitidos bajo la modalidad de plan institucional con solvencia económica suficiente para afrontar el honorario más elevado que corresponde a dicho plan. En este sentido se pone de manifiesto que el bajo honorario del plan repercute tanto para el consultante como para las terapeutas.

Se ha mencionado que la LNSM rige para todos los efectores de salud tanto públicos como privados, debiendo éstos adecuarse a ella. En relación con ello, el repliegue generalizado del modelo sistémico al ámbito privado que tuvo lugar en el país engloba a la presente institución de gestión privada, la cual a pesar de no gozar de una subvención estatal o gubernamental, proporciona un plan de honorarios reducidos que destaca al sujeto en comunidad y se orienta activamente a construir la demanda (Ley 26.655, 2010). Es en este aspecto donde pueden divisarse los límites del subsector privado, dado que si bien el plan solidario propicia un aumento en la accesibilidad a un tratamiento psicológico a partir de aranceles accesibles para una persona que tiene empleo, aún resulta restrictivo para aquellas personas que no pueden costear y/o sostener los aranceles del mismo (Rosetto, 2020).

Si bien la institución asegura que ambos planes proporcionan atención psicológica de calidad y supervisada, se debe poner en relieve que aquellos consultantes que fueran admitidos bajo la modalidad de plan solidario afrontan mayores posibilidades de ser asignados a una terapeuta de menor experiencia, frente a quienes sí cuentan con los recursos económicos para afrontar el costo del plan institucional donde las profesionales de mayor experiencia cuentan con prioridad. Dicha situación se puede vincular con Rovere (2006), esencialmente con la calidad en atención que el autor puntualiza como la primera entre las tres unidades que componen la noción de equidad. En la misma dirección, Ferrara (1985) no sólo advierte sobre la inequidad, sino también sobre otros elementos que pueden incidir negativamente como la pobreza, y la desafiliación de la población, los cuales corresponden a fuentes de sufrimiento y enfermedad. Por ello, se manifiesta a favor de la inclusión, el cual deviene un factor de prevención altamente salutogénico capaz de aumentar la sobrevida y de acelerar la recuperación.

En consonancia con lo anterior, a pesar de que en el aspecto teórico del modelo sistémico se reconocen una multiplicidad de intervenciones, en la parte práctica se implementaron unas pocas de ellas, coincidiendo frecuentemente en la utilización de la connotación positiva. Se infiere que la restricción en el uso de otras intervenciones pudo deberse a las características particulares y circunstanciales de los casos, como a la falta de

experiencia clínica de las profesionales de la institución donde el grueso de las mismas son graduadas recientes (Ceberio & Watzlawick, 2010).

## **6. CONCLUSIÓN**

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar el funcionamiento del plan solidario en una institución que abordara a sus consultantes desde el modelo sistémico estratégico breve focalizado. Este plan en particular cobra una relevancia fundamental dado que, hasta el momento de la realización del presente trabajo, se desconoce la existencia de otra institución privada de psicoterapia sistémica de resolución de problemas a corto plazo que disponga de uno de dichas características. Así, el plan solidario de la presente institución se posiciona como el único dispositivo desde el modelo sistémico estratégico breve focalizado que se orienta a la ampliación de las condiciones de acceso a un tratamiento psicológico caracterizado por hacer hincapié en la perspectiva interaccional, centrarse en el presente y orientarse a la resolución de problemas en el corto plazo (Watzlawick & Nardone, 1992).

Se considera que se han podido abarcar los objetivos planteados realizando una descripción breve pero de suficiente extensión como para caracterizar el funcionamiento de un plan solidario en una institución sistémica. Sin embargo, la decisión de centrar el análisis en una joven institución conformada por un plantel acotado, repercutió en la obtención de un tamaño de muestra reducido sobre el cual realizar un análisis del plan solidario. Asimismo, se produjeron modulaciones en la modalidad de atención, donde la coyuntura atravesada por una pandemia impidió el establecimiento de un contacto presencial, contraído el mismo por la modalidad virtual. En relación a este repliegue sobre la modalidad online, Durao y Hirsch (2020) sostienen que bajo la misma se produce un recorte de la información debido a una menor corporeidad, donde aquellos sentidos como el olfato y tacto se hallan ausentes, a la vez que tiene lugar una focalización que genera un mayor detalle sobre el rostro y el ambiente de los protagonistas respecto a la modalidad presencial.

Mediante el primer objetivo se pudo describir el funcionamiento general del plan solidario, abarcando su fundamento, la caracterización de sus elementos distintivos y la distribución de sus aranceles. Fue necesario trazar una vinculación con el plan de formación de nuevos terapeutas que provee la institución, el cual no solo representa la principal fuente de incorporación de terapeutas a la misma, sino que mediante el mismo las terapeutas

recientemente egresadas pueden iniciarse en la atención clínica con supervisión en vivo de aquellos consultantes admitidos bajo la modalidad de plan solidario. Complementariamente, se pudieron determinar diversos datos demográficos de las terapeutas de la institución como sus edades, el año y la institución de egreso, entre otros, reflejando un staff compuesto en su mayoría por terapeutas jóvenes, y graduadas principalmente en la Universidad de Palermo -por el ámbito privado- y Universidad de Buenos Aires -por el ámbito público-. Posteriormente se establecieron los puntos de desmarque con la otra alternativa de atención clínica que representa el plan institucional. Mediante la administración de una entrevista semiestructurada, la directora de la institución puntualizó que la diferencia principal la representaba el valor del arancel que fuera capaz de afrontar el consultante, sin que ello generase diferencias cualitativas de algún tipo. Sin embargo, con el consiguiente análisis se pudo establecer que se podían producir diferencias en la calidad de atención, dado que las terapeutas con mayor recorrido clínico y experiencia eran preferentemente asignadas a los consultantes admitidos bajo el plan institucional. Como consecuencia, siguiendo a Rovere (2006) es posible afirmar que se produce una disminución en diversos aspectos que caracterizan la noción de equidad, tanto en la asignación y distribución de los recursos, como así también en la información y capacidad de toma de decisión por parte de los consultantes, puesto que la institución no explicita que la calidad del tratamiento en ocasiones podría ser variable en función del plan bajo el cual se efectúa la admisión. Por tal motivo, a pesar de que se destina supervisión en vivo para ambos planes, la disponibilidad económica del consultante puede repercutir en la asignación de una terapeuta de mayor o menor experiencia sin que éste tenga conocimiento de dicha diferencia.

En relación al segundo objetivo específico, el mismo se orientó a detallar las diversas instancias que componen el proceso de admisión correspondiente al paradigma sistémico al que adhiere la institución. En esa dirección, Kopek (2013) destaca la importancia de la figura de la admisora, la cual idealmente debe diferenciarse de la terapeuta que se hará cargo del caso. Se definió la admisión como aquella instancia del tratamiento donde tiene lugar el contacto inicial y se evalúa el plan de atención clínica bajo el cual será ingresado el consultante, junto con la designación de la terapeuta considerada más conveniente para dicho caso. A su vez se describieron otros elementos centrales de la persona encargada de la admisión, caracterizada como una referente a quien el consultante puede recurrir en todo momento del proceso terapéutico para efectuar modificaciones sobre el plan de tratamiento.

Asimismo, se subrayó que la relevancia del rol de la admisoro no se circunscribe únicamente al inicio del tratamiento, dado que participa en las instancias de cierre y seguimiento, relevando la consecución de los objetivos trazados junto con la tendencia a la consolidación de una mayor autonomía por parte del consultante. En este sentido, la admisoro será la persona encargada de conducir una readmisión a la institución, ya sea para retomar el proceso terapéutico iniciado o bien iniciar uno nuevo referido a otro motivo de consulta (Figueroa & Hirsch, 2013).

Finalmente, en el tercer objetivo específico se canalizaron los esfuerzos en describir las dificultades y beneficios del plan solidario a partir de la confluencia de las experiencias expuestas por los participantes: la directora, la coordinadora de pasantes y diferentes terapeutas de la institución. Con los datos relevados se pudieron establecer diversos pros y contras del plan en relación a la institución, las terapeutas y los consultantes. En este sentido, el bajo honorario se consolidó como el elemento central del plan, tanto por sus aspectos positivos como negativos. En relación a lo positivo, hubo coincidencia al establecer que el mismo amplía las condiciones de acceso a un tratamiento psicológico del modelo sistémico estratégico breve focalizado. De tal manera, personas pertenecientes a diversos estratos sociales cuentan con mayores posibilidades de acceder a un tratamiento psicológico que aborda una gran diversidad de problemáticas, promoviendo la plena y efectiva inclusión social de las personas con padecimientos mentales (Demasi & Alemanni, 2020). Como complemento la agilidad en la admisión se posicionó como otro elemento positivo frente a las demoras en los plazos que se producen en las obras sociales y/o prepagas para la asignación de un tratamiento, favoreciendo un avance sobre la demanda de servicios de salud mental (Barrionuevo, 2020). Asimismo, las terapeutas coincidieron en su mayoría al ubicar la supervisión mediante cámara Gesell como el elemento distintivo que garantiza una mayor calidad en la atención incluyendo una mayor cantidad de participantes que pueden colaborar en el diseño de estrategias e intervenciones durante el proceso terapéutico (Kopek & Rabinovich, 2013). Por último, la variabilidad de casos junto con la posibilidad de que las terapeutas puedan iniciarse en la atención clínica, se posicionaron como otros elementos benéficos de destaque. Por el lado de las dificultades, las participantes concordaron al afirmar que la atención por intermedio del plan solidario repercutía en menores ingresos para la institución y para las terapeutas, dado que éstos responden a un proporcional sobre el honorario reducido que abona el consultante. Otras dificultades halladas posteriormente en

este apartado, retomaron la presencia de una posible asimetría en la calidad de atención por intermedio de los planes ofrecidos según el cual fuera admitido el consultante, afectando componentes de la noción de equidad (Rovere, 2006). Asimismo, se detallaron modulaciones circunstanciales a raíz del contexto de pandemia, donde la atención online trajo aparejado nuevas problemáticas y requisitos en relación al espacio físico y la conectividad para sostener el nuevo encuadre (Duraó & Hirsch, 2020).

Por cuanto a las limitaciones, se puede mencionar que debido a las medidas sanitarias nacionales dispuestas, se había producido una migración total a la modalidad online, la cual se estableció como la única que se adecuaba a las medidas de salud requeridas por las autoridades sanitarias. Consecuentemente, la inviabilidad de condiciones seguras para concurrir a la sede física de la institución, se posicionó como un impedimento para la visualización de sesiones desde una cámara Gesell presencial, la cual es representativa del modelo sistémico, el cual fue el encargado de consolidar su implementación en el encuadre psicoterapéutico (Haley, 1973). Otra limitación que se puede mencionar, se encuentra vinculada a la carencia de información provista por los pasantes y, especialmente por aquellos consultantes que hubieran sido atendidos bajo la modalidad de plan solidario en la institución. Con la extensión a dichos participantes se estima que se podría corroborar y/o ampliar la información sobre el funcionamiento general del plan, abarcando el proceso de admisión, junto con las ventajas y desventajas que estos encuentran en la atención bajo dicha modalidad. En ambos casos, la administración de un cuestionario de carácter anónimo y voluntario, podría representar un instrumento adecuado a partir del cual obtener información respetando las condiciones de privacidad y confidencialidad de los participantes en la mayor medida posible (Duraó & Hirsch, 2020).

En relación con futuras líneas de investigación, puede resultar pertinente analizar y describir el funcionamiento de planes solidarios de diversos modelos de atención psicoterapéuticos, con el objetivo de trazar comparaciones e incorporar aquellos elementos que representen un beneficio y/o una mejora sobre las condiciones actuales. En ese sentido, los planes de bajo costo amplían la accesibilidad y promueven la equidad no solo en el plano económico, sino también en la protección frente a los riesgos y en la distribución del saber y poder (Rovere, 2006).

Dada la relación intrínseca con el plan solidario, se estima conveniente profundizar sobre el proceso de formación de las terapeutas a través del PIP, con el objetivo de describir

con mayor detalle su vinculación con el plan solidario, determinando de qué manera se produce la gradual adquisición de las herramientas y habilidades suficientes para comenzar a encabezar un tratamiento psicológico del modelo sistémico estratégico breve focalizado.

Respecto a la aplicabilidad de la propuesta de este trabajo, se considera que puede constituir una contribución para nuevas instituciones de atención psicológica en general. En particular, otras instituciones del paradigma sistémico podrían promover la creación de un plan de honorarios reducidos propiciando la accesibilidad, a la vez que contrarrestar el terreno perdido en el país décadas atrás, cuando el modelo sistémico debió replegarse al sector privado de salud, reposicionando a la terapia sistémica entre las opciones de primera elección al momento de decidir iniciar un tratamiento psicológico (Macchioli, 2015). En este sentido, en la actualidad, la capacidad para recibir atención a través del modelo sistémico con un abordaje orientado a la resolución de problemas breve y eficaz, representa una opción restringida a los estratos sociales de mayores recursos, debido a que los tratamientos resultan onerosos para personas con ingresos reducidos. En relación a ello, Barrionuevo (2020) había advertido sobre el riesgo de subprestación como consecuencia directa ante la diferencia entre la demanda de atención en los servicios de salud mental y la disponibilidad para acceder a los mismos, por la cual una gran proporción de personas que requieren de los servicios de salud mental no reciben tratamiento alguno.

A partir del PMO que sostiene nuestro sistema de salud, tanto las principales prepagas como las obras sociales, proveen una cobertura de hasta 30 sesiones al año, con lo cual aquellos tratamientos que no se apoyan en la brevedad podrían quedar inconclusos en consultantes que luego no pueden afrontar el honorario de una consulta privada para continuar el tratamiento (De Lellis, 2015). La indeterminación de la duración de los tratamientos en psicoterapia que desde Haley (1973) es considerada una carencia en el manejo de terapias breves, puede considerarse un elemento que restringe la accesibilidad, concentrándose en personas de sectores socioeconómicos medios y altos, dado que tienden a trasladarse a los consultorios privados. En este sentido, la psicoterapia sistémica estratégica breve focalizada, con su metodología pragmática es capaz de responder a la demanda de tratamientos de corta duración, dado que un tratamiento se puede acortar o prolongar pero no excederá determinados plazos, proporcionando una previsibilidad que coincide con los límites que establece el PMO (Barreira, 2016). Por su parte, el bajo costo que adiciona el plan solidario representa otro elemento que amplía la accesibilidad a mayor sectores de la

sociedad, incluyendo a consultantes con inestabilidad y/o precariedad laboral coincidente con la desigualdad social que caracteriza la actualidad (Rattagan, 2020). Por tal motivo, se estima que la terapia sistémica se posiciona como una variante con capacidad de respuesta al contexto socioeconómico actual, capaz de ser implementada en todos los subsistemas del sistema de salud argentino, proporcionando soluciones rápidas a problemas de diversa índole en un tiempo acotado y delimitado, lo cual tiende a reducir costos (Del Mónaco, 2020).

En resumen, se considera que el plan solidario de la presente institución sistémica contribuye a la concreción de los Derechos Humanos, respondiendo al derecho a la salud por el cual todas las personas deben gozar del mayor bienestar físico, social y psicológico (Ley 26657, 2010). Asimismo, la vigencia de este plan propone un movimiento que puede considerarse coincidente con los lineamientos de la LNSM, dado que su incremento en la accesibilidad contribuye a la creación de sociedades más justas, consolidando sistemas de salud que minimizan las diferencias sociales, es decir tendientes a la equidad, brindando mayor autonomía y capacidad de decisión a las personas padecientes respecto a lo que les sucede (Rosetto, 2020). En este sentido, el aporte del plan solidario a la salud debe ser leída no sólo en términos de la salud de las personas, sino que al mismo tiempo reconoce la necesidad de disponer de infraestructura adecuada para afrontar la demanda en servicios de salud de las mismas (Rovere, 1998).

Para finalizar, se extienden los agradecimientos a la Universidad de Palermo, la cual evidenció su capacidad de adaptación y apertura a circunstancias sanitarias excepcionales, garantizando la disposición de una amplia oferta sobre la cual poder escoger para realizar prácticas institucionales de calidad. El acompañamiento en esta instancia por parte de los diversos profesores del staff es otro elemento para destacar, dado que estos promovieron un seguimiento y aporte indispensable para la efectiva presentación de los TFI en los plazos requeridos.

## **7. REFERENCIAS**

Barreira, I. (2016) *Terapias breves y focalizadas en Argentina. Revista de Psicología y Psicopedagogía, 1, 37-57.*

- Barrionuevo, H. (2020) Planificación y gestión de servicios de salud mental. En A. Trimboli (2020) *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*: Noveduc.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004) *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós
- Castoriadis, C. (2001) *Figuras de lo pensable*. Buenos Aires: FCE
- Cazabat, E. (2013) A. Modelo teórico: Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Eds), *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp.15-20) Buenos Aires: Dunken
- Ceberio, M.R. (2016) *Terapia breve sistémica: una breve introducción*. Artículo presentado en las Jornadas provinciales de Psicología. Cómo pensar las prácticas psicológicas: desafíos actuales. Colegio de Psicólogos de la provincia de Bs As. Colegio de Psicólogos Distrito II. Trenque Lauquen. Argentina.
- Ceberio, M.R. & Wazlawick, P. (2010) *Si quieres ver, aprende a actuar*. Buenos Aires: Teseo.
- Del Monaco, R. (2020). “Terapias del aquí y ahora porque lo que te pasa te pasa hoy”: brevedad y eficacia como modelo de abordaje y resolución en los tratamientos cognitivo-conductuales. *Cuestiones De sociología*, (22), e090.
- De Lellis, M. (2015) *Una aproximación al sistema total de salud en Argentina*. En: De Lellis, Martín (2015). *Perspectivas en salud pública y salud mental* (165-200). Buenos Aires: Nuevos Tiempos
- Demasi, A. & Alemanni, G. (2020) *La problemática de la comunicación de la salud mental en los medios: recomendaciones, avances y pendientes*. En A.Trimboli (2020). *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*: Noveduc.
- Durao, M.A. & Hirsch, H. (2020) *Psicoterapia Online: qué es y cómo se practica*. Buenos Aires: Centro Privado de Psicoterapias.
- Ferrara, F. A. (1985) *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catálogos
- Figuroa E. & Hirsch H. (2013) Sobre los cierres... En: D. Kopec & J. Rabinovich, (2013) *Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Dunken.
- Galende, E, (1997) *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós

- Gergen, K. (1996) *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1973) *Terapia no convencional, las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1976) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keeney, B & Ross, J. (2007) *Construcción de terapias familiares sistémicas. "Espíritu" en la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu
- Kopec, D. (2013) El diseño de la terapia estratégica. En: Kopec, D. & Rabinovich, J. (2013) *Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Dunken.
- Kopec, D. & Rabinovich, J. (2013) *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica*. Buenos Aires: Dunken.
- Ley 26657 - *Derecho a la Protección de la Salud Mental* (2010). Boletín Oficial de la República Argentina, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 03 de diciembre de 2010.
- Kraut, A. y N. Diana (2011). "*Derecho de las personas con discapacidad mental: Hacia una legislación protectora*", en Panorámicas de salud mental. Buenos Aires: Ministerio Público Tutelar-Eudeba.
- Linares, J.L. (2012) *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Macchioli, F. A. (2015). Circulación de saberes y prácticas sobre la familia como objeto de intervención "psi" entre la Argentina y el Hemisferio Norte (1960-1979). *Revista de Psicología*, (15), 19-31.
- Maturana, H. & Varela, F. (1972) *De Máquinas y Seres Vivos, Autopoiesis de la organización de lo vivo*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Ministerio de Salud (2017). La salud en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Recuperado de: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-salud-en-la-constitucion-de-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>
- Moreno Fernández, A. (2015) *Manual de la Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Nardone, P. Watzlawick, P. (2007). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.

- Rattagan, Mercedes (2020). Planificación y gestión en salud mental a la luz de nuevas normativas. En: Trímboli, Alberto (2020). *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*: Noveduc.
- Rovere, M. (1998). *Hacia la construcción de redes en salud*. Rosario: Instituto de la Salud Juan Lazarte - Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.
- Rovere, M. (2006) *El Derecho a la Salud y la construcción de ciudadanía*. Buenos Aires: Mimeo
- Rosetto, J. (2020). Políticas de salud mental en Argentina. Antecedentes de la Ley de Salud Mental N° 26657. En A. Trímboli (2020). *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*: Noveduc.
- Sluzki, C. (1998) *La Red Social: Frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Stolkiner, A. (2003). Pobreza y subjetividad. Relación entre las estrategias de las familias pobres y los discursos y prácticas asistenciales en salud. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 4, 211-227.
- Stolkiner A. & Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 52-56.
- Stolkiner, A. (2020). Las dimensiones políticas de la investigación en el campo de la salud mental y sus prácticas. En A. Trímboli (2020). *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*: Noveduc.
- Trímboli, A. (2020) *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos*. Buenos Aires: Noveduc.
- Von Bertalanffy, L (1968) *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wainstein, M. (2006) *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones
- Watzlawick, P., Weakland J. & Fisch, R. (1972) *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Beavin J. & Jackson D (1989) *Teoría de la comunicación humana*.

Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. & Nardone, G. (1992) *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. (1992) *La Coleta del Barón de Münchhausen*. Barcelona: Herder

## 8. ANEXOS

### Anexo I

#### **VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO BAJO LA MODALIDAD DE PLAN SOLIDARIO**

Participación voluntaria y anónima en un Plan de Trabajo Final Integrador (TFI) de la Licenciatura en Psicología por la Universidad de Palermo (U.P.)

1- ¿Cuál es tu edad?

2- ¿En qué año te recibiste?

3- ¿En cuál universidad te recibiste?

- Universidad de Belgrano (U.B.)
- Universidad de Buenos Aires (U.B.A.)
- Universidad Católica Argentina (U.C.A.)
- Universidad de Palermo (U.P.)
- Otra:

4- ¿Desde cuándo trabajás en la institución?

5- ¿Atendés o atendiste bajo la modalidad Plan Solidario en la institución? ¿Cómo llegaste a atender pacientes bajo esta modalidad?

- Sí, actualmente lo hago
- No en estos momentos, pero sí anteriormente

6- ¿Cuál es tu experiencia atendiendo bajo la modalidad de Plan Solidario? ¿Qué fue/es interesante al atender bajo esta modalidad?

7 ¿Te interesa seguir atendiendo bajo la modalidad de Plan Solidario? Si / No ¿Por qué?