

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: El rol del terapeuta y las técnicas utilizadas en un proceso de admisión en una institución sistémica estratégica

Alumna: Romina Betina Bailador

Tutor: Fernanda Longo

Buenos Aires, 3 de marzo de 2022

## Índice

<b>1. Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Objetivos.....</b>	<b>2</b>
2.1. Objetivo general.....	2
2.2. Objetivos específicos.....	2
<b>3.Marco teórico.....</b>	<b>3</b>
3.1. Modelo sistémico estratégico.....	3
3.1.1. Antecedentes históricos del modelo sistémico estratégico.....	4
3.1.2. Los principales fundamentos de la terapia sistémica estratégica focalizada en la resolución de problemas.....	7
3.2. El proceso terapéutico.....	9
3.2.1. Entrevista de admisión.....	12
3.2.1.1. Metas y objetivos del terapeuta.....	14
3.2.2. Intervenciones.....	16
3.2.3. Criterios para el establecimiento de la co-construcción del problema	18
3.2.4. Derivación y criterios para establecerla.....	21
<b>4. Metodología.....</b>	<b>23</b>
4.1. Tipo de estudio.....	23
4.2. Participantes.....	23
4.3. Instrumentos.....	23
4.4. Procedimiento.....	24
<b>5. Desarrollo.....</b>	<b>24</b>
5.1. Objetivo 1: Describir cuáles son las metas y objetivos del terapeuta en una entrevista de admisión en una institución sistémica estratégica.....	24
5.2. Objetivo 2: Describir el uso de intervenciones en un proceso de admisión en una institución sistémica estratégica.....	29
5.3. Objetivo 3: Analizar los criterios del terapeuta en la co-construcción del problema en un proceso de admisión y cómo se desarrolla la derivación del consultante.....	34
<b>6. Conclusiones.....</b>	<b>44</b>
<b>7. Referencias bibliográficas.....</b>	<b>50</b>

## **1. Introducción**

Este Trabajo Final Integrador correspondiente a la carrera de Licenciatura en Psicología se basó en la práctica profesional que se realizó en una institución perteneciente al área de la salud mental, especializada en el Modelo Sistémico Estratégico Focalizado en la Resolución de Problemas. Dicha institución pertenece al ámbito privado y se encuentra ubicada en el barrio de Belgrano de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue fundada en el año 2010 y sus profesionales cuentan con una sólida formación, trayectoria y entrenamiento continuo. Se dedican a ofrecer psicoterapia ayudando a las personas a resolver sus problemas, trabajan en equipo y brindan distintos tipos de tratamientos, tanto en forma individual, como a parejas o a todo el grupo familiar. De ser necesario, el paciente puede ser atendido por un psiquiatra. También cuentan con un espacio destinado a la supervisión profesional y otro a un Programa de Iniciación Profesional donde los psicólogos reciben una capacitación basada en el modelo.

La práctica profesional se realizó entre los meses de agosto y noviembre del 2021, en modalidad on-line debido al contexto de pandemia de carácter excepcional.

El presente trabajo intenta indagar sobre las metas a las cuales pretende arribar el terapeuta durante una entrevista de admisión y los distintos tipos de objetivos de los que se vale para alcanzarlas. Por otro lado, examina el uso de las diferentes intervenciones que debieran producir modificaciones en relación con la cuestión puntual del consultante en un proceso de admisión. Por último, analizar los criterios del terapeuta que resultan determinantes para la co-construcción del problema junto con el consultante y, según sus condiciones, cómo se desarrolla la derivación en un proceso de admisión.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo general**

Analizar el rol del terapeuta y las técnicas utilizadas en un proceso de admisión en una institución sistémica estratégica.

### **2.2. Objetivos específicos**

**a.** Describir cuáles son las metas y objetivos del terapeuta en la entrevista de admisión en una institución sistémica estratégica.

b. Describir el uso de intervenciones en un proceso de admisión en una institución sistémica estratégica.

c. Analizar los criterios del terapeuta en la co-construcción del problema en un proceso de admisión y cómo se desarrolla la derivación del consultante.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1. Modelo sistémico estratégico**

El modelo sistémico estratégico se define como la evolución integrativa de dos enfoques que se consideran complementarios. Por un lado, el de Gregory Bateson y Don Jackson, miembros del grupo de Palo Alto, orientado a desarrollar teorías sistémicas, y estudios sobre la familia y la comunicación (Nardone & Watzlawick, 1992); y, por otro lado, el de Milton Erickson, inspirador técnico de muchos de los procedimientos terapéuticos correspondientes a la terapia familiar sistémica (Haley, 1973). Bateson es considerado el principal teórico de la perspectiva interaccional sistémica. Basó sus estudios en el trabajo de los psicólogos clínicos coadyuvado por la confluencia de varios descubrimientos innovadores en disciplinas científicas (Nardone & Watzlawick, 1992). Don Jackson, fundador y primer director del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, es uno de los referentes fundamentales en los inicios de la terapia familiar, legando la base conceptual que posibilitó la comprensión de la familia como un sistema relacional (Ventura, 2016). Erickson, por su parte, está conceptualizado como el padre de la terapia estratégica, sobre todo por su dedicación al estudio de la hipnosis, de la cual tomó como base a la sugestión que en ella se realiza (Nardone & Watzlawick, 1992). Los métodos indirectos de Erickson, son útiles aún sin la mediación de los tranes formales que tienen lugar en la hipnosis. Sus principios se fueron refinando y desarrollando para la resolución de problemas clínicos (de Shazer, 1986).

A partir de la sugestión anteriormente mencionada, Erickson elaboró una gran cantidad de estrategias y de técnicas de intervención, las cuales aplicaba para que el consultante resolviera problemas en un tiempo acotado. Esto lo lograba gracias al importante papel del lenguaje, tanto verbal como no verbal, y de las comunicaciones terapéuticas que poseían los fenómenos de la sugestión (Nardone & Watzlawick, 1992).

Asimismo, Erickson tenía en cuenta que cada quien posee su propia personalidad, sus experiencias, su manera de ver el mundo y de elaborar la realidad. Tales características hacían

que considerara a cada uno de sus consultantes como un ser único e irrepetible, digno de un estudio clínico que considere, además, su contexto relacional (Nardone & Watzlawick, 1992). En virtud de ello, el terapeuta que se incluya dentro de este modelo evitará basar su práctica en cualquier teoría de la personalidad y se enfocará en el caso de cada consultante para poder así determinar cuál es la conducta que mantiene el problema y llevar a cabo una intervención no sólo eficaz, sino rápida y económica (Cade & O'Hanlon, 1995).

Por tal razón, según Haley (1973), la terapia estratégica incluye todos los tipos de intervenciones terapéuticas en los cuales el terapeuta asuma la responsabilidad de influir directamente sobre el consultante. Dicha terapia, puede ser así denominada, si el terapeuta da inicio a lo que allí sucede y delinea una determinada orientación para cada problema. Además, tiene que ser capaz de, reconocer qué problemas son resolubles, establecer metas y realizar intervenciones para alcanzarlas, observar las respuestas para poder rectificar su enfoque y, valorar el resultado de su terapia para saber si ha sido eficaz.

### **3.1.1. Antecedentes históricos del modelo sistémico estratégico**

En la década del 1950 se produce un cambio de paradigma y comienzan a asentarse nuevos conceptos dentro de la comunidad científica. Cada uno de ellos fundado en: la Pragmática de la Comunicación de Paul Watzlawick, la Teoría General de los Sistemas de Ludwig von Bertalanffy y la Cibernética de Norbert Wiener. Los mencionados sentaron las bases del paradigma sistémico (Wainstein, 2006).

De las tres teorías mencionadas en el párrafo anterior, la Pragmática de la Comunicación es una disciplina de relevancia a la hora de comprender las relaciones humanas. La pragmática proviene de la semiótica, ciencia que trata del uso de los signos y de su efecto sobre quienes los utilizan. El signo es un objeto que representa o evoca a otro objeto y la pragmática se ocupa de la relación entre este y quien lo utiliza (Watzlawick, 1992). La Teoría General de los Sistemas es una aproximación y representación de la realidad de manera sistemática y científica, que se encuentra orientada hacia la interrelación y la comunicación que tienen lugar en el trabajo interdisciplinario. La visión integradora que posee la conduce a ocuparse de las relaciones y de los conjuntos que surgen a partir de ellas (Arnold Cathalifaud & Osorio, 1998). La Cibernética, por su lado, es una disciplina que se dedica al estudio teórico de los procesos de la comunicación, sus leyes generales y los

procesos de regulación que funcionan en los sistemas biológicos, mecánicos y artificiales. Dentro del proceso comunicacional, Wiener, ponderó el concepto de información como su núcleo esencial, definiéndolo como una forma de comprender el comportamiento del ser humano y los cambios en que incurre al relacionarse con el ambiente (Siles González, 2007).

Aunado a esto, la cibernética realizará aportes al pensamiento sistémico brindando una perspectiva diferente para responder a la pregunta por el objeto de estudio y la manera de comprender el comportamiento y la forma en que las personas que se encuentran dentro de un mismo contexto, interactúan. Wiener propone los aportes de la cibernética y de los mecanismos de retroalimentación en la comunicación, proceso a través del cual se genera una respuesta a la emisión de un mensaje, y luego Bateson y sus colaboradores lo integran con diferentes disciplinas en una epistemología sistémica (Arbeláez Naranjo, 2016).

En líneas generales, evolucionan los desarrollos mencionados en el párrafo anterior dando lugar a lo que hoy se denomina cibernética de segundo orden. La misma puede ser definida como la ciencia que se dedica al estudio de la relación entre el observador y el sistema que observa. Dicha ciencia ha influido en otras disciplinas como ser la epistemología relacional que, a su vez, da sustento al desarrollo de los conceptos comunicacionales de Watzlawick y Don Jackson (Arbeláez Naranjo, 2016).

Asimismo, el propósito de la segunda cibernética es explicar la forma en que un sistema abierto, como puede ser la familia, posee la capacidad de ir modificando su objetivo o finalidad, haciendo uso de las reglas de comunicación y de los mecanismos de control que el mismo sistema creó (Arbeláez Naranjo, 2016).

A partir del modelo sistémico, la causalidad comienza a considerarse como algo circular, orientada a los procesos de la comunicación -con la información como elemento central- y retroactiva, es decir que siempre se da y se recibe feedback con respecto a los mensajes (Nardone & Watzlawick, 1992).

A su vez, el individuo se encuentra en un contexto determinado e inmerso dentro de un sistema de relaciones, expresando su comportamiento en función de ellos. De esta forma, ya no es posible estudiar cada fenómeno individual por separado y reconstruir el proceso relacional completo, sino que son los fenómenos interactivos, y sus reglas, los que van a representar la preeminencia de cada una de las variables (Nardone & Watzlawick, 1992).

Como resultado de este cambio de paradigma surge el modelo sistémico, siendo Gregory Bateson quien elaboró esta forma de conceptualizar los problemas humanos y la aplicó al campo práctico, abordando la comunicación paradójica como base fundamental de un tratamiento (Bateson, 1998). Este tipo de comunicación contiene en sí misma su propia contradicción: el emisor no es congruente con lo que quiere -piensa una cosa, pero dice la contraria- y el receptor debe inferir qué es lo que quiere dicho emisor (Watzlawick, 1992). Al recibir un mensaje con dos órdenes contradictorias, el individuo responde mediante una interacción patológica (Bateson, 1998). En este mismo sentido, Nardone y Watzlawick (1992) se refieren a la comunicación disfuncional entre este individuo y el resto del grupo, generando la consecuencia de una interacción patológica.

Como se mencionó anteriormente, analizando la práctica clínica y los estudios sobre la hipnosis de Milton Erickson, experimentado y reconocido psicoterapeuta, Bateson, Haley y Weakland descubrieron que él venía hace largo tiempo, en forma intuitiva y empírica, aplicando estrategias que la escuela de Palo Alto ya había formalizado como modelos. Este es el modo en que los avances de Erickson se combinaron con la terapia sistémica de Palo Alto (Nardone & Watzlawick, 1992).

A causa de los aportes mencionados, se podría decir que la terapia sistémica ha ido evolucionado hacia una terapia estratégica, encontrándose la mayor diferencia en que ésta ya no se centra en modificar la interacción y la organización del sistema, sino que se encuentra focalizada en el problema, cuánto se mantiene y cómo se puede cambiar la situación (Nardone & Watzlawick, 1992).

Posteriormente, Richard Fisch, integrante del Mental Research Institute (MRI), desarrolla un proyecto de Terapia Breve buscando sistematizar un formato de terapia en el que se trabaje con individuos, o sin el propio consultante, pero trabajando con quienes estén altamente motivados para resolver el problema. Lo que se intenta es detectar quién hace algo al aparecer un problema y qué hace, analizando el patrón de interacción y la causalidad circular en la que se expresa dicho problema para poder romper con el circuito de retroalimentación. De esta forma, las dificultades del consultante van siendo resueltas con sus propios recursos, con los de su familia, o con los de su entorno social (Feixas, Muñoz, Compañ & Montesano, 2006).

Este modelo estipula un total de 10 sesiones para resolver el problema, pero la cantidad puede variar, siendo para la mayoría de los modelos sistémicos entre seis y 20 según los formatos, aunque también pueden ser algo más largas, pero espaciadas en el tiempo (Cazabat, 2007; Feixas et al., 2006).

También con un número acotado a un máximo de 10 sesiones, Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin demuestran obtener éxitos significativos en su tratamiento centrado en la resolución rápida de problemas. Para esto realizaron un trabajo de investigación basado en la interacción conductual observable y en la aplicación de una intervención que altere el funcionamiento del sistema. Seguir estas ideas les permitió conceptualizar la naturaleza de los problemas humanos, su resolución efectiva, y procedimientos vinculados. Su premisa principal es que los problemas que traen los consultantes persisten cuando son mantenidos por su conducta actual y la de otros que interactúan con él. Por lo tanto, los principios y prácticas de este tratamiento, están abocados a cambiar o eliminar dicha conducta, haciendo que un problema se resuelva o desaparezca, lo cual resulta suficiente como inicio de una serie de avances progresivos (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974).

### **3.1.2. Los principales fundamentos de la terapia sistémica estratégica focalizada en la resolución de problemas**

Adentrándose en la terapia sistémica estratégica focalizada en la resolución de problemas, los mismos se podrían conceptualizar como la persistencia de un inconveniente mal manejado que resulta exacerbado por la solución utilizada (Kiskeri Aiguabella, Serrat Sastre, Díaz Arnal & Schlanger, 2018).

En relación a lo mencionado en el párrafo anterior, Ceberio y Rodríguez (2020), afirman que se hace necesaria una estrategia que involucre creatividad y flexibilidad para que el terapeuta pueda ayudar al consultante a lograr el cambio deseado y resolver el problema. Sostienen que existe un vínculo estrecho entre la resolución de los problemas y las emociones positivas, por lo tanto hay que orientarse a generarlas. En el mismo sentido, una de las funciones del terapeuta es explicar al consultante que se trabaja con un máximo de 10 sesiones por caso, generando así expectativas positivas de cambio rápido y buena predisposición (Weakland et al., 1974).



Luego, dado que este modelo no trabaja con categorías diagnósticas, es el terapeuta quien se adapta a la queja del consultante y va interviniendo de acuerdo a su problemática particular (Kiskeri Aiguabella et al., 2018). Por lo tanto, le pregunta qué problema lo ha traído a realizar el tratamiento; en el caso de que tenga varios, debe decir cuál de ellos considera más importante. Entonces, se le pregunta qué hace él debido a su problema y qué le gustaría dejar de hacer, o hacerlo de una manera diferente. Estas preguntas también ayudan a ir delineando las metas del tratamiento (Weakland et al., 1974).

Otra de las funciones del terapeuta es la estimación de las conductas que mantienen el problema. Para esto se pregunta al consultante cómo ha estado tratando de resolverlo, intentando apuntar a conductas concretas (Weakland et al., 1974).

Una vez abiertas las expectativas de cambio anteriormente mencionadas, para poder construir una solución no es necesario conocer nada sobre el pasado del consultante, ni tampoco saber los pormenores de lo que está sustentando el motivo de queja, sino que el terapeuta puede promover cambios duraderos rápidamente. Si llegara a centrarse en el pasado lo va a hacer sobre los éxitos a modo de poder comprender la forma en que el consultante va a reconocer que el problema quedó resuelto (de Shazer, 1986).

Por otra parte, el motivo de consulta se va transformando a medida que el consultante va interactuando con el terapeuta. Éste lo va guiando, y entre ambos lo van construyendo activamente, apoyándose en que el consultante no confía en sus propias ideas con la potencia habitual (Hirsch & Rosarios, 1987).

Dado que las quejas son construcciones complejas podría llegar a darse por sentado que las intervenciones también deben ser complicadas, sin embargo, esto no es así. La dificultad de la queja reside en la imposibilidad que tiene el consultante para encontrar la solución, y esto se debe a que desconoce en qué consiste el problema, impidiendo así su resolución (de Shazer, 1986). Las intervenciones pueden ser simples, pero si los objetivos están claramente orientados hacia cubrir una necesidad específica se pueden lograr cambios duraderos (Castillo Sotelo, Brito Sánchez & Vargas Jiménez, 2018).

Vinculado a esto, von Bertalanffy (1968) se refiere a un sistema como un complejo de elementos que comprende relaciones no casuales entre aquellos elementos y sus propiedades. Esta exposición se considera aplicable a todo sistema, independientemente de los tipos singulares de elementos y relaciones. De ahí que, en este modelo, el terapeuta

especializado le otorgue una vital importancia al principio de totalismo, afirma de Shazer (1986). Según la sistémica este concepto se define como un cambio que sucede en uno de los elementos de un sistema -o en su defecto, en una de las relaciones entre estos elementos- que afectará al resto de los elementos y de las relaciones que integran ese sistema. Es decir, si una de las personas actúa de forma diferente, bastará para interrumpir un hábito colectivo. Esto sucede en los sistemas humanos como las familias o cualquier otro tipo de grupo de personas que compartan una historia y un futuro en común, y en las relaciones que se den entre ellos.

### **3.2. El proceso terapéutico**

El proceso terapéutico está conformado por ciertos pasos, algunos de los cuales pueden estar entremezclados, es decir, que no necesariamente tienen que ser consecutivos. Estos pasos son: la preentrevista, que es el recorrido que realiza el consultante hasta llegar a la consulta, es decir, la derivación o el llamado telefónico, entre otros; el proceso de admisión, conformado por una etapa social, que es cuando se establece la relación entre el consultante y su terapeuta, y por una etapa donde se establece el motivo de consulta o el problema que trae el consultante a la terapia y, de ser posible también se fijarán objetivos; una etapa en donde el terapeuta tiene definido un mapa de la situación que da inicio a alguna estrategia de cambio; otra etapa de evaluación y cierre del trabajo, que puede ser negativa, positiva, parcialmente positiva, en progreso, o cumplido, según el cambio que había que realizar en relación al motivo de consulta; y como último paso, viene el seguimiento y la evaluación del sostenimiento del cambio, asegurando no sólo los resultados del tratamiento a largo plazo, sino también el propio aprendizaje (Wainstein, 2006).

Igualmente, todos los pasos o etapas del tratamiento poseen una meta y un propósito: resolver el problema que se está afrontando (de Shazer, 1986). Dentro de las variables que contribuyen al proceso terapéutico se pueden encontrar al consultante con sus propias características, al terapeuta con su experiencia y su forma de comunicarse, y al modelo terapéutico que se implemente, el cual se basará en ciertas teorías, técnicas y criterios para la toma de decisiones durante el tratamiento. En tal sentido, todas estas variables deben ser entendidas en la interacción entre el consultante y el terapeuta (Rodríguez Morejón, 2015).

No obstante, el proceso de admisión es la primera etapa del proceso terapéutico. La misma se lleva a cabo mediante una entrevista inicial, considerada para la psicología como un instrumento del método clínico, y también como una técnica de investigación científica. Es el primer contacto entre el servicio de salud mental y el consultante, donde se le toman datos de filiación básicos, se indaga sobre el motivo de consulta, y se establece, si se lo deriva con un terapeuta para el inicio de su tratamiento, si se lo deriva a otro servicio hospitalario, o si no necesita tratamiento (Soave & Juaneu, 2018).

Asimismo, por el sólo hecho de ser escuchado, comprendido y asistido, la entrevista de admisión produce un efecto terapéutico en el consultante. Es así como se va forjando una alianza de trabajo que conlleva la focalización en las metas terapéuticas, la aceptación de la estrategia de tratamiento sugerida por el terapeuta, y se consolida la continuidad del tratamiento (Soave & Juaneu, 2018).

Retomando lo anteriormente expuesto, el proceso terapéutico cuenta con la posibilidad de ser llevado a cabo por un equipo de terapeutas implementando el uso de la Cámara Gesell, recurso que forma parte de las estrategias de dicho proceso. Remontándose al origen de esta herramienta, la misma fue diseñada por el psicólogo Arnold Gesell, quien afirmaba que mediante la observación se podía obtener información muy precisa acerca del desarrollo infantil que él estudiaba, sin necesidad de que los niños sean alterados por la presencia de una persona extraña. La Cámara Gesell, es un dispositivo que permite el estudio del comportamiento mediante la observación del sujeto o del grupo, pero sin ser visto por este. En un principio se observaba a través de una cámara o filtro, mientras que en la actualidad la cámara consta de dos habitaciones contiguas separadas por un espejo translúcido (Ortíz, 2018).

En este mismo contexto, el equipo de terapeutas se encuentra observando la sesión, y antes, durante y después de ella hablan sobre la terapia, se consultan sobre las intervenciones que realizará el terapeuta de ese consultante cuando regrese a la sala, y también pueden hacer sugerencias y consultas (de Shazer, 1986).

Es así como gracias al uso de la Cámara Gesell se puede generar un ambiente controlado donde llevar a cabo diferentes tipos de intervenciones psicológicas, como ser, entrevistas, evaluaciones, capacitaciones y observaciones, entre otras (Ortíz, 2018).

El trabajo puede ser realizado individualmente, pero un enfoque en equipo enriquecerá la capacitación para poder trabajar eficazmente, favorecerá la investigación clínica y la estructura de las intervenciones, de forma que promuevan la cooperación entre terapeuta y consultante. El hecho de que haya varios terapeutas no sólo observando el mismo caso, sino también participando activamente, ofrecerá distintos puntos de vista, pues cada cual proporcionará sus propios conocimientos sobre situaciones y sobre soluciones a partir de su modo particular de codificar y recoger la información durante la sesión (de Shazer, 1986). El equipo debe poseer las competencias que le permitan reconocer como problema lo que el consultante está considerando como un problema, y anteponer los recursos con los que este cuenta para superar los inconvenientes por sobre sus propias iniciativas para intervenir (Hirsch & Rosarios, 1987). Gracias a la existencia de estos recursos para resolver dificultades, la mayoría de ellas no llegan a convertirse en problemas (Fernández Moya, 2006).

Por otro lado, la terapia puede comenzar cuando se realiza la primera entrevista al consultante, o luego de varias sesiones, si es que las sesiones iniciales se consideran como una instancia separada del tratamiento propiamente dicho. Esto dependerá del marco que se le dé al proceso terapéutico. Sin embargo, todas las etapas del tratamiento son importantes y deben estar planificadas, incluyendo la preentrevista o llamada telefónica inicial, que podría ser realizada por un tercero, o en la cual el consultante podría volcar ciertas demandas o imposiciones que no serían beneficiosas si se quiere lograr una terapia efectiva (Fisch, Weakland & Segal, 1984). Además, esa llamada telefónica, puede aportar información importante basándose en la disponibilidad para acordar un horario, en la prisa por concretar el encuentro, y en la clase de consultante, es decir, si se define como tal o si pide la cita porque se siente afectado por la conducta de alguien más (Hirsch & Rosarios, 1987).

Dicho proceso terapéutico es solicitado cuando el consultante insiste en resolver un problema aplicando soluciones ineficaces que empeoran aún más la situación. La perduración de esta conducta no productiva se explica teniendo en cuenta modelos de resolución aprendidos implícitamente desde el inicio de la vida que han sido determinados culturalmente para resolver cierto tipo de problemas, también definidos (Fisch et al., 1984). Lo que sucede con estas soluciones predeterminadas es que a veces funcionan y a veces no, y, además, resulta difícil cuestionarlas por el modo en que fueron adquiridas, afirman Fisch et al. (1984).

Otra explicación que hay que tener en cuenta, según este autor, es que cuando una persona se enfrenta con un problema, su conducta tiende a ser más inflexible. Además, es posible que esté intentando actuar de una manera demasiado lógica, recurriendo a supuestos indiscutidos, a los cuales vuelve a apelar cuando no funcionan, en vez de ponerlos en discusión. En el mismo sentido, de Shazer (1986) afirma que el consultante, basándose en sus creencias, puede llegar a pensar que ya ha probado todo tipo de esfuerzos y que ha hecho todo lo necesario, con lo cual termina creyendo que lo que le sucede no tiene solución.

De esta forma, se llega a una tarea mínima, la cual es definida como pautas que inducen alguna duda en la mente de los consultantes, en lo que refiere a los encuadres y sus conductas. A su vez, es considerada una premisa esencial para el terapeuta, la cual aplicará en el primer encuentro y potencialmente también en las sesiones siguientes (de Shazer, 1986). De esta manera, al poner en duda la percepción actual del problema, el consultante comenzará a tener en cuenta la posibilidad de emplear otras alternativas de conducta (de Shazer, 1986). Esto implica el uso del poder que posee el terapeuta para afectar las percepciones del consultante (Hirsch & Rosarios, 1987).

También, el consultante puede cambiar debido a que ha aceptado alguna redefinición junto a sus respectivas direcciones de acción, tanto implícitas como explícitas. La redefinición es el sentido nuevo de la situación que le ofrece el terapeuta, y las direcciones de acción son los caminos que toma para manejar la situación. Las explícitas son las que enuncia el terapeuta, y las implícitas son las que surgen del contenido de la redefinición (Hirsch & Rosarios, 1987).

### **3.2.1. Entrevista de admisión**

El entrevistador es el encargado de determinar la manera de proceder en cada uno de los casos de consultantes que asisten por primera vez. En algunos de ellos se puede no requerir derivación o tratamiento, en otros puede no ser necesaria la realización de una terapia inmediatamente, pero sí se puede considerar llevarla a cabo más adelante, y por último la entrevista podría ser utilizada como la primera etapa de un tratamiento más prolongado (Hirsch & Rosarios, 1987).

Dicha entrevista se realiza con el fin de conseguir cierta información que pudiera resultar importante a la hora de determinar el problema. Este tiene que ser expresado en

conductas, dado que sobre ellas, sobre las formas de afrontar el problema, sobre lo que se dice cuando surge, y también teniendo en cuenta la actitud y el lenguaje del consultante, es que se va a decidir cuáles son las intervenciones que se van a llevar a cabo para poder obtener un tratamiento, tanto breve como efectivo (Fisch et al., 1984).

Al respecto, opina de Shazer (1986) que el lenguaje que utiliza el consultante tanto para describir alternativas futuras como para ofrecer detalles con respecto a las diferencias que alcanzó luego de la solución, parece ser aún más importante que las especificaciones sobre la queja (Castillo Sotelo et al., 2018).

Parte de esta información importante está constituida por las primeras quejas o verbalizaciones de los consultantes, a modo de presentación, por su puntualidad, si llegó por iniciativa de otro o por sí mismo, si realiza una presentación precisa de la queja o comienza a contar una larga historia, si intentó participar en la solución del problema, la utilidad de la información que brinda, el papel de terceros en la cuestión, y lo que pretende lograr del tratamiento (Hirsch & Rosarios, 1987).

Muchas veces, esta tarea puede presentar dificultades dado que algunos consultantes son renuentes a brindar información, sobre todo al inicio del tratamiento. Lo que debe hacer el terapeuta es utilizar diversas maniobras para afrontar efectivamente el inconveniente que se le presenta, teniendo en cuenta las características particulares del consultante según el caso, y, por tal razón, no las podrá planificar con antelación (Fisch et al., 1984).

Por ende, se le realizan preguntas directas, como ser, cuál es el motivo de su queja, cuánto tiempo hace que le está afectando, o si ya intentó algún tratamiento para resolverlo. Esto último es para saber si el paciente posee expectativas previas, pero el propósito de estas consultas es indagar acerca del problema principal, hablando en términos de conducta (Fisch et al., 1984).

Por este motivo, se formularán preguntas sobre la queja para tratar de definir el problema de manera que pueda surgir una solución. Si bien las quejas tienden a ser complejas por abarcar una gran cantidad de elementos, los consultantes al describir el problema suelen destacar ciertas áreas de interés que pueden utilizarse como factores de cambio. Estas incluyen una conducta, la significación que da a las situaciones, la frecuencia con que se repite la conducta, el lugar físico donde acontece, el grado de espontaneidad, la presencia de terceros implicados directa o indirectamente en la queja, la pregunta de qué o quién tiene la

culpa, distintos factores ambientales, el estado fisiológico, el pasado y predicciones catastróficas sobre el futuro (de Shazer, 1986).

Con respecto a la captación del lenguaje o de la postura del consultante, mencionadas anteriormente, es un tipo de información que no se podrá recabar realizando preguntas directas, y que resulta de vital importancia para el éxito del tratamiento dado que se requiere de su colaboración para abandonar la solución que venía implementando cuando surgía el problema y considere llevar a cabo otro tipo de acción. En consecuencia, se debe poder influirlo para que enfrente su problema de una forma diferente y lograr esto dependerá del encuadre que se dé a la sugerencia, la cual será formulada de una manera que sea posiblemente aceptada por el consultante (Fisch et al., 1984). Una terapia se considera exitosa cuando condujo a la modificación de los puntos de vista del consultante en relación a las causas de su malestar, el origen del mismo o la manera de solucionarlo (Hirsch & Rosarios, 1987).

Al hablar de postura se está haciendo referencia a los valores, a las creencias y a las prioridades que tienen las personas. Estas representan inclinaciones a actuar de una forma determinada y por ello la importancia de hablar en el mismo lenguaje del consultante (Fisch et al., 1984).

### **3.2.1.1. Metas y objetivos del terapeuta**

A partir del problema o motivo de consulta, el terapeuta y el consultante desarrollarán el proceso terapéutico, que estará encaminado hacia una pronta evaluación que realizarán entre ambos, dentro de un tiempo ya estipulado, a modo de poder estimar los progresos obtenidos. La misma incluirá variables relacionadas con tres componentes: el cognitivo que es la percepción del problema, el afectivo que es la satisfacción por el logro, y el conativo que es la dirección seguida hacia la meta por las acciones que ambos acordaron (Fernández Moya, 2006). Para la resolución de dicho problema se aplican distintos modelos de tratamientos y estrategias, buscando una mayor efectividad a través de la comprensión, por parte del consultante, de los constructos emocionales como conseguir una flexibilidad cognitiva para poder adaptarse a los cambios y así lograr el objetivo propuesto (Ceberio & Rodríguez, 2020).

El principal objetivo de este enfoque es solucionar el problema del consultante. En consecuencia, es necesario que los procedimientos que sigue el terapeuta estén vinculados con el objetivo del tratamiento. Este se encuentra constituido por la queja del consultante, quien expresa preocupación al respecto de una conducta que no lo deja vivir del modo en que desearía y que persiste a lo largo del tiempo, afectando muchas veces a otras personas (Fisch et al., 1984). “Las quejas que los clientes llevan al terapeuta son como cerraduras en puertas que se abren hacia una vida más satisfactoria” (p.14), afirma de Shazer (1986).

De manera simultánea, el objetivo terapéutico básico reside en que la conducta que produce el padecimiento disminuya en cantidad suficiente como para que el consultante deje de precisar el tratamiento terapéutico (Fisch et al., 1984).

A menudo, puede resultar complicado el establecimiento de los objetivos mínimos que el consultante espera del tratamiento, aún más que informar sobre el problema y las medidas que toma para intentar resolverlo. Por este motivo, es común la obtención de respuestas del tipo dubitativas, contestaciones vagas o demasiado generales. En ese caso, hay que preguntar directamente qué tendría que ocurrir para que sea considerado como un cambio significativo. De esta forma, más allá de la respuesta del consultante, queda sentado que al terapeuta le interesa lograr que se produzca un cambio de conducta que sea revelador, produciendo un efecto positivo sobre el proceso terapéutico (Fisch et al., 1984).

Una vez que se observan las conductas problemáticas, se establecen las metas del tratamiento, las cuales actuarán como una sugestión positiva buscando minimizar cualquier tipo de incertidumbre o negación que pudiera aparecer luego del tratamiento. El objetivo es obtener una meta definitiva para la segunda sesión, pero algunas veces puede tomar más tiempo establecerla, o bien debe ser reformulada durante el tratamiento, inclusive podría ser necesario agregar otra meta secundaria (Weakland et al., 1974).

Sin importar la complejidad de la situación, si lo que se desea es desarrollar una relación cooperativa entre el terapeuta y el consultante, conviene establecer un cambio pequeño y, por ende, una meta pequeña, dado que si se establece una meta mayor, el cambio también deberá ser importante, pudiendo llevarlos al fracaso debido a la dificultad de su realización. Además, un pequeño cambio encabezará el primero de muchos otros y aportará una mejoría adicional (de Shazer, 1986).



Después de seleccionar la meta se debe intervenir para impulsar el cambio, es decir, cambiar la conducta que mantiene el problema por una diferente que permita direccionarse hacia dicha meta. Esta parte suele ser la más larga del tratamiento, requiriendo a veces del uso de interpretaciones que redefinan el significado que se atribuye a la conducta, dado que el consultante suele interpretarla de una forma que perpetúa el problema (Weakland et al., 1974). De esta forma, la resolución de un problema requerirá de cambios en la esfera cognitiva para la construcción de un nuevo significado, en el campo de la pragmática conductual y también en el área de las emociones (Ceberio & Rodríguez, 2020).

En consecuencia, de Shazer (1986) afirma que el terapeuta “interpreta la interpretación del cliente sobre lo que está sucediendo, y construye esa interpretación sobre un fundamento general dirigido hacia la meta” (p.79).

Finalmente, la meta que establece que se ha alcanzado el éxito terapéutico es la manifestación de satisfacción del consultante con respecto al resultado del tratamiento, ya sea porque la conducta problemática cambió, o porque cambió la apreciación de dicha conducta y ya no la juzga como un problema (Fisch et al., 1984).

### **3.2 2. Intervenciones**

Otro punto importante del proceso terapéutico son las intervenciones, definidas como estrategias dirigidas a adecuar medios y fines, para poder cumplir con los objetivos acordados con el consultante. En tal sentido, el terapeuta priorizará la identificación de los problemas a resolver, fijará metas, diseñará intervenciones para alcanzarlas y, en base a las respuestas del consultante irá modificando su propio enfoque. Por último, realizará una autoevaluación para determinar si su proceder ha sido eficaz (Wainstein, 2006).

Las intervenciones no son iguales para todos los casos, sino que se ajustan a la singularidad de cada consultante ya que se deben orientar al problema presentado, teniendo en cuenta las características personales del consultante. Es decir, que el nivel de complejidad de la intervención no dependerá del nivel de dificultad que presente el consultante a través de la queja, sino que puede ser simple a pesar de que la queja sea compleja (de Shazer, 1986).

Para poder realizar intervenciones es necesario atender a la forma en que el consultante está intentando resolver el problema, pues esta solución ensayada es la que termina perpetuándolo, y por ende, debe ser interrumpida (Fisch et al., 1984).

En la entrevista de admisión la intervención clave que generalmente se realiza es la reformulación que, según el caso, puede ser una reformulación importante de la queja inicial para elaborar un motivo de consulta trabajable en terapia, y otras veces pueden ser pequeñas reformulaciones para el mismo objetivo, pero que no son tan contundentes (Wainstein, 2006). La intervención de reformulación es una modificación de la visión que tiene desarrollada el consultante hasta el momento acerca del problema, afirma Wainstein (2006). Esta intervención enfoca su tarea en las creencias que tienen los consultantes para poder modificar el marco de referencia, dado que se encuentran mirando desde un solo punto de vista y no se dan cuenta de que tienen otras alternativas. Se trata de una técnica de persuasión sutil mediante la cual se va construyendo un significado o perspectiva diferente, siempre acorde al estilo del consultante. A una conducta que anteriormente era percibida de forma negativa, ahora se le va a asignar una connotación positiva. De este modo, se cambia el sentido codificando nuevamente la percepción de la situación que tiene el consultante (Wainstein, 2006).

Durante el tratamiento también se trabaja con reformulaciones, además de otros tipos de intervenciones. Las mismas están planificadas y se utilizan con el fin de poner en marcha una estrategia o el impulso básico del tratamiento. Cuando el paciente ha mostrado docilidad, se puede utilizar la intervención de prescripción directa, dado que la conducta se puede cambiar simplemente a partir de una sugerencia directa o de la solicitud de modificación, pero esto no ocurre con frecuencia, dando lugar a otro tipo de intervenciones más complejas, indirectas o poco habituales (Fisch et al., 1984).

En este sentido, más efectivas que el cambio de conducta dirigido, son las instrucciones conductuales, sobre todo cuando se realizan de forma implícita, indirecta o aparentemente irrelevante, afirman Weakland et al. (1974). Por consiguiente, se pueden utilizar las instrucciones paradójicas que mueven hacia la meta, prescribiendo la conducta que se opone a ella. Esto se logra alentando la conducta sintomática a pesar de la respuesta opositora que brinde el consultante, generando así un doble vínculo terapéutico (Weakland et al., 1974). Se propone al consultante que se esfuerce por realizar la conducta indeseada para que la haga menos.

Además, se le suelen dar al consultante tareas para la casa, promoviendo cambios positivos en la vida real (Weakland et al., 1974). Desde la primera sesión se asigna una tarea,

si es realizada resulta útil volver a asignar otra, si no la realiza no se le asigna otra en esa sesión, y si el consultante modificó la tarea asignada, el terapeuta le propondrá otra tarea más flexible (de Shazer, 1986). También, en el caso de que el consultante vaya a abandonar las soluciones intentadas, se le asignará una tarea acorde a su postura, para que la tenga en cuenta y la implemente (Kiskeri Aiguabella et al., 2018).

Es así como en el caso de que el consultante se venga resistiendo a las sugerencias o se encuentre dudoso de probar algo nuevo, el terapeuta le indicará implícitamente los cambios que quiere que realice. Lo hará mencionándole lo que puede hacer para que el problema empeore, lo cual coincidirá con lo que el consultante viene intentando para resolver el problema. En contraste, lo que sí debe hacer queda más claro. Si esta intervención se utiliza en el proceso de admisión, la postura del terapeuta se modifica y la sugerencia se expresa en forma interrogativa, sobre todo si el paciente es ambiguo o resistente (Fisch et al., 1984).

También se hace uso de las características idiosincrásicas y motivación del consultante, ya que son vistas como potenciales herramientas para realizar intervenciones (Weakland et al., 1974). Dichas intervenciones deben estar adecuadas a la manera que tiene el consultante de ver el mundo y de verse a sí mismo, dado que si no coinciden no las aceptará (Hirsch & Rosarios, 1987).

### **3.2.3. Criterios para el establecimiento de la co-construcción del problema**

El proceso terapéutico se desarrolla a partir de la queja inicial del consultante, la cual se va modificando hasta transformarla en un motivo de consulta o problema (Fernández Moya, 2006).

En relación a esto, las intervenciones anteriormente mencionadas resultan importantes en la co-construcción del problema, dado que el terapeuta estará abocado a determinarlo, mediante la observación del consultante y de cómo expresa su queja. Para esto es necesario conocer la naturaleza de la problemática, la cual se da en tres categorías fundamentales: la interacción del sujeto y sí mismo; entre el sujeto y los demás; y entre el sujeto y el mundo (Nardone & Watzlawick, 1992). Para saber qué intervención utilizar no es necesario conocer la queja en profundidad, ni para desarrollar una solución saber qué es lo que está manteniendo el problema, podría bastar solamente con llevar a cabo una conducta diferente, aparentemente irracional (de Shazer, 1986).

Algo importante es que la comunicación coadyuva al forjamiento de la alianza terapéutica, la cual se considera esencial para la co-construcción del problema. Es posible que el consultante se presente con una queja determinada pero que al indagar se manifieste otro posible motivo de consulta, por lo cual el admisor tendrá que co-construir dicho motivo con el consultante, valiéndose de la comunicación (Nardone & Watzlawick, 1992).

Al respecto, la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, dado que cada uno de ellos posee una historia personal, tiene actitudes o características individuales, expectativas acerca del tratamiento, opiniones, y una visión del otro. La alianza es una relación que está compuesta por el vínculo entre ambos, por lo tanto, una identificación positiva del consultante con su terapeuta favorecerá la capacidad para trabajar en conjunto hacia los objetivos previstos y el logro de las metas establecidas en el proceso psicoterapéutico. De esta forma, la calidad emocional es imprescindible para el tratamiento y relevante para el establecimiento de la alianza terapéutica, la cual será determinante para lograr la eficacia de la terapia (Corbella & Botella, 2003).

En tal sentido, la alianza terapéutica está configurada por tres elementos esenciales. Uno de ellos es el acuerdo en las tareas, es decir, que es importante tener una percepción de que las acciones y los pensamientos que integran el proceso terapéutico son relevantes para lograr una mejoría. El otro elemento de la alianza terapéutica es el acuerdo que tienen el terapeuta y el consultante acerca de los objetivos a alcanzar. Y, por último, se ubica la aceptación y confianza que se tienen el uno al otro (Botella & Corbella, 2011).

Igualmente, la naturaleza de la relación entre el terapeuta y el consultante es cooperativa dado que ingresa a la terapia porque desea cambiar y son precisamente esas expectativas de cambio las que promueven su cooperación. Aunque lo que quiere que suceda puede no tener lugar de forma exacta, terminará pasando algo novedoso y satisfactorio en sí mismo (de Shazer, 1986).

Para que el terapeuta pueda influir en la dirección que desea, se deben tener en cuenta la cercanía entre el modo de pensar de éste y del consultante, como así también el poder del terapeuta, es decir, su capacidad para incidir en cuanto a las cuestiones relacionadas con el motivo de consulta (Hirsch & Rosarios, 1987).

Además, existen supuestos que son presuposiciones o conjeturas de las cuales no se puede confirmar su completa certeza, pero que funcionan como premisas, en las cuales se

basan los terapeutas para construir las quejas y también las soluciones. Son de distintos tipos, funcionan como reglas, y cada uno de ellos se va a emplear según los síntomas que se hallen funcionando en el sistema. Algunos de estos supuestos tienen peso por sí mismos como para influir directamente en la práctica o para conducir hacia intervenciones terapéuticas específicas, mientras que otros brindan información acerca de la construcción de un problema de tal manera que se generen soluciones (de Shazer, 1986).

Dentro de estos tipos de supuestos, se encuentran las quejas que implican una conducta ocasionada por la visión del mundo que tiene el consultante. Para él hay una única manera de proceder correctamente y el resto es lo que no desea realizar, constituyéndose así una dicotomía. Otra presuposición es que las quejas se perpetúan porque el consultante hace siempre lo mismo pensando que es lo único correcto y lógico para enfrentar esa dificultad. Luego, adviene el supuesto de que para la construcción de la solución de una queja se requiere de una sugestión terapéutica que pueda cambiar la elección entre las dos opciones de la dicotomía. Otra premisa asegura que la situación actual del consultante sería diferente si alcanzara la meta terapéutica, modificando la visión que tiene de la realidad. Una conjetura más es el hecho de cuestionar la validez del encuadre sugiriendo uno nuevo para que el consultante comience a encontrar más sentido a otras opciones de conducta que puedan resultar más apropiadas para resolver el problema, determinando un punto de vista novedoso (De la Fuente Blanco, 2019).

#### **3.2.4. Derivación y criterios para establecerla**

Una vez concluido el proceso de admisión, el terapeuta admisor deberá decidir cuál de los terapeutas de la institución es el más adecuado para tratar al consultante, teniendo en cuenta ciertas características idiosincrásicas, como ser el estilo del terapeuta (Wainstein, 2006).

Al respecto del estilo del terapeuta, García y Fernández Álvarez (2007) lo definen como el estilo personal que posee el terapeuta, el cual se encuentra conformado por características estables que manifiestan aspectos idiosincrásicos y que tienen influencia sobre la comunicación terapéutica, impactando finalmente sobre los resultados del tratamiento. Existe un conjunto de funciones, cada una compuesta por dos variables, que según a cuál de ellas tienda el estilo del terapeuta, producirá un efecto en la eficacia terapéutica,

favoreciéndola u obstaculizándola. Estas funciones son: la instruccional, compuesta por las variables flexibilidad y rigidez; la expresiva, integrada por distancia y cercanía; la involucración, constituida por menor y mayor grado; la atencional, formada por amplio y focalizado; y, por último, la operativa, conformada por espontáneo y pautado (García & Fernández Álvarez, 2007).

En tal sentido, la orientación teórico-técnica tiene influencia sobre el estilo personal del terapeuta, representando un perfil diferente para quien sea psicoanalítico, cognitivo o integrativo, entre otros, teniendo en cuenta las funciones mencionadas en el párrafo anterior (Vázquez & Gutierrez de Vázquez, 2015).

Además del estilo del terapeuta, otras características como la edad o los intereses, pueden colaborar para conseguir una buena alianza terapéutica y adhesión al tratamiento. También se tiene en cuenta la complejidad del caso ya que se podría requerir de un terapeuta con vasta formación y experiencia. Asimismo, si existe sospecha de patología puede ser necesaria la derivación a un psiquiatra para que valore el caso, y el consultante realice un tratamiento farmacológico conjuntamente con la psicoterapia (Wainstein, 2006).

En relación a esto, es importante establecer qué situaciones son trabajables, es decir, que sean plausibles de ser redefinidas y sus acciones redireccionadas. Por lo tanto, el caso tiene que cumplir ciertas condiciones para que resulte accesible a cierto terapeuta, como así también, el terapeuta ser asequible a determinado consultante, según su propio estilo. Luego, sólo en el caso de que el consultante se encuentre realmente convencido de que es comprendido por el terapeuta y de que éste busca lo mejor para él, va a captar las redefiniciones (Hirsch & Rosarios, 1987).

Otro factor que influye en el momento de asignar un terapeuta es la motivación, definida como la disposición que tiene una persona para llevar a cabo ciertas acciones con el objeto de conseguir algo que desea o busca (Hirsch & Rosarios, 1987). Es un concepto interaccional, por lo tanto, será trabajo del terapeuta tener registro de las conductas del consultante y de las propias para poder inferir lo que ambos están dispuestos a hacer a partir de ahí, conceptualizan Hirsch y Rosarios (1987). Los niveles de motivación son fluctuantes, van variando según el momento del tratamiento. Al inicio del proceso terapéutico, es decir, en la primera entrevista, los consultantes vienen motivados a varias cosas, de las cuales el

terapeuta potenciará sólo algunas por vez según lo vaya considerando oportuno en miras de avanzar hacia la dirección de dicho proceso.

Por otro lado, la motivación del terapeuta -es decir, el ánimo que tiene para llevar a cabo las acciones que conlleva el proceso terapéutico con el objeto de conseguir que el consultante pueda resolver su problema- va a depender de su marco teórico, de su circunstancia personal y de la particularidad del paciente. Estas tres características son las que el admisor tendrá en cuenta al momento de realizar la derivación, pues la teoría va a determinar las actividades que se realizarán y el objetivo de la terapia, es decir, deben ser compatibles con la visión del problema y con lo que se esté dispuesto a hacer al respecto. Si el consultante realiza a la vez un tratamiento farmacológico, requerirá de un terapeuta que esté interesado por diversos tipos de datos, como ser fisiológicos, sintomáticos, rigurosidad en la toma de la medicación, funcionamiento de las áreas vitales, y que a la vez demande un mayor compromiso del consultante hacia estas cuestiones (Hirsch & Rosarios, 1987).

A la hora de realizar una derivación a cierto terapeuta se tendrá en consideración que posea una cosmovisión compatible con la del consultante, como así también, coincidirán la posición frente al problema, la meta y el conjunto de acciones para alcanzarla (Hirsch & Rosarios, 1987).

En el caso de que el consultante se sienta desmotivado, el terapeuta no compensará esta falencia con su propio entusiasmo sino que será capaz de contagiárselo sin realizar el trabajo por él (Hirsch & Rosarios, 1987). La motivación del consultante siempre tiene que ser mayor que la del terapeuta, de esta forma tendrá capacidad y facilidad para dirigir el proceso terapéutico (Fernández Moya, 2006).

En otro orden de cosas, en la primera entrevista, es posible que se desarrollen intervenciones, algunas de ellas tan exitosas que el consultante desista de iniciar el tratamiento. Luego de ese único encuentro puede llegar a considerarse conforme con los logros obtenidos y, si bien fue derivado a un terapeuta para iniciar el tratamiento, podría decidir no asistir. Estos consultantes responden a distintos tipos de características, como ser: mejoran por un cambio en sus vidas independientemente de la entrevista, necesitan una opinión experta que ratifique que, en realidad, no hay ningún problema, comenzaron a hacer cambios y quieren que les confirmen que van por buen camino, están en crisis y necesitan desahogarse y que les den un consejo para seguir, son plausibles de aceptar una redefinición

y con esa operación les basta, cambian su punto de vista encontrando algo positivo en el problema mediante una operación de reformulación, o bien, el admisor estima que no necesita terapia (Hirsch & Rosarios, 1987).

La primera entrevista concluye con una síntesis del terapeuta para expresar al consultante cuestiones en cuanto a la comprensión de su situación, a la preocupación que esta genera y al respecto de las acciones que se espera que lleve a cabo o que debieran modificarse para que dicha situación mejore. Además, se acuerda una nueva cita y se le suele encargar una tarea para que realice fuera del ámbito terapéutico (Fernández Moya, 2006).

## **4. Metodología**

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

El tipo de estudio es descriptivo.

### **4.2. Participantes**

Las participantes fueron dos profesionales, la directora y la coordinadora de una institución sistémica estratégica, que interactuaron durante los procesos de admisión, y cuyos nombres fueron modificados para preservar su confidencialidad.

Cecilia, 60 años, Licenciada en Psicología, especializada en Terapias Breves Sistémicas Familiares y de Pareja, cuenta con una extensa experiencia en el área y es fundadora y directora desde hace 11 años de una institución sistémica estratégica.

Patricia, de 40 años, Licenciada en Relaciones del Trabajo, Licenciada en Psicología, Coach Ontológico y coordinadora de pasantes desde hace cuatro años en una institución sistémica estratégica.

### **4.3. Instrumentos**

La observación no participante de procesos de admisión (Cámara Gesell On-line).

La observación de videograbación del proceso de admisión.

Las entrevistas semi-dirigidas realizadas a la directora, a quien se le preguntó cómo se aborda la admisión, las distintas metas y objetivos en la entrevista, y los tipos de intervenciones que se llevan a cabo en el proceso.



Las entrevistas semi-dirigidas a la coordinadora, donde se indagó acerca de los criterios utilizados en la co-construcción del problema y cómo se desarrolla la derivación.

Las notas de campo del proceso de admisión.

#### **4.4. Procedimiento:**

A través de la Cámara Gesell On-line se observaron las entrevistas de admisión, que duraron 45 minutos y que se llevaron a cabo una vez por semana durante tres meses, donde se tomaron notas en forma manuscrita. La observación de la videograbación de un proceso de admisión, que duró 60 minutos, permitió tomar notas que fueron relevantes para el estudio de este trabajo. También se realizaron tres entrevistas a la directora (Cecilia) y tres a la coordinadora (Patricia), de una duración de 40 minutos cada una, que se llevaron a cabo por medio de la plataforma Zoom, las cuales fueron grabadas.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1. Objetivo 1: Describir cuáles son las metas y objetivos del terapeuta en la entrevista de admisión en una institución sistémica estratégica**

Mediante la observación de las entrevistas de admisión, se pudo notar que el terapeuta que las realizó, contaba con información previamente adquirida acerca del consultante. Esta información estaba conformada por los datos sociodemográficos, es decir, nombre, domicilio, teléfono personal, personas con quienes convive, cómo obtuvo el contacto de la institución, si realizó tratamientos anteriores y cuál es su motivo de consulta. Se observó también que, para finalizar, se aseguró de poder contar con un dato de contacto realizando la siguiente pregunta: *“bueno, por último, para ir terminando esta parte más sociodemográfica, si tenés que pasarnos el celular de alguien por cualquier eventualidad que no nos podamos comunicar con vos, ¿de quién nos pasarías?”*. En una de las entrevistas la consultante responde: *“el de mi compañero. ¿Lo busco?”*. *“Sí, por favor, este sí porque es importante”*, aclara la terapeuta. Este hecho es relevante porque permite contar con una persona confiable en caso de emergencia. Se cotejó luego, durante la entrevista con Cecilia, que quien brinda esa información es una terapeuta que cumple la función de atender las llamadas telefónicas de quienes solicitan concertar una entrevista. También comenta que ese rol puede ser llevado a cabo por una secretaria capacitada mediante un entrenamiento especial sobre la temática.

Lo mencionado tiene un correlato con lo que afirma Fisch et al. (1984) en relación a la preentrevista o llamada telefónica inicial, la cual corresponde al primer contacto de quien consulta con la institución.

Todas las entrevistas de admisión observadas se realizaron utilizando el mecanismo de Cámara Gesell On-line, en las cuales se pudo observar que el terapeuta se encontraba en un consultorio destinado para tal fin, especialmente preparado con una computadora. El terapeuta le informa al consultante que la entrevista será grabada para que el terapeuta con quien luego realice el tratamiento pueda verla y de esa forma contar con toda la información sin necesidad de repreguntar ni repetir. Al respecto, comenta Cecilia que se informa de manera directiva que la entrevista será grabada pero que el consultante puede recusar esta decisión si no está de acuerdo. *“Rara vez suelen no estar de acuerdo”*, refiere Cecilia. En una entrevista de admisión se pudo observar cómo la terapeuta le comentaba a la consultante que dicha entrevista sería grabada, a lo cual responde: *“bueno, mientras no me manden a decir que me vieron haciendo el ridículo en algún tiktok o algo por el estilo, no hay problema”*. *“No”*, replica la terapeuta, *“la idea, obviamente, es grabar esta entrevista para que cuando tu terapeuta reciba el caso escuche la entrevista y vos no tengas que repetir todo. Es una manera que tenemos de registrar y poder revisar las entrevistas a veces”*. *“Bueno, está bien”*, acepta la consultante. Lo mencionado se relaciona con lo expuesto por Ortíz (2018), en cuanto al uso de Cámara Gesell On-line para generar un ambiente controlado donde llevar a cabo entrevistas de admisión como así también procesos terapéuticos.

Se pudo observar en todas las entrevistas de admisión que luego de corroborar los datos adquiridos durante la llamada telefónica, el terapeuta indagó en mayor profundidad sobre el motivo de consulta. Es el caso de una consultante que presentó como queja inicial sus celos: *“mi toxicidad”*, lo llamó. *“Soy muy, un poco celosa”*, comentó. *“Sos celosa”*, repite la terapeuta. *“¿Estos celos son con tu pareja o los identificás también con otras personas? No sé si tenés hermanos, padres, amigos”*. *“No, con mi pareja más que nada”*, responde la consultante. *“¿Y te pasaba en otras relaciones también?”*, pregunta la terapeuta. *“No, no siempre. Desde mi otra relación me pasa”*, responde la consultante. *“Aquella relación complicada”*, dice la terapeuta. *“¿Cuánto estuviste con ese chico?”*. *“Cuatro años y después vino mi pareja actual”*, responde la consultante. *“Por un año como que fuimos medio amigos y después nos pusimos a salir”*. Indaga la terapeuta: *“bien. Y en términos*

generales, ¿cómo están? Hacemos un paréntesis, sacamos los celos un poquito de lado, ¿cómo están ustedes?”. Relata la consultante: “no, estamos bien. Estamos un poco no conectando porque él está con muchas cosas ahora, del trabajo justo, pero en la relación estamos bien. También vienen por eso mis celos y es como que eso lo quiero trabajar. Porque suponet, yo sé que él ahora está re disfrutando de lo que está haciendo y a veces como que yo tengo que opacarlo con algún comentario y no quiero hacerle eso”. “¿Esos celos son más por cómo está el desarrollándose en su actividad o también tienen que ver con celos de compañeras, amigas, mujeres?”, pregunta la terapeuta. Explica la consultante: “no, de compañeras. Porque justo él está haciendo el curso para pasar de ser suboficial a oficial, entonces tiene que hacer un curso de tres meses y está lleno de compañeras. Y por ahí le viven hablando, todo. Y yo sé que no pasa nada pero igual como que siempre tengo que tirarle un comentario, decirle algo y no quiero hacer eso”. “¿Y él qué hace cuando vos le decís sobre tus celos?”, pregunta la terapeuta. “Nada, me ignora, no sé ni por qué lo hago”. “Claro ¿Y no puede haber algo como de querer llamarle un poquito la atención, justo que me comentaste que estaban un poco desconectados en este momento?”, pregunta la terapeuta. “Si, no sé, puede ser”, responde la consultante. “Yo creo que lo hago, más que nada, porque me parezco mucho a mi papá”. La terapeuta le consulta, “a tu papá, ¿dijiste?”. “Sí, hace mucho tiempo que no lo veo, nos llevamos muy mal. Él también me ignora y la realidad es que me angustia no poder relacionarme con él. Quisiera volver a verlo y poder hablar bien, pero cada vez que lo intento peleamos”, expresa entre lágrimas la consultante. “Claro, lo debés extrañar mucho, ¿no?”, indaga la terapeuta. “Si, la verdad que es muy difícil todo”, responde. “¿Y qué quisieras lograr con esta terapia, para que te podría servir?”, pregunta la terapeuta. “Me gustaría trabajar el vínculo con mi papá, primero y principal, de todos los problemas que tengo es el que más me angustia”, aclara la consultante. Vinculado a esto y en consonancia con Nardone y Watzlawick (1992) acerca de los objetivos para determinar el motivo de consulta, comenta Cecilia que es probable que la queja manifestada inicialmente por el consultante no constituya el verdadero motivo de consulta. En este sentido, agrega que muchas veces es necesario realizar una reformulación importante de la queja inicial con el objetivo de elaborar un motivo de consulta trabajable en terapia, coincidiendo con lo establecido por Wainstein (2006) sobre la modificación de la visión que tiene desarrollada el consultante acerca del problema.

De acuerdo a lo postulado por Fisch et al. (1984) sobre la persistencia del problema a lo largo del tiempo, se le consultó a Cecilia de qué manera se aborda este tema, a lo cual responde que se le pregunta directamente al consultante si ese inconveniente lo tiene desde siempre o es de ahora. Si el consultante expresa que es de ahora se indaga acerca de cómo piensa que esta terapia lo podría ayudar, y de esta forma se van delineando, como exponen Weakland et al. (1974), las metas del proceso terapéutico. Continuó relatando Cecilia que si el problema se viene manteniendo desde antes, se interroga al consultante acerca de algún tratamiento psicoterapéutico previo que pudo haber realizado para solucionarlo y los motivos de su finalización, es decir, si lo abandonó. En el caso de que no haya realizado ningún tratamiento, se le consulta sobre cómo ha estado tratando de resolverlo. Posteriormente, se pudo contemplar en las grabaciones de los procesos de admisión, el modo en que los terapeutas cumplían con esta serie de pasos, lo cual fue corroborado también con las anotaciones de la pasante.

Examinando los procesos de admisión, se observa que se cuestiona al consultante en relación a qué conducta le gustaría dejar de hacer, hacerla con menor frecuencia o hacerla pero de una manera diferente. Al interrogar a Cecilia sobre el objetivo de esta pregunta, responde que es importante para poder resolver el problema del consultante poder identificar cuál es la conducta que le preocupa lo suficiente como para traerlo a terapia, dado que las acciones del terapeuta estarán abocadas a desalentarla. En este sentido, Cecilia expresa lo mismo que Fisch et al. (1984) en cuanto a ese comportamiento que no permite que el consultante viva tan plenamente como desearía.

Se consultó a Cecilia cómo se procede con pacientes que responden de manera escueta, vaga o dubitativa, a lo cual responde que directamente hay que preguntarles lo mismo que se le había preguntado, pero en otros términos para que el consultante pueda dar una respuesta más concreta. En un proceso de admisión se pudo observar que el terapeuta preguntó: *“¿La terapia, para que debiera ayudarte fundamentalmente hoy en día?”* La consultante respondió: *“Yo creo que a encontrar herramientas para generarme tranquilidad a mí, como... ¡no sé!”*. A lo cual la terapeuta la interpela: *“a ver, te lo pongo de otra manera. Si hoy fuera la última sesión, ¿cómo estarías? ¿De qué estaríamos hablando?”*. La consultante contesta: *“y, ojalá que de la cantidad de dinero que estoy ganando, ¡¡jajá! No, no sé”*. La terapeuta indaga: *“muy bien, ganar dinero, ¿qué más?”*. La consultante finalmente

dice: *“poder establecer un vínculo afectivo así como romántico, sano y tranquilo que yo creo que lo puedo hacer”*. Lo mencionado se puede relacionar con Fisch et al. (1984) acerca de las complicaciones que puede tener el establecimiento de los objetivos mínimos que el consultante espera del tratamiento.

Durante la entrevista a Cecilia se le consultó qué estrategias utiliza para generar confianza en el consultante y sobre su importancia en el proceso de admisión. En respuesta a esta pregunta, Cecilia relata que lo que se requiere para poder alcanzar la meta que terapeuta y consultante acordaron, es que este último comprenda que en un principio quizás deba ir adaptándose a pequeños cambios. Lo mencionado tiene un correlato con Ceberio y Rodríguez (2020) en referencia a la flexibilidad cognitiva del consultante, capacidad mental que le permite cambiar de pensamiento para adaptarse a los cambios y así lograr el objetivo propuesto. En relación a esto, se pudo observar en las entrevistas de admisión cómo los terapeutas les señalaban a los consultantes que trabajarían en conjunto para resolver su problema y les preguntaban si estaban dispuestos a realizar esfuerzos para solucionarlo. En todos los casos, los consultantes accedieron afirmativamente a la propuesta de los terapeutas dando comienzo a una relación colaborativa entre ambos. En ese mismo sentido, Cecilia expresa que esta especie de acuerdo actúa como una sugestión positiva hacia el cambio, mejorando la predisposición mental del consultante para que pueda alcanzar sus metas. Lo mencionado se puede relacionar con de Shazer (1986) en cuanto a que una vez realizado un pequeño cambio se desencadenará una seguidilla de muchos otros.

En el transcurso de la entrevista con Cecilia, comenta que la intención es que el consultante asista a la primera sesión con el terapeuta asignado teniendo una meta ya definida para poder comenzar a trabajar, pero que, en muchas ocasiones, no es tan fácil fijarla y en esos casos suelen requerirse más sesiones, a veces varias. Refiere Cecilia que esto sucede sobre todo cuando el paciente habla de varios temas. En esos casos el objetivo del terapeuta sería ir recortando estos contenidos para poder enfocarse en el motivo de consulta. Esto se observa en las entrevistas de admisión cuando los terapeutas les preguntan a los consultantes si se quedaron pensando en algo luego de la preentrevista. La respuesta resulta de vital importancia para el tratamiento porque lo que traerá el consultante a la admisión será lo que realmente le preocupa, pero, a su vez, es una pregunta abierta con lo cual se podrá explayar acerca de diversas cuestiones. Lo señalado coincide con Weakland et al. (1974) al referirse a

las conductas problemáticas, las cuales una vez observadas permiten establecer las metas del tratamiento.

Este apartado tenía por objetivo dar cuenta de las metas y objetivos del terapeuta en la entrevista de admisión en una institución sistémica estratégica. Respecto a este punto se han identificado los datos sociodemográficos, las quejas iniciales de los consultantes, la determinación del motivo de consulta, la persistencia del problema, la relación colaborativa entre terapeuta y consultante, y los objetivos para el establecimiento de una meta de tratamiento.

## **5.2. Objetivo 2: Describir el uso de intervenciones en un proceso de admisión en una institución sistémica estratégica**

Durante la entrevista realizada a Cecilia se le consultó si podría especificar qué intervenciones se utilizan con mayor frecuencia durante el proceso de admisión, para así poder diferenciarlas de las que son propias del tratamiento. A lo cual responde que lo que se hace comúnmente en la entrevista de admisión es una intervención de reformulación, es decir, que dependiendo de la queja inicial que traiga el consultante se elaborará determinado motivo de consulta. Lo mencionado se relaciona con Wainstein (2006) en referencia al reencuadre o reformulación, que implica una modificación de la visión que tiene desarrollada el consultante hasta ese momento acerca del problema. Tal es el caso que se observa en una entrevista de admisión de una consultante que no comprendía por qué le dolía tanto el suicidio de su exnovio cuando su relación había durado tan sólo tres meses y hacía cuatro años que no se comunicaban. Comentó que no entendía por qué pensaba tanto en él, por qué tenía accesos de llanto, por qué lo soñaba. Relata: *“me doy cuenta que es una noticia triste, pero como que siento que me puso demasiado triste y como que en el tiempo, ¿entendés? Porque si bien nosotros salimos, salimos dos meses y después no nos hablamos más, o sea, desde el 2017 que nosotros no nos hablamos. Pero no sé, como que me re afectó. No sé por qué me pone tan mal”*. La terapeuta le pregunta: *“¿vos estabas enamorada?”*. La consultante responde que no, pero que él sí estaba un poco enamorado de ella. *“Él estaba enganchado”*, dice la terapeuta. *“Sí”*, responde la consultante, *“y yo me acuerdo que él estaba en las drogas y como yo tenía mis propios problemas, decidí no salir más con él, nos peleamos y yo le dejé de hablar. Yo tendría que haber seguido acompañándolo y no lo hice. Y ahora como que al*

*principio fue una noticia, no sé cómo explicarte, como normal, como si le hubiese pasado a alguien que no conocés. Y después empezaron a pasar los días y como que me empezó a afectar más*". Pregunta la terapeuta: *"¿puede ser que sientas algo de culpa por no haber hecho algo o, no sé si culpa, pero quizás un poco de responsabilidad de pensar que hubieses podido hacer algo y no hiciste?"*. La consultante responde: *"sí, si esto hubiese sido en otra etapa de mi vida tal vez sí habría podido estar ahí para ayudarlo, o para que siguiéramos hablando, por lo menos. Pero como que en esa etapa de mi vida no..."*. Completa la terapeuta: *"no podías, tenías tus propios problemas"*. "Claro", responde la consultante. "Bueno", explica la terapeuta, *"primero decirte que es normal, ¿no? Claramente sos una persona muy sensible, muy empática y este dolor es parte de esta sensibilidad que tenés. Que a pesar de que hacía un montón que no hablaban y a pesar de que sólo fueron novios tres meses, de alguna forma estuvieron conectados y este dolor que estás teniendo es parte de eso, es parte de toda tu empatía y de la sorpresa de pensar cómo este chico pudo llegar a tomar esta decisión, ¿no?"*. La consultante responde afirmativamente. Continúa la terapeuta: *"bien. Es un proceso, es un proceso de duelo, de aceptación, que lleva su tiempo pero que va a pasar, ¿sí? Y es muy importante que hayas podido tomar la decisión de empezar terapia. De pensar: bueno, con esto no estoy pudiendo lidiar sola, necesito pedir ayuda. Es súper valorable"*. En este caso se pudo observar cómo la terapeuta realiza una intervención a modo de reformulación para darle una connotación positiva a una conducta que era percibida hasta el momento como negativa por parte de la consultante. Confirma Cecilia que la paciente concurrió a la primera sesión manifestando una mejoría a su terapeuta, refiriendo que se ponía mal porque pensaba que tal vez no había estado ahí para él pero que ahora entiende que en ese momento no podía ayudarlo. Ha disminuido su angustia, también se ha reducido la ansiedad que tenía, y ahora entiende que está haciendo un duelo. Afirma creer que era normal que se pusiera mal porque cuando salía con él, él ya estaba mal y como ella tenía sus propios problemas no iba a poder ayudarlo aunque quisiera.

En una entrevista de admisión se pudo observar cómo una consultante que fue al médico para realizarse un chequeo general, se quejó de su miedo a hacerse estudios clínicos porque piensa que los resultados van a ser desfavorables. La terapeuta le pide que detalle cuáles serían este tipo de estudios, a lo que la paciente enumera: *"los de sangre, el electrocardiograma, los ginecológicos"*. La terapeuta le dice: *"bien, ¿y de todos esos cuál*

*sería el que te da menos miedo?”.* La consultante responde: *“no sé, ni idea, supongo que el electrocardiograma”.* La terapeuta opina: *“OK, bueno, bien. Entonces vamos a hacer una cosa, entre esta entrevista y la próxima sesión vas a pedir un turno para hacerte el electrocardiograma, ¿te parece?”.* La paciente demora en responder, pero finalmente afirma: *“bueno, está bien”.* *“¿Estás de acuerdo?”*, repregunta la terapeuta. *“Sí, que se yo, confío”*, asegura la consultante. De acuerdo con Weakland et al. (1974) acerca de las tareas asignadas a los consultantes, en la entrevista, Cecilia explica que se les suelen dar tareas para que las efectúen fuera la sesión y actúen como motor de cambio. Comenta que a la sesión siguiente se le pregunta al consultante si pudo realizar la actividad que le pidieron o si el pedido no era un poco excesivo. Se le consulta de esta forma para que no se sienta mal si no la pudo llevar a cabo, y si pudo realizarla mucho mejor, quiere decir que logró hacer algo nuevo. Este tipo de intervención fue cotejada con las notas de campo tomadas por la pasante. Lo relatado representa una prescripción directa aplicada a una consultante colaboradora que no se resiste al cambio, coincidiendo con Fisch et al. (1984). Explica Cecilia que se pudo realizar este tipo de intervención gracias a la docilidad de la consultante, pero que si fuese reticente a las sugerencias habría que aplicar una intervención de otro tipo.

Mientras se entrevistaba a Cecilia se le consultó sobre qué intervenciones se utilizan en el caso de tener consultantes que no acepten las sugerencias del terapeuta. Cecilia relata que: *“hay que ver cuáles son las características del consultante. Si se le indica directamente qué hacer mediante una prescripción directa y rechaza la propuesta ya uno se da cuenta de que esa no es la intervención correcta para él, por lo menos en ese caso. Entonces hay que continuar probando con otras opciones para ver qué intervención sería la más adecuada”.* Cecilia concuerda con Fisch et al. (1984) cuando se refiere a las soluciones ensayadas, en que lo que hay que lograr es discontinuar la forma en que el consultante viene intentando resolver su problema. Tal es el caso que se observa en una entrevista de admisión, donde una consultante que debe reincorporarse a su trabajo de jornada completa luego de la cuarentena, relata que tiene miedo de viajar en colectivo porque es una persona de riesgo, entonces compromete a su hija a llevarla a trabajar casi todos los días en automóvil. Cuenta que cuando ella no puede llevarla se toma un taxi, pero que no le alcanza el presupuesto para hacerlo con tanta frecuencia. La terapeuta le realiza una serie de preguntas: *“te consulto, sólo por saber, ¿no se puede hacer el camino a pie saliendo un ratito antes?”.* La consultante responde que



no puede porque la zona es peligrosa. *“Decía, ya que son pocas cuadras”*, agrega la terapeuta. *“Es que este verano que pasó no me pude ir de vacaciones y ahora no estoy en estado físico para llevar a cabo la caminata”*. *“Y decime”*, continua la terapeuta, *“¿ahora tenés que ir todos los días?”* La consultante le responde que a partir de la semana que viene sí. *“Por lo menos esos son los horarios que me pasaron”*, dice. *“¿Y vos podés negociar que sean menos días de trabajo?”*, indaga la terapeuta. *“Yo no puedo modificar nada, la carga horaria la disponen ellos y ahora voy a tener que ir todos los días”*, responde la consultante. Sigue la terapeuta: *“¿y entonces que vas a hacer? Te vas a cuidar estrictamente, digamos”*. La consultante asiente y responde: *“no me queda otra”*. Prosigue la terapeuta: *“bueno, bueno, claro, sí, tal cual, en todo caso más adelante volvemos a esto. Está claro que por el momento lo mejor es viajar con tu hija o tomar taxi asique te sugiero que trates de seguir viajando de esa forma y en todo caso después vemos que hacemos, ¿sí?”*. La paciente responde: *“de acuerdo, sí, entonces voy a tratar”*. La terapeuta: *“bueno, perfecto, quedamos así”*. Comenta Cecilia que el objetivo de las intervenciones paradójales es movernos hacia la meta. Para ello, prescribió la conducta que se busca interrumpir. Lo narrado tiene un correlato con Weakland et al. (1974) al referirse a las instrucciones paradójicas, según las cuales se propone al consultante que se esfuerce por realizar la conducta indeseada para que la haga menos.

En una entrevista de admisión, la terapeuta pregunta: *“decime, ¿qué es lo que hace que tu hija piense que vos necesitás terapia y que vos pienses que necesitás terapia?”*. *“Bueno, es lo que le dije el otro día a... Hay muchas cosas que tengo, ¿cómo te puedo decir? Yo les llamo mis fantasmas, viste, cosas que recuerdo y no quisiera recordar. Me ha pasado en este tiempo que he estado mucho adentro de la casa que de repente me despierto, está bien porque una al no trabajar no está cansada, pero me despierto a altas horas de la noche porque me asaltan los fantasmas. Entonces revivo situaciones, conversaciones, cosas que me duele recordar”*, relata la consultante. *“¿Fantasmas de que época?”*, indaga la terapeuta. *“Generalmente viejos, muy viejos”*, indica la consultante. *“Muy viejos, ¿hasta ahora no estaban?”*, pregunta la terapeuta. *“De día siempre estuvieron, eh”*, aclara la consultante. *“Claro, me refiero, no asaltaban de noche como ahora”*, señala la terapeuta. *“No, en otra época sí. Generalmente son cosas viejas que me pasaron en otros tiempos, entonces bueno, recurro a un libro, a un tejido, que ya los tengo preparados para cuando me despierte.”*

*Prendo la tele o la radio porque si hay algo que no soporto cuando estoy en casa es que no haya algo de ruido, extraño el ruido de mis hijos, o sea, de la vida con alguien”, comenta la consultante. “Y decime, estaba pensando, ¿esos fantasmas son desde cuándo dirías vos? ¿Desde cuándo tenés esos recuerdos o esos fantasmas que vienen?, aunque ahora más. Me refiero a qué momento de tu vida, ¿son fantasmas que tienen que ver con tu vida cuando estabas casada?”, pregunta la terapeuta. “Sí”, confirma la consultante, “después de que murió mi marido. Él está, él es uno de los fantasmas, no tuvimos una buena relación. No sé si es momento para esto, pero él me acusaba, me criticaba todo el tiempo, todo lo que hacía estaba mal y yo no podía contestarle nada porque si no se ponía agresivo”, relata la consultante. “Bueno, tal vez llegó el momento de que lo enfrentes”, propone la terapeuta. “Vos sabes que nunca lo había pensado pero me parece que tenés razón, sí, nunca lo había pensado, eh. Nunca lo agarré así, pero ahora va a ser difícil, no tengo cómo”, responde la consultante. “Claro. Bueno, habrá que ver cómo, justamente. A lo mejor, efectivamente, cuando el otro está presente uno puede encontrar el modo de hacer que el otro pida perdón, no sé, que haga algo. Ahora no puedes hacer eso, pero a lo mejor para lo que puede servirte la terapia, estoy pensando, es para poder encontrar paz, porque eso es lo que parece que te está faltando, ¿no? Pareciera ser que, en su momento, te faltó enfrentarte a tus fantasmas y ahora no los podés enterrar, por así decirlo”, expresa la terapeuta. “Sí, eso es lo que quisiera”, afirma la consultante. “Bien, bueno bien. A lo mejor hay que contestarles un poco antes de enterrarlos porque todavía hay algunas cosas que hacen que te quedés despierta y con angustia. Entonces, es importante que cuando aparezcan los fantasmas, en vez de quedarte sin reaccionar, tomes nota textual de todo lo que te dicen para analizarlo en terapia”, explica pausadamente la terapeuta. “¿Estás dispuesta a hacer eso?”, pregunta. “Bueno, sí. Pero...o sea, el tema sería ese, sí. Que los entierre y que no me duela más”, responde la consultante. “Desde ahora, en vez de tratar de ignorarlos me voy a poner a escribir, digamos”, concluye la consultante. Comenta Cecilia, durante la entrevista, que en los siguientes encuentros se indagó a la consultante sobre lo que ella llama “sus fantasmas”, refiriendo que más o menos pudo tomar las notas y que esos recuerdos habían comenzado a disminuir. Cuenta Cecilia que se le asignó esa tarea para que enfocara la atención en la escritura y la apartara un poco del síntoma, quitándole fuerza. Lo antedicho coincide con*

Weakland et al. (1974) en cuanto a las prescripciones indirectas, instrucciones conductuales que se realizan de forma implícita o aparentemente irrelevante.

Este apartado tenía por objetivo dar cuenta de las intervenciones en un proceso de admisión en una institución sistémica estratégica. Respecto a este punto se han identificado las reformulaciones, las prescripciones directas, las instrucciones paradójicas, las prescripciones indirectas y la asignación de tareas.

### **5. 3. Objetivo 3: Analizar los criterios del terapeuta en la co-construcción del problema en un proceso de admisión y cómo se desarrolla la derivación del consultante**

Los criterios en los que se basa el admisor para co-construir el problema juntamente con el consultante, dependerán de las características del mismo y de cómo se presente la queja, dado que en base a esto realizará intervenciones para ir modificando dicha queja hasta convertirla en un motivo de consulta o problema trabajable en terapia. Esto mismo fue observado por la pasante en la videograbación de una entrevista de admisión donde una terapeuta co-construye el problema junto a la consultante. La consultante se quejaba de tener pensamientos intrusivos, refiriendo que a veces piensa cosas muy negativas y que siente que le contaminan toda su vida. En ese momento decide cambiar de idea y lo tapa con otra idea, entonces se olvida del tema pero nota que se miente mucho y necesita ser más honesta consigo misma. También le molestan cosas de los demás pero tampoco es honesta con ellos, pues no se los dice. Relata que anteriormente ha realizado terapia pero tampoco ha sido sincera con su psicólogo. La terapeuta le pregunta: “¿cómo serían esas cosas negativas que pensás?”. “Y...”, responde, “*las cosas malas que pienso son zonceras. Por ejemplo, algo que dije hace mucho y que después me arrepentí, entonces me quedó dando vueltas en la cabeza. Planeo situaciones, pienso los diálogos en mi cabeza y cuando alguien dice algo que no estaba guionado, me descoloca y digo una pavada porque el otro se salió del guion. No le tengo paciencia a la gente, me pongo mentalmente violenta y no quiero ver más personas. Creo que mi actual trabajo home office es ideal porque de ese modo, prácticamente, no tengo vida social, además de que cuando trabajaba en oficina tuve un par de exabruptos cuasi violentos*”. Se le pregunta: “¿para qué querés la terapia, qué es lo que tenés que mejorar?”. A lo cual responde: “*estoy convencida de que en tiempos pasados era mejor persona, y me interesa ser buena persona. Pero ahora he perdido la esperanza en la gente y eso me*

*predispone mal al encontrarme con otras personas, creo que me podría ayudar a aprender a desinteresarme del otro*". La terapeuta la interpela: *"es ridículo pagarle al psicólogo para mentirle, te propongo que seas honesta con el terapeuta. Por otro lado, no se puede vivir preocupada por zonceras porque al final por no interactuar con otros, se termina interactuando con cualquiera, dado que pareciera ser que no se puede no interactuar"*. La consultante le da la razón. La terapeuta le explica que: *"al final se vuelve importante lo que en realidad no es importante, o sea las zonceras, como decís vos. Al no haber otras cosas que consideres importantes en tu vida, habría que ver de darle alguna clase de interacción para que valga la pena vivir"*. Si bien la queja inicial de la consultante eran los pensamientos intrusivos en los cuales se reprochaba cosas que había expresado en el pasado, la terapeuta demuestra gran habilidad al detectar que el problema era la falta de habilidades sociales. A partir de allí, hizo que se puedan seguir los pasos hasta transformar la queja inicial en un motivo de consulta trabajable en terapia. Con respecto a la expectativa de la consultante sobre el tratamiento, manifestando interés en aprender a desinteresarse del entorno, considerando que es una situación que continuaría manteniendo el problema, la terapeuta logró proponer que comience a generar vínculos sanos para que su vida de un giro y no le afecten tanto el lado malo de las cosas. Esto coincide con Fernández Moya (2006) al afirmar que el proceso terapéutico se desarrolla a partir de la queja inicial del consultante, la cual se va modificando hasta transformarla en un motivo de consulta o problema.

En relación con lo anterior, para poder co-construir el problema se requiere de una buena comunicación ya que el lenguaje y la queja del consultante pueden ser complejos. En este sentido, en todos los casos será necesaria una alianza terapéutica, que también es una construcción entre terapeuta y consultante, vínculo que los empujará hacia la consecución de las metas establecidas por ambos. Además de las metas, el acuerdo en las tareas y la aceptación y confianza del uno en el otro, son elementos determinantes para la eficacia terapéutica. Durante la entrevista con Patricia se le pregunta cómo se hace para construir la alianza terapéutica y su importancia en la co-construcción del problema en el proceso de admisión. Responde que: *"lo que hay que lograr es un interjuego entre terapeuta y consultante, ser empático, ir generando risas, conseguir que se vaya identificando con el terapeuta para que luego, de a poquito, vaya aceptando lo que uno le va diciendo. Porque él viene con una queja determinada pero el problema, o sea, el motivo de consulta, hay que*

*ir construyéndolo en conjunto ya que puede diferir de la queja inicial que trae el consultante a la entrevista de admisión. Entonces hay que ir llevándolo mediante distintos tipos de intervenciones hacia la meta de establecer el motivo de consulta”.* Lo mencionado coincide con Nardone y Watzlawick (1992) en relación a la posibilidad de realizar indagaciones a partir de la queja para construir un motivo de consulta cuando existe una adecuada alianza terapéutica. En contraposición con lo anterior, resulta de interés e importancia para el terapeuta poder conocer cómo proceder en el caso de que el establecimiento de la alianza terapéutica se dificulte. Si bien es un ideal, puede no estar presente en todos los casos. Por lo tanto, sería esencial poder desarrollar habilidades que permitan trabajar con consultantes que presentan falta de adherencia al tratamiento. En la entrevista con Patricia, comenta que muchas veces los pacientes llegan a terapia con un largo historial de terapeutas con los cuales iniciaron terapia y abandonaron luego de la primera entrevista o de una cantidad mínima de sesiones. Aclara que lo que se intenta hacer en esos casos es una especie de seguimiento o de evaluación, dado que los consultantes tienen que estar satisfechos con sus terapeutas para permanecer en la terapia. Tal es el caso de una consultante que en la entrevista de admisión indica que previamente había realizado cuatro intentos de terapia fallidos, *“la primera vez fui con una persona que duré dos sesiones porque era un hombre que, perdón por la palabra, pero la verdad era un degenerado, un perverso, no me gusto y me fui”.* *“¿Qué es lo que no te gustó?,* pregunta la terapeuta. La consultante responde, *“y, como que me decía cosas medio sexuales, como...”.* *“¿Cómo qué?”,* indaga la terapeuta. *“No me acuerdo exactamente porque fui dos sesiones nada más. Yo en ese momento ejercía el trabajo sexual y se lo conté, además de un trillón de cosas que le conté, y como que se enfocó sólo en eso y estuvimos siempre hablando de eso. Yo vendía videos y era como: ‘¿y los videos cómo son?, a ver... ¿y qué hacés?, ¿y después qué hacés?’.* Y así me pasaba toda la sesión, entonces no fui más”, relata la consultante. *“Claro, lógico”,* responde la terapeuta. *“Y los demás intentos, ¿recordás cómo fueron?”.* *“Sí, después comencé con otro psicólogo pero al poco tiempo me dijo que se iba a cambiar de consultorio. Él me atendía en un centro de salud mental en Capital y se iba a mudar a Escobar, con lo cual me fue imposible seguirlo. Por un lado, estaba el tema del transporte que era re lejos, y por el otro, el de los honorarios que como comenzaba a atender privado no los iba a poder pagar en ese momento. Además, en un principio yo había arrancado con él en otro lugar, otro departamento que eran otros*

consultorios, y cuando se cambió al centro lo había seguido”, explica la consultante. “Siempre se estaba mudando”, comenta la terapeuta. “Sí, se complicaba el tema de la terapia”, responde la consultante. Y agrega, “un tiempo después cuando tuve posibilidades de continuar lo quise contactar pero me dijo que no tenía horarios”. “Ah, después lo buscaste, entonces esa terapia sí te estaba funcionando”, concluye la terapeuta. “No sé, no creo”, responde la consultante. “Bueno, parece que estaba complicada la cosa”, dice la terapeuta. “Sí, no tuve muchas suerte con estas cuestiones”, confirma la consultante. “Y lo último que me pasó fue que empecé y no me sentí cómoda, no sé”, cuenta la consultante. “¿No te sentías cómoda con la terapeuta o el terapeuta que te había tocado?”, indaga la terapeuta. “No me gustó la terapeuta. Porque yo me acuerdo que fui porque quería terminar la relación en la que estaba, me acuerdo que estaba muy mal y me acuerdo que me puse a llorar mucho y ella así de la nada me dijo ‘bueno, ya pasaron los 40 minutos, terminó la sesión’. Y yo estaba súper angustiada, no podía parar de llorar”, relata la consultante. “¿Y qué pasó después, pudiste volver?”, pregunta la terapeuta. “Nada, me fui en el ascensor llorando. Entonces dije no vuelvo nunca más porque no me dio ni bola”, responde la consultante. “No sentiste nada de contención”, afirma la terapeuta. “Y no, la verdad que no”, confirma la consultante. “Bueno, OK. Muy bien. Esto es así, después de que definamos quién, te va a llamar una terapeuta y van a arreglar un horario. En los próximos días, mañana o pasado. Después de que definamos quién puede estar, quien está dispuesto y demás”, explica la terapeuta. “Perfecto”, concuerda la consultante. “Y cualquier cosa tenés mi teléfono, si tenés alguna duda me podés llamar. Si algo falla con el terapeuta también, si algo en algún momento no te gusta no te quedés con... avisá, por favor. Así lo podemos resolver, ¿sí?”, solicita la terapeuta. “OK, bien”, afirma la consultante. En referencia a este caso, explica Patricia que el terapeuta debe tener en cuenta los temas hacia los cuales el consultante se muestra reticente y no insistir sobre ellos en un primer momento. Tampoco finalizar abruptamente la sesión, sino indicar que se están quedando sin tiempo y validar lo que expresa el consultante. También es importante hacer saber al consultante que cuenta con la opción de cambiar de terapeuta si le parece que no es la persona adecuada. Lo expresado por Patricia concuerda con Corbella y Botella (2003) al afirmar que tanto para el logro de la alianza terapéutica como para obtener un tratamiento eficaz, es imprescindible la calidad emocional entre terapeuta y consultante.

Los terapeutas van a observar la problemática del consultante y van a basarse en supuestos para la co-construcción del problema, como así también, para influir en la práctica o direccionar hacia ciertas intervenciones. Lo mencionado se relaciona con de Shazer (1986) al definir los supuestos que tiene el terapeuta para construir quejas y soluciones. Estos supuestos funcionan como reglas, por lo tanto, pueden ser considerados como criterios que tiene el terapeuta, los cuales se relacionan con De la Fuente Blanco (2019) que es quien también los enumera. En este sentido, puede ser que la visión del mundo que tiene el consultante haga que vea una sola manera de proceder correctamente y que todo lo demás esté mal. Esto mismo fue observado por la pasante en la videograbación de una entrevista de admisión, donde una consultante que no se ausentaba nunca del trabajo ni llegaba tarde, y aunque muchas veces estuviese enferma o necesitase llegar un poco más tarde no lo hacía, porque consideraba que era lo correcto. Además, su compañera mentía que se enfermaba para ir a hacer otras actividades, no avisaba cuándo se reintegraría a sus labores y además, llegaba siempre tarde inventando todo tipo de excusas, lo cual representaba una falta grave según su visión. Su compañera era una irresponsable y una desinteresada de los demás, generándole mucho malestar a ella, que tenía un importante sentido de la justicia, que sí cumplía con el trabajo y que, además, debía sobrecargarse con sus tareas. En este mismo caso se puede considerar otro de los criterios, es decir, que las quejas persisten porque el consultante sigue haciendo lo mismo pensando que es lo único correcto para enfrentar su dificultad, en este caso sería su sobre-exigencia y dar demasiada importancia a lo que hacen los demás. Luego, existe un criterio que es llevar a cabo una sugestión terapéutica que le haga elegir la otra opción de su dicotomía, es decir, un día sentirse mal y tomarse licencia por enfermedad; ponerlo en práctica la haría ver que esta opción también es posible para ella. Otro criterio, asegura que la consultante viviría de otra manera si modificara su visión de la realidad, es decir, se reduciría su malestar. Por último, sugerir un nuevo encuadre para que el consultante encuentre sentido a otras conductas más apropiadas para resolver el problema, por ejemplo, ver que el sistema es el que permite que su compañera haga lo que hace y que no es su función velar por las tareas que la otra no cumple. Además, dejar de fijarse tanto qué hace su compañera y empezar a priorizarse a sí misma, si está enferma o necesita entrar más tarde, también el sistema se lo va a permitir a ella. A partir de lo expuesto anteriormente, la queja

inicial se transformó en el siguiente motivo de consulta: insatisfacción por falta de adaptación al sistema y ambiente laborales.

En cuanto al desarrollo de la derivación, es función del admisor asignar al consultante un terapeuta con quien se espera pueda generar una buena alianza terapéutica y adhesión al tratamiento.

La pasante pudo observar en la videograbación de una entrevista de admisión que en algunos casos son los mismos consultantes los que solicitan cierto estilo de terapeuta. Relata una consultante basándose en experiencias fallidas que tuvo anteriormente: *“la primera vez que fui estaba yo sin un mango, fui porque era gratis y era mi primera experiencia, digamos. Y era alguien que se sentaba, me miraba y no me hablaba. Yo pensaba que era la primera vez que estaba ahí y que no sabía cómo se manejaba eso, no sabía qué hacer. Así que le decía: mirá, no sé, entonces fui al almacén, etcétera. No sabía qué hacer, cómo entretenerme durante la media hora, entonces descubrí que ese tipo de cosas no me sirven. De hecho, probablemente necesite alguien, no violento pero sí confrontacional. Alguien que me diga: frená un toque mamita porque te estás yendo para otro lado. Pero bueno, de la primera experiencia saqué eso. La última, con otro psicólogo, arranqué desde otro lado pero aun así noto que el día antes de la sesión estaba pensando en que le quería hablar de algo y cuando llegaba ya me había olvidado lo que era. Bueno, le hablaba de lo que hice ese día porque no me acordaba qué era lo que le quería hablar y lo que estuve pensando, porque no retengo la información”*. Al consultar a Patricia sobre este caso en particular, comenta que: *“a veces, preguntar sobre tratamientos anteriores puede servir para que el consultante dé a conocer sus expectativas. En este caso, en base a sus terapias anteriores, la consultante está diciendo qué estilo de terapeuta le gustaría tener. Es decir, que necesita un terapeuta que no sea pasivo sino que en cierta forma la interpele”*. Lo cual coincide con Hirsch y Rosarios (1987) en referencia a la derivación del consultante con un terapeuta que sabe que lo va a comprender y a buscar lo mejor para él.

A continuación, se ejemplifica el caso de una consultante con sospecha de trastorno psiquiátrico y cómo se tiene en cuenta la posibilidad de derivarla con un médico psiquiatra. En una entrevista de admisión, se observa la siguiente conversación entre la terapeuta y la consultante. *“Vi también que estuviste haciendo terapias, bastantes. Bueno, no sé si bastantes pero hiciste algo”*, comenta la terapeuta. *“Hice”*, responde la consultante. *“En*



*algún momento parece que estuviste mal, que te medicaron y todo”, indica la terapeuta. “Si, estuve. La importante, para mí, fue esa que hice en 2019. Que hice psicóloga y psiquiatra, que ahí yo estaba realmente muy mal, me medicaron un montón, muchísimo”, explica la consultante. “¿Qué es un montón, que te dieron?”, pregunta la terapeuta. “Me dieron Lamotrigina, Lexapro, Solpidem y dos más que no me acuerdo el nombre”, enumera la consultante. “Bien, ¿y las tomaste?”, pregunta la terapeuta. “Sí, las debo haber tomado cinco meses, una cosa así”, responde la consultante. “¿Y dejaste por motus proprio o por qué?”, consulta la terapeuta. “Sí, me estaba sintiendo mal”, confirma la consultante, “estaba como medio zombie, viste. Seguía como con el mismo malestar emocional pero a la vez tenía menos energía como para hacer cosas. A mí me hace muy bien, siempre me hizo bien salir con mis amigos, la vida social, que se yo. Y no lo estaba pudiendo hacer, me seguía sintiendo mal y mi psiquiatra de aquel momento me decía que no me podía atender con él si no tomaba toda esa medicación. Y en un momento dije: bueno, listo, chau. Dejé todo así de una”. Confirma la terapeuta: “dejaste todo, ¿y te mejoraste?”. La consultante responde: “la verdad que sí, pero yo creo que porque coincidió justo, y con que yo empecé a laburar de lo que me gusta, de cantar. No sé si será casualidad o no, pero bueno, me empezó a cambiar el humor mucho”. “Bien, ¿y por qué te habían medicado?”, continúa la terapeuta. “Esos psicólogo y psiquiatra que tuve en esa época que te contaba me dieron una medicación. Yo leí que era para trastorno bipolar y les dije: ¿piensan que tengo trastorno bipolar? Y me dijeron: que no, que pensaban que tenía Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)”, responde la consultante. La terapeuta comenta: “TLP, bueno. Se diagnostica demasiado rápido a veces. Bien, la verdad que vos fuiste encontrando tu camino. Da la impresión de que la venís peleando en varios aspectos de tu vida y que en algún punto enganchaste, lo que no es poco. Hay cosas para trabajar sin ninguna duda y la verdad es que me parece absolutamente trabajable, desde el punto de vista de la terapia. Lo que si te diría, a lo mejor no, pero si las cosas en algún momento se complican se puede pensar en un psiquiatra. Hoy no lo vería como una necesidad”. “No, yo tampoco”, coincide la consultante. “Bien, pero esto depende mucho de cómo te vayas desarrollando y en el caso de que vos empieces una psicoterapia, de cómo se va desarrollando eso”, explica la terapeuta. “Claro, entiendo”, concuerda la consultante. En la entrevista con Patricia, relata que muchas veces los consultantes solicitan un tipo de terapeuta determinado y seguir estos lineamientos puede aportar al éxito*

terapéutico. Comenta que en el caso mencionado, dado que la consultante ya cuenta con un posible diagnóstico, se le asignará un terapeuta que preste especial atención a los síntomas que pudieran manifestarse. También debe tener experiencia de trabajo con pacientes que son atendidos conjuntamente por psiquiatría y que consumen medicación. A partir del análisis de esta situación en profundidad, se observa que el terapeuta no tuvo en cuenta que la consultante viene de abandonar un tratamiento psiquiátrico y que, por lo tanto, lo más adecuado sería que realice una consulta con el psiquiatra de la institución para poder obtener un diagnóstico concreto y en base a eso que sea él quien determine si necesita tomar medicación o no. Lo mencionado tiene un correlato con Wainstein (2006) sobre la derivación del consultante con un psiquiatra, el mismo debe evaluarlo cuando existe sospecha de patología.

Además de los dos casos mencionados anteriormente para ejemplificar los criterios del admisor al momento de desarrollar la derivación del consultante, existen otras cualidades que deben ser compatibles entre ambos como la meta, y lo que se esté dispuesto a realizar para alcanzar la misma, coincidiendo con Hirsch y Rosarios (1987). También se deben tener en cuenta características del terapeuta, incluyendo la comunicación, la cual se verá facilitada si puede hablar el mismo lenguaje del paciente, de acuerdo con García y Fernández Álvarez (2007). Otra característica que influye en su estilo personal y que se relaciona con lo expresado por Vázquez y Gutierrez de Vázquez (2015), será la pertenencia a determinado marco teórico, en este caso sistémico. Afirman Hirsch y Rosarios (1987) que los niveles de motivación con los que cuente el consultante deben ser mayores que los del terapeuta, ya que en base a ella se llevarán a cabo las acciones en el proceso terapéutico. Lo antedicho coincide con lo que expresa Patricia sobre el caso observado durante una entrevista admisión que se describe a continuación, donde se puede notar cómo la admisoro aclara a la consultante que resolver su problema no será una tarea fácil y la compromete a esmerarse para solucionarlo junto con el terapeuta que le asignen. Además, la admisoro toma palabras dichas por la consultante durante la entrevista y luego las emplea para realizarle la devolución. Al respecto de hablar el mismo lenguaje del paciente, comenta Patricia que si el consultante es más de hablar de pensamientos, su terapeuta debe ser capaz de hablarle en esos términos, y que si en cambio, tiende a hablar más de sus sentimientos, en ese caso su terapeuta se enfocará en ese aspecto a la hora de seleccionar los vocablos que utilizará en la conversación. “*Entonces sos*

*profe de canto pero bueno, esto que parecería ser como algo natural para vos, exponerte, ¿se te dificulta por momentos?”, pregunta la terapeuta. “Eh, a ver, le tengo como un rechazo y hace poquito fui a compartir, fui a ver a una amiga cantora y en la sala había mucha gente que me conoce por la música que esperaba que yo cantara. Me fui casi como en un ataque, eh... como que si voy con la banda con la que ensayo y voy en función de compartir el repertorio que tengo resuelto voy súper bien. Si hay alguna causa que me convoca voy súper bien. Pero si de repente voy a un cumpleaños y me piden que cante no me acuerdo la letra, me pongo nerviosa, me tengo que ir. Siempre me tengo que ir, llego tarde y me voy temprano. Como que evito toda situación de exposición y hasta no me aprendo las letras para decir no me sé la letra”, relata la consultante. “Claro. Bueno, gracias entonces por hacer este esfuerzo de que te estemos grabando”, expresa la terapeuta. “No te imaginás lo que me cuesta, qué hermoso desafío arrancar así, ¡jajá!”*, manifiesta la consultante. “Ya arrancamos bien, ya vemos que tenés más recursos de los que vos crees que tenés”, afirma la terapeuta. “¡Jajajá! Sí, yo sé que sí, pero bueno, acá estoy. Me costó muchos años”, comenta la consultante. “Ah, eso. ¿Que te costó muchos años qué?”, indaga la terapeuta. “Llegar a esta instancia de buscar ayuda para poder trascenderlo”, explica la consultante. “¿Siempre tuviste este problema de exposición?”, insiste la terapeuta. “Creo que si y no, digamos. Para algunas causas no tengo ningún reparo. Digo, si tengo que estar en público, de hecho lo que me motivó a estar en público fue una cuestión de justicia social y no me importó nada. O sea, como que ahí no soy yo, alguien se apodera de mí y lo hace. Voy con mucho placer a hacerlo porque me gusta, realmente me gusta y me sale pero tengo todas las resistencias, todas. O no manejo las redes, o no manejo la virtualidad, o no manejo el instrumento, o me duele la garganta. Antes me dolía más la garganta, ahora ya más o menos lo manejo pero sí”, relata la consultante. Y continúa, “hace muy poquito en un taller que di una de mis alumnas comentó, porque la mayoría vienen con la misma dificultad que yo, que se sentía insegura ante su voz. Y fue en ese momento que sentí la angustia de otras personas cuando lo pude poner en palabras y observar la sorpresa de las personas que estaban participando del taller y fue como caer en la cuenta de la imagen que uno genera, ¿no?”, relata la consultante. “Como la diferencia entre la imagen que proyectás y lo que realmente pasa en tu interior cuando no tenés ese respaldo”, acota la terapeuta. “Sí, fue como un hachazo, ahí fue muy contundente”, dice la consultante. “Cuando lo pudiste decir, ¿no?”,

consulta la terapeuta. *“Sí, exactamente”*, responde la consultante. *“Justamente, quizás la terapia podría ayudarte a trascender estos miedos, estas limitaciones. Ver de qué manera podrías vos, viste que me decís que con las causas o con las injusticias te involucrás mucho. Ver de qué manera en este momento de tu vida, podrías involucrarte con vos misma para poder trascender tu silencio. Y acá me lo estás diciendo, cuando vos trascendiste ese silencio y pudiste expresarlo fue como liberador”*, expresa la terapeuta. *“Tal cual. Ya estar acá es eso, es una pequeña muestra botón”*, confirma la consultante. *“Mirá, este es el pequeño gran paso de una gran escalera que vamos a subir. Y esto es tuyo, haber dicho que sí es tu logro. Pero claro, para poder subir esta escalera que probablemente sea bastante alta hay que estar dispuesto a que las piernas se cansen, se agoten, duelan, y se fortalezcan para que ya no se sienta tanto, ¿te parece bien? ¿Estarías dispuesta a eso, a que las piernas duelan un poco?”,* pregunta la terapeuta. *“Sí, sí, ya estoy acá”*, afirma la consultante.

Este apartado tenía por objetivo dar cuenta del análisis de los criterios del terapeuta en la co-construcción del problema en un proceso de admisión y cómo se desarrolla la derivación del consultante. Acerca de los criterios del terapeuta en la co-construcción del problema, se pudieron analizarla transformación de la queja inicial en otro motivo de consulta, la importancia de la alianza terapéutica y los supuestos para la co-construcción del problema. Respecto al punto de cómo se desarrolla la derivación del consultante, se han analizado los criterios en los cuales se basa el admisor para asignar un terapeuta al consultante.

## **6. Conclusiones**

El presente trabajo fue elaborado para abordar el rol del terapeuta y las técnicas utilizadas en un proceso de admisión en una institución sistémica estratégica focalizada en la resolución de problemas. La función del admisor en esta instancia es relevante para poder lograr el éxito terapéutico. Para ello hubo que indagar acerca de cuáles son las metas y objetivos que posibilitan, mediante el uso de distintos tipos de intervenciones, la realización de la co-construcción del problema en conjunto con el consultante y el desarrollo de su posterior derivación. En este sentido, se ha empleado la observación no participante de varios procesos de admisión mediante el dispositivo de Cámara Gesell On-line y la visualización de grabaciones de entrevistas de admisión. También se pudo entrevistar de forma semi-dirigida a la directora y a la coordinadora de pasantes de la institución, profesionales encargadas de

llevar a cabo los procesos de admisión; además de disponer de las notas de campo de la pasante.

A partir de la práctica se pudo observar cómo se fue abordando la temática y como conclusión de dicha práctica se pudo responder a los objetivos planteados.

Al respecto del primer objetivo, que se proponía describir cuáles son las metas y objetivos del terapeuta en la entrevista de admisión en una institución sistémica estratégica, se observa que se está cumpliendo con la descripción de los datos sociodemográficos que Fisch et. al (1984) consideran que es pertinente recabar en esa preentrevista o llamada telefónica inicial, la cual corresponde al primer contacto de quien consulta con la institución; se pudo identificar que en este primer encuentro entre el admisor y el consultante, lo que se propone como objetivo es poder identificar la queja inicial para a partir de ahí poder elaborar un motivo de consulta trabajable en terapia y eso coincide con lo que Wainstein (2006) refiere respecto de la modificación que tiene desarrollada el consultante acerca del problema; y se pudieron observar los objetivos que Nardone y Watzlawick (1992) describieron para la determinación del motivo de consulta.

En relación al segundo objetivo, que procuraba describir el uso de intervenciones en un proceso de admisión en una institución sistémica estratégica, se pudieron describir las reformulaciones que Wainstein (2006) considera pertinentes para modificar la visión que tiene desarrollada el consultante acerca del problema dándole una connotación positiva a una conducta que era percibida hasta el momento como negativa; las prescripciones directas relacionadas con lo expuesto por Fisch et al. (1984) al referirse a intervenciones aplicadas en consultantes dóciles que no presentan resistencia al cambio; y las instrucciones paradójicas en relación con lo afirmado por Weakland (1974) al respecto de proponer al consultante que se esfuerce por realizar la conducta indeseada para que la haga menos.

En cuanto al tercer objetivo, que intentaba analizar los criterios del terapeuta en la co-construcción del problema en un proceso de admisión y cómo se desarrolla la derivación del consultante, se pudo dar cuenta acerca de los criterios del terapeuta en la co-construcción del problema, analizando la transformación de la queja inicial en un motivo de consulta de acuerdo con lo expresado por Fernández Moya (2006) al respecto de esta modificación; la alianza terapéutica relacionada con lo expuesto por Nardone y Watzlawick (1992) en cuanto a que la misma posibilita la realización de indagaciones a partir de la queja para construir un motivo

de consulta; y los criterios para la co-construcción del problema en relación con lo que define de Shazer (1986) como los supuestos que tiene el terapeuta para construir quejas y soluciones, también relacionado con lo afirmado por De la Fuente Blanco (2019) al respecto de que estos supuestos funcionan como reglas. Respecto al punto de cómo se desarrolla la derivación del consultante, se han analizado los criterios en los cuales se basa el admisor para asignar un terapeuta al consultante lo cual concuerda con lo expuesto por Hirsch y Rosarios (1987) cuando se refieren a las expectativas del consultante y también coincide con lo afirmado por Wainstein (2006) acerca de la derivación del consultante con un psiquiatra cuando debe evaluarlo por sospecha de patología.

Atento a las limitaciones del trabajo propuesto, se pueden señalar algunas de índole teórico al respecto de la bibliografía disponible, dado que se pudieron hallar investigaciones recientes, pero en muchas de ellas se observó que lo que se hace es citar trabajos de los autores clásicos más relevantes, incorporando alguna variable actual. Además de que muchos de los trabajos científicos eran repetitivos.

Una limitación a tener en cuenta en cuanto a lo metodológico es la poca cantidad de procesos de admisión que se pudieron observar. Empero, se pudo contar con las grabaciones durante un lapso de tiempo adecuado como para poder analizarlas.

Otra limitación se debió al hecho de no poder concurrir a la institución a realizar las prácticas profesionales de manera presencial, a razón del contexto actual de pandemia. Sin embargo, la institución implementó un sistema audiovisual para que los pasantes pudieran cursar en vivo las clases teóricas, formar parte del equipo de terapeutas que participa en las Cámaras Gesell On-line, y también poder observar las entrevistas de admisión.

En relación a lo mencionado, se evidenciaron limitaciones tecnológicas. Se observó que el sistema on-line posee ventajas, pero también tiene ciertas desventajas en cuanto a la realización del proceso de admisión. Dentro de estas últimas se pueden mencionar las esporádicas fallas de conexión que entorpecen la comunicación: por momentos, el terapeuta y el consultante no se escuchan, viéndose obligados a repetir las preguntas y las respuestas. La pasante pudo observar que en todos los casos en que se repreguntaba, los pacientes daban una respuesta en forma diferente a como la habían respondido antes, pasando esto inadvertidamente ante el terapeuta. Quien escribe también pudo observar cómo una falencia de la plataforma que se utiliza para realizar las entrevistas ocasiona que terapeuta y

consultante se interrumpan y no se escuchen al intentar tomar la palabra. Otro limitante se encuentra en relación a aquellos consultantes que no poseen habilidades para el manejo de recursos tecnológicos y se ven obligados a solicitar la ayuda de algún pariente o amigo. Además no suelen contar con un dispositivo adecuado y una conexión estable a internet, siendo estos medios lo mínimo que se requiere para poder realizar la entrevista. Luego, que los consultantes puedan encontrar un espacio privado donde conectarse parece representar una dificultad habitual. En este sentido, acostumbran comunicarse desde sus hogares donde a veces son interrumpidos por familiares, o desde sus lugares de trabajo donde suelen haber otras personas. Para finalizar, en consideración de la pasante, estas limitaciones tecnológicas afectan el proceso de admisión, dado que la escucha activa se ve reducida. Por ende, también disminuyen el despliegue del motivo de consulta por parte del consultante y la capacidad de indagar por parte del terapeuta.

Desde una perspectiva crítica, teniendo en cuenta que este trabajo intenta analizar las entrevistas de admisión, durante la práctica también se pudieron observar cierta cantidad de procesos terapéuticos mediante el sistema de Cámara Gesell On-line. En estos últimos, tanto en la posición de terapeuta como formando parte del equipo asesor, participan psicólogos de distinto nivel de experiencia y formación. Es decir, profesionales especializados y alumnos de posgrado. Lo mencionado concuerda con Ortíz (2018) al afirmar que este dispositivo puede generar un ambiente controlado donde llevar a cabo diferentes tipos de intervenciones psicológicas, como ser, entrevistas, evaluaciones, capacitaciones y observaciones, entre otras. En un proceso terapéutico se ha observado cómo un profesional más experimentado ha tenido que ingresar en medio de una sesión a asistir a un terapeuta que no estaba progresando, y en otro proceso terapéutico, se vio a una terapeuta interrumpir la sesión para salir a consultar al equipo cómo proceder. Si bien esto corresponde al funcionamiento de un dispositivo de Cámara Gesell, el cual se les explica a los consultantes, en algunos casos se ha observado que más allá de esta comprensión que se supone que los consultantes tienen, a veces quedan sorprendidos y en una situación de cierta incomodidad. En consideración de quien escribe, sería favorable mejorar la calidad de la información que se les brinda a los consultantes durante la entrevista de admisión acerca del funcionamiento de este dispositivo, para que luego durante el tratamiento se encuentren mejor preparados y dichas interrupciones no les produzcan sobresaltos, como así también, comprobar si estuvo ampliamente

especificado o si quedó lo suficientemente claro que estas discontinuidades pueden ocurrir en cualquier momento de la sesión.

Otro punto a tener en cuenta en relación a la utilidad de la Cámara Gesell, si bien se egresa de la carrera de grado sin haber tenido contacto previo con consultantes, resulta imprescindible que se implemente este dispositivo en todas las prácticas y en todas las materias en las que sea posible, aunque sea mediante simulacros. De esta manera se podrá cubrir la necesidad de acercamiento a este instrumento clave tanto para la formación como para el desempeño de la tarea del psicólogo clínico. Lo mencionado concuerda con de Shazer (1986) al exponer que el trabajo puede ser realizado individualmente, pero que un enfoque en equipo enriquecerá la capacitación para poder trabajar eficazmente.

La suspensión de las Cámaras Gesell ocurre con bastante frecuencia y muchas veces los consultantes avisan que no asistirán momentos antes de la sesión. En ese caso, los pasantes deben concurrir a la Cámara Gesell inmediatamente posterior para recuperar la sesión y poder cumplir con la cantidad de sesiones necesarias para completar la práctica. Ello suponiendo anticipadamente que el pasante estará disponible para conectarse. En consideración de la pasante, sería beneficioso poder recuperar la instancia suspendida en un momento de propia elección.

Debido al contexto actual de pandemia se hizo necesario utilizar y priorizar la atención psicológica a través de medios no presenciales, es decir, implementando herramientas tecnológicas que a menudo presentan una variabilidad de problemas que tienen impacto sobre la calidad del proceso terapéutico. Por ejemplo, al llevar a cabo la entrevista mediante una Cámara Gesell On-line, implementando una computadora a diferencia del espejo translúcido de la Cámara Gesell convencional, el consultante puede visualizar la cantidad de personas que lo están observando. Se pudo contemplar cómo esto, en consideración de la pasante, pone en riesgo la continuidad del tratamiento de personas que por diversos motivos evitan la exposición social. Tal es el caso de una de las consultantes que durante la entrevista de admisión se comprometió a conectarse a la primera sesión por Cámara Gesell y luego no lo pudo cumplir. A partir del análisis de esta situación, se observa la importancia de detectar los problemas de adaptación social. En primera instancia, para poner énfasis en la modificación de creencias y pensamientos de la consultante; y luego,



lograr que deje de evitar el contacto social pudiendo comenzar por leves exposiciones de manera virtual.

A criterio de quien escribe, se hace necesario poder implementar un sistema que proteja la confidencialidad de la información al igual que la modalidad de atención presencial. En relación a esto, las comunicaciones que se llevan a cabo a través de plataformas cuyas empresas adhieren a la legislación en cuanto a protección de la privacidad encriptan los datos y, excepto que se acuerde previamente entre terapeuta y consultante, la sesión no será grabada ni intervendrán otras personas. Salvo cuando el terapeuta se vea obligado a informar sobre la intención de daños a sí mismo o a terceros, cuando exista una orden judicial o cuando deba compartir información a fines de supervisión.

Por último, sería interesante poder contar con una base de datos digital generada por la institución donde los terapeutas, los psicólogos de iniciación profesional y los pasantes, puedan explorar acerca de la casuística, ayudando a aumentar el conocimiento sin necesidad de tener que recurrir a la lectura de extensas historias clínicas.

Desde un aspecto personal, este trabajo permitió a quien escribe conocer en detalle el proceso de admisión. Poder recorrer la cuantiosa bibliografía sobre la temática tanto clásica como actual y observar cómo se enlaza con las entrevistas de admisión, representa un aporte muy valioso para la pasante como futuro profesional de la psicología. Su realización posibilitó reparar en la importancia del trabajo en equipo, tanto para la capacitación como para alcanzar una psicoterapia exitosa. También es de fundamental importancia, destacar la calidad humana y profesional de las personas que se desempeñan en la institución sistémica estratégica donde la pasante pudo observar los procesos de admisión y las sesiones, quienes en todo momento estuvieron a entera disposición. Finalmente, remarcar el acompañamiento, la dedicación y la paciencia, de profesores y tutores, gracias a los cuales pudo realizarse este trabajo. Del mismo se desprenden cuestionamientos acerca de la calidad y estrechez del vínculo existente entre los integrantes del equipo de terapeutas dado que debido al contexto actual de pandemia es posible que este sea estrictamente virtual. Luego, el hecho de haber observado solamente los procesos de admisión y no el tratamiento en su totalidad, es una circunstancia que invita a pensar acerca de si se pudieron concretar aspectos como la alianza terapéutica. Resultaría de gran interés para quien escribe, conocer si finalmente fue adecuada

la designación de cierto estilo de terapeuta para determinado consultante, y si pudieron alcanzarse los objetivos propuestos.

En referencia a nuevas líneas de investigación, a criterio de esta pasante, en primera instancia sería relevante indagar acerca del uso de los nuevos medios de comunicación audiovisuales para llevar a cabo los procesos psicoterapéuticos. Si bien ya se venían implementando en distintas oportunidades, en estos tiempos se ha impuesto su práctica debido al contexto de la pandemia. Como se mencionó anteriormente, estos medios presentan ventajas y desventajas que valdría la pena examinar. Una ventaja del uso de estos medios podría ser su implementación en el sistema público, dado que los pacientes que asisten a este tipo de hospitales no arancelados, carecen de recursos económicos y muchas veces terminan abandonando sus tratamientos, sobre todo cuando se extienden en el tiempo. Para que esto se concrete sería necesaria la visualización de la problemática y la implementación de políticas públicas destinadas a tal fin. Por otro lado, como desventaja del uso de estos medios tecnológicos para la terapia on-line, se podría indagar acerca de cómo resolver la dificultad que presenta trabajar con enfoques que durante la sesión demanden otro tipo de actividades más prácticas o lúdicas.

En segundo lugar, poder analizar de los distintos tipos de pacientes que consultan, cuáles deben ser tratados bajo este enfoque terapéutico y cuáles merecen la pena ser derivados a otra clase de institución para su evaluación. Es factible que empleando este modelo, algún aspecto del problema pueda ser trabajado pero no en su totalidad, como así también es probable que requiera más sesiones de las estipuladas por no mostrar progresos o por presentar leves avances. Si bien, al inicio de la terapia se le explica al consultante en qué consiste el enfoque terapéutico, puede suceder que el mismo no sea el más adecuado para resolver el problema. En consideración de quien escribe, ambos aspectos debieran ser indagados, dado que ser un buen profesional supone conocer las propias limitaciones. También implica ser capaz de reconocer si el servicio que se ofrece es adecuado para quien consulta. La cuestión no es captar gran cantidad de pacientes, sino poder focalizar a cuáles de ellos se les va a poder brindar una terapia efectiva. Lo mencionado tiene un correlato con Wainstein (2006) al referirse a la necesidad de derivación de un consultante con un psiquiatra cuando existe sospecha de patología.

## 7. Referencias bibliográficas

- Arbeláez Naranjo, L. (2016). Pensamiento sistémico y psicología. Un cambio de paradigma para la comprensión de realidades complejas. *Poiésis*, 31, 296-305. doi: <https://doi.org/10.21501/16920945.2120>
- Arnold Cathalifaud, M. & Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. *Cinta de Moebio*, 3, 40-49
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Botella, L. & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33.
- Cade, B. & O'Hanlon, W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Castillo Sotelo, M., Brito Sánchez, A. I., & Vargas Jiménez, R. (2018). Enfoque Breve Estratégico: un camino simple y efectivo para solucionar problemas complejos. *Revista De Psicoterapia*, 29(110), 257-271. doi: <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.181>
- Cazabat, E. H. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kópec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo. Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp.15-20). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Ceberio, M. & Rodriguez, S. E. (2020). El “Start Point” en psicoterapia: Emociones positivas, creatividad y resolución de problemas. *Teoría Y Práctica: Revista Peruana De Psicología CPsP-CDR-I*, 2(2), e30. Recuperado de <http://www.revistateoriaypractica.com/index.php/rtyp/article/view/30>
- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps>
- De la Fuente Blanco, I., Alonso, Y. & Vique, R. (2019). Terapia Breve Centrada en Soluciones: Un modelo teórico relacional. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 259-273. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.277>
- de Shazer, S. (1986). *Claves para una solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Muñoz, D., Compañ, V., & Montesano, A. (2006). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

- Fernández Moya, J. (2006). *En busca de resultados. Una introducción a las terapias sistémicas*. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua.
- Fisch, R., Weakland, J. H. & Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Editorial Herder.
- García, F. & Fernández Álvarez, H. (2007). Investigación empírica sobre el estilo personal del terapeuta: una actualización. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(2),121-128.[fecha de Consulta 6 de Octubre de 2021]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921793002>
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erickson*, M.D. New York: W. W. Norton & Company.
- Hirsch, H. & Rosarios, H. (1987). *Estrategias psicoterapéuticas institucionales*. Argentina: Nadir Editores.
- Kiskeri Aiguabella, A., Serrat Sastre, L., Díaz Arnal, G., & Schlanger, K. (2018). Terapia Breve-Resolución De Problemas/MRI y Terapia Cognitivo-Conductual. Una Comparación Sucinta De Modelos. *Revista De Psicoterapia*, 29(110), 273-286. doi: <https://doi.org/10.33898/rdp.v29i110.214>
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (1992). *El arte del Cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Ortiz, J. I. (2018). Beneficios de la Cámara de Gesell y Centro Internacional de Simulación Clínica (CISC) como estrategia pedagógica en el desarrollo de competencias y habilidades profesionales en estudiantes de bachillerato e psicología de la UNIBE. *PsicoInnova*, 2(1), 2018, 53-62.
- Rodríguez Morejón, A. (2015). El cliente en psicoterapia: contribución al resultado terapéutico. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.192551>
- Siles González, Ignacio (2007). Cibernética y sociedad de la información: el retorno de un sueño eterno. *Signo y Pensamiento*, 26(50), 84-99. [Fecha de Consulta 3 de Noviembre de 2021]. ISSN: 0120-4823. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86005007>
- Soave, M. & Juaneu, L. (2018). Entrevistas de admisión: implementación y características teórico técnicas. *Revista Temas*, 3(12), 35-45. doi: <https://doi.org/10.15332/rt.v0i12.2032>

- Vázquez, L. & Gutierrez de Vázquez, M. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIV (2):133-142. [fecha de Consulta 6 de Octubre de 2021]. ISSN: 0327-6716. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281946783005>
- Ventura, D. (2016). Retomando a Don D. Jackson, pionero de la terapia familiar sistémica: Una aproximación a su trayectoria profesional. *Escuela de Terapia Familiar San Pablo*, 34, 9-22.
- von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. New York: George Braziller.
- Wainstein, M. (2006). *Comunicación. Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P. (1992). *La Coleta del barón de Münchhausen. Psicoterapia y realidad*. Barcelona: Editorial Herder.
- Weakland, J.H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A.M. (1974). Terapia Breve. Centrada en la resolución de problemas. *Family Process*, 13, 141-168.