

*COMO
EQUIVOCARSE
MENOS EN
TERAPIA*

un registro para el modelo M. R. I.

*Ruth Casablanca
Hugo Hirsch*

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11723 ISBN
950-9840-08-4

CENTRO DE PUBLICACIONES
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

ÍNDICE GENERAL

Prólogo

Agradecimientos

Introducción

Funciones y características generales de los Modelos de registro

Capítulo I: El modelo de Terapia

Capítulo II: El modelo de registro del proceso terapéutico

Comentario preliminar

Manual de instrucciones para el completamiento de la ficha de registro inicial

Manual para ficha de evaluación parcial "sesión por sesión"

Manual de instrucciones para la ficha de evaluación final

Manual de instrucciones para el seguimiento post terapia

Capítulo III: Comentario general acerca de las diversas fichas de registro

Capítulo IV: Casos clínicos: comentarios acerca del uso de las Fichas de registro

Caso 1. "El caso del hijo pródigo"

Caso 2: "Del puñal a los moños"

Caso 3: "El cambio reside en los otros"

Caso A: "Una mujer de avanzada"

Epílogo

Bibliografía

AGRADECIMIENTOS.

No es que yo sea más agradecida, sino que Hugo Hirsch lleva la ventaja de haber publicado un libro anterior, que permitió expresar su reconocimiento previamente a aquellas personas que influyeron en sus aprendizajes y obras.

Por mi parte, quisiera comenzar agradeciendo a mis que dos amigos Cristina Ravazzola y Gastón Mazieres, que me estimularon a viajar por primera vez a Palo Alto contactar con las fuentes del Modelo que sirvió de basamento a este libro. Sin el apoyo de Cristina Vila de Gerlic, hubiera sido muy difícil irme y romper con la cultura científica de mi medio.

Sin duda mis primeros nutridores intelectuales en EEUU Carlos Sluzki, Paul Watzlawick, Dora Fried Schnitman Celia Falicov, fueron quienes me marcaron la impronta de lo que continué posteriormente profundizando con el aporte de otros del staff del Mental Research Instituto.

Seguramente el contacto de allí en más con otros grandes maestros de la terapia sistémica de distintos lugares del mundo me ayudaron a enriquecerme como terapeuta, y a distinguir mi propia lógica y estilo; pero este libro no hubiera sido posible, sin el contacto fecundo y continuo con Ce Elzufán y, de hecho, con mi coautor.

Un párrafo aparte merecen mis familias: de mis padres aprendí la dedicación al estudio y al trabajo, junto a una permanente actitud de apertura y servicio a las demás condiciones sin las que probablemente ni hubiera sido terapeuta, ni hubiera dedicado tanto esfuerzo a la tarea escribir.

De mis hijos recibí gran parte de la experiencia de vida

que en esta rama de la ciencia es invaluable y no se aprende sólo de teorías ajenas; y a mi esposo le debo en especial, la posibilidad de haber llevado a la acción todas estas potencialidades forjadas entre mis condiciones y lo que me brindaron los demás... sin su comprensión, estímulo y tolerancia, no hubiera sido posible dedicar tantas horas al trabajo y los vuelos, como exigió esta obra.

En forma conjunta necesitamos agradecer a muchas personas imposibles de ser mencionadas en este lugar, sin correr el riesgo de abultar esta sección a la par de otras posteriores: en especial los miembros del Centro Privado de Psicoterapias de Buenos Aires, del Instituto de la Familia y Terapias Breves de Santa Fe, y nuestros pacientes... todos ellos colaboraron en sus múltiples interacciones con nosotros, a la construcción y perfeccionamiento del contenido de este libro.

No obstante, queremos hacer mención explícita de nuestro agradecimiento a los Dres. Lino Guevara y Enrique Escot del Centro de Terapia Familiar de Neuquén, que en encuentros reiterados estimularon nuestro interés por el tema, y marcaron el plafond desde donde nosotros dos partimos; a las Licenciadas Sara Piedrabuena y Evelyn Hoter por el aporte especial a casos clínicos aquí incluidos; a las Licenciadas Teresa Martorell y María Graciela Pérez por la lectura y corrección de los originales; y a la Srta. Mará Santa Cruz que dedicó arduas horas al tipiado en la computadora.

Nuestro reconocimiento final al Dr. Juan Carlos Hidalgo, rector de la Universidad Nacional del Litoral -y a sus colaboradores-, que en un acto de profunda confianza y esperanzado optimismo, puso a nuestra disposición la imprenta de dicha Institución, haciendo posible que esta obra llegara a los interesados.

Ruth Casablanca de Amado

INTRODUCCIÓN

Neuquén, Buenos Aires y Santa Fe: tres puntos dispersos por nuestro territorio que pocas cosas tienen en común, a no ser rutas que podrían unirlos si uno se tomara el trabajo de recorrerlas en esforzados viajes de ida y vuelta.

Pero a veces las distancias no son como parecen a primera vista, ni las rutas que pueden establecer conexiones son las diseñadas por otros.

¿La casualidad?... no lo sabemos, hizo que Hugo Hirsch y Enrique Escot se encontraran en medio de un Congreso en Buenos Aires hablando entusiastas acerca de computadoras. Lino Guevara y Ruth Casablanca escuchaban sin entender muy bien su lenguaje, que en las palabras sonaba como desconocido, pero que imperceptiblemente despertó comentarios que fueron entrelazándose con el de los otros dos. Algo había en común que no eran los significados....el encuentro se daba en otro nivel, y dejó de tener un cariz sólo intelectual para cargarse de un interés y entusiasmo que lo trascendía.

Claro... estos personajes éramos cuatro psicoterapeutas dedicados a poner un orden diferente en la "realidad" terapéutica, pero convencidos todos de que esta manera de reordenar los datos de los pacientes no es una cualquiera, ni tampoco esas "realidades" que tratamos de modificar nos están dadas desde afuera, sino que seleccionamos de ellas aquellos datos que necesitamos aprehender para modificarlas.

Así fue como pensamos ¿por qué no construir un instrumento que nos permita captar, esos datos que necesitamos para reordenarla? Esto nos refrescó la metáfora de que un proce-

so terapéutico es como un vuelo compartido donde, como pilotos, necesitamos la información que nos permita no caer por el camino y a la vez llegar al destino deseado por el cliente.

Pensábamos entonces, con bastante ingenuidad, que sería posible construir un tablero único que diese cuenta de los diferentes movimientos de distintos aviones con diversos pilotos. Así fue como nos reunimos durante tres días para discutir las posibilidades de un formulario único de registro computarizado que permitiese compartir información a distintos centros -practicantes de diferentes Modelos de Terapia familiar- en diversos lugares de la República.

Recién al final del tercer día, lo que demuestra nuestra terquedad, nos convencimos de que eso era imposible. No obstante, ello no nos impidió el desarrollo de un proyecto común, pues si bien concluimos que no podíamos construir un tablero para todo tipo de avión, sí pensamos que era posible formular algunas reglas básicas que debía observar todo tablero de lectura y, a posteriori, va separadamente, cada dúo especificaría el tablero adecuado para pilotear su propia máquina (o modelo de Terapia Familiar) en particular.

La primera etapa del trabajo -las reglas básicas comunes para un registro del proceso terapéutico desde cualquier Modelo a nosotros nos resultó relativamente aliviada, ya que nuestros colegas neuquinos habían desarrollado gran parte de las ideas, de manera tal que sólo las completamos (¿...o empeoramos?).

La segunda etapa fue "algo" más laboriosa. Construir un modelo específico de registro del proceso terapéutico, no sólo implicaba compartir entre nosotros dos una Escuela de Terapia Sistémica -la de Palo Alto-, sino elaborar complementariamente ideas desde experiencias clínicas diferentes, desde contextos culturales disímiles - Santa Fe y Buenos Aires-, y también desde estilos terapéuticos no idénticos.

Pero paradójicamente-en apariencia, no fueron estas diferencias las que nos hicieron esforzarnos más en la tarea, sino el intento-de desmenuzar analíticamente los procesos subyacentes al tipo de terapia que nos era común, y el elaborar un instrumento, que los registrara, observando las reglas

generales previamente descriptas para un registro.

Fue así como este interesante proyecto se convirtió en un desafío de especificar múltiples microoperaciones entrelazadas coherentemente entre sí que realiza un terapeuta, y escondidas bajo un esquema conceptual aparentemente muy simple cual es el Modelo del MRI.

El tiempo y la energía que esto nos demandó -casi dos años- nos ayudó a percatarnos de la complejidad de la tarea psicoterapéutica, y nos decidió a comunicar nuestras elaboraciones más allá del ámbito de nuestras Instituciones, con la esperanza de que pudieran ser útiles a otros, en la labor clínica o de investigación.

Desde esta actitud, por cierto de empedernido optimismo, los ponemos en contacto con lo que hemos realizado: a) una descripción de las funciones y características que debe tener cualquier registro del proceso terapéutico; b) una descripción de como concebimos y actuamos en terapia de acuerdo al Modelo de Palo Alto; c) nuestra propuesta para registrar el proceso desde esta perspectiva; y por último, d) algunas ilustraciones del uso de dicho registro en diferentes tipos de problemas.

A fin de facilitar la comprensión de los Manuales de Instrucciones en referencia a cada Ficha, hemos pensado en editar estas últimas en un apéndice separado que permita una lectura paralela de ambos. Este mismo criterio se utilizó con la ilustración y comentarios de los casos clínicos (1).

(1) Los autores se responsabilizan del resguardo de la identidad de los casos clínicos incluidos. Las intervenciones terapéuticas contenidas en las sesiones, son responsabilidad exclusiva de los terapeutas que han tenido a su cargo el tratamiento.

FUNCIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS DE REGISTRO

Consideramos que un registro estandarizado del proceso terapéutico en cualquier modelo tiene dos aplicaciones:

a) *Servir al terapeuta* al permitirle observar la dirección del trabajo terapéutico, dándole la oportunidad de evitar omisiones y descubrir errores -como instrumento de supervisión-, y por ende, de modificarse y aprender.

b) *Posibilitar la investigación*. A título de ejemplo citamos algunos de sus usos posibles: comparar el trabajo de un terapeuta con el de otros, comparar distintos momentos de un mismo proceso, comparar con otros casos del mismo terapeuta, etc.

Para cumplir con estas finalidades, un registro del proceso terapéutico necesita:

1) Contener los datos necesarios y suficientes para operar el modelo terapéutico que se utiliza, de lo que se desprende que este modelo debe ser claramente reconocible desde los ítems que componen el formulario de registro.

2) Que la información esté ordenada de manera tal que el lector pueda entender fácilmente de qué datos y cómo el operador extrajo sus conclusiones diagnósticas, y cómo éstas guiaron sus intervenciones. Cuando nos referimos a información, hacemos alusión a:

a) Datos "en bruto" de los pacientes (verbalizaciones de los mismos, descripciones de conductas o significados que adjudican a éstas, gestos que realizan).

b) Inferencias y conclusiones del operador.

De este modo, la información incluirá la evaluación inicial del sistema consultante, los objetivos que se desprenden de esta evaluación, la estrategia general a seguir, las intervenciones específicas, las respuestas del sistema consultante a las intervenciones, la modificación de estas intervenciones en función de esas respuestas, y el desenlace del proceso (incluyendo fin del tratamiento y seguimiento).

3) Ser fácil de llenar, lo que significa que aún los operadores que conozcan el modelo pero que no sean expertos terapeutas, puedan hacerlo con ayuda de un manual adicional de instrucciones.

4) Ser interesante, es decir que ayude a tomar parte al terapeuta-operador, en tanto se relacione claramente con sus necesidades de legítima curiosidad o efectividad en el trabajo.

5) Que la información que ofrezca una vez llenado sea de fácil acceso (esto en un sentido literal y de síntesis). En cuanto a su formato, el registro debe tender a acotar alternativas para sintetizar información y facilitar su uso en investigación, pero aceptar en su estructura otros modos no codificados de registro (aunque probablemente codificables si nuestro conocimiento avanza), que permitan mayor libertad al terapeuta sin empobrecer la información.

6) Que esta sea lo más precisa posible, es decir, no susceptible de merecer adjudicaciones de significado demasiado diferentes por parte de diversos operadores. En otras palabras, transmisible.

Para ser más explícitos, podemos decir que un registro ideal probablemente incluya ítems con:

a) Categorías de datos mutuamente excluyentes. Por ejemplo: sexo, edad.

b) Categorías de alternativas múltiples en las que el operador selecciona de entre una serie de posibilidades preestablecidas una, o una combinación, que a su juicio describen la situación. Por ejemplo: distintas etapas del ciclo de vida familiar, distintas características relativas a la interdependencia entre los miembros.

c) Categorías de alternativas múltiples en las que el

operador queda en libertad de describir la respuesta *al ítem* en los términos en que él considere pertinente. Teóricamente las alternativas son infinitas, como por ejemplo: las respuestas al ítem "soluciones intentadas".

d) Observaciones libres sobre ítems no incluidos que puedan ser útiles a juicio del observador.

El desarrollo del conocimiento teóricamente llevaría a que las categorías b) y c) se adscribieran a sus inmediatas superiores, mientras que la d) podría llevar a una modificación en los ítems del registro, o en última instancia, a la modificación del modelo, en la medida en que se encontrase que es necesario incluir sistemáticamente cierta información no descripta previamente.

EL MODELO DE TERAPIA

El modelo de Palo Alto comparte con los otros modelos sistémicos varias premisas:

- 1) La conducta de todo individuo es función de la conducta de otros individuos con los que mantiene relaciones. Por ende, si el comportamiento de alguno de ellos se altera, también cambiará el del primero (siempre dentro de los márgenes de su potencial personal).
- 2) Los individuos que mantienen relaciones más o menos estables pueden ser vistos como miembros de un sistema.
- 3) Los miembros de un sistema significan sus conductas.
- 4) Las conductas en un sistema se organizan en torno a dos ejes; interdependencia y jerarquía.
- 5) Todo sistema puede ser visto desde la óptica del interjuego de dos tendencias opuestas; a favor del cambio y a favor de la estabilidad.

Si bien todos los modelos comparten estas premisas, la importancia relativa que les adjudican es variable. Es a partir de estas diferencias que cada uno de ellos desarrolla principios y maneras de hacer terapia que le son característicos.

Trataremos ahora de comparar en varios parámetros los modelos de Palo Alto, estructural y de Milán, con el objeto de que se comprendan con mayor claridad las características del primero. Al hacerlo, hemos decidido correr el riesgo de cosificarlos demasiado, congelando estructuras conceptuales que están en permanente evolución. Esperamos que ello se nos perdone en función de nuestra intención pedagógica.

	Palo Alto	Estructural	Milán
Foco de análisis	Proceso de interacción	Cómo se organizan: interdependencia y jerarquía	El significado que da el sistema
Objeto del cambio	Circuito que mantiene el problema	Estructura	Significado
Foco de intervención	Segmento más motivado al cambio	Subsistemas	Primero todo el sistema, luego partes
Lugar del cambio	Fuera de la sesión	En la sesión	En la sesión (primordialmente)
Intervenciones	Redefiniciones Sugerencias Prescripciones (directas o paradójales)	Redefiniciones Puesta en acto Desbalanceo Sugerencias o prescripciones (directas)	Interrogatorio circular; redefinición global como connotación positiva: rituales: paradójales
Tipo de comunicación	Verbal	No verbal (espacio y movimiento)	Verbal
Distribución de sesiones	Diez como máximo (Generalmente una por semana o quincena)	Cantidad no especificada (Generalmente una por semana durante tres o cuatro meses)	Cantidad no especificada, espaciadas entre sí (tres o mas semanas)

Trataremos de explicar brevemente lo que se consigna en el cuadro.

Al hablar de *foco de análisis* nos referimos a que es lo que se mira desde cada modelo, aquello a lo que se presta atención, en función de las premisas privilegiadas por cada uno, en el marco de lo discutido precedentemente.

En el modelo de Palo Alto el foco son los procesos esto es las secuencias repetitivas de conducta en las que el comportamiento-problema está inscrito. Dicho de otro modo, *presta atención* a qué comportamiento de quién desencadena la conducta problema, y qué comportamientos de quie-

nes siguen a ésta con el propósito de solucionarla; se trata de identificar este ciclo autoperpetuante.

Desde el modelo estructural se mira cómo esos procesos se organizan en relación a la interdependencia y la jerarquía; se trata de averiguar quién hace qué con quién y quién decide que en el sistema. Las reglas, en el sentido de regularidades, que el terapeuta construye en este sentido le permiten caracterizar el sistema, graneándolo en términos de un mapa estructural.

El modelo de Milán pone el énfasis en los significados que el sistema atribuye a esa. organización particular de las conductas (el problema), como así también a sus construcciones explicativas (por qué apareció el problema, por qué perdura, y cuáles son las motivaciones de los participantes para comportarse como lo hacen).

Entendemos por *objeto del cambio* el aspecto del funcionamiento del sistema que se quiere modificar. Como se verá mas adelante, la visión del objeto del cambio está íntimamente ligada a la formulación del problema desde el terapeuta, (en términos antiguos, es el "verdadero" problema).

Desde el modelo de Palo Alto, lo que se intenta modificar es la secuencia de conductas que se refuerzan mutuamente en el intento de solucionar el problema. Se busca modificar un circuito específico, no porque haya un modo de determinar que es disfuncional en si mismo, sino porque prueba en este caso específico que contribuye a mantener el problema. Dicho de otro modo, no hay buenos y malos circuitos, sino que cualquiera puede ser funcional en un caso y disfuncional en el siguiente, cuando contribuye a mantener el comportamiento problema. En el modelo estructural, lo que se intenta modificar es la organización del sistema., lo que implica modificar la relación entre diversos subsistemas. Esto implica un cambio, como dijimos más arriba, en las reglas que regulan la interdependencia y la jerarquía.

La escuela de Milán intenta fundamentalmente modificar el consenso de creencias respecto a un tema dado, basándose en que si estas creencias se modifican, se modificarán las pautas interaccionales.

Foco de intervención alude a qué miembros del sistema elige el terapeuta dirigir sus intervenciones.

En el modelo de Palo Alto, se selecciona a aquellos miembros del sistema que parecen particularmente motivados para resolver el problema, basándose en el supuesto de que el cambio en uno o más miembros del sistema necesariamente da lugar a cambios en los restantes en relación al problema.

En el modelo estructural se utilizan los diversos subsistemas (por ejemplo padres, hijos, díada madre-hijo, etc.) para modificar con cada uno de ellos aspectos de la organización.

En el modelo de Milán el blanco es en principio el sistema completo, porque cuantos más miembros participen de las sesiones mayor es la posibilidad de introducir disenso en las creencias y premisas que dan significado al problema. No obstante ello, en etapas posteriores es posible que se trabaje con un número menor de participantes para realizar intervenciones más específicas (la prescripción secreta por ejemplo).

Cuando hablamos de *lugar del cambio* nos referimos al contexto físico en el que el terapeuta supone tendrá lugar la modificación comportamental de los consultantes. Esto es relativo al tipo de intervenciones.

Por ejemplo, el terapeuta estructural trata de modificar la interacción de los consultantes durante la sesión, presuponiendo que ellos trasladarán esa modificación a su vida cotidiana.

La escuela de Milán también se centra en lo que ocurre durante la sesión; en este caso en el cambio de las reglas comunicativas de la familia y en la modificación de las premisas cognitivas que aplican a la cuestión que los trae. El modelo de Palo Alto, en cambio, se ocupa sobre todo de intervenir en lo que los consultantes van a hacer fuera de la sesión. Muchas de las intervenciones tienden a modificar el comportamiento de los clientes en su vida cotidiana, y no en el curso de la sesión terapéutica (si bien en ella se "echan raíces" de las posteriores modificaciones).

Por *intervenciones* nos referimos en sentido tradicional, a aquellas conductas del terapeuta directamente planifica-

das para el logro de su objetivo de cambio: circuito mantenedor del problema, estructura o significado desde el modelo correspondiente (de hecho toda conducta del terapeuta afecta la de los consultantes, más allá de las definidas propiamente como "intervenciones"). Si bien muchas de éstas son comunes a los distintos modelos, algunas son enfatizadas o adecuadas en particular al propio objetivo: Palo Alto instrumenta redefiniciones que posibilitan desanclar conductas fallidas en relación a la situación definida por los consultantes como problema, estimulando, si es necesario, las nuevas alternativas de solución a través de prescripciones directas o paradójales.

La Escuela Estructural intenta modificar la estructura, partiendo fundamentalmente de redefiniciones, intensificadas en la vivencia y experiencia de conductas manifiestas diferentes incluidas por el terapeuta, como son el enacting, el desbalanceo y las sugerencias o prescripciones de nuevas pautas organizacionales.

Los terapeutas de Milán enfatizan en especial para la modificación del significado otorgado por el sistema-consultante a la situación-problema, el interrogatorio circular y la redefinición que involucra a todos los componentes (específicamente como connotación positiva previa a una intervención paradójal). Los rituales u otras intervenciones como el secreto, tienden a reforzar el nuevo significado con nuevas reglas interaccionales que lo confirmen.

Los modelos difieren también en cuanto al *tipo de comunicación* al que prestan atención preferente. En el de Palo Alto se privilegia la comunicación verbal, tanto en el sentido de que el terapeuta presta atención casi exclusiva a lo que los pacientes cuentan como en cuanto a que sus intervenciones se basan sobre todo en qué y cómo decir.

Este es también el caso en la escuela de Milán, pero no el de la estructural, donde se presta atención al modo en que los consultantes se ubican y mueven espacial y corporalmente y donde el terapeuta utiliza también sus propios desplazamientos para sus intervenciones.

Con *distribución de sesiones* nos referimos a la frecuencia

promedio de éstas y su distribución a lo largo del tiempo de contacto consultantes-terapeuta. Palo Alto generalmente trabaja con un máximo de diez, distribuidas una por semana o quincenalmente, dependiendo en parte del tipo de prescripción o sugerencia dada por el terapeuta, y en parte de la capacidad de modificación (flexibilidad) de/los consultantes. Basados en la premisa de "el mínimo esfuerzo para el máximo cambio" considerando a la vez que este máximo cambio es el 'mínimo indispensable para poner en acción un círculo beneficioso de nuevas interacciones", podríamos definir a este modelo como el más íntimamente ligado al concepto de terapia breve.

El Modelo Estructural no especifica un límite en el número de sesiones. Este está definido por la capacidad de terapeuta y consultantes de ir logrando el objetivo terapéutico en la interacción mutua concreta relativamente frecuente en relación a los otros modelos (generalmente una sesión por semana). Las modificaciones en el problema necesitan aparecer en el contexto terapéutico, para ser desplazadas y reconfirmadas en el comportamiento fuera, en los otros contextos habituales.

Desde el Modelo de Milán, las intervenciones globales sobre sistemas frecuentemente rígidos, a transacción psicótica, incrementan el tiempo necesario para el aprendizaje, que es respetado por el terapeuta ampliando el lapso entre sesión y sesión, sin aumentar necesariamente la frecuencia. Como sus maestros dicen "es una terapia breve a largo plazo".

Inspirados en nuestros maestros de Palo Alto, vamos a desarrollar algunas ideas, acerca de qué hacemos -y por ende que creemos y pensamos- cuando hacemos terapia desde nuestro modelo.

Probablemente, ellas, no sean más que las mismas concepciones de nuestros inspiradores, sometidas al microanálisis que exige un intento de registrar el proceso terapéutico.

I) Partiremos de considerar a la conducta-problema en contexto, es decir mantenida por acciones entre individuos de un sistema (sistema conceptual para el terapeuta), que al intentar resolver una situación difícil o molesta, la fijan (intentos fallidos de solución). Cuando hablamos aquí de "sistema conceptual para el terapeuta", estamos implicando que el recorte de lo que se considera un sistema de interacción depende de nuestro ojo de observador, es decir, de cuáles son las relaciones que éste percibe como significativas en el mantenimiento de una conducta-problema (1).

Veamos- un ejemplo: Consultan los padres de un adolescente de 14 años, por fugas reiteradas del paciente que vienen repitiéndose desde hace aproximadamente un año. Del interrogatorio surge que ambos padres creen que estas conductas tienen que ver con que el hijo es adoptivo, y se debe estar sintiendo inseguro del afecto de ellos. Esta creencia es compartida por la abuela que vive al lado, y a la que el paciente identificado recurre cada vez que decide volver al hogar, para que presione sobre los padres en el sentido de que deben ser más comprensivos y considerar esta situación "especial" que es su condición de adoptivo. Como resultado, los padres hacen intentos cada vez más infructuosos de hablar con el hijo sobre sus necesidades afectivas, recibéndolo como un hijo prodigo en cada regreso.

(1) Teóricamente, habría tantos sistemas de interacción como recortes posibles que el terapeuta-operador pudiera realizar desde las variables que elige para definirlo: en nuestro caso, desde lo que percibiríamos como circuito de mantenimiento del problema.

Ante las reincidencias de las fugas, el médico de confianza de la familia es consultado y sugiere una derivación a un psicoterapeuta, a la que los padres acceden rápidamente.

Desde la lectura del terapeuta, la conducta-problema persiste en relación a otras conductas de los padres y abuela que siguen a la primera, y la refuerzan indefinidamente. Las relaciones entre padre-madre-abuela-paciente identificado, constituyen el sistema conceptual de interacciones que recorta el terapeuta como significativo en el mantenimiento del problema de las fugas. Lo que cada uno de ellos hace específicamente al intentar solucionar ese problema -presión de la abuela y conversaciones interminables de los padres-se convierte en intentos fallidos de solución, que serán para el terapeuta el "verdadero" problema a resolver.

II) El cambio de esa situación problema viene propuesto sólo por el/los individuo/s perturbado/s por esa situación, no desde la totalidad del sistema de relaciones que el terapeuta recorte como sistema/circuito de mantenimiento.

Esto significa que el equilibrio logrado en las interacciones ha dejado de ser satisfactorio para uno o más individuos que se sienten motivados a modificar una situación-problema, convirtiéndose en los potenciales agentes de cambio. Desde el terapeuta, estos serán considerados como el "subsistema de intervención o impacto". Volvamos a nuestro ejemplo anterior: la consulta por el problema de las fugas es solicitada por los padres del adolescente, e indirectamente por el médico de la familia. Ni la abuela ni el paciente identificado, a pesar de estar incluidos en el sistema de mantenimiento muestran interés por hacer algo diferente a lo que hacen (la abuela delegó en los padres la decisión de la consulta y el hijo se negó a asistir).

Esto nos permite percibir como terapeutas, que los más motivados a que la situación cambie son los padres consultados, a quienes entonces consideramos el "subsistema de impacto de las intervenciones terapéuticas".

III) Pero desde nuestra perspectiva, no sólo la motivación en el consultante es un requisito para poner en acción el cambio. También es necesaria la posición jerarquizada en el sentido de capacidad para influir (2), de manera tal que la motivación se haga viable en la concreción de una diferente manera de funcionamiento del sistema de relaciones: "querer y poder" -que no son sinónimos-son las cualidades necesarias en el subsistema de impacto.

Volvamos a nuestro ejemplo. Es indudable que los padres no sólo están perturbados por las fugas del adolescente, sino que también tienen posibilidades de modificar la situación dada, ya que poseen autoridad social por el hecho de ser los padres de un menor, confirmada por-la abuela y el médico quienes delegaron en ellos la decisión de consultar.

De hecho, muchas veces nos encontramos frente a situaciones, donde un motivado consultante poco puede hacer desde su posición para modificar el problema. Por ejemplo, si en este caso mencionado, otro familiar no calificado por los miembros del sistema de mantenimiento se hubiera interesado por la resolución de las fugas.

Podríamos entonces afirmar que el recorte del subsistema de impacto depende también de las variables que organizan la realidad terapéutica para el terapeuta-operador por parte de los distintos miembros del sistema consultante. A la vez, esta posibilidad de recortar subsistemas de impacto por parte del terapeuta, abre a éste la alternativa de elección de diversas niveles de intervención que éste considere apropiados para el logro del objetivo(3).

(2) De hecho, la capacidad para influir la consideramos interaccionalmente, como posibilidad de ejercer poder porque éste es otorgado complementariamente por otros en relación a quien lo ejerce.

(3) Por ejemplo, en el caso mencionado, la elección de los padres como "subsistema de impacto" nos libera de la exigencia de incluir a los otros miembros del sistema de mantenimiento que no colaborarían fácilmente al proceso terapéutico. De la misma manera en una situación diferente, podríamos decidir desde terapeutas, más de un nivel de intervención: los padres y el paciente identificado, o el paciente y un maestro, para dar un ejemplo, si desde las variables mencionadas el actuar sobre ambos nivel facilitara la resolución del problema.

De todo lo antedicho se desprende que, la motivación en el consultante hacia el logro de la resolución del problema definido, es la fuerza motora -producto e índice de una perturbación- que necesita ser amplificada y/u orientada hacia la consecución del logro terapéutico, especialmente a través de los que ejercen mayor influencia en el sistema.

IV) Esto supone que el/los consultante/1 tiene/n conocimiento, capacidad e interés para lograr una modificación, pero necesita/n de la presencia real o virtual del "experto" para definir:

- 1) Un problema que sea solucionable,
- 2) Una meta alcanzable en un plazo de tiempo, y además,
- 3) Necesitan orientación o estímulo suficiente (incrementación de la motivación) para modificar sus caminos intentados.

Es así como, a partir de la demanda de el/los consultante/s, surgen interacciones con el terapeuta (construcción del sistema terapéutico), proceso a través del cual se trabajará conjuntamente para el logro de un objetivo común: el alivio de la situación-problema.

"Lo que está implicado aquí es que consultante y terapeuta poseen un objetivo único, pero construyen la realidad desde grillas de lectura diferentes que necesitan encajarse mutuamente para constituir una tercera común, que rescate al consultante de su propio punto de vista en los tres aspectos mencionados, posibilitando al terapeuta ser terapéutico.

V) Cuando pensamos en la alternativa de una terapia para resolver problemas, pensamos en la posibilidad de congruencia entre sistemas consultante-terapeuta, en estos tres niveles de interacción: 1) "paciente y terapeuta deben tener la capacidad de definir o acotar problemas; 2) de considerar un límite de tiempo para evaluar resultados en relación con el cumplimiento de una meta mínima; y 3) convencimiento o posibilidad de convencerse de poder introducir cambios instrumentando nuevos caminos y soluciones. Esta congruen-

cia puede darse espontáneamente, o el terapeuta necesitara estimularla en una etapa preestratégica, tolerando el proceso de adecuación del sistema consultante al modelo estratégico, en tanto se construya una organización estratégica.

Explicitaremos este párrafo, que consideramos de una relevancia particular. En nuestra experiencia, los consultantes vienen con diferentes expectativas, más o menos claras, respecto a lo que debe ser una psicoterapia en cualquiera de los tres niveles mencionados: definición del problema, consideración de un límite temporal para un logro necesariamente puntual o "mínimo" especificado, y actitud frente a posibles modificaciones de la situación-problema. Hay quienes vienen "hechos" para instrumentar un modelo estratégico desde el terapeuta, como el caso del adolescente que se fuga, donde el problema está focalmente explicitado y es casi espontáneo establecer que la disminución de las fugas en un tiempo concertado pueda indicar una mejoría, con padres dispuestos a implementar algún camino diferente al ya utilizado.

Pero también hay quienes llegan a la consulta con problemas del tipo: "me siento mal conmigo mismo, y por lo tanto nada de lo que emprendo en la vida me sale bien", lo que implícitamente significa que tampoco se sienten capaces de hacer algo que pueda entenderse como mejoría en la terapia, ni involucre el tiempo como variable esencialmente valorada (podríamos decir que está percibido como "siempre", "ya" o "nunca").

En este caso, podría pasar que en las interacciones sucesivas entre consultante y terapeuta, pueda construirse un problema solucionable del tipo de: cómo rendir más en el trabajo, por ejemplo, del cual podría desprenderse algún índice para evaluar la mejoría en un plazo determinado -que uno o dos días a la semana de la próxima quincena cumpliera con los pedidos de su jefe- y de hecho, esto involucraría un cambio en su actitud respecto a la posibilidad de implementar esta tarea.

En este ejemplo, el terapeuta necesita tolerar la adecuación progresiva del sistema consultante a la construcción de una organización del sistema terapéutico tendiente al logro del objetivo contratado (organización estratégica).

Si las limitaciones por una o ambas partes son grandes, la congruencia entre sistema consultante-terapeuta no podrá darse, y por ende, el tratamiento no podrá ser estratégico(4).

Como expresamos precedentemente, desde nuestro modelo de terapia estratégica se definen tres niveles de interacción consultante-terapeuta: co-construcción del problema, de la meta, y de las soluciones. Podríamos decir que éstos definen "qué hacer en terapia".

Pero también dijimos que para que sean posibles estas co-construcciones, es indispensable la congruencia sistema consultante-terapeuta en estos diferentes niveles. Esta coherencia incluye el aspecto formal de la terapia, el "cómo hacer la terapia". De esta manera "qué" y "cómo" van indefectiblemente unidos a lo largo del proceso terapéutico, en una permanente secuencia de acciones y reacciones mutuamente correctoras, a través de lo que tanto consultante como terapeuta perciben y evalúan de sí mismos y del otro como adecuados, en relación al objetivo terapéutico fijado.

VI) Esto nos lleva a conceptualizar que los tres niveles de interacción mencionados se disparan a partir de tres componentes presentes en los miembros del sistema terapéutico, que se califican (¿cualifican?) mutuamente: cognitivo, afectivo y conativo o de acción.

A continuación describiremos como juegan éstos en cada uno de los niveles que conforman la terapia.

1) Co-construcción del problema: en este nivel el proceso de co-construcción se desarrolla desde una "queja inicial" que trae el consultante (lo que él percibe que tiene que modificar, o sea lo que aparece es el plano cognitivo), acompañada por un malestar más o menos profundo (componente afectivo) y una demanda más o menos específica de lo que

(4) Pensamos que en esta situación el terapeuta se halla frente a tres alternativas: a) selecciona de su arsenal otro modelo psicoterapéutico que se adecuó isomórficamente a la demanda rígida del paciente; b) deriva a otro terapeuta capaz de implementarlo; c) intenta él rígidamente instrumentar el modelo estratégico, resignándose a fracasar a corto o mediano plazo.

está dispuesto a hacer o recibir (aspecto conativo).

En el contacto con el terapeuta, éste modifica la queja contextualizándola y focalizándola hasta convertirla en un problema o motivo de consulta (lo que el terapeuta puede comprender desde su modelo o grilla) acompañado de un afecto más o menos profundo de interés en relación al afecto del consultante (componente afectivo) y un estímulo o tendencia a actuar en una dirección que encaje con la demanda del consultante (aspecto conativo del terapeuta). Veamos un ejemplo: Viene a consultar solamente la madre, ama de casa de 37 años, por su hija Susana de 14 años que inicia el 2° curso del Secundario. Conviven además el padre, industrial de 39 años, otra hija de 11 y un hijo de 9 años.

Madre: "el año pasado terminó sus estudios a los ponchazos..." como siempre, donde más se notan sus dificultades es en la escuela. Ella es rebelde, nerviosa y muy insegura. Quedo con dos materias previas y ahora ha decidido ingresar a una Escuela de mayores exigencias. Con el padre estamos dudando de que pueda rendir en este nuevo lugar, porque manifiesta tantas dificultades para el estudio..."

Terapeuta: Parece que su hija manifiesta algunos problemas que a Uds. les preocupan en diversos aspectos; en estos momentos ¿cuál es el área de su conducta o el problema que creen más urgente a resolver?

Madre: "sin duda el rendimiento es la escuela, porque también las profesoras nos han citado por la cuestión..."

"Nosotros ya habíamos pensado en consultar tiempo atrás, pero ahora en el secundario esto se hizo mas evidente, y creemos que ya tiene edad para que ella cambie la actitud (enojada). Si no serán otros cuatro años más de calvario!!"

Terapeuta: ¿y qué dice su esposo de la cuestión?

Madre: "El la ve inmadura en general, y se lo dice... pero yo ya estoy harta con la escuela".

Terapeuta: a Ud. le afecta especialmente...

Madre: "yo soy la encargada fundamentalmente de los

niños porque él trabaja todo el día, así que quien corre de aquí para allá pidiéndole a las compañeras apuntes, o haciendo síntesis de las materias, soy yo. Hacia el fin de año, con los exámenes, también le pusimos profesores en matemáticas y lengua

Terapeuta: ¿le ayudó?

Madre: "Un poco.", pero nosotros queremos saber cómo manejar esto para que ella se sienta bien y aprenda a arreglárselas más por ella misma... saber hasta donde exigir".

Terapeuta: De modo que si entiendo bien, necesita un diagnóstico de las habilidades de Susana para el aprendizaje, y a partir de ahí podamos conversar concretamente: qué actitudes de Uds. pueden ayudarle a que los utilice... especialmente Ud. que es la que está más tiempo con ella.

Madre: "Exactamente, eso es".

Como podemos ver, la queja primitiva de la madre fue focalizándose a través de las intervenciones del terapeuta en la falta de aplicación al estudio, y más concretamente finalizó en un motivo específico: el diagnóstico de las habilidades de la PI (encaje cognoscitivo). Esta coherencia estimuló el interés de ambas partes (encaje afectivo) en tanto el consultante se sintió comprendido por el terapeuta y este tiene ahora un problema solucionable que la estimula aumentando la disposición del primero a cooperar en el accionar que el terapeuta posee (encaje conativo).

Podríamos graficarlo así:

• Paciente	• Terapeuta
-----	-----
queja	motivo de consulta
grado de perturbación	interés o disposición a influenciar
tipo de demanda	tipos de acción terapeuta

En un sistema consultante la queja, grado de perturbación y tipo de demanda, aparecen jerarquizados según reglas de la propia organización, y el terapeuta necesita actuar coherentemente a las mismas respetándolas o intentando las marcaciones que la organización tolere, como un interjuego permanente entre poder otorgado y poder ejercido.

En un ejemplo de esta clase, en el caso recientemente descrito, es evidente que la madre es la que está especialmente perturbada y motivada a que se modifique la condición de la hija. A través de sus intervenciones, el terapeuta podría conseguir que también el padre asistiera a las sesiones profundizando su grado de perturbación por la situación problema e involucrándolo activamente en la terapia.

Esto es probable -aunque innecesario- que ocurra, ya que las reglas de esa organización no serían desafiadas en grado extremo, puesto que el padre usualmente interviene a su manera en los problemas de los hijos.

Pero sería seguramente imposible para el terapeuta excluir con éxito a la madre de la construcción del problema y la demanda de ayuda terapéutica, cuando ella funciona en ese sistema como el eje de la educación de los hijos y tanto su interés y preocupación no pueden dejar de ser considerados e instrumentados.

2) Co-construcción de la meta: en este nivel el proceso de co-construcción se desarrolla desde el problema o motivo de consulta resultante de las interacciones previas, hacia un aspecto puntual del mismo que ambas partes acuerden como índice de evaluación del proceso terapéutico, en un tiempo acotado.

Esta co-construcción involucra la variable tiempo y modificaciones mínimas en el estado del problema, nuevamente disparados desde los componentes cognitivos (acuerdo que consultante y terapeuta pueden percibir como una mejoría alcanzable en un plazo), afectivo (que ambos se sientan satisfechos con su probable logro), y reactivo o *conativo* (ya que la meta mínima se convierte en directriz como partida de las acciones de ambos).

En el ejemplo mencionado de la adolescente con problemas de aprendizaje, podría acordarse como meta mínima trabajar durante un tiempo para que la paciente se haga cargo de ella misma del estudio de una materia determinada, si esto puede ser percibido y valorado como mejoría, por parte de la madre y el terapeuta.

De hecho, este acuerdo orientara las acciones de ambos

partes para su logro. Las sucesivas acciones y reacciones a lo largo del proceso terapéutico irán repitiendo este esquema, evaluando y corrigiendo esa meta si fuera necesario, a través de las nuevas informaciones.

Podría pasar en nuestro ejemplo, que en una sesión posterior la madre informara que dedicarse con responsabilidad a una sola materia no es suficiente como mejoría, o bien que es demasiada exigencia para la hija, y entonces fuera necesario recontratar otra meta diferente que se perciba y satisfaga como índice de avance en los problemas de aprendizaje, hecho que concomitantemente modificaría la frecuencia y/o intensidad de las conductas conducentes a su logro.

3) Co-construcción de nuevas soluciones: en este nivel la co-construcción se da entre un sistema de intervención impedido en algún aspecto para implementar las habilidades que posee para resolver el problema, en encuentro con un terapeuta que debe ser capaz de desbloquear esas potencialidades, básicamente a través de dos caminos:

a) persuadiéndolo de realizar conductas diferentes, o

b) incrementando la dificultad de resolución, de manera tal que el propio sistema consultante ponga en acción otras alternativas. Un tercer camino, sería

c) modificando la percepción misma del problema, que en consecuencia modifique las acciones tendientes a resolverlo.

Volvamos a nuestro ejemplo. Si optáramos por a) podríamos sugerir más o menos directamente algún tipo de conducta por parte de los padres que no le quitaran el esfuerzo personal a Susana.

Si optáramos por b) amplificaríamos de algún modo las consecuencias del mantenimiento de los problemas de aprendizaje: "Pensándolo más detenidamente Sra., gran parte de su vida ha estado dedicada a los escollos que las sucesivas exigencias le han planteado a su hija... Ud. siempre a su lado, tratando de que no la lastimaran... sólo faltan cuatro años de secundario, que es casi nada en relación a todos los anteriores. ¿No cree conveniente seguir cuidándola, corrien-

do por ella sin correr el riesgo de que sienta algún dolor por madurar o teniendo que disponerse a mantener un esfuerzo?" Si optáramos por c) podríamos intentar convencer a la consultante de que esta aparente inmadurez de la que hablan, es una férrea decisión que viene manifestando desde temprana edad de manejarse en la vida con un séquito de personas que le faciliten las nuevas situaciones que la vida le va presentando, con lo cual la visión acerca de la invalidez cambia. Cabe acotar que esta modificación, traerá aparejada- también un cambio en lo que se actúe hacia la adolescente. Sea cual fuere el camino que se adopte, consultante y terapeuta necesitarán co-construirlo respetando premisas generales que permitan percibir (componente cognitivo), sentir o valorar (componente afectivo) y tender hacia acciones específicas (componente reactivo) diferentes a los que mantuvieron el problema.

Los límites de esta puesta en común, demarcan los límites de la terapia: si no hay un acuerdo percibido como que "así de diferentes son las cosas", el paciente no se sentirá satisfecho y comprendido por el terapeuta, éste sentirá que no es calificado en su intervención, y por lo tanto no podrán aunar acciones en una dirección diferente a la que mantuvo el problema. En otras palabras, si no es posible incluir una *diversidad compartida*, o bien ambos quedarían atrapados en las viejas premisas, o bien sería imposible trabajar conjuntamente, y esto en los tres niveles involucrados.

Cuál de ellos: si el cognitivo, el afectivo o el reactivo cobrará prioridad como "motor" de los otros, es también materia de la congruencia que paciente y terapeuta construyen en su interacción y, a riesgo de ser repetitivos, el sistema terapéutico nuevamente queda expuesto a posibilidades y limitaciones.

Los tres niveles hasta acá descriptos de organización de la relación terapéutica -problema, meta y soluciones- están permanentemente en juego a lo largo del proceso terapéutico. La secuencia de acciones y reacciones que los construyen se convertirán en confirmaciones o modificaciones de la dirección del proceso y definirán también su duración en el tiempo.

Los índices evaluadores de la confirmación o modificación de la dirección de ese proceso, necesitan entonces referirse a las congruencias entre los componentes cognitivos, afectivos y reactivos de consultante-terapeuta en cada uno de los niveles de organización del proceso. Allí descubriremos si aquello que necesita ser co-construido se logró, y si no fue así, qué obviamos hacer o de qué otra manera (como) tendría que haber sido hecho. Podríamos decir que, en última instancia, nuestra terapia es un proceso de modificación progresiva y económica de actitudes(S) por parte del consultante y del terapeuta, donde cada uno de ellos es estímulo de cambio para el otro, con el faro de un objetivo común: un específico logro.

Confiamos en que las fichas que siguen a continuación, reflejen un método particular que hemos diseñado para evaluar los cambios le actitudes de los miembros mientras existe el sistema terapéutico, y aun mas allá cuando el sistema consultante recuperó su cualidad de terapéutico. Visto desde la perspectiva complementaria, que nos dé informaciones acerca de cuándo y en relación a qué esas modificaciones no han tenido lugar.

CAPITULO II

EL MODELO DE REGISTRO DEL PROCESO TERAPÉUTICO

(5) Definiendo una actitud como conducta compleja que implica la cualidad perceptual, emocional y conativa calificándose mutuamente.

COMENTARIO PRELIMINAR

Empezamos por tratar de construir algo que sirviese para registrar los datos importantes del proceso terapéutico según el Modelo de Palo Alto desde el principio al "fin" (incluyendo tiempo post-terapia).

Terminamos fabricando algo que sirve para eso, pero que desde el punto de vista de su utilidad clínica tiene una finalidad más importante: proveer al terapeuta de un modo de pensar y prestar atención a todos los datos cruciales del modelo que está operando(1). Es de este modo que el registro se transforma en una especie de panel de instrumentos de vuelo, dispuesto de modo tal que el piloto no puede dejar de ver los datos que sugieran mantener o cambiar el rumbo, o al menos percibir que no ha hecho las operaciones necesarias para que aparezca la información correspondiente en el tablero.

Lo que sigue no es por ende un manual de vuelo ni enseña a volar, sino que presenta un diseño de tablero particular para un avión específico (Modelo Palo Alto). Junto con el diseño de tablero vienen las instrucciones para conectar cada panel de lectura (instrucciones para el llenado de las fichas) y para su utilización durante el vuelo (comentarios sobre el significado y utilización de los ítems).

Hemos tratado de ordenar en general el registro según el

(1) Esto se refiere a la regla general primera, que especifica la necesidad de que el registro dé cuenta de la información suficiente y necesaria para que el terapeuta pueda operar.

orden en el que habitualmente obtenemos la información. No obstante, dado que la entrevista no debe ser un interrogatorio, debe tenerse presente que, con enorme frecuencia, la información clara sobre un ítem recién aparece cuando se está hablando sobre otro.

Una de las grandes ventajas que en nuestra opinión tiene el uso de registros de este tipo, es que al llenarlos surge con claridad lo que no se sabe, sea porque no se interrogo o porque los consultantes ofrecieron una respuesta lateral o poco precisa. Por ende, es posible dejar casilleros en blanco, con la posibilidad de llenarlos mas adelante, o volver sobre ellos si hiciese falta, en la próxima entrevista.

Previamente a enfrentarlos con lo realizado deseamos añadir que - contrariamente a nuestra primera intención-hemos tomado en cuenta una observación del Lic. Especialista en Sistemas Bernardo Dell'Oro, a quien habíamos convocado a nuestro cónclave inicial para un diseño computariza-do del registro.

A cierta altura de la conversación, con todo desparpajo nos espetó: "Si les entendí bien, Uds. tratan de escribir con esto algo que, además de ser útil, sea necesariamente atractivo e interesante... me parecen maravillosamente ambiciosos. Yo, en mi profesión, tengo que tragarme unos libracos llenos de códigos y ecuaciones, y nadie me pregunta si me parecen entretenidos o no.^"

No sabemos si hemos conseguido hacer algo útil, pero de lo que estamos seguros es de que no es entretenido. Después de todo, es difícil que un manual de vuelo pueda convertirse en una interesante obra literaria. Sólo nos queda por abrochar a una conducta inevitable una sugestión posible: "al leerlo Ud. descubrirá que es muy aburrido, y eso lo llevará inevitablemente a descubrir que es útil".

MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA EL COMPLETAMIENTO DE LA FICHA DE REGISTRO INICIAL

A) *Carátula*

Nombre y otros datos personales del encabezamiento; Se refieren a la identificación de quien/es viene/n designa-do/s como portador/es del problema, o sea por quién/es se consulta, que puede/n ser o no quien/es pide/n la entrevista (Consultante/s), o quien/es va/n a concurrir a la misma, Este "Paciente Identificado" puede ser unipersonal, o pareja, o una familia, definido/s como necesitados de ayuda terapéutica. En otras palabras el Paciente Identificado puede coincidir o no con el/los consultante/s que es/son el/los que pide/n la consulta o está/n motivado/s a buscar solución al problema.

Derivante: Consignar función (por ej.: amigo, o médico de cabecera) especificando si fue quien pidió la consulta, o esta se hace por propio interés de los consultantes. Si se considera pertinente, agregar apellido y nombres, dirección y teléfono.

Grupo de convivencia: Registrar en este Cuadro los datos estipulados para cada miembro que convive con el Paciente Identificado, pertenezcan o no a la familia biológica (Por ejemplo: un amigo o empleada cama adentro).

Esto significa que algun/os miembros de la familia biológica que no conviven con el Paciente Identificado (por ej.: un padre separado, o un hermano casado que viven en otro lugar) no figurarán en el cuadro, si bien puede ser útil registrarlos al pie del cuadro para completar información.

Otros significativos: Por significativos entendemos los que tienen alguna relación con el problema del Paciente Identificado. Por relación queremos decir un contacto influ-

yente en las conductas "disfuncionales" del Paciente Identificado. Por ej.: una maestra cuando el problema del chico en la escuela, o una abuela que vive al lado y lo cuida la mayor parte del día, etc. No siempre es posible consignar este dato al principio de la entrevista, por lo que el terapeuta no debe olvidar luego el registrarlo, si aparece.

Los ítems restantes: Se explican por sí mismos, o están especificados en los otros Manuales de Instrucciones que los implican.

B) Instrucciones para registro de primera entrevista

1) Queja Inicial: Debe registrarse, en lo posible con palabras de/los consultante/s, lo que expresa/n como razon/es de la consulta que pueden de hecho, ser diversas, en el caso de distintos consultantes. Ej.: "Desde hace unos meses estoy confundido y nervioso... no sé qué me pasa".

2) Por qué ahora?: Debe rastrearse específicamente qué desencadenó que la consulta surgiese en este momento. Conviene consignar también, si el consultante las ofrece espontáneamente, otras circunstancias del pasado más o menos reciente que contribuyeron a su decisión, pero nunca en reemplazo de la información acerca de lo que la desencadenó ahora.

Ej.: "Me puse mucho más nervioso cuando me cambiaron de puesto en el trabajo, pero me decidí a venir la semana pasada cuando la jefa me dijo algo y le tiré algo por la cabeza".

3) Motivo de consulta: Escribir el problema que el consultante eligió como más importante o más urgente, que puede coincidir solo parcialmente con la queja inicial. Por ej.: "Me va mal en el trabajo, me peleo con mi mujer y estoy impotente" (queja inicial).
Terapeuta: "Qué de todo esto le preocupa en primer lugar?"

Paciente: "Que me peleo con mi mujer" (motivo de consulta)

Esta definición puede implicar una transacción entre consultantes, por ejemplo cuando padre y madre traen distintas quejas iniciales.

"¿Por donde creen ambos que es conveniente comenzar?"

Expresar el motivo de consulta en conductas específicas evaluables, aunque no necesariamente observables desde afuera. Por ej.: "Piensa todo el día en la madre muerta, no llega a pasar dos horas por día sin pensar en ella".

4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta: Consignar desde cuándo sufre el problema, fluctuaciones importantes a lo largo del tiempo y sus razones, si añaden información sobre estrategias posibles. Pero sobre todo, circunstancias detalladas en las que el síntoma tiene lugar ahora: con quién, frente a qué comportamiento, en qué horarios, etc.

Asimismo otros datos del contexto que parecen ser correlativos al problema, especialmente significaciones que se le atribuyen.

Por ej.: "La abuela vino a pasar una temporada y eso hizo que la mamá perdiera más la paciencia", o "el hermano bebé empezó a caminar y al hacerse sentir más, aumentaron los celos, y el adolescente empeoró".

5) Que deja de hacer o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema: Indagar si hay algo que la/las persona/s no puede/n dejar de hacer como consecuencia del problema o si hay algo que ella/s quisiera/n hacer y no puede/n (nos referimos al/los consultante/s, y al Paciente Identificado).

6) Soluciones intentadas: Escribir en cada caso las conductas concretas que los distintos miembros del sistema significativo efectúan al intentar solucionar la conducta problema, especificando si son soluciones fracasadas o exitosas, y en este último caso si están vigentes o no: si no por

qué fueron abandonadas. Por ej.; incluir las soluciones de la abuela, que está todo el día con el chico pero no vino porque no cree en la terapia.

7) Tratamiento anteriores: Hay que indagar acerca de las características de los tratamiento/s anterior/es y de los terapeutas, y en qué sentido sirvieron o no. Suele convenir preguntar qué se les dijo respecto al problema, y si eso sirvió, o qué sacaron en limpio y si les fue útil o no.

8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes: Se refiere a otros tratamientos que pueden influir sobre el motivo de consulta (por ej.: la medicación tiroidea), aunque el profesional a cargo no haya sido descrito entre las personas significativas.

Al mismo tiempo que se averigua esto conviene indagar por otros tipos de tratamientos (por ej.: Psicopedagogía o Foniatría, etc.) para saber si los profesionales deben figurar o no en el ítem de los "Otros Significativos".

9) Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas: Se trata de consignar las opiniones y creencias que generan determinados modos de manejarse del consultante y las otras personas significativas frente al problema y al Paciente Identificado, es decir el marco general dentro del cual vienen ensayando sus soluciones.

Esto incluye a las personas de prestigio aunque no estén en interacción directa con el caso (Por ej.: un médico que alguna vez declaró qué casos de este tipo son irreversibles, y esto es considerado como artículo de fe por la madre). Esto se diferencia de las soluciones intentadas en que aquellas representan las acciones concretas, mientras que éstas representan el marco actitudinal más amplio en el que las soluciones se inscriben. Por ej.: la solución intentada por la madre es hacer las cosas por el chico cada vez que éste manifiesta que no puede por sí mismo, y las soluciones están enmarcadas en la creencia de que el chico es débil y hay que ayudarlo con protección.

10) Motivación:

a) Qué objetivos busca al consultar: ¿Para qué cree que le puede servir la terapia? Consignar si por ejemplo busca entender qué le pasa, calmar a alguien, convencerse de que no puede hacer nada, tener con quién descargarse, etc.

Nos referimos siempre al/los consultante/s, que puede/n incluir o no al Paciente Identificado.

b) Qué espera que haga el terapeuta: ¿Cómo espera o supone que el terapeuta debe comportarse en el tratamiento? Registrar cosas tales como si quiere que el terapeuta lo escuche, le interprete, lo apoye ante otros, le ofrezca consejos, etc. ¿Es de la gente que supone que el terapeuta debe intervenir pronto, o de los que creen que es necesario conocerlo muy bien antes de decirle algo?

11) Posiciones y lenguaje del/los consultante/s que pueden ser útiles: Registrar aquí las formas del consultante/s de considerarse a sí mismo/s, valores, creencias y visiones del mundo (no ya referidas al problema sino de índole general que pueden constituir una buena apoyatura para intervenciones del terapeuta). Por ej.: "Si hay algo importante para mí es entender por qué hago las cosas"; esto serviría para que el terapeuta elabore una detallada explicación de la sugerencia posterior.

12) Diagnóstico: Describir el circuito que mantiene la conducta-problema, sea en términos de conductas observables o actitudes recíprocamente confirmatorias. Ej.: del 1ro.: La madre se levanta -el niño se orina- la madre se levanta. Ej.: del 2do.: La madre cree que el hijo es torpe como consecuencia de un golpe -el niño se comporta torpemente-la madre reconfirma su creencia.

13) Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste. Se trata aquí de focalizar o parcializar- un aspecto del motivo de consulta, y pactarlo como meta a lograr a través del proceso terapéutico.

En algunos casos se podrá pactar esta meta como suficientemente significativa como para dar por terminado el proceso cuando se logre. En otros, se pactará como un primer paso pequeño pero significativo (aunque no suficiente). En ambos casos, debe quedar registrado a qué clase pertenece la meta mínima, que siempre debe consignarse en términos de comportamiento observable,

14) Objetivo del terapeuta: ¿Qué quiere lograr el terapeuta, o sea qué eslabón o segmento busca cambiar para lograr una modificación en el estado diagnosticado?

Por ejemplo, conseguir que esta mamá deje de proteger a su hijo cada vez que el papá lo frena, o cualquier otra alternativa que interrumpa el circuito.

Si el circuito no fue descrito en términos estrictamente conductuales sino actitudinales, el terapeuta debe describir cuál es el cambio de actitud buscado, y citar a modo de ejemplo una conducta observable que indicaría que dicho cambio se produjo.

En el caso de que el objetivo sea que la madre no siga tratando al chico como si fuera tonto, podría especificarse que lo deje ir al supermercado y manejar las cuentas.

15) Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante: Se trata de registrar las principales intervenciones y el grado en que "entraron", para ver si vale la pena insistir en ellas o no.

a) Entendemos por reformulación toda adjudicación de significado hecho por el terapeuta a las conductas relacionadas con el motivo de consulta, y que pretenda modificar la percepción que en el sistema consultante se tenga de las mismas.

b) Con sugerencias nos referimos a alternativas de acción propuestas por el terapeuta, dejando margen de elección por parte del consultante para ser rechazadas, sin que ello implique "desobediencia".

Por prescripciones entendemos indicaciones explícitas de conductas a ser cumplidas o bien desafiadas (parado-

jales) como modo de cooperar con el progreso del tratamiento. Por ej.: las tareas para realizar entre sesión y sesión.

El ítem c) debe llenarse con la descripción del tipo de tratamiento indicado, y la explicación de esa elección a paciente si la hubo. Por ej.: "comienza grupo, o terapia familiar, o relajación porque...".

16) Predicciones: Consignar aquí las anticipaciones que el terapeuta haga respecto a comportamientos posibles con los que los miembros del sistema reaccionarán a las intervenciones de esta entrevista.

17) Estrategia a seguir: Registrar aquí las maniobras o modalidades de acción que el terapeuta considera convenientes para el logro de su objetivo, y/o aquellas que cree que hay que evitar porque lo alejan del mismo. Para esto es necesario tomar en cuenta no sólo dicho objetivo y las soluciones intentadas por el consultante, sino también las primeras reacciones de éste a las intervenciones realizadas, y las predicciones consignadas precedentemente.

18) Quiénes son citados para la próxima: Especificar a qué miembros del sistema en particular cita el terapeuta para la próxima.

19) Número de sesiones previstas: Registrar aquí el número máximo de sesiones que se estipula para el logro de la meta mínima (en el caso de que este plazo sea especificado), o el número y lapso probables del tratamiento, si solo lo pensó para sí mismo.

1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva; Se refiere a como los consultantes perciben el problema en relación al momento de la consulta anterior y siempre en referencia a la meta pactada. Esta evaluación puede implicar una indagación específica, por ej.: ¿en qué igual, mejor, etc.?, a fin de fundamentar la evaluación.

Por ej.: Consultante: "está peor el problema" - Terapeuta: "no dejó de orinarse un solo día?" (meta pactada). Consultante: "ah sí!... pero se peleó mucho con la hermana". Esto se tildaría como "mejor". Conviene registrar si hay diferencias en la percepción entre distintos miembros.

Por ej.: mejor: madre igual peor: padre

2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:

En a) registrar casi textualmente lo que los consultantes comentan en respuesta a las intervenciones de la sesión anterior. Por ej.: "Como Ud. nos dijo que era un vicio, ya no nos levantamos más de noche para llevarlo al baño".

En b) tildar en las alternativas las clases de respuestas.

Consideramos que una reformulación o tarea fue aceptada cuando el sistema nos confirma que es capaz de instrumentarla como fuente posible de cambio. Esto incluye reacciones de aceptación en el caso de presentaciones directas, (*) de rechazo en el caso de que sean paradójales, o bien la puesta en marcha de otros significados o acciones pero de efecto similar a la propuesta por el terapeuta.

En el ej.: recién mencionado se tildaría: b) Las reformulaciones:

-entraron - por aceptación — parcial ... total ...

- por rechazo

- sustituida por otra análoga -rebotaron

c) Las sugerencias y/o sugerencias:

- entraron- por aceptación - - parcial... total...
- por rechazo
- sustituida por otra análoga
- rebotaron

Los ítems "entraron por rechazo", se entiende que se refieren a intervenciones paradójales exitosas.

En Observaciones se registrará todo comentario útil para orientar las siguientes intervenciones terapéuticas: en particular, las aclaraciones que permitan entender por qué rebotaron (parcial o totalmente) y por ende orientar qué aspecto de la intervención futura debe ser modificado (por ej.: si el tipo de intervención o su forma de comunicarla). En el caso de "sustitución por otra análoga", consignar, aquí cuál es la sustituya.

d) Otros cambios: registrar aquí otras reverberaciones del cambio en algún aspecto no considerado explícitamente en las intervenciones. Por ej.: que además de dejar de levantarse de noche, tampoco lo atienden 3 horas para hacer la tarea escolar, o bien que han dejado de buscar todos los días a otro hermano de 18 años de la escuela.

3) Clima motivacional del inicio de la sesión: se refiere a evaluar el tono emocional que tiñe la interacción consultante-terapeuta respecto a la finalidad del proceso terapéutico, es decir al grado de esperanza que ambos manifiestan respecto a la terapia, y a la disposición mutua a la influencia terapéutica (no a las clases de emociones predominantes en relación, como por ej.: agresividad, tristeza, etc.).

a) Por el grado de esperanza nos referimos a cuánto confía el/los consultante/s en que la terapia puede ayudarle a resolver el motivo de consulta. Si es *alto*, el consultante parece confiar casi plenamente en que es posible obtener un resultado exitoso; si es *medio*, el terapeuta debe percibir que hay cierto grado de confianza en él como para continuar haciendo esfuerzos terapéuticos; si es *escéptico*, el consultante no manifiesta confianza alguna en que se pueda alcanzar la meta terapéutica a través de la línea de trabajo y/o relación establecida hasta ese momento.

b) Por disposición a la influencia terapéutica nos referimos a la disponibilidad para seguir al terapeuta en sus propuestas, aunque esto sea desobedecer (o sea que la disponibilidad no es sinónimo de receptividad pasiva u obediencia, sino de "engancharse" con la propuesta terapéutica). En otras palabras es el grado en que toma en cuenta y acciona frente a las intervenciones *del* terapeuta.

Alto implica un claro interés en "seguir" al terapeuta. Esto puede expresarse de manera diferente, como por ej.: que el paciente asiera cuando el terapeuta busca confirmación, o que el paciente desafíe cuando aquel busca rechazo. También cuando el paciente informa clara o explícitamente al terapeuta qué dirección tomar en sus intervenciones.

Medio implica algún interés pero requiere esfuerzo por parte del terapeuta.

Bajo cuando el consultante se manifiesta impermeable a las intervenciones terapéuticas. Clásicamente, el tipo "sí, pero no".

En general estos dos aspectos (esperanza y disponibilidad) están correlacionados, pero no necesariamente. Por ej.; un paciente puede tener un grado medio de esperanza en que el tratamiento le será útil, y sin embargo mostrar un alto grado de disponibilidad a la influencia terapéutica.

Desde el punto de vista del terapeuta, el grado de esperanza se refiere a su expectativa respecto a la eficacia del proceso terapéutico.

Es *alto* cuando el terapeuta se siente entusiasmado y tiene la clara sensación de que el proceso avanza hacia el cumplimiento de la meta mínima; es *medio* cuando se siente moderadamente optimista, y es *escéptico* cuando siente que de continuar el proceso de esta manera, probablemente no desemboque en el resultado terapéutico aceptable para ambos.

La disposición para seguir interviniendo en la *misma dirección* implica que el terapeuta se siente confirmado en su línea de trabajo y por lo tanto desea persistir en ella. En *otra dirección* implica que el terapeuta se siente confirmado en su función terapéutica, pero cree conveniente modificar

la línea de trabajo por alguna razón; el deseo de *interrumpir* el tratamiento implica que el terapeuta siente que es inútil seguir interviniendo, sea porque se está rechazando su función terapéutica o bien porque cree que es terapéutico interrumpir el proceso.

Desde el terapeuta podría también suceder que hubiera contradicción entre estos dos aspectos, por ej. que tuviera un alto grado de esperanza en la terapia y deseos de interrumpir, porque cree que ya es suficiente y que más sesiones podrían perjudicar el resultado.

Además puede ocurrir que haya contradicciones entre paciente y terapeuta. Por ejemplo, que el consultante manifieste un alto grado de esperanza y el terapeuta estar totalmente escéptico, o bien que él paciente esté altamente permeable a la influencia y el terapeuta con deseos de interrumpir el tratamiento. En el ítem Observaciones deben consignarse las razones que explican la evaluación en las diversas categorías, esto es, qué lo llevo a tildar "alta esperanza", etc.

4) Respuesta del terapeuta a la información precedente: se refiere a qué dice o hace el terapeuta tanto respecto a lo que los pacientes traen como respuesta a las intervenciones de la entrevista anterior, como al clima de comienzo. Por ej.: felicitarlos, ponerse pesimista, etc.

Consignar aquí si no se dan respuestas a esta altura por alguna razón estratégica del terapeuta, o porque queda implicada en las nuevas intervenciones que se realicen en esta sesión.

5) Eje temático de la sesión: registrar de qué se habla en la sesión: explicitaciones del tema ya tratado en la sesión anterior o nuevos temas que adquieran predominancia (consignar si hay más de un tema central).

Registrar aquí si se establecen acuerdos con otros miembros del sistema que puedan considerarse submetas, esto es, acuerdos que no cuestionan sino que resultan importantes para asegurar el cumplimiento de la meta pactada con el consultante, y que tampoco son los comportamientos

solicitados a los consultantes para que la meta pueda ser alcanzada. Por ej.: en el caso de un adolescente rebelde. Mientras que la meta podría ser, que por lo menos respecto a una materia importante haga sus tareas sin que esto se convierta en una disputa general, el comportamiento acordado con los pares podría ser quizás, el de sabotearlo benignamente cuando produzca problemas en esta cuestión. En una entrevista en la que está presente la hermana menor, celosa y resentida, se podría pactar con ella, ser capaz de no participar, al menos una vez por semana, en las discusiones que los padres tengan con el chico a propósito del estudio. Si la chica cumple esto, lo hará por motivos totalmente diferentes a los que los padres puedan tener, puesto que lo verá como en su propio beneficio. En este sentido es una submeta. Dicho de otro modo, se puede considerar submeta todo acuerdo respecto a un cierto logro que un miembro del sistema pueda alcanzar, que vaya en la misma dirección general del proceso terapéutico.

6) En este ítem se necesita registrar si a partir de lo considerado en los ítems precedentes, el terapeuta ve necesario modificar la meta mínima, el motivo de consulta, su diagnóstico u objetivo. Por ej.:

meta mínima:	sí
diagnóstico:	no
Modificar	
motivo:	no
objetivo:	no

En Observaciones consignar la razón del cambio que realizó el terapeuta.

7) Intervenciones principales: lo que se entiende por reformulaciones, sugerencias y prescripciones fue explicado ya en el Manual de Instrucciones para la Ficha de Evaluación Inicial.

Luego tildar, si se mantiene la dirección utilizada en las intervenciones de la sesión anterior, o se actúa en una contraria. Recordemos que un cambio implica una dirección radicalmente diferente, que se relacionaría o con un cambio en el objetivo y/o meta, o con una equivocación en la estra-

tegia previa.

Consignar además las respuestas inmediatas del/los consultante/s.

8) ídem a 3) Recordemos que el propósito de este ítem es establecer comparaciones, lo más precisas posibles entre el clima de comienzo y cierre, como una manera de evaluar lo que ocurrió en la sesión.

9) Predicciones se refiere a lo que el terapeuta cree que va a pasar:

a) respecto al estado del motivo de consulta a través de la meta mínima, y

b) con qué comportamientos reaccionarán los consultantes a las intervenciones de esta sesión.

10) Planificación: En a) no referimos a aquellas intervenciones que parecen estar produciendo el efecto deseado, tanto si se trata de reformulaciones como de sugerencias o prescripciones exitosas.

En b) nos referimos a aquellas intervenciones que o bien repiten soluciones intentadas fracasadas del consultante, o le han sido rebotadas al terapeuta en las sesiones previas.

Este ítem debe constituir un catálogo ampliable sesión por sesión, que sintetice qué no debe hacer el terapeuta.

En c) en base al análisis de los ítems precedentes, consignar: nuevas intervenciones que el terapeuta piensa incluir al comienzo de la nueva sesión para modificar un desenlace inadecuado de ésta; o bien otras intervenciones que piensa realizar si se cumplen determinadas condiciones, esto es, ciertas respuestas a las últimas intervenciones.

Un ej. del primer caso sería: cuando el terapeuta decide empezar la sesión disculpándose por haberles pedido algo muy difícil.

Un ej. del segundo caso sería: si la mamá hace tal cosa, entonces...

MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA LA
FICHA DE EVALUACIÓN FINAL

Esta ficha debe llenarse después de la última sesión y no debe sustituir a la Ficha "sesión por sesión" correspondiente a ella. Dado que es en muchos casos difícil determinar cuándo un tratamiento ha terminado, salvo en el caso de las altas, sugerimos como criterio general llenar esta ficha cuando el terapeuta se siente en condiciones de predecir que el consultante no volverá en el futuro próximo, sea porque ha progresado lo suficiente o porque tiene una sensación suficientemente clara de fracaso. En los casos catalogados como "salidas", sin un acuerdo con el terapeuta, éste necesitará extraer de la información contenida en las Fichas anteriores, los datos que sean necesarios para llenar esta Ficha.

1) No necesita explicación.

2) No necesita explicación.

3) Consignar del consultante más significativo si la meta pactada como final se logró totalmente, en forma parcial, si no se alcanzó o si se sobrepasó lo estipulado.

En Observaciones registrar la descripción de la conducta que llevó a categorizar el resultado precedente.

4) Implica registrar la respuesta del consultante a cómo percibe el estado del motivo final, investigando detalladamente los matices que avalen su evaluación subjetiva (en lo posible registrar la respuesta textualmente).

Básicamente creemos que en el margen que posibilite el tipo de motivo de consulta (más o menos focal), las preguntas a realizar serían:

-¿Con qué intensidad o frecuencia mejoró? -¿Qué áreas de conducta abarcó el cambio? -¿Frente a quién/es se modificó?

-¿Qué nuevas conductas manifiestas le dan la prueba del cambio?

Por ej.: si el motivo final fuera la "desobediencia" de un adolescente (motivo más o menos amplio) convendría registrar cuánto menos intensa o frecuentemente se da, si solo se manifestó respecto a las salidas o en otras áreas de la conducta del Paciente Identificado también (cuánto abarca el cambio), si sólo mejoro frente a los padres o también frente a otras personas de autoridad (con quién/es) y si el cambio consistió en volver a los horarios prescritos, respetar hábitos domésticos, etc. (qué conductas manifiestas avalan el cambio)

5) Averiguar qué hace/n el/los consultante/s ahora frente al motivo de consulta final, o bien cuál es la visión de él/ellos del problema (consignando la diferencia respecto a la original).

6) Se explica por sí misma.

7) Tildar a qué clase pertenece el fin del tratamiento. Sólo deben considerarse "altas" aquellos casos en los que el tratamiento se dio por terminado por coincidir Consultante y Terapeuta en que se alcanzó un resultado satisfactorio (lo que implica que se cumplió la meta mínima y en la percepción del consultante se modificó por completo el motivo de consulta, o en un grado tal que ya no constituye un problema. La otra posibilidad de "altas" se da cuando el consultante modificó su percepción de modo tal que ya no considera la cuestión como problema y el terapeuta coincide con esta manera de ver las cosas. Todas las otras formas de finalizar el tratamiento pertenecen a la clase "salida".

Debe registrar en Observaciones cuál fue el motivo de la salida en la percepción del consultante (por ej.: si dice que lo dejaron de común acuerdo porque consideraban suficiente el número de sesiones pese a no haberse alcanzado los resultados pactados, o si afirma que alguna conducta del terapeuta lo molestó, etc.).

Si la salida se da sin conocimiento por parte del terapeuta, Observaciones quedara en blanco.

MANUAL DE INSTRUCCIONES PARA EL
SEGUIMIENTO POST-TERAPIA

Debe tenerse en cuenta que este seguimiento no es una indagación neutral, sino que debe ser manejado tan estratégicamente como cualquier otro de los contactos establecidos con el/los consultante/s precedentemente. Particularmente debe tenerse en claro que también el modo en que el entrevistador haga las preguntas influirá sobre el contenido de las respuestas.

Dado que esta entrevista suele ser telefónica, debe realizarse con el consultante más comprometido o motivado a la terapia, que en general aparece como el que pidió la consulta inicial (no sirve preguntarle al adolescente rebelde sobre su mejoría, ni al cónyuge peleado sobre la evolución de la situación)

Esto requiere una indagación minuciosa de por qué igual, mejor o peor.

En el caso de una eventual mejoría, ella puede tener que ver con un cambio en el motivo de consulta o con un cambio en la adjudicación de significado al problema, por el cual éste ha dejado de ser considerado como tal.

1) Los datos correspondientes han sido explicados en el Manual de la ficha de evaluación final.

2) Se llena igual que el ítem correspondiente a meta mínima del formulario de evaluación final. En Observaciones, una descripción más detallada de su conducta actual en este aspecto, que explique la evaluación.

3) Esto se refiere a la evaluación del estado del motivo de consulta final en la percepción del consultante, que no debe confundirse con la evaluación de su estado general. Por ejemplo, el consultante puede decir que se encuentra "mejor", pero haber consultado por miedo a volar y decir que

en este aspecto sigue igual. O, a la inversa, decir que está "peor" y ser ahora capaz de viajar en avión. Detallar en Observaciones la descripción que avala la clasificación.

4) Se explica por sí mismo.

Conviene registrar en Observaciones, comentarios del consultante que avalan la clasificación.

5) Consignar si se dieron cambios en otras áreas que el consultante evalúa como resultado positivo de la terapia. Por ej.: "no pude andar en subte, pero me sentí más seguro en mi trabajo y en mis relaciones sociales".

Estos resultados no modificarían la evaluación final de la terapia, pero de todos modos es interesante consignarlos.

6) Averiguar si otros problemas contenidos en la queja inicial se mantienen en el mismo estado que cuando hicieron la primera consulta.

7) Se refiere a constatar si, desde la perspectiva del consultante, aparecieron nuevos problemas. Especificar cuáles, y si aparecieron en el mismo Paciente Identificado o en otros miembros del sistema.

8) Indagar si hubo otras consultas, por el mismo u otros motivos, referidos al mismo u otros Pacientes Identificados.

FICHA DE REGISTRO INICIAL

CAPITULO III

COMENTARIO GENERAL ACERCA DE LAS DIVERSAS FICHAS DE REGISTRO

La carátula esta diseñada como para ofrecer una especie de síntesis de ciertas características del sistema consultante.

De un golpe de vista se puede saber quién es el paciente identificado, qué lugar ocupa en la familia, cómo está constituida ésta; sus características socioeconómicas y quienes en ella son proveedores. Asimismo, qué posibilidades de vida en común tienen en función de sus horarios (estos es importante a tener en cuenta si se dan tareas).

También figura la fuente de derivación, con alguna anotación si tiene importancia para el manejo del caso. Con esto nos referimos a información acerca de quién fue el motivado a consultar (si el derivador o el consultante), cómo se modeló la relación con el terapeuta (sea en lo referente al poder otorgado previamente a éste, o a expectativas respecto a que puede hacer un terapeuta ante el problema) y también nos da idea de la influencia que tiene el derivador sobre el sistema consultante respecto al problema, Si éste aparece como importante, se halla entre las personas significativas, de modo que podría ser utilizada como disparador del cambio terapéutico. (1)

Este rubro de personas significativas, constituye una excepción en el orden del registro: figura al principio, pero en realidad el entrevistador sólo sabe quiénes son, al promediar la entrevista. Aun así hemos preferido dejarlo aquí,

(1) Ver "sistema de mantenimiento" y "subsistema de impacto", en Cap. I.

porque de esa manera en cualquier momento se puede apreciar de una ojeada quiénes conforman el sistema definido por el observador.

También figura quién gestó la consulta, quiénes fueron citados y quiénes concurren a la entrevista, lo que permite obtener información acerca de quiénes tienen interés en el tratamiento y el grado en que son capaces de aceptar una indicación.

Como dijimos antes, el registro debe hacer inteligible el proceso terapéutico, dando cuenta del modo en que el terapeuta y sus consultantes fueron construyendo una relación instrumental, determinada por las variables propias del modelo.

En principio entonces, debe dar cuenta del modo en que el malestar inicial de los consultantes es modelado, negociado, hasta transformarse en un motivo de consulta trabajable. El primer ítem (queja inicial) ayuda a visualizar la "materia prima" que los consultantes aportan: su malestar expresado en adjudicaciones de significado y conductas que sostienen esos significados.

El segundo (por qué ahora) es habitualmente la mejor guía para que el entrevistador ayude al consultante a definir un motivo de consulta, puesto que el acontecimiento que funcionó como disparador de la misma, ayuda a definir la clase de motivación preponderante y es esta la que debe ser entendida para que se pueda construir un motivo de consulta viable.

Generalmente es posible para el lector "ver" a través de este ítem cómo se desprende el motivo de consulta de la queja inicial.

Una vez establecido el motivo en el ítem 3, adquiere "identidad" por así decir en el ítem 4 (historia y circunstancia). Aquí aparece desde cuándo, con quién y cómo se da el problema, qué otros son parte del mismo, tanto en términos de significados compartidos como de comportamientos. Así, la identidad que adquirió el motivo de consulta se convirtió en relaciona!, social, gracias a las preguntas del terapeuta. Esto es un requisito indispensable para la libertad de inter-

vención en distintos puntos y niveles del sistema que es característica del modelo.

¿Hasta que punto se quiere resolver el problema, así caracterizado? Esto habitualmente se averigua con el ítem 5 (qué quiere dejar de hacer o quisiera hacer y no puede). Salvo en caso de crisis reciente, quien no se siente obligado a hacer cosas que le molesten como consecuencia del problema, o impedido de hacer algo que le gusta, tampoco tiene mucha necesidad de resolver la cuestión. Dicho de otro modo, este ítem nos informa sobre el límite de cambio posible, tanto en términos del interés por cambiar de los consultantes, como del tope que el terapeuta debe fijarse en términos de metas, en función de ese interés.

Esto se termina a veces de contestar en el ítem 6 (soluciones intentadas) puesto que la intensidad con que se intenta resolver el problema puede ser una medida del interés del consultante en resolverlo. Pero este ítem sirve para algo más importante. Hasta aquí, en nuestro protocolo, un padecimiento ha dado lugar a un motivo de consulta específico, entendido en su contexto, y se sabe algo acerca del interés de los consultantes en resolverlo. Soluciones intentadas aportan ahora el conocimiento de lo que ya se hizo y fracasó, y al repetirse, ha contribuido a mantener el problema. Permite averiguar en consecuencia hacia donde no ir en las sugerencias.

El ítem 7 (tratamientos anteriores) es una variante del anterior: permite al terapeuta saber lo que ya intentaron sin éxito sus colegas, cosa bastante útil al menos en Buenos Aires, donde es difícil recibir consultas "vírgenes".

El ítem 8 (tratamientos actuales pertinentes) está en este lugar porque no se nos ocurrió otro mejor. Resulta importante ubicar en alguna parte información acerca de la influencia que una medicación u otro tipo de tratamiento (por ej.: diálisis) puede tener, tanto en el problema, como en eventuales tareas que se le sugieran o prescriban. Por otra parte, quienes los aplican pueden convertirse con mucha facilidad en personas significativas, aunque no lo sean en el momento de la consulta. Este es el momento de averiguar si hay alguno en esa situación, o si hay conductores de otros tratamien-

tos (fonoaudiología, psicopedagogía), que deben incluirse en este rubro.

A continuación, los ítems 9 y 10 van a registrar el hilo, la materia prima para que el terapeuta pueda tejer sus intervenciones. Ya se sabe a esta altura cuál es el problema y gracias a qué acciones (soluciones intentadas) persiste. Pero el terapeuta necesita tener un registro de las creencias y opiniones de los protagonistas de la situación acerca de la naturaleza de ésta (ítem 9), así como de las creencias, valores y costumbres en general de los consultantes (ítem 10).

Este "catálogo" le permitirá emplear en sus intervenciones las mismas categorías cognitivo-afectivas que aquellos, respetando lo que no puede ser cambiado y es al contrario vehículo del cambio (encaje comunicacional).

Comparando estos dos ítems con una intervención cualquiera del terapeuta, un lector (sea el propio terapeuta u otro) debería estar en condiciones de saber si es formalmente apropiada o no.

En base a la información obtenida hasta aquí, y a veces mediante una pregunta adicional, es posible llenar el ítem siguiente: motivación. No se trata ya aquí de saber cuán motivado está el consultante sino a qué (que puede o no ser resolver el problema), y qué conducta supone que el terapeuta debe tener para ayudarlo. Nuevamente este ítem apunta a aspectos formales de la intervención terapéutica, en el sentido de que éste debe encajar en la clase de conductas esperadas por el paciente, además de referirse a un cierto contenido.

Por ej.: un paciente puede esperar que el terapeuta lo ayude a tomar una decisión que merece ser largamente meditada, y esto implica de parte del terapeuta la utilización de un lenguaje racional y explicativo, a través de más de una entrevista (forma), independiente del contenido, que puede ser lo mismo que él ya sabe (cuando no viene a resolver el problema), o algo diferente (cuando viene a resolverlo).

Esto de alguna manera cierra el capítulo de datos a obtener, que se ordenan y sintetizan en el ítem siguiente: diagnóstico. Aquí entendemos diagnóstico como una descripción sintética significativa, de lo que es el problema que motivó

la consulta. Dado que hay muchos recortes y organizaciones significativas que se ajustan igualmente bien a los datos, es obvio que puede haber muchos diagnósticos diferentes y en principio igualmente apropiados. La organización elegida por el terapeuta guardará coherencia con y afectará la negociación de la meta mínima (ítem 13) y la elección del objetivo del terapeuta (ítem 14).

Además, proporcionará seguramente un marco a partir del cual se le ocurrirán al terapeuta ciertas clases de intervenciones iniciales (ítem 15) y de estrategias generales (ítem 16). Dicho de otra manera más simple, el modo en que decida ver el problema determinará tanto los objetivos como la estrategia para alcanzarlos.

Volviendo ahora a lo que llamamos negociación de la meta mínima (ítem 13) que sigue al diagnóstico (ítem 12), debemos decir que el establecimiento de la misma es un hito fundamental, dado que va a regular mientras no se modifique, las interacciones entre consultante y terapeuta. Con esto queremos decir que todo lo que se diga y haga en terapia va a ser referido a la evolución de su logro o fracaso y razones de los mismos, ensayos de nuevas posibilidades de alcanzarla, etc.

Es importante dejar constancia de si es considerada por los consultantes como mínima pero suficiente para terminar la terapia, o mínima como paso de una progresión, puesto que las estrategias que el terapeuta va a emplear desde el momento en que la meta empiece a cumplirse van a ser diferentes en uno y otro caso. En los casos en que se pacte una meta no suficiente, el terapeuta no debe dar por terminado el tratamiento al cumplirse ésta. Propondrá en cambio una *pausa* para ver si el pequeño cambio producido puede mantenerse. En los sistemas flexibles, esta pausa bastará para que el cambio se generalice lo suficiente como para dar por concluida la terapia. En los sistemas rígidos, generalmente serán necesarias nuevas etapas con nuevas metas.

Si bien tanto la meta mínima como el objetivo del terapeuta están directamente relacionados con el motivo de consulta y con el diagnóstico, puede decirse que el motivo es la versión del paciente del problema a resolver, y el diagnósti-

co es el problema a resolver visto por el terapeuta. En este sentido, la meta es el cambio (visto desde el motivo de consulta) que quiere el consultante, mientras que el objetivo es el cambio que quiere el terapeuta, visto desde el diagnóstico.

Si al lograr el objetivo del terapeuta la meta mínima es alcanzada, esto indica al terapeuta que su diagnóstico e intervención/es ha/n sido correctos. Pero podría suceder que se alcance el objetivo del terapeuta sin lograr la meta mínima, lo cual le indicaría que su diagnóstico debe modificarse. Por ej.: la meta mínima puede ser que el niño se orine solo 4 noches por semana en vez de 6 (principio de resolución del problema para el consultante), mientras que el objetivo para el terapeuta, puede ser que se modifique el comportamiento de la madre que él considera como la parte del circuito "Niño que se orina - Madre que lo levanta - Niño que se orina" que se puede alterar con más facilidad (en este modelo, casi siempre el objetivo del terapeuta será modificar la solución intentada por alguna de las personas significativas). Cuando no es así, su objetivo es modificar la solución intentada por otro miembro del sistema para modificar la solución intentada por él.

Si la madre modifica su comportamiento pero el chico sigue orinándose seis veces por semana, quiere decir que el terapeuta equivocó el diagnóstico (esa conducta de la madre no es parte de uno de los circuitos en que está inscripto el comportamiento sintomático del chico. Este es un aspecto importante a considerar durante todo el proceso terapéutico, como explicaremos más adelante al referirnos al registro de cambios en diagnósticos, metas y motivos de consulta (en las hojas de evaluaciones sesión por sesión).

Sintetizando podríamos graficar este proceso de la siguiente manera:
Consultante: Queja inicial — motivo de consulta — meta mínima
Terapeuta: Datos en bruto- (motivo de consulta) - objetivo
Diagnóstico del terapeuta

De este modo, el lector puede seguir paso a paso como la recolección y elaboración de la información, se fragua en un diagnóstico y los objetivos y procedimientos que de allí se desprendan. Es sencillo determinar donde falta información y donde hay fallas en la consistencia interna del trabajo realizado.

Con la meta y el objetivo en mente, el terapeuta realiza las primeras intervenciones y evalúa las respuestas iniciales de los consultantes a las mismas (ítem 15), con lo cual estén condiciones de predecir las respuestas de los consultantes en la sesión siguiente (ítem 16). Toda esta información le permite formular tentativamente una estrategia general (ítem 17), en la que es conveniente que conste tanto qué hacer como qué evitar.

FICHA DE EVALUACIÓN PARCIAL DEL PROCESO TERAPÉUTICO

El protocolo de evaluación sesión por sesión, que sigue al que acabamos de comentar, está concebido de modo de guiar al terapeuta a considerar cada entrevista como una verdadera continuación de la anterior. Así, empieza por ocuparse de los efectos de ésta, y por ende el ítem 1 (estado del motivo de consulta) lleva a un punto que en este modelo es central: identificación del motivo de consulta.

Esto permite una comparación inmediata con las predicciones (ítem 9) establecidas al final de la sesión anterior, o en el caso de que sea la segunda sesión, a lo establecido en el ítem 16 de la ficha de registro de primera entrevista.

El ítem 2 (respuestas a las intervenciones de la sesión anterior) enriquece la información vertida en el ítem 1, en tanto permite saber que dio lugar al cambio y cómo, o de qué manera la intervención fue rechazada por el sistema.

Al transmitirse información expresada en estos dos ítems la sesión empieza con un cierto *clima*, puesto que tanto las novedades como la ausencia de ellas, movilizan en los consultantes y en el entrevistador, variaciones a lo largo del eje

que podríamos llamar de motivación (ítem 3: clima de la sesión). La motivación es función de dos aspectos interdependientes pero diferenciables: el grado de esperanza de que el proceso lleve al resultado deseado, y el grado de encaje -en el sentido de posibilidad de influenciarse recíprocamente- para que los comportamientos de paciente y terapeuta sean adecuados para el logro del objetivo buscado.

Esto significa que tanto paciente como terapeuta, desarrollan pronósticos respecto a los resultados de la terapia, que se traducen en grado de esperanza; al mismo tiempo van experimentando en la interacción la sensación de un encaje mutuo, que se traduce desde el paciente como disposición a la influencia terapéutica, y desde el terapeuta en la necesidad de modificar o no la forma de ejercer influencia o bien de interrumpir la relación.

Naturalmente el grado en que este encaje es percibido influye en el grado de esperanza y viceversa, pero también es cierto que la motivación a la terapia es un proceso interaccional entre consultante y terapeuta.

-Es probable que al principio de la terapia, los consultantes estén esperanzados pero no del todo accesibles, y para que el proceso sea exitoso, el consultante debe mantener su esperanza y aumentar su accesibilidad. Pero si la accesibilidad o el grado de esperanza del consultante no aumenta, la esperanza del terapeuta decrecerá también, y esto modificará su disposición a seguir interviniendo, en un circuito de interrelaciones sucesivas que se irán registrando en las distintas entrevistas.

Ahora bien, la intervención de respuesta inicial del terapeuta, a la información y a este clima motivacional, está consignada en el punto 4. Generalmente esta respuesta tiende a asegurar el control del proceso, como por ejemplo coincidir con el pesimismo de los consultantes, o asombrarse de qué hayan hecho tanto pero dudar de que sea posible o conveniente mantenerlo, etc.

En otras ocasiones sin embargo, la respuesta consistirá en plantear la necesidad de volver a discutir con el consultante el motivo de consulta y/o la meta mínima.

Ocurre que en función de lo considerado en los tres prime-

ros ítems, el terapeuta ya a esta altura de la sesión, enfrenta las siguientes posibilidades;

a) La intervención está siendo exitosa y por lo tanto la meta mínima se confirma y el motivo de consulta también {no es necesario introducir cambios}.

b) La intervención no está siendo exitosa pero no se observa necesidad de modificar ni la meta ni el motivo de consulta (es necesario cambiar el tipo o forma de la intervención).

c) La intervención dio lugar a que el consultante hiciese lo previsto por el terapeuta, pero esto no sirve para alcanzar la meta mínima (aquí tiene que cambiar el diagnóstico).

d) El consultante da muestras de que está interesado en negociar otra meta mínima, aunque mantiene el motivo de consulta (cambio de meta mínima).

e) El consultante da muestras de estar interesado en resolver un motivo de consulta diferente al inicialmente pactado (cambio de motivo de consulta, con seguridad de meta, y probablemente de diagnóstico, objetivo e intervención).

Esto se terminará de armar en el ítem siguiente (5), donde figura la síntesis temática de la sesión. En la medida en que el entrevistador tenga necesidad de consignar muchos temas (no muchos ejemplos de la misma cuestión) será evidente que algo no está marchando bien, dado que muy probablemente sus intervenciones principales se dispersaran en una variedad de flancos. Ahora bien, consideramos que el terapeuta debe hacer un esfuerzo en el sentido de incluir los nuevos temas "bajo un mismo título", por así decir, reconociendo la diferencia aportada por el consultante, pero intentando mantener el significado previo si le fue útil.

Supongamos que se haya pactado como motivo de consulta "dificultad para rendir exámenes" en una primera sesión, y esto se haya reformulado exitosamente como "falta de decisión para encarar aún el rumbo definitivo de su vida". El consultante puede venir a una sesión posterior con el tema de que también tiene problemas con su jefe o con sus amigos. En primera instancia, el terapeuta debe tender a incluirlos como "otras maneras de confirmar que en múltiples aspectos de su vida: laboral, de relaciones sociales, etc.,

todavía no ha decidido su encaje definitivo y todos estos trastornos le sirven para tomarse un tiempo.

Si esto no es posible, entonces el o los nuevos temas se considerarán diferentes, lo que llevará al terapeuta a considerar si es necesario recontratar el motivo de consulta y/o la meta mínima.

Si se sigue el contenido temático sesión por sesión, muchas veces es posible determinar cuándo hubiera sido necesario recontratar un nuevo motivo de consulta antes de que el tratamiento se estancase o se interrumpiese por abandono.

También debe registrarse aquí cualquier tema que se pacte como meta mínima diferente de la ya negociada, con algunos miembro/s que no sea/n el/los consultante/s.

Por ej.: en una sesión puede establecerse con un hijo adolescente una meta diferente a aquella pactada con los padres (en vez de que obedezca a ciertas normas, organizar alguna actividad deportiva disciplinada).

Esto se constituirá en una sub-meta a la que se referirán las siguientes intervenciones de esta sesión, como también las predicciones. Será también la sub-meta a la que se referirán las intervenciones en otras sesiones en las que participe centralmente este/estos miembro/s no consultantes.

Esta sub-meta, de hecho, no anula sino es complementaria de la pactada con los consultantes, que es en última instancia la que servirá como indicador del éxito o fracaso de la terapia.

En estos casos el objetivo del terapeuta no cambia, y el motivo de consulta tampoco, dado que la meta y la sub-meta están articuladas entre sí.

Si esto no fuese así, el proceso con un miembro primitivamente no consultante, podría implicar un nuevo proceso terapéutico, dado que tendríamos un nuevo consultante con nuevo motivo de consulta y su meta correspondiente. Sólo en este último caso, aparecerían registrados cambios en el ítem siguiente.

En síntesis, en caso de que se hayan entonces efectuado cambios en el motivo de consulta, meta mínima o diagnóstico por el motivo que fuera, el terapeuta los consignará en

el ítem siguiente (6: modificaciones).

En cualquier caso, ya sea que haya habido modificaciones o no, en el siguiente capítulo (ítem 7) figurarán las intervenciones principales, que pueden representar o no cambios en la línea seguida hasta entonces.

Como consecuencia de la interacción entre consultantes (tema central) y terapeuta (intervenciones principales) se crea un clima hacia el cierre de la sesión (ítem 8) que puede o no contrastar con el del principio. La mera comparación entre ambos climas dice cosas interesantes sobre el trabajo terapéutico efectuado en esa sesión, sin mencionar que también se pueden hacer análisis de patrones. Por ejemplo, puede darse que con una familia determinada se repita que el clima inicial sea de desesperanza y el del final de esperanza.

En función de su registro de ese clima y de la respuesta inmediata a sus intervenciones, el terapeuta hace predicciones (ítem 9) respecto a los movimientos de los consultantes hasta la sesión siguiente.

Sobre la base de esas predicciones, anota (ítem 10) qué intervenciones le parece conveniente seguir usando, que posiciones evitar y qué novedades introducir. Así pertrechado espera la próxima sesión, para indagar por el estado del síntoma (ítem 1) y todo vuelve a comenzar... hasta que se cierra el tratamiento.

FICHA DE EVALUACIÓN FINAL

Esta ficha es sobre todo un resumen fácilmente aprehensible los resultados del proceso terapéutico.

Para que esto sea posible, es necesario tener a la vista la meta mínima, las sub-metas si se establecieron y el motivo de consulta, como así también las sustituciones en uno u otro que pudiesen haberse presentado. (ítems 1 y 2). Es bueno que figuren las sustituciones porque de ese modo se tiene en dos líneas una especie de historia de la dirección del proceso, lo que da un marco que permite entender mejor los resultados

finales.

Con los datos de esos dos ítems: la meta mínima y el motivo de consulta finales, el terapeuta luego indaga y registra a través de los propios consultantes o de las fichas previas hasta donde fue alcanzada la primera y logrado o no el segundo (ítems 3 y 4).

Luego, si hubo modificaciones en las soluciones intentadas o en la visión del problema de los consultantes (ítem 5). Estos datos teóricamente le aseguran al terapeuta que se ha producido un cambio en el funcionamiento del sistema que puede ser considerado probablemente como perdurable, y no sólo aleatorio o circunstancial.

Los dos ítems finales: (6: número de sesiones, y 7: forma de finalización), permiten saber de una ojeada la duración de la terapia y si hubo o no acuerdo en que finalizó porque fue exitosa.

De este modo el registro del tratamiento queda concluido. Sólo falta saber que pasa con el correr del tiempo y de allí la ficha de seguimiento post-terapia.

FICHA DE EVALUACIÓN POST-TERAPIA

Para realizar la evaluación post-terapia, el terapeuta habrá esperado entre seis y nueve meses. Ese es un lapso que todavía permite que el consultante recuerde con claridad lo ocurrido en la terapia desde su perspectiva, y por otro lado suficientemente amplio como para ver si el proceso ha desembocado o no en cambios duraderos beneficiosos. Si éstos se produjeron, probablemente ya se han afirmado lo suficiente, como para que *más* preguntas no den lugar a nuevas consultas.

En consecuencia, la indagación abarca más áreas y es más exhaustiva que en la evaluación final, donde todo giraba en torno a lo ocurrido con la meta mínima, el motivo de consulta y las soluciones. En el momento de la evaluación post-terapia, en cambio, se deben consignar, además de las novedades en estos rubros (ítems 2, 3 y 4, ya que el 1 es sólo clasi-

ficatorio), si hubo cambios favorables en áreas diferentes de la que fue el eje del tratamiento (ítem 5), y en un sentido negativo, si otros problemas contenidos en la queja inicial se mantienen como tales (*ítem 6*), o si se han aparecido otros nuevos (*ítem 7*).

Estos ítems amplían el foco, llevando la atención más allá de lo ocurrido con el motivo de consulta. Así se puede saber si algunos pequeños cambios pudieron generar otros nuevos, si se produjo un proceso de sustitución de síntomas, etc. Dicho de otro modo, permiten ya averiguar los límites del proceso terapéutico, y determinar la eventual conveniencia de iniciar uno nuevo, quizás con el mismo terapeuta si ha tenido éxito hasta entonces, y seguramente con otro si ha fracasado.

Si el proceso terapéutico fue un fracaso y no produjo cambios (o sólo indeseables) aquí se tendrá la confirmación definitiva. Si fue exitoso, puede ser que las ondas del cambio se sigan expandiendo a lo largo del tiempo, más allá de nuestro conocimiento.

En cualquier caso, es hora de decir adiós y poner fin a nuestro registro, espejo sobresimplificado, pero esperamos que útil, de un proceso tan complejo que es fácil perderse en sus laberintos. Si este registro ayuda al terapeuta a no extraviarse, habrá cumplido su cometido.

CAPITULO IV

CASOS CLÍNICOS: Comentarios acerca del uso de las fichas de registro (*Para las fichas respectivas remitirse al Apéndice*)

CASO 1

"EL HIJO PRODIGO" PRIMERA ENTREVISTA

En la carátula ya aparece información sobre el modo independiente en que estos padres se manejan respecto a las consignas, además de sugerir que ambos están comprometidos con la situación (el derivante sólo sugirió el nombre de la terapeuta, y ambos padres están dispuestos a asistir a la consulta). Se evidencia que no son "cumplidores natos literales", ya que aparecen discrepancias entre quienes son citados y quienes concurren, y este es un dato a tener en cuenta para cuando el entrevistador piense en el modo más conveniente de influir.

En otro orden de cosas debe señalarse que Juan figura como "divorciado" y María como "casada". Ello implica que Juan tiene un matrimonio anterior. En verdad, tiene 2 hijos de ese matrimonio, con los que prácticamente no tiene contacto desde hace años en el momento de la consulta.

Por ende, no figuran en "otros significativos", dado que su opinión y conducta no afectan el comportamiento-problema de Jorge. Cabe destacar sin embargo, que su relación con ellos coadyuva a la intensa necesidad que Juan tiene de resolver el problema con Jorge, como se verá más adelante.

La presentación de la queja inicial muestra una característica importante de su lenguaje: están preocupados, con la sensación de no terminar de entender cómo funciona su hijo y por ende, cómo entenderse con él. Hay como un estado de

observación atenta, para desentrañar el misterio. Esto implica una disposición, casi una necesidad de recibir una explicación sobre "qué es lo que le pasa por dentro", antes de tomar cualquier nueva medida respecto a él. De hecho, esto se confirma en el motivo de consulta: quieren saber qué le pasa para saber cómo hacer para evitar que se fugue de nuevo. Mientras tanto, el Paciente Identificado aparece realizando la típica conducta de "evitar que se ocupen de él haciendo cosas que llevan a que se ocupen más". El también necesita que lo entiendan a través de su lenguaje peculiar.

En por qué ahora se hace evidente que el pedido de consulta se efectúe ante una crisis con cierta espectacularidad; que se trata de una situación "fresca", donde no hay repetición de puntos críticos que llevan a la abulia, como en el caso de fugas reiteradas o varias internaciones por diversos motivos. Esto implica un alto nivel de motivación a la terapia en los padres consultantes, lo que no quiere decir que quieran ser los actores principales del tratamiento, como después se verá en el ítem 10 (motivación).

En el ítem motivo de consulta quizás hubiese sido más preciso poner (o negociar) que era el estado de conflicto entre el grado de exigencia de los padres (especialmente el padre) y la disposición del muchacho a responder, o sea, el "cortocircuito" entre ellos que se producía ante la exigencia y que escaló hasta la fuga frente a una situación análoga: la exigencia de una profesora (ítem 4: historias y circunstancias).

En la formulación de la terapia esto está, pero implícito. Lo que decíamos es que hubiese sido preferible explicitarlo. De hecho eso fue realizado mas adelante. Obsérvese por ejemplo que la meta del tratamiento dice "que padre e hijo puedan cada tanto tener contactos que no lleven a posiciones encontradas". Si se hubiera explicitado el motivo de consulta como la situación padre-hijo previa a la fuga, se facilitaría la comprensión de soluciones intentadas; soluciones intentadas para lograr qué. También podría decirse que hasta la fuga había una dificultad, y que este episodio hizo que pasara a problema. Muchas veces cuando la crisis da lugar a que

la dificultad se transforme en problema, se intensifican los esfuerzos por resolverla, y con frecuencia se cambian soluciones y lo único que tiene que hacer el terapeuta es ayudar a preservarlas.

En historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo, cómo) se muestra la interpenetración de los ítems: parte de la historia ya había aparecido en la queja inicial y aquí se confirma; el muchacho se maneja con demandas explícitas de independencia ante la exigencia (demanda de que lo comprendan y discusión con profesora) e implícitas, de cuidado y preocupación (queja por el golpe y fuga a lo del abuelo, que aparece ya como otro personaje importante de la historia).

La información obtenida en el ítem 5 -que deja de hacer o no quisiera hacer y hace como consecuencia del problema-es típica de las situaciones de crisis, donde no pueden registrarse modos habituales en que una conducta problema afecta al sistema, sino cómo un desequilibrio desorganiza un modo de funcionamiento habitual y genera angustia y confusión hasta que se organizan nuevas reglas. Paralelamente nos informa acerca de cuan motivados están los consultantes.

En soluciones intentadas -ítem 6- es evidente ya que se sobreentiende entre terapeuta y consultantes, que el motivo de consulta especificado entre terapeuta y consultantes, que el motivo de consulta especificado en el ítem 3, se está refiriendo a las pautas habituales de cómo manejan en la familia la relación conductas de autonomía del P1-Padres, previa a la fuga.

A la vez, los datos de este ítem nos dicen que, dado el conflicto entre los padres, y aún en el padre mismo, queda excluida tanto la sugerencia directa de mayor consistencia en el rigor, como la de una actitud más abierta y comprensiva. La primera seguramente sería resistida, y en el hipotético caso que no fuese así el muchacho escalaría y los padres no podrían resistirlo. La segunda llevaría" a un acentuamiento de lo iniciado por el padre, pero él no podría mantenerla, entre otras cosas porque seguramente su hijo lo pondría a

prueba. Todo terminaría en que el padre "no pudo", acusado por la madre y quizás por la tía y el abuelo, reforzando una alianza de éstos con el chico que ya se insinúa.

Los ítems 7 y 8 -tratamientos anteriores y tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideran pertinentes- no fueron llenados porque no existieron ni existen tales tratamientos, lo que permite ratificar que, como señaláramos más arriba, recién a esta altura la dificultad se ha convertí-do en un problema y la familia está asequible a la influencia del terapeuta.

Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas -(ítem 9)-, confirman lo expresado en 6 (soluciones intentadas). Quizás se puede agregar que la madre, los abuelos y la tía, piensan que hay que hablar más, pero porque no entienden; no están convencidos de que saben lo que hay que hacer, y esto facilita las posibilidades del entrevistador. Al mismo tiempo, los padres quieren encontrar una forma de comprender, que no implique para el papá capitular en sus principios. Todos piden razones y esto se confirma y amplía en el punto siguiente (10: motivación). Obsérvese cómo los distintos ítems van conformando una información consistente, que se confirma recíprocamente.

Aquí se aclara por qué el padre no puede avanzar en su exigencia, al margen de que su mujer, sus suegros y su cuñada lo bloquean: teme perder al hijo. Al mismo tiempo, necesita sentir que no renuncia a su responsabilidad como padre.

La posición de la madre es de discrepancia clara, pero limitada y afectuosa, aunque seguramente esto podría cambiar para peor si la situación se prolongara mucho tiempo (ver objetivo del terapeuta, ítem 14).

En el ítem 10 -motivación-, además de querer "entender", los padres explican aquí otra cuestión importante: quieren que la terapeuta entienda y guíe al chico, y luego les comunique los resultados de esa conversación y la guía que le dio. Esto quiere decir que no quieren manejarse sólo a través de un asesoramiento a ellos, ni sesiones familiares conjuntas,

ni que la terapeuta se encargue sola de arreglárselas con su hijo. Quieren saber razones, pero deducidas no de la información que ellos puedan proporcionar, sino de lo que pueda obtener la terapeuta del chico, lo que es consistente con su idea de que no lo entienden. Al mismo tiempo están expresando que el trabajo principal es de la terapeuta y del muchacho, mientras que el de ellos es complementario, como ya se insinuaba en el punto 2.

Esto no quiere decir que se desentiendan, sino que se conciben en un papel de colaboración secundaria. La terapeuta tardó algunas sesiones en aplicar plenamente esta información, aunque en parte comenzó a utilizarla en esta misma entrevista, como se puede apreciar en el punto 5 (intervenciones). Es muy interesante observar cómo el registro de primera entrevista ofrece una serie de datos "obvios", que el entrevistador no alcanza a apreciar del todo o pierde de vista después de un par de sesiones. Su relectura frecuente es un modo de evitar inútiles tanteos en la oscuridad.

Por otra parte, dado que la consulta surge ante una crisis, probablemente tampoco tiendan a pensar la terapia como un proceso muy largo. Todos estos datos están proporcionando una guía a la terapeuta sobre cuál va a ser la forma menos resistida de intervención.

En posiciones y lenguaje del consultante que puedan ser útiles -ítem 11-, aparece el valor que dan a la vida familiar, lo que implica que están dispuestos a hacer sacrificios (ceder posiciones) para mantenerla, sin que ello signifique quebrar la jerarquía o las necesidades de afecto. Esto también explica en parte la preocupación de ambos, dado que la fuga del chico golpeó justamente allí.

Además, proporciona a la terapeuta una línea de trabajo importante: la apelación a los valores familiares, que como veremos utiliza enseguida (punto 15: intervenciones): "Jorge está muy ligado a la familia".

Respecto al ítem 12 -diagnostico-, se podría haber pensado en otros alternativos. En términos ligeramente diferentes, quizás se podría haber dicho: el muchacho no cumple

con exigencias consideradas normales para su edad ----- un adulto (el padre o profesora) se lo reprocha y le exige ----- Jorge se enoja y retrae, eventualmente huye logrando la protección de un tercero (madre, abuelo, tía)----- adulto cede, sea por presión interna (temor a perderlo) o externa (recomendaciones de la madre u otros parientes que critican-exceso de severidad y falta de comprensión) ----- Jorge inicia un período de calma hasta que tropieza con otra exigencia, y el ciclo vuelve a empezar.

Resulta evidente que lo que aquí llamamos diagnóstico, no es más que una manera de ordenar los datos, que a su vez lleva a elegir ciertas intervenciones (en cuanto al contenido) con exclusión de otras. Con frecuencia, cuando un caso está estancado y no se encuentran omisiones o equivocaciones importantes en la conducción del proceso (que son la fuente de error más frecuente) puede ser útil para salir del impasse pensar en un diagnóstico alternativo. De inmediato aparecerá un nuevo conjunto de intervenciones con su propia lógica de aplicación. En el caso que estamos comentando, el diagnóstico elegido está evidentemente ligado, como veremos enseguida, tanto con la meta pactada (13), como con el objetivo del terapeuta (14), sus primeras intervenciones (15) y su estrategia general (17).

En meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste -ítem 13-, vemos cómo la meta pactada tiene que ver con quiénes aparecen en el centro del problema, tal como éste fue implícitamente definido en el motivo de consulta, y claramente en el diagnóstico (padre-hijo). Su cumplimiento sería un indicador de que el objetivo del terapeuta se está alcanzando (ver punto 14).

La anotación de que esa meta se considera un avance significativo pero no suficiente, es crucial. En muchos casos no es posible ni conveniente fijar una meta mínima tal, que su consecuencia implique que el tratamiento ya no sería necesario. Si se fija una meta mínima y no se tiene presente que su cumplimiento no alcanza a los ojos del consultante para finalizar la terapia, se corre el riesgo de producir una

interrupción que deje insatisfecho a los consultantes.

Aquí, que padre e hijo puedan entenderse a veces no podría ser visto como que el problema se habría solucionado, ya que se cubriría sólo una parte de lo expresado en el motivo de consulta. Sin embargo, esto se fija como meta porque a esta altura del tratamiento ellos no podrían saber que este logro podría ser suficiente (en el sentido que de hecho facilitaría que no se produjeran otras fugas).

En el ítem 14 -objetivo del terapeuta-, aunque redundante, vuelve a aparecer aquí cómo el diagnóstico contiene o implica el objetivo del terapeuta. Podría preguntarse entonces, ¿para qué ponerlo? La respuesta es: para verificar que es así; si el terapeuta descubre que su objetivo es distinto, o tiene que revisar el diagnóstico, o bien ese objetivo.

En intervenciones del admisor y primera reacción del consultante - ítem 15-, la reformulación hace uso de la información recogida hasta aquí. La terapeuta dice "a primera vista (reconociendo que esto no puede ser más que superficial, ya que todavía no "estudió" a Jorge) padre e hijo son parecidos" (explicando el conflicto por la semejanza, que implica cercanía). Además, redefine su huida, como una sobreactuación de independencia, motivada por su intensa ligazón a la familia. De este modo, proporciona una razón aceptable para ambos, especialmente el padre. Cabría suponer que esta reformulación (aceptada en principio) fuese suficiente, en tanto facilitaría que ambos progenitores, pero especialmente el padre, adoptaran una actitud más relajada, de menor control, puesto que pueden estar seguros de que el chico los quiere y está muy ligado a ellos. Evidentemente no podía ser así, y ello por lo que expresa la terapeuta en el punto 17: "Para ellos es más importante lo que él haga que lo que yo les diga". Esto es coincidente con lo que se dijo en el punto 10 respecto a qué esperan que haga la terapeuta.

La indicación respecto a quiénes deben venir a la sesión siguiente, tiene que ver con la necesidad de ver a todo el grupo conviviente para precisar el diagnóstico, y con la impresión (véase punto 16) que los padres son más acompañantes del proceso que palancas de cambio. Está formulada

en términos coincidentes con el lenguaje de los padres, tanto en términos de "entender mejor" como de "verlo solo".

En el ítem 16 -predicciones-, quizás se hubiera podido poner -aunque después se demostrara lo contrario- que posiblemente los padres reaccionen menos angustiosamente ante el chico, después de la reformulación "sobreactúa independencia".

Estrategia a seguir -ítem 17-, muestra que en concordancia con la información obtenida, se plantea la convivencia de tratar de influir especialmente en el chico. La predicción (ítem 16), de que no necesariamente van a cumplir la indicación de venir todos, debió llevar a la planificación de que decir si ese es el caso que se presenta en la sesión próxima.

En quiénes son citados para la próxima -ítem 18-, huelga comentar que la decisión de la terapeuta es parte de la estrategia general. Su aceptación o rechazo debe ser atentamente seguida como la de cualquier otra directiva. Puede acotarse, que fue tomada pese a que la terapeuta previo un posible rechazo, que de producirse confirmaría su impresión sobre las características de los padres.

El número de sesiones previstas -ítem 19-, es relativamente pequeño y se prevé un tiempo limitado, dado que la situación se presenta como de crisis. En este caso, el número de sesiones y el tiempo no fueron discutidos ni explicitados a los consultantes, sino que forman parte de una hipótesis de trabajo, por así decir. Hay situaciones en que la discusión y acuerdo en el número de sesiones puede ser una parte muy importante de la estrategia general, pero ello no es así en el caso que estamos comentando.

EVALUACIÓN SESIÓN POR SESIÓN'

SESIÓN 2.

Aquí ya se confirma en el inicio lo visto en la sesión anterior. Los padres tienden a no cumplir las indicaciones, no de un modo claramente opositor, sino tomándose la libertad de variarlas si lo estiman conveniente para el resultado final.

En el ítem 1, cabe la suposición de que si hubiese habido cambios, los padres hubieran hecho alguna mención de esto.

En el ítem 2, las respuestas a las intervenciones de la sesión anterior, tampoco fueron evaluadas explícitamente porque como dice la terapeuta, esta sesión fue contratada como diagnóstica. Sin embargo, pareciera que la reformulación de la primera sesión fue sólo parcialmente considerada, quizás más bien "puesta entre paréntesis".

Esto confirmaría la dificultad de abordaje por el lado de los padres, y la necesidad de hacerlo por el lado de Jorge.

La terapeuta comenta aquí que son reacios a las indicaciones; quizás en vista de lo comentado en la sesión anterior, hubiese podido reforzar su idea de que ellos no están tan interesados en lo que ella les diga, como en lo que Jorge haga.

En 3, la descripción del clima muestra que la terapeuta percibe la situación como favorable para una mutua confirmación y avance, siempre que ella no la arruine poniéndose abiertamente directiva.

El ítem 4 muestra una respuesta clásica para mantener el control del proceso: se transforma la resistencia en cooperación, sin ignorarla.

En el ítem 5 la selección que la terapeuta hace de lo que considera eje temático, muestra como probable su intento de utilizar la eventual rivalidad entre los hermanos, o bien al mismo Jorge, para crear una situación de desafío. Es su planificación, el conjunto de ideas con que aborda esta sesión, lo que lleva a que ese sea el tema central.

Ítem 6: hasta ahora la información parece corroborar lo que la terapeuta consignó en la entrevista de admisión. No hay por ende necesidad de ninguna modificación importante.

En el ítem 7, las dos intervenciones realizadas llevan al Paciente Identificado a tener que demostrar a su hermana, sus padres y la terapeuta que quiere crecer y no "hacerse el agrandado". La colaboración de la hermana refuerza el efecto. Además, la reformulación es consistente con la ofrecida a los padres en la primera entrevista (sobreactúa porque está muy ligado). El decirles que los va a ver por separado "para ayudarlos a que ayuden a Jorge" es también coherente con la necesidad de que la terapeuta viese al hijo por separado (aunque en este caso ella pide que sea con la hermana).

Ítem 8: en la medida en que la respuesta de la familia a las intervenciones permite suponer que la dirección elegida es correcta, la evaluación de Observaciones, se explica por sí misma.

En el ítem 9, falta una predicción del comportamiento de la hermana, dado que ella tiene, en virtud de la línea elegida por la terapeuta, influencia considerable en el comportamiento de Jorge.

El siguiente -ítem 10-, obsérvese cómo se llena "casi solo" en base a la información previa, constituyendo una guía confortable para la sesión siguiente.

Quizás se hubiese podido incluir el decirles a los padres, junto con cualquier sugerencia o prescripción que se les dé, que se sientan libres de cumplirla sólo en parte, o modificarla, siempre que piensen que eso contribuye al fin buscado.

Ítem 11: dada la línea de intervención elegida por la terapeuta, es natural que cite a los hermanos sin los padres, reforzando de este modo un mensaje de autonomía relativa y cumpliendo con lo pedido por aquéllos respecto a trabajar con el Paciente Identificado, pero como ellos, la terapeuta también modifica el pedido según su propio criterio (incluye a la hermana).

SESIÓN 3.

El hecho de que se presente sólo la hermana sin el PI, evidencia que a esta familia le es difícil hacer exactamente lo que se le pide.

En 1, 2 y 3 se corrobora básicamente la estrategia utilizada hasta aquí. Quizás contra lo que podría haberse supuesto, la hermana no parece tener demasiado peso en la conducta de Jorge, por lo que seguramente las intervenciones principales tendrán que volver a dirigirse hacia este y sus padres (como transmisores de sus intervenciones al PI si este no vuelve).

En el ítem 4, supliendo la carencia observada en la sesión anterior (no hubo predicción del comportamiento de la hermana), hay aquí una intervención destinada a prevenir un cambio en ella como consecuencia del cambio en Jorge.

Los ítems 5 y 7 manifiestan un hermoso ejemplo de focalizaron. La chica trae un conflicto con la madre, y la terapeuta lo reformula de tal modo, que establece una comparación entre ella y el hermano que la favorece. Acepta así el tema propuesto por la chica, pero de un modo tal que queda al servicio del tema "problema del hermano". Le devuelve una imagen de que es competente para manejar sus dificultades con la madre, y la compromete otra vez en la maniobra terapéutica con el hermano.

En el 8, como consecuencia de estas intervenciones -que no implican un cambio de dirección- el clima motivacional del cierre presenta naturalmente un alto grado de esperanza, de disposición a la influencia y de disposición a seguir interviniendo en la misma dirección por parte de la terapeuta.

El ítem 9 muestra que evidentemente la terapeuta basa sus predicciones sobre la información de la chica respecto al resto del sistema. Quizás hubiese sido útil añadir alguna predicción sobre cómo continuaría comportándose ella. Parece posible en efecto suponer, que va a cumplir moderadamente con la sugerencia, manteniendo sin embargo una buena relación con el Paciente Identificado en la medida en que éste mantenga su mejoría.

En el ítem 10 con la información obtenida previamente en esta sesión, la terapeuta está en condiciones de poder realizar planificaciones ya más precisas acerca de sus futuras estrategias con los diversos miembros del sistema. De esto se desprende *su* criterio de citar para la próxima a los padres (ítem 11).

SESIÓN 4.

Ítem 1: es posible apreciar que se cumplieron las predicciones de la terapeuta en el sentido de que el cambio sólo podría mantenerse si los padres eran capaces de no intervenir muy a fondo en las situaciones difíciles del chico con el afuera.

Ítem 2: si bien, como dice la terapeuta, parece que la información había surtido algún efecto, el ítem anterior muestra que el efecto es relativo y sólo se puede mantener si el muchacho con su comportamiento la hace viable. Cada vez se hace más necesario encontrar un modo de seguir interviniendo con éste.

En el ítem 3, podría agregarse que la disposición a seguir interviniendo en la misma dirección tiene que ver con el hecho de que aunque hubo un retroceso, algo se movió el sistema con lo hecho hasta ahora. La terapeuta tendrá que ingeniárselas ahora, con alguna intervención que asegure más estabilidad al cambio, sin modificar su dirección. A la vez, sólo cuenta en este momento con los padres.

En el 4, la respuesta tiende a reforzar lo expresado por el padre en el sentido de que "debe hacerse solo", a la vez que realiza una maniobra tendiente a lograr lo expresado en el comentario del ítem precedente, mientras que éstos siguen esperando que el trabajo se haga con el chico.

Ítem 5: el tema de irse a trabajar al campo muestra dos posibles indicadores de cambio interesantes; por un lado el hijo habla de hacer algo que tiene que ver con la independencia, sin actuarlo directamente; por el otro los padres consideran seriamente la posibilidad y la discuten en lugar de insistir automáticamente en lo que su hijo debiera hacer.

En 6, dado el tema, es evidente que no conviene introducir modificaciones en la dirección del proceso.

En el ítem 7, la terapeuta considera conveniente reforzar lo que esta cuestión del campo plantea. Por eso la posibilidad de llevar la idea adelante, añadiendo la sugerencia de plantearle un límite mínimo de dos meses. Quizás esta intervención fue demasiado directa, parecida a las indicaciones respecto a quién debe concurrir a las sesiones, y por ello es que los padres no la aceptan del todo y quedan dudosos.

En 8, el hecho de que la intervención consignada en el ítem anterior no produce el efecto buscado, explica que la esperanza de la terapeuta decrezca; es muy claro que se produce una disminución de la motivación de los padres que lleva a una disminución de la esperanza de la terapeuta.

En el ítem 9, es interesante que la predicción de la terapeuta-

peuta se basa en el hecho de que conociendo el estilo de interacción familiar, sabe que si los padres dicen al chico que tiene que hacer algo, él desobedecerá. Con todo, ella usó un estilo bastante directo en su sugerencia a los padres, quizás sin advertir que debería dirigirse a ellos del mismo modo que ella piensa que deberían dirigirse al hijo.

En el próximo ítem 10-, se nota que pensó en la cuestión de que los padres reaccionan a sus sugerencias como el chico a las de ellos, puesto que anotó: "evitar darles indicaciones directas". Aquí se ve con claridad cómo el proceso de llenar la ficha, lleva a tener en cuenta factores que de otro modo podrían ser pasados por algo con facilidad.

También figura aquí la conclusión entrevista en el análisis de los ítem 1 y 2: las intervenciones deben centrarse ahora en el PI.

En 11, la decisión de ver al chico recién después de las vacaciones se basa sin duda, en el dato de que la discusión sobre la posible ida al campo introducía un factor de cambio que necesitaba tiempo para desplegarse. Con todo incluye, como es obvio, un factor estilístico: otro terapeuta se hubiese sentido tentado quizás de intervenir con el chico para acentuar sus reacciones si tomaba la decisión de irse.

SESIÓN 5.

Los ítems 1 y 2 muestran información interesante: hubo un cambio más acentuado y en un área más amplia que lo previsto por la terapeuta. Quizás se deba a que ella sólo amplificó la respuesta de los padres a una iniciativa del chico.

El ítem 3 permite observar cómo con esta familia, los grados de disponibilidad a la influencia terapéutica no necesariamente correlacionan con el grado de esperanza: ésta puede ser muy alta, y su grado de disponibilidad ser sólo medio, porque terminan haciendo las cosas según su propio

criterio. La terapeuta tardó algún tiempo en aplicar sistemáticamente esta conclusión a su modo de darles directivas.

En 4, aplica la conclusión que mencionábamos en el ítem anterior: los desafía, que es lo que probablemente debió haber hecho en todo momento.

Ítem 5 y 7: Jorge da el pie para que la terapeuta lo desafíe con intensidad, centrando su esfuerzo en él, porque todos los datos previos sugerían que era más fácil centrar en este sistema desde la conducta del chico. Ello la lleva quizás a no bloquear con más énfasis la posibilidad de que los padres interfirieran en la tarea sugerida a Jorge. Sobre el final de la intervención con éste, el desafío directo es sustituido por una sugerencia "cooperativa" que lo ayude a definirse. El desafío abierto no parece ya tan necesario en la medida en que Jorge introduce una dosis de reflexión en lugar de la pura necesidad de actuar expresada previamente.

En 8, las intervenciones elevan el clima motivacional del cierre, y ahora que la terapeuta ha podido calibrar formalmente sus intervenciones, la disposición a la influencia terapéutica crece.

En el ítem 9, la predicción respecto al mantenimiento del cambio - que aquí ya es casi una aseveración- es el fruto lógico del clima emocional de cierre.

El ítem 10, muestra que a medida que el proceso avanza en la dirección deseada, tiene cada vez menos sentido el ítem "qué decir o hacer diferente". El éxito hace que tienda a quedar vacío, mientras se llena el de "en que insistir".

Lo expresado en el ítem 11 sigue la lógica de evaluar el impacto terapéutico con quien se ha convertido en el foco de las intervenciones.

SESIÓN 6

Los ítems 1, 2 a 3, permiten observar que la terapeuta está teniendo éxito con su estrategia: el chico ha cumplido (a su modo) su parte, y los padres no han interferido. Obviamente el clima emocional es bueno.

En 4, 5 y 6, lógicamente, la terapeuta insiste con la línea anterior, desafiándolo en el sentido de que "nadie puede hacerse cargo tan rápido de sí mismo".

Podría haberse quizás insinuado que no fuera tan rápido porque a los padres les costaría acostumbrarse y la hermana se pondría celosa al descubrir que el puede hacer en un plazo tan breve lo que a ella seguramente le está llevando más tiempo. Ella prefiere otra línea más clara, que evita tentaciones: le sugiere casi lo mismo que la sesión pasada y que tan buen resultado dio. En el fondo es buscar qué receta se le dio la vez pasada y si le hizo bien, repetírsela, siempre que las condiciones no hayan cambiado. El muchacho, a su vez, la confirma en esta línea, al hablar básicamente acerca de su nuevo equilibrio y áreas de interés.

El ítem 7 permite apreciar que la intervención de la terapeuta tiende a controlar cualquier posible retroceso, prescribiéndolo de manera bastante desafiante; ella expresa sus dudas sobre si no habrá sido demasiado dura. A la luz de la experiencia con el caso se puede decir que era mucho más seguro pecar por exceso de desafío que por falta.

Esto se confirma en el ítem 8: el clima emocional fue bueno, y esto no hubiese sido así si ella se hubiese equivocado más o menos seriamente en la gradación de su desafío.

Los deseos de interrumpir que ella expresa, tienen que ver con no llevar el grado de involucración con el Paciente Identificado *más* allá del punto deseable. Lo que se necesita en materia de influencia terapéutica ya está hecho al parecer, y seguir perseverando podría llevar a una sobre involucración del tipo de la que se trató de disminuir en los padres.

En el ítem 9 la predicción es de nuevos comportamientos

"más allá del motivo de consulta", aunque dependientes de éste. Una vez más, es función del clima emocional del cierre.

En 10 y 11, la planificación muestra que ahora se piensa en los padres como ejes de la intervención restante, como un modo de salir de la escena y devolverles una función respecto a los cambios que se producen: la de observadores, evaluadores, y acompañantes de los cambios de Jorge. De ahí su citación para la próxima sesión.

SESIÓN 7.

Los ítems 1 y 2 reafirman la información obtenida en la sesión anterior en tanto, tanto el PI como los padres, pudieron mantener el cambio logrado en relación a la estrategia instrumentada. Además, los padres traen datos acerca de que las predicciones hechas por la terapeuta respecto a otras modificaciones más allá del motivo de consulta, también se cumplieron.

Respecto al ítem 3: lo anterior explica el clima motivacional que tiñe la sesión desde su inicio, y reafirma el convencimiento de que es hora también de decirles adiós a los "verdaderos" consultantes.

En 4 y 7, las intervenciones hechas a esta altura vuelven a satisfacer la demanda inicial de los padres ("queremos saber por qué se fue de la casa y qué hacer para que no vuelva a repetirse") a manera de resumen y desafío para el futuro. El aspecto formal de las mismas compromete a los padres y al PI -en sus estilos autónomos- en mantener los cambios logrados: Jorge como protagonista principal, y ellos como colaboradores secundarios.

En los ítems 8 y 9: la conformidad con la que los padres consultantes reaccionaron a lo anterior explica el buen clima de cierre y le permiten a la terapeuta confiar en que los resultados terapéuticos se mantendrán con el tiempo sin

necesidad de otras intervenciones suyas.

En 10 -no obstante lo anterior, la terapeuta decide registrar una próxima intervención por si sus predicciones fallan, a modo de recordatorio que le impida ingresar nuevamente al contexto terapéutico por caminos oscuros o fracasados.

EVALUACIÓN FINAL

En este caso los ítems 1, 2, 3, 4 y 5 de la ficha, permiten apreciar los cambios operados en el sistema consultante desde que comenzó la terapia.

No sólo se ha solucionado el motivo de consulta, sino que se han operado cambios en áreas conexas: rendimiento escolar, deportes, conexión con pares, etc. La meta mínima fue superada con creces. Esta debe haber sido la razón por la cual, de considerarla un cambio significativo, pasó a ser suficiente como para terminar la terapia. Es claro que cambiaron al mismo tiempo las soluciones intentadas: los padres se manejan de una manera diferente, lo que al menos en teoría asegura que el cambio producido se puede mantener.

SEGUIMIENTO POST-TERAPIA

Evidentemente el tiempo mostró que el optimismo trasuntado en las últimas predicciones de la terapeuta no era inapropiado. Todos los ítems del seguimiento corroboran la evaluación final, inclusive en un detalle menor: cuando la madre señala que cuando ahora tienen discusiones con el chico es por cuestiones propias de la edad, muestra cuánto se ha flexibilizado y enriquecido la posición de ambos: un comportamiento aparentemente semejante puede ser expresado y extendido de una manera suficientemente diferente como para no recaer en el círculo vicioso anterior o en una reconsulta.

CASO 2 DEL PUÑAL A LOS

MOÑOS

Este es un caso interesante, porque ilustra la posible utilidad del registro en situaciones donde el consultante no desarrolla sino parcialmente, las conductas que se consideran apropiadas al rol de buen paciente en este modelo.

-Dicho de otro modo, la interacción de la consultante con el terapeuta no lleva a definir más o menos rápidamente un motivo de consulta claro y específico, con las correspondientes soluciones intentadas, etc. Sin embargo, el resultado de la terapia puede considerarse bueno, y el registro puede ser considerado tanto desde la perspectiva de una herramienta que ayudo a la terapeuta a mantener la dirección del proceso, como desde el punto de vista de un instrumento para pensar el proceso terapéutico en su conjunto.

La carátula muestra a la consultante como PI, viviendo sola. Este es un ejemplo de cuando el ítem otros significativos no se puede llenar en este momento inicial, sino a partir de los datos recogidos a posteriori en el transcurso de la entrevista.

El primer ítem (queja inicial) registra una presentación en la que abundan quejas variadas, como si dijese: "me pasa de todo". Esto habitualmente preanuncia dificultades para focalizar sin resentir la alianza terapéutica. De hecho, es lo que ocurre en esta oportunidad.

Si bien el ítem 2 (por qué ahora) sugiere la posibilidad de focalizar en el tema de su relación con su familia de origen, algo en el lenguaje de la consultante sugiere que no va a ser

posible llevarla a jerarquizar muy rápidamente un motivo. Ella espera que sea la terapeuta quien lo defina luego de un proceso diagnóstico. Evidentemente da muestras de no entender muy bien lo que le pasa, y de considerarlo suficientemente complejo, como para que la terapeuta tenga que solicitar muchos datos y emplear bastante tiempo para lograrlo.

En otro orden de cosas, la descripción que hace respecto a la reacción del padre sugiere que éste ha cambiado recientemente con ella, puesto que de lo contrario no la sorprendería que no la defiende. Si esto es así, sugiere que la relación con la madre, que aparece como eje del conflicto, puede estar en un momento de cambio también, dado que la alianza padre-hija debía contribuir decisivamente a estabilizarla.

Es evidente que en este caso la terapeuta llenó el ítem 3 (motivo de consulta) después del 4 (historia y circunstancia). Fue éste, a pesar de que reitera el tema del conflicto y evolución de su relación con su familia, el que la llevó a construir como motivo de consulta "hacer un diagnóstico", que implica admitir que todavía no se ha establecido uno (define una categoría que incluya a todos los probables).

Parece contradictorio el ítem 5; ¿cómo podemos saber acerca de las consecuencias de un problema si no sabemos aun cuál es?

Sin embargo, allí están y hablan de su interés en sentirse mejor. Creemos que esto puede entenderse como un dato que mejora el pronóstico, hasta aquí bastante negro, sobre la evolución del proceso terapéutico.

Podemos resolver la contradicción pensando que realmente está preocupada por algo que "está porque produce efectos" aunque no lo pueda describir aún. Quizá en base a esta información se hubiese podido intentar construir un motivo de consulta del tipo "dificultad para concentrarse en el trabajo como consecuencia de los conflictos con la familia y novio", pero muy probablemente eso no hubiese resultado, porque todo indica que ella considera que el problema está en esas relaciones que son la "causa", y no en la dificultad para concentrarse en el trabajo, que es la "consecuencia". Esto si podría hacerse, si primero se puede construir que "el problema" es que ella se hace mucha mala sangre por las

cuestiones familiares que la preocupan, en cuyo caso encontrar una manera de concentrarse más en el trabajo o de sentirse mejor físicamente sería una señal de que se está preocupando menos, y por ende mejorando. Con seguridad no era posible hacer esto con esta paciente de estilo tan ambiguo en el marco de la primera entrevista.

El ítem 7 (tratamientos anteriores) proporciona otro dato importante: pese a que su estilo lingüístico va en dirección opuesta, parece necesitar que el terapeuta sea claro (aunque no necesariamente tan concreto como para hablar únicamente de acciones todo el tiempo).

En el ítem 9 se consigna una reacción de la madre (no querer saber nada con un tratamiento para ella) que sólo adquiere sentido cuando llena en el ítem 10 "quiero una terapia para mi mamá". Dicho de otro modo, alerta sobre la inconveniencia de incluir a la madre en sesiones conjuntas, porque tendrían una gran chance de ser dedicadas a mutuas acusaciones y a la búsqueda del dictamen de la terapeuta sobre quién debe tratarse (remedando una solución que no funcionó).

En otro sentido, la cuestión del hermano en el ítem 9 complementa de paso información previa en cuanto a que hay bastante dificultades en esta familia, más que suficientes como para darle a la paciente esta sensación de no saber por donde empezar que comentamos al principio.

El ítem 11 (posiciones y lenguaje) ayuda a aclarar la idea de que la terapeuta deberá valorar en su discurso los niveles cognitivo y afectivo más que conativo. Pero como se muestra en el ítem 10 (motivación) ella quiere que ese tipo de discurso sirva de orientación para acciones. Expresado de manera diferente: busca que le den razones que definan caminos a seguir. El psicodiagnóstico presentará una excelente oportunidad para ello.

El lenguaje en los ítems 12 y 13 (diagnóstico y meta mínima) es menos específico que el habitual. Esto es inevitable dado que no se fijó un motivo de consulta, por lo que naturalmente el objetivo del terapeuta (14) es establecerlo. La paciente -al menos en su interacción con esta terapeuta- se muestra como necesitada de definiciones "externas". Por

ahora todo lo que se hace, tanto en el diagnóstico como en la meta mínima, es dar pasos en la dirección apropiada para construir una problemática que gire; en torno al tema de crisis evolutiva familiar y sus correlatos de dependencia-independencia.

La terapeuta toma esto en cuenta en sus intervenciones (15) que buscan fundamentalmente "sintonizar" con las preocupaciones de la paciente para reforzar la alianza terapéutica.

Si bien juzga que son aceptadas, no está muy segura de haber cumplido su propósito puesto que en predicciones (16) dice: "quién sabe si vendrá la próxima".

La estrategia (17) es coherente con el objetivo y con las intervenciones realizadas hasta aquí: se trata de "encajar" el lenguaje de la consultante respetando el tiempo y las formas que necesita para establecer una relación terapéutica significativa.

El ítem 18 (quienes son citados) es coherente con el motivo de consulta construido, así como el 19 (número de sesiones) queda sin llenar respetando la estrategia elegida.

EVALUACIÓN SESIÓN POR SESIÓN

SESIÓN 2

Como es lógico el ítem 1 no ofrece información, puesto que no existe motivo de consulta ni, en realidad, meta. El comentario de la terapeuta empero hace pensar que cometió un error conceptual muy frecuente al llenar este ítem. Dice: "se supone que está igual porque viene a realizar directamente el diagnóstico". ¿Igual en qué? Una cosa es que el paciente se *sienta* mejor y otra diferente es que considere que mejoró el problema.

De cualquier modo por la información del ítem 2 (respuestas a las intervenciones), es evidente que las intervenciones de la entrevista anterior tuvieron un efecto positivo, aunque parcial. No sobre el motivo de consulta -porque no hay, si-

no para reforzar el interés en la relación terapéutica, que era el objetivo de la sesión anterior. Aquí se puede ver que aunque generalmente las intervenciones principales suelen apuntar a la modificación del problema, hay casos como éste en que apuntan a la creación o mantenimiento de la relación, y su efectividad debe medirse en relación a ese patrón.

La paciente vino, cosa que la terapeuta dudaba, y dice que se siente con ganas de hacer el estudio, lo que demuestra que se sintió atraída por la idea del psicodiagnóstico aunque no está aún lista para trabajar sobre sí misma (no menciona el chequeo médico y sigue hablando desde la posición "mi madre me complica y yo no puedo hacer nada").

El clima motivacional (ítem 3) parece aquí considerablemente mejor que el reinante en la primera entrevista.

Re-confirmada en su estrategia por estas informaciones, la terapeuta responde (ítem 4) alentando la disposición de la paciente a hablar de lo que la preocupa, no sin sugerir indirectamente un cambio de perspectiva desde "mi problema son los demás" a "qué puedo hacer yo".

El eje temático de la sesión (ítem 5) gira en buena medida en torno a los cambios que el paso del tiempo acarrea a la familia. Es posible que la terapeuta haya influido mucho en la selección de los temas, puesto que ellos están en perfecta consonancia con lo construido por ella en los ítems meta mínima y diagnóstico de la primera entrevista.

Las intervenciones principales (ítem 7) son en este caso las preguntas que organizan las manifestaciones de la consultante en esa dirección. Desde nuestra perspectiva, las preguntas son reformulaciones parciales. Al considerarlas pertinentes y al aceptar el orden en que son formuladas, el consultante está empezando a delinear una perspectiva inexistente hasta ese momento. Esto es lo que parece haber ocurrido en este caso.

En consecuencia, el nivel del clima motivacional del cierre (ítem 8) parece ser más alto. Si bien la terapeuta tilda los mismos niveles que al comienzo, su comentario revela que piensa que el cambio favorable respecto a la sesión anterior se está acentuando, pero no hasta el punto que la relación no pueda modificarse súbitamente en cualquier momento. Quizá el hecho de que este ítem tenga sólo tres posibilidades

de calificación (alta, media, baja) lleva a que con demasiada frecuencia se utilice la segunda. Esto es lógico, porque se tiende a reservar las expresiones "alta" y "baja" para las situaciones extremas. El resultado es que "media" puede terminar siendo un estereotipo que no aporta información.

Dado que el ítem tiene por objeto facilitar la comparación entre el principio (3) y el final (8), una solución es marcar la calificación con una flecha que indique matices según su inclinación. Así por ejemplo la disposición a la influencia terapéutica puede ser descripta así:

Alta	_____	Alta
Media X	<u>ÍTEM 3</u>	<u>ÍTEM 9</u> Media X
Escéptica		Escéptica

De este modo se expresa que, sin haber llegado a extremos, la disposición a la influencia disminuyó durante la sesión.

En el ítem 9 (predicciones) se vuelve a hacer evidente que en este tratamiento las intervenciones hasta el momento tienen por objeto la relación terapéutica; de allí que las predicciones se refieran únicamente a ésta. Seguimos en la etapa preparatoria, por así decir, en la que todo tiene por objeto aumentar su disposición a la influencia terapéutica (lo que incluye su disposición a construir un motivo de consulta).

Consistentemente con esto, la terapeuta consigna en el ítem 10 (planificación) lo que piensa hacer para que esa influencia aumente, manteniéndola como segmento de impacto de los términos (ítem 11).

SESIÓN 3

En esta sesión se aprecia que la respuesta de la paciente a las intervenciones terapéuticas (ítem 2) es cada vez más clara. Su cumplimiento a la prescripción de "pensar" muestra que la predicción de la terapeuta respecto a su interés creciente se cumplió.

El clima motivacional (3) ha seguido mejorando y la terapeuta insiste (ítem 4) en reforzar la disposición de la paciente a plantear las cuestiones que la preocupan.

El resultado es que ésta puede ahora volcar sus preocupa-

ciones más íntimas (ítem 5: eje temático de la sesión). Evitando toda tentación, la terapeuta se mantiene firme en la estrategia fijada, sin agregar nada nuevo (ítem 7: intervenciones principales). Los ítems 8 (clima motivacional) y 9 (predicciones), no hacen sino confirmar que se está insistiendo con una línea que da resultado. El ítem 10 (planificación) muestra ahora el próximo paso: la construcción de un motivo de consulta que englobe todo lo que la paciente mencionó como problemático, y la definición simultánea de una meta mínima, utilizando la actividad sexual como señalador *del* "conflicto fundamental". Dada la estructura de este proceso terapéutico, donde se ha creado cuidadosamente un alto nivel de expectativa, el planteo tiene que ser construido con mucha precisión. Si falla, posiblemente no habrá otra oportunidad con esta paciente.

SESIÓN 4

Esta sesión comienza con un clima emocional expectante y suma disposición a la influencia, que es consecuencia del trabajo terapéutico de la sesión anterior.

La primera intervención del terapeuta (ítem 4) está destinada a modelar las expectativas de la paciente. Lo que sigue son las intervenciones principales (ítem 7), que proporcionan el eje temático (ítem 5). Al mismo tiempo se establecen el motivo de consulta, la meta, el objetivo de la terapeuta y el diagnóstico (ítem 6). De este modo se llega al punto que normalmente se alcanza en la primera entrevista.

En rigor, no se trata exactamente del mismo, porque en la mayoría de los casos es el establecimiento del motivo de consulta y de la meta lo que permite avanzar en la relación terapéutica, mientras que en este caso fue al revés. Mas que otros, este protocolo muestra con claridad el motivo de consulta y la meta como construcciones de paciente y terapeuta. La redefinición es la base constituyente del motivo de "consulta y la meta mínima no es formulada y aceptada explícitamente, está siendo" sugerida: "el próximo paso es tu sexualidad... es probable que así como con la ginecóloga buena pudiste abrirte de un modo que con la otra fue imposi-

ble, lo mismo ocurra con Guillermo ahora".

Quizá una terapeuta con otro estilo hubiese preferido hacer una propuesta explícita de meta mínima. Creemos que esto puede ser más seguro, pero no siempre es imprescindible. Si el consultante da muestras de reconocer que lo que se sugiere es "el próximo paso necesario", en la resolución de su problema y se pone a trabajar en él, es suficiente. De allí en más, el terapeuta debe vigilar permanentemente si el consenso se mantiene, pero sólo en caso de que se pierda es necesaria la discusión explícita de la meta (probablemente otra).

En este caso, después que la meta es sugerida y aceptada, se prescriben tareas para alcanzarla, y otras para cumplir la meta fijada anteriormente (poner moños). Al poner una "junto a la otra, la terapeuta implica mediante una asociación por contigüidad que consumir la relación es "poner moños" a la relación con la madre.

Obviamente, la "entrada" de este paquete de intervenciones eleva el clima motivacional de la entrevista, (ítem 8), alcanzado el nivel máximo, que establece una clara diferencia con todas las evaluaciones previas.

Concordantemente las predicciones (ítem 9) son optimistas. Es interesante destacar sin embargo, la predicción de que si la meta se alcanza, disminuirá su interés en seguir viniendo.

De este modo, se colocó en disposición de cerrar, bloqueando en sí misma cualquier tendencia a prolongar el tratamiento (y por ende parecerse a la madre).

La planificación (ítem 10) se centra en la utilización de maniobras de redefinición que caratulan -y por ende organizan- conductas diversas. Con esta técnica la terapeuta puede dejar que la paciente hable de lo que quiere, pero al mismo tiempo dirigir su atención hacia temas específicos, coherentes con su objetivo. SESIÓN 5

Esta sesión muestra en los ítems 1 y 2 la eficacia de las intervenciones previas.

El optimismo de la terapeuta, expresado en sus prediccio-

nes anteriores estuvo plenamente justificado. Se podría suponer que las intervenciones fueron tan eficaces porque las sesiones previas de diagnóstico sirvieron para incrementar la expectativa. La comparación de protocolos de diferentes procesos terapéuticos permitiría averiguar en qué casos es útil el procedimiento.

En el ítem 3 la terapeuta observa que la consultante se equivocó respecto a la fecha de la entrevista, e interpreta esto como señal de que quizá la terapia ya no le resulte necesaria. Pareciera que está buscando datos que confirmen su predicción en ese sentido. Quizá esto responde a su percepción de que la consultante puede ser muy lábil, y aun esfuerzo por anticiparse (estar un poquito más lista que ella para dejar).

De allí que algunas de sus intervenciones principales (ítem— 7) refuerzan la imagen de la paciente como alguien que puede sola, y sugiere que quizás sería mejor dejar abierta la fecha de la próxima entrevista, de modo de tenerla cuando realmente la necesita. Naturalmente esto va acompañado de una típica maniobra de restricción del cambio (no te apures a cambiar con tu madre) con una sugerencia implícita de logro, al asociarla con lo que consiguió en el área sexual. La sugerencia por asociación parece uno de los recursos predilectos de esta terapeuta, puesto que ya habíamos visto una maniobra semejante en la sesión anterior.

Al mirar este punto del registro es posible pensar que quizás hubiese sido conveniente insistir más en maniobras de restricción del cambio (prescripción de recaídas, por ejemplo). Es evidente que, también la terapeuta tuvo esa impresión, puesto que en el ítem 10 (que decir-hacer diferente) se plantea trabajar en esa dirección en la eventual sesión siguiente.

El clima motivacional del cierre (ítem 8), sigue siendo alto. La terapeuta muestra muy a las claras su deseo de terminar cuanto antes. Tantas señales en esta dirección quizá indiquen un apuro excesivo. Habrá algo de "¿termine antes de que este logro se caiga?", De ser así esto anticiparía recaídas fáciles en el futuro cercano, pero la terapeuta no da señales de registrar algo en este sentido. Es más, las predicciones (ítem 9) se orientan en sentido opuesto, no

sólo por ser bastante optimistas sino por incluir la posibilidad de que vuelva a terapia si lo considera necesario.

EVALUACIÓN FINAL

Lo más interesante que se consigna en esta ficha es el proceso de sustitución (o quizá podría denominarse perfeccionamiento) de las metas mínimas y de los motivos de consulta {ítems 1 y 2).

En este sentido, contribuye a mostrar que la terapia se desarrolla en su mayor parte para llegar a un motivo de consulta, y prácticamente termina cuando este es definido. Es el reverso de los otros casos que describimos, y que constituyen versiones más clásicas, del modelo por así decir.

EVALUACIÓN POST-TERAPIA

Lo interesante de registrar es que con el paso del tiempo, la meta mínima específica pactada (ítem 2), dejó de ser un indicador de su mejoría, en tanto razones extrañas a la terapia (la conducta del novio) desencadenaron el fin de la relación. No obstante, la terapeuta refiere el progreso fundamentalmente en relación al motivo de consulta (ítem 3): la autonomía de la paciente; y es por eso que el ítem 2 aparece como "se sobrepasó" considerando que cualquiera de las otras modificaciones que relata la paciente son representantes análogos de la clase "pequeños pasos hacia la autonomía".

Los ítems 4, 5 y 6, ratifican que ella mantiene el cambio de hacerse más responsable de sí misma, ya que -a pesar de las dificultades-no volvió a percibir ni a actuar en dependencia excesiva de los demás (ni "los hombres son todos peligrosos", ni "sin la terapeuta o mi mamá no puedo seguir adelante").

CASO 3 EL CAMBIO

RESIDE EN LOS OTROS

Este es un hermoso ejemplo del modo en que el registro puede ayudar a comprender los errores que llevan a un fracaso o deserción.

Si miramos la carátula podemos ya deducir que la terapeuta tendrá que hacer un examen cuidadoso para definir el sistema de impacto, que puede o no incluir a la propia niña, la madre, la psicopedagoga, la abuela y el padre.

Lo primero que llama la atención es que, si bien se consigna que la nena estuvo presente en la entrevista, la información que se transmite en todos los ítems parece haberse obtenido con el sólo concurso de la madre. Sólo sabemos que la criatura estuvo porque así se afirma al mencionar los concurrentes.

Este hecho podría hacernos suponer que la entrevista vino "mal barajada", descalificando la presencia de la Paciente Identificada cuando explícitamente se pidió que concurrieran los que conviven.

Los ítems 1, 2 y 3 merecen un comentario especial: el motivo de consulta no especifica suficientemente en que consiste la falta de rendimiento (que distancia hay entre lo que rinde y lo que la escuela considera aceptable). Para especificarlo con seguridad hubiera sido necesario hablar con la psicopedagoga, y/o la maestra, quienes se vislumbran a esta altura como las más motivadas a que la situación se modifique (razón por la cual, habría que considerarlas, al

menos como formando parte del subsistema de impacto).

El texto de los ítems 4 y 5 (historia y circunstancia y qué deja de nacer) es sólido fundamento para lo que se expresa en el ítem 10 (posiciones y lenguaje): la señora no da más.

También encaja con esto el comentario de la consultante que se registra en el ítem 9 (actitudes y opiniones importantes). La velada crítica a la maestra sugiere que espera que la solución venga de otros.

Esto lo registra claramente la terapeuta en el ítem 11 (motivación) al escribir: está impotente, quiere que otro se haga cargo. También lo menciona en el diagnóstico (12), y sin embargo dirige sus intervenciones (ítem 15) a que la mamá se haga cargo. Esto, sin siquiera fijar una meta mínima (ítem 13), que sería la única manera de poner a la consultante en una situación que le hiciese posible quizás alcanzar el objetivo de la terapeuta (14): que modifique la creencia de que no puede hacer nada.

Ciertamente hubiera tenido mejores posibilidades de éxito si - interactuando con la nena- hubiese dado a la señora la posibilidad de sentir que estaba dispuesta a hacerse cargo o al menos compartir la responsabilidad, y/o si su intervención hubiese consistido en negarse a formular comentarios hasta no haber hablado con la psicopedagoga.

Hasta aquí, obtener información sólo de la madre en una situación en que la consulta se produce a instancias de la psicopedagoga y la queja de la maestra (derivantes) por un problema que ocurre en la escuela, implica limitar innecesariamente la propia maniobrabilidad. No se aprovecha la presencia de la niña, como nivel posible de impacto, ni a los otros componentes del sistema significativo de relaciones -que además están motivados-, y se define a la mamá, que no está bien dispuesta, como único foco de las intervenciones.

Por supuesto sus intervenciones (ítem 15) son rebotadas, pero por algún motivo se empeña en seguir por el mismo camino y pulsar con la madre. Pese a que predice (ítem 16) que el proceso se "encamina al fracaso, insiste en suposición (17 y 18): pide que venga la madre sola y plantea una estrategia totalmente dirigida a ella. Dicho de otro modo, dedica

todas sus energías a cambiar a la madre, sin prestar atención a sus propias conclusiones iniciales.

Como dijimos al principio, este es un bonito ejemplo de cómo puede utilizarse el registro para ver que ha hecho el terapeuta para fracasar. Ilustra además el principio según el cual una buena parte de los fracasos se origina en una falta de vigilancia del terapeuta sobre sus propios procedimientos.

La mayoría de los terapeutas que conocemos se sentirían inclinados a hipotetizar sobre los motivos por los que esa falta de vigilancia se produce. Aunque en este caso los conocemos, insistimos en que ellos son irrelevantes para modificar la situación: para ello basta con revisar en el registro de esta sesión, si lo hecho cumple o no con las normas del modelo. Es evidente que en este caso no es así, puesto que hay una inadecuada selección del sistema de impacto (es suficiente mirar la carátula para darse cuenta) y una evidente violación de un principio: utilizar el lenguaje del paciente.

EVALUACIÓN FINAL

Esta ficha muestra que al llenarla la terapeuta descubrió equivocaciones en su trabajo. Esto se evidencia tanto en la observación respecto a la falta de meta mínima (2) como en la que alude al rechazo de las intervenciones en el ítem b.

SEGUIMIENTO POST-TERAPIA

La ficha muestra con mucha claridad que si bien se produjeron cambios (ítem 3), no puede considerarse que tengan relación con la entrevista.

Ofrece además confirmación adicional a la idea de que hubiera sido preferible incluir a la niña y a la escuela, dado que un cambio en este sentido solucionó el problema.

CASO 4 UNA MUJER DE AVANZADA

La carátula de este caso merece de por sí varias acotaciones. En primer lugar, la edad de la consultante y su posición dentro de la familia (hija mayor soltera que convive con sus padres), permiten suponer un probable conflicto en torno a la independencia, idea que parece corroborarse al pedir ella que la entrevista no incluyese a sus familiares.

Por otra parte, es necesario destacar que los dos novios son incluidos entre las personas significativas por el terapeuta al promediar la entrevista, y no forman parte de la información con que cuenta al empezarla.

Como dijimos al describir el modelo de registro (pág 30) los otros significativos son el producto de una definición del sistema por parte del terapeuta, definición que requiere ya contar con una serie de datos.

En la ficha de registro inicial, es interesante notar que el contenido de los primeros ítems, {1, 2, 3 y 4} que describen su indefinición, se correlaciona perfectamente con su estilo verbal, también indefinido. Por otra parte nos da datos acerca de que necesita tiempo para definirse, ya que en su situación de trabajo le tomó algunos años hacer los cambios que tenía proyectados.

El ítem 5 (que deja de hacer) permite asegurarse de que tiene auténtico interés por resolver el problema. Junto con su pedido de venir sola, lleva a suponer que es adecuado trabajar con ella.

El ítem 6 (soluciones intentadas) muestra un patrón: ella

misma, y los demás han presionado para que se defina. Pero además el ítem 7 (tratamientos anteriores) le dio elementos para pensar, procedimiento que no le ayudó a resolver la situación: más información busca para decidirse, más duda.

Las soluciones intentadas por otros proporcionan ya los datos necesarios para que la terapeuta pueda pensar sus primeras intervenciones en la dirección opuesta a la seguida por aquellos. Sin embargo estas intervenciones deben ser formuladas respetando su lenguaje (ítem 11): "quiero *más* razones e información -para poder decidirme". Parece haber una contradicción entre ambos ítems. El modo en que la terapeuta la resuelve y la respuesta de la paciente figuran en el ítem 15a. (reformulaciones y primera reacción).

Los ítems 11 (motivación) y 12 (diagnóstico) no añaden elementos importantes a lo dicho hasta aquí. El no establecimiento de una meta mínima (13) es lógico si se considera que la estrategia elegida apunta a "no decidir". Para decirlo de otro modo: fijar una meta en este momento seguramente implicaría apoyar la idea de que debe decidir, y sería una forma más de contribuir al mantenimiento del problema.

Los objetivos del terapeuta (14), son coherentes con el diagnóstico y llevan a que el proceso terapéutico permita a la consultante decidir entre la resolución del problema o su disolución. La estructura es semejante por ejemplo a la de los casos en que la persona que consulta por sobrepeso puede, o efectivamente disimularlo, o concluir que no tiene • por qué adaptarse al standard cultural del peso apropiado.

Dado que las reformulaciones (15a.) "entraron", sería lógico que la prescripción las apoye, (15b.) y que la estrategia (17) apunte básicamente a insistir con ellas.

Sin embargo, tanto la prescripción como la estrategia a que apunta la terapeuta es ligeramente distinta: en lugar de insistir en que se tome tiempo, sugiere amplificar la duda. Como se verá en el protocolo de la sesión siguiente, ella luego decide volver sobre sus pasos e insistir en la formulación original.

Se verifica en este caso, una vez más, que cuando una intervención es exitosa conviene insistir en ella en lugar de diluir su efecto con otras.

La predicción hecha (16) implica que la terapeuta está satisfecha con el proceso hasta ahora, y en una relación de mutuo encaje con la Paciente Identificada que la lleva a seguir trabajando de manera exclusiva con ella (18). Cuando esto se da en el contexto de una predicción "optimista", sugiere un vínculo suficientemente intenso como para ser transformador, mientras que si se da en el contexto de una predicción "pesimista", sugiere que existe una relación emocional más allá del desencaje perceptual que impide la toma de decisiones adecuadas (comparar con el caso de la mamá de la niña que no rendía en la escuela).

Se podría discutir si pese a ello no hubiese sido preferible maniobrar para incluir en las próximas sesiones a los padres y consecutivamente a los novios como un modo de ampliar el sistema de impacto y por ende las posibilidades de éxito.

Nuestra respuesta es que los datos registrados hasta aquí sugieren que eso hubiese disminuido la intensidad de la relación terapéutica con la paciente, sin seguridad alguna de que otros miembros del sistema estuviesen dispuestos a cambiar sus soluciones intentadas.

Por otra parte, este modelo terapéutico tiende a la mínima intervención necesaria. En consecuencia, es lógico intentar primero con la chica, que tiene un grado suficiente de motivación. Recién si esto falla, será necesario ampliar el sistema de impacto. Además, este camino es posible, mientras que el inverso no. El número de sesiones máximo contratado, forma parte aquí de la estrategia de la terapeuta de comunicarle que le respetará el tiempo que ella necesite para solucionar la situación, a la vez que le ayuda a diferenciar esta situación terapéutica de la anterior psicoanalítica, sin plazo definido.

EVALUACIÓN SESIÓN POR SESIÓN

En la ficha de *evaluación parcial*, los ítems 1, 2 y 3 muestran que la estrategia pensada por la terapeuta y comenzada a desarrollar en la prescripción de la sesión anterior, no

tiene futuro. Como lo señala la terapeuta en las observaciones del ítem 3: "quiere cooperar, pero tiene hipótesis muy fuertes acerca de lo que otra persona puede pedirle". Esto lleva a que los intentos de amplificar la duda sean leídos como solicitudes de elección entre los candidatos sobre la base de nueva información.

Hábilmente la terapeuta evita insistir. Tal como se aprecia en los ítems 4 y 5, elude cualquier confrontación directa o indirecta y vuelve atrás, hacia la última intervención efectiva, lo que en nuestra opinión constituye otra regla de procedimiento del modelo.

Al leer los ítems 6 y 7 se observa cómo vuelve en su estrategia a la línea de la reformulación planteada en la sesión anterior, y la profundiza: ya no es sólo que no tiene dificultades para decidir sino que es cautelosa; ahora ha tomado una decisión: no decidir. El problema es que esta es una decisión no convencional, lo que la hace difícil.

La respuesta es tan favorable e intensa (ítem 7 y observaciones de ítem 8) que lleva a la terapeuta a una reacción igualmente intensa: cerrar. Quizás otra más cautelosa y también coherente con la dirección del proceso, hubiese sido plantear una próxima sesión para verificar si realmente es capaz de mantener una resolución tan poco convencional.

Es imposible deducir de la ficha si la terapeuta obró como lo hizo por el entusiasmo con el impacto de la intervención anterior, o llegó a pensar que quizás con esta paciente, -que tiene una historia en la que las relaciones que pretenden ser duraderas se transforman en factor de duda- era más probable que su influencia terapéutica se mantuviese interrumpiendo. Algo de esto parece expresar en su observación al punto 8: "parece tan convencida... que seguir interviniendo podría anular la creencia". El ítem 9 (predicciones) y 10 (planificación) confirman ambas suposiciones: por un lado cree que la intervención fue lo suficientemente reestructurante como para pensar en reberberaciones sobre otras áreas de la conducta, a la vez que no planifica intervenciones en una línea diferente, que hagan pensar en retomar el contacto sistemático con la paciente.

EVALUACIÓN FINAL

Nada hay para comentar especialmente respecto a la *ficha de evaluación final*, salvo nuestro desacuerdo respecto a la razón que se consigna para no haber pactado una meta mínima (ítem 1) tal como afirmamos más arriba, fijar una meta hubiese implicado que la terapia debía ayudarla a decidir, lo que no la hubiese diferenciado de las soluciones utilizadas hasta ese momento.

La terapeuta dice que no se pacto porque la paciente venía fundamentalmente a "entender".

Creemos que de haber sido éste el principal obstáculo se hubiese podido salvar preguntándole por ej.: "Si usted pudie se entenderse un poco más, probablemente aspiraría a ser un poco más capaz de decidir, porque esto es lo que le permitiría saber si lo que averiguó sirve o no. En su opinión, ¿qué podríamos utilizar como señal de que usted es un poco más capaz de decidir en la cuestión sentimental que ahora?"

El no regreso de la paciente en el término de 3 meses, llevó a que la terapeuta llenara el resto de los ítems con los datos de la sesión última.

EVALUACIÓN POST-TERAPIA

Confirma la predicción hecha por la terapeuta en el último contacto: el impacto de la intervención terapéutica continúa y esto le permite afrontar con menor angustia la presión que sus padres y José ejercen (ítem 3 y 4).

Un paso radical en esa dirección parece estar próximo, puesto que si se va a vivir al extranjero se pondrá a cubierto de las presiones, y al mismo tiempo habrá tomado una resolución (ninguno de los dos) (ítem 5).

EPILOGO

Hemos pensado que nuestro mejor epílogo consistiría en cerrar estas páginas con algunos comentarios de colegas que, habiendo utilizado el material aquí contenido, nos vertieron sus opiniones a manera de conclusiones críticas. Nos hemos tomado el atrevimiento de categorizarlas y redefinirlas, desde los criterios que expusimos como objetivos o finalidades de un modelo de registro del proceso terapéutico.

A) Desde su utilidad clínica

¿Cuáles son sus ventajas?

- Facilita la focalización progresiva del proceso hacia un fin claramente especificado y contratado entre consultante y terapeuta, evitando contradicciones o desencajes entre oferta y demanda (eficacia).
- Moldea el pensamiento y las acciones de consultante y terapeuta hacia el obtener y dar la información necesaria y suficiente para operar el cambio, evitando que el terapeuta se pierda en otras no significativas para el cambio terapéutico (economía).
- Permite que el propio terapeuta y, rápidamente un supervisor externo al proceso, detecten qué información falta, a qué datos y a qué altura del proceso no se les presto la atención debida, para continuar o modificar su rumbo (aprendizaje por corrección del error).
- Su uso frecuente lleva a internalizar un modo de leer y operar sobre la "realidad" (desde las variables que expresan

los ítems) que se convierte en automático, con lo cual la técnica demanda menos energía al terapeuta y se dispone entonces de un monto mayor a favor de la artesanía en la terapia (permite perfeccionar el arte terapéutico).

- La lectura crítica de varios registros realizados por un mismo terapeuta, sea desde él o desde un supervisor, permite apreciar su propia manera de captar información, sus recursos terapéuticos predilectos, y sus errores u omisiones más frecuentes (esto posibilita el diagnóstico y por ende perfeccionamiento del estilo del terapeuta).

¿Cuáles son las dificultades que presenta su uso?

- Es indispensable ajustarse con precisión a las reglas de su uso formuladas en los Manuales, que son tediosos de leer, arduos y lentos para incorporar.

- El registro de datos del proceso se complica cuando el sistema consultante es amplio.

Esta situación implica la complejidad de registrar informaciones de diferentes miembros en algunos ítems, informaciones que son significativas para continuar registrando su evolución en distintos momentos del proceso por el terapeuta, y que exigen la comprensión de esta evolución para el que las lee.

Esta complejidad se sustenta básicamente en que se alternan registros de informaciones obtenidas a nivel individual, con otras que provienen de consensos resultantes de las interacciones entre los consultantes, hecho que genera a su vez registros por parte del terapeuta de intervenciones particularizadas sobre uno o más miembros, alternadas con otras que involucran a todos.

Por ejemplo, en una ficha de registro inicial, el motivo de consulta concertado entre un padre y madre a partir de quejas diferentes, podría ser la imposibilidad del hijo de aceptar normas de los adultos: aquí ya tenemos registro de informaciones individuales de dos quejas diferentes, que se siguen de un registro del consenso logrado (el motivo de consulta).

Mas adelante, en el ítem 11 -referido a "lenguaje y posiciones del consultante"- podrían nuevamente aparecer registros de dos informaciones diferentes: lo referido a los valores más significativos para uno y otro específicamente, que a su vez se correlacionará con una redefinición del motivo -ítem 15a- dirigida a ambos, pero especificada en distintos términos para el padre y la madre: "me doy cuenta de que este niño no está entrenado para enfrentar los muros que la sociedad le va a presentar en distintos momentos o grupos por los que transitará su vida" (redefinición dirigida al consenso) "y lo importante que esto puede ser para su futura adaptación, como dice Ud. Sra., o para no necesitar siempre de un vigilante en la espalda, como dice Ud. Sr." (intervención especificada en lenguaje individual). Esto podría seguirse—de -prescripciones particularizadas -ítem 15b- "...por lo tanto sería importante definir algún área de la conducta de Jorgito por donde comenzar a entrenarlo para su futuro y responsabilidad autónoma: Ud. Sra., que es especialista en conocer las necesidades de la vida" de sus hijos, puede seleccionarla y acordarla luego con su marido; Ud. Sr., que tiene el sentido práctico de los hombres, pensar en el método más eficaz para conseguir que la cumpla sin necesidad de estar permanentemente atrás para controlarlo, y luego transmitírselo a su mujer para que ella también pueda implementarlo". Como es fácil percatarse, las Fichas de evaluación parcial del proceso (sesión por sesión) exigen también del terapeuta el registro de las subsiguientes informaciones: algunas que se desprenden de nuevos consensos entre ambos, y otras de acciones individuales. Desde la función supervisora, estos registros exigen una atención concentrada para no confundir en la lectura de la evolución, el árbol (lo de nivel individual) con el bosque (lo del consenso), o viceversa.

- Por último, aquellos ítems expresados como alternativas múltiples, pueden ser ambiguos en su información. Este es un problema metodológico que podría resolverse parcialmente especificando subclases, como por ejemplo: "Grado de esperanza medio + y -", como tendencias hacia la inmediata superior o inferior; pero pensamos que es preferible

mantener "Observaciones" como categoría cualitativa que especifica la información, y eventualmente, complementarla con flechas que indiquen la tendencia observada. Esto nos satisface más desde la utilidad clínica del registro, y no complica la tarea de clasificación.

B) Desde su utilidad en la investigación

Dijimos al comienzo que un modelo de registro es conveniente temblón a los fines de investigación. Lamentablemente no tenemos todavía comentarios o conclusiones de las ventajas o dificultades del nuestro a este respecto, ya que aún no ha sido implementado sistemáticamente en esta área de aplicación.

Quisiéramos despedirnos con dos últimas reflexiones.

La primera dirigida a aquellos que comparten o compartirán nuestro modelo de terapia: "Además de como terapeutas, nos resulta difícil no reflexionar como docentes... quizás hayamos contribuido con este libro a la posibilidad de pensar y comprender la lógica del proceso terapéutico desde Palo Alto, y esto ayude a hacer terapia mejor a quien la saber hacer, y no aprenderla, a quien no la conoce".

Para aquellos que a pesar de no compartir nuestro modelo, se arriesgaron a leer este libro para encontrarle alguna utilidad: "Desde el inicio temimos que los pocos lectores se transformaran en ninguno a medida que las páginas fueran quedando atrás... pero si alguien llegó hasta este Epílogo, confiamos en que posee el coraje y la habilidad necesarios para transferir nuestras ideas a otras lógicas, y así a nuestro modelo de registro puedan seguir otros, para otras Escuelas, y pensamos que mejores".

Para todos -incluidos nosotros- este es un viejo y repetido "fin", para un nuevo e impredecible "principio"... a pesar de, y gracias a las dificultades. Esta creencia nos hace confiar en que las críticas de nuestros lectores, puedan llegar hasta nosotros. De esta manera, un próximo eslabón no será una mera acumulación de datos, sino un real avance en esta cuestión que es responsabilidad nuestra: cómo equivocarnos menos cuando hacemos terapia.

FICHA DE PRIMERA ENTREVISTA

Carátula

Historia Nro.

Apellido y Nombres:

Nacionalidad: Edad: Estado Civil:

Domicilio: Tel:

Derivante:

Grupo de convivencia:

	Nombre	Función	Edad	E.Civil	Ocupación	Horario
1
2
3
4
5
6

Otros significativos:

- 1
- 2

¿Quiénes son citados?

¿Quiénes concurren a la entrevista? Fecha:

Observaciones:

1) Queja inicial:

2) Por qué ahora:

- 3) Motivo de consulta:
- 4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo, cómo).....
- 5) Qué hace o quisiera hacer y no hacer como consecuencia del problema: .
- 6) Soluciones intentadas:
 - a) Por el paciente identificado:.....
 - b) Por los otros:.....
 - c) Exitosas
 - se mantienen.....
 - no se mantienen
 - ¿Por qué fueron abandonadas?
- 7) Tratamientos anteriores:
 - a) Qué sirvió.....
 - b) Qué no sirvió.
- 8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes ..
- 9) Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas
- 10) Motivación:
 - a) Que objetivos busca al consultar
 - b) Que espera que haga el terapeuta

- 11) Posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles
 -
 -
- 12) Diagnóstico:
- 13) Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste
 -
- 14) Objetivo del Terapeuta
- 15) Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante
 - a) Reformulaciones:
 - b) Prescripciones o sugerencias:
 - c) Indicaciones de tipo de tratamiento y sus razones:
- 16) Predicciones
- 17) Estrategia a seguir.
- 18) Quienes son citados para la próxima:
- 19) Numero de sesiones previstas:

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN"
DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente:

Fecha: Nro. de sesión:

Quién/es concurre/n a la entrevista

- 1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva: mejor
Observaciones: igual
peor

2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:

- a) Comentarios textuales:
- b) Las reformulaciones:
- e n t r a r o n - por aceptación ---- parcial ... total ...
- por rechazo
- sustituida por otra análoga
- rebotaron
- c) Las sugerencias/prescripciones:
- e n t r a r o n - por aceptación — parcial ... total ...
- por rechazo
- sustituida por otra análoga
- rebotaron

Observaciones:

- d) Otros cambios:
.....

3) Clima motivacional del inicio de la sesión:

- A) Paciente
a) grado de esperanza . alto
. medio .
escéptico
b) disposición a la influencia terapéutica . alta
. media .
baja

- B) Terapeuta . alto
. medio .
escéptico
b) disposición a seguir interviniendo: . en la misma
dirección
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones:

4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente:

5) Eje temático de la sesión:

- 6) Se decide modificar
meta mínima
motivo de consulta
objetivo del terapeuta
diagnóstico

Observaciones:

7) Intervenciones principales: ...

a) Reformulaciones:

Respuesta inmediata: . entró
. rebotó

b) Sugerencias:

Respuesta inmediata: . entró
. rebotó

c) Prescripciones:

Respuesta inmediata: . entró
. rebotó

d) Otras:

Estas intervenciones: a) implican un cambio de dirección
b) no implican cambio de dirección

8) Clima motivacional del cierre:

A) Paciente

a) grado de esperanza . alto
. medio .
escéptico

b) disposición a la influencia terapéutica : . alta
. media .
baja

B) Terapeuta

a) grado de esperanza . alto
. medio .
escéptico

b) disposición a seguir interviniendo . en la misma dirección
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones:

9) Predicciones

a) Estado del motivo de consulta:

b) Otras respuestas a las intervenciones:

10) Planificación

a) En que insistir:

b) Que evitan

c) Que decir / hacer diferente :

11) Quiénes son citados a la próxima entrevista:

7) Fin del tratamiento por . alta
. salida

Observaciones:

FICHA DE EVALUACIÓN FINAL

Nombre del paciente:

Fecha:

- 1) Escriba la meta mínima y las submetas, si las hubo. Si hubo sustituciones de meta, enuncie sucesivamente las metas pactadas

- 2) Describa el motivo de consulta. Si hubo sustituciones, enuncie sucesivamente los motivos pactados

- 3) Estado de meta mínima final:
 - .. se sobrepasó
 - . se alcanzó totalmente
 - . se alcanzó parcialmente
 - . no se alcanzó

Observaciones:

- 4) Estado del motivo de consulta final

- 5) Cambio en las soluciones intentadas o en la visión del problema.

- 6) Número de intervenciones realizadas

FICHA DE EVALUACIÓN FINAL

Nombre del paciente:

Fecha:.....

1) Escriba la meta mínima y las submetas, si las hubo. Si hubo sustituciones de meta, enuncie sucesivamente las metas pactadas

.....

2) Describa el motivo de consulta. Si hubo sustituciones, enuncie sucesivamente los motivos pactados

3) Estado de meta mínima final . se sobrepasó
. se alcanzó totalmente
. se alcanzó parcialmente
. no se alcanzó

Observaciones:

4) Estado del motivo de consulta final

5) Cambio en las soluciones intentadas o en la visión del problema

.....

6) Número de sesiones realizadas

7) Fin del tratamiento por . alta . salida

Observaciones:

CASO N° 1 "EL HIJO PRODIGO"

Carátula

Historia Nro. XX

Nombres y Apellido: Jorge B.» E. civil: soltero

Nacionalidad: Argentino Edad: 13 Tel.: XX

Domicilio: Provincia

Grupo de convivencia:

Nombre	Función 1	Edad	E.Civil	Ocupación	Horario
1 Juan	padre	49	divorc.	adm. de Molino	7/19
2 María	madre	6	casada	docente primaria	7/12
Jorge	PI	13	soltero	1 ° año sec.	mañana
Liliana	hermana	12	soltera	7 ° grado	mañana
Mariela	hermana	2	soltera	en casa	

Otros significativos:

1 Raquel	tía	39	casada	ama de casa
2 José	abuelo materno	68	casado	jubilado

¿Quienes son citados? los que conviven.

Quienes concurren a 1» entrevista? padres Fecha:2/11/85

Observaciones: deciden venir solos porque querían hablar conmigo sin el hijo presente.

FICHA DE PRIMERA ENTREVISTA

- 1) Queja inicial: Últimamente la madre lo notaba un poco encerrado, el padre a disgusto con el colegio; pensó que porque andaba mal en las materias, cosa que preocupa a ambos pero particularmente al padre; hace quince días se fugó dejando una nota en la que pedía que no lo buscaran hasta que lo comprendieran. "Estamos muy preocupados",
- 2) Por que ahora; La fuga, aunque ya volvió (el padre fue a buscarlo).....
- 3) Motivo de consulta; Queremos entender mejor por qué se fue de la casa y saber qué hacer para que no se vuelva a repetir este comportamiento.
- 4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo, cómo): Antes de la fuga se quejó exageradamente de un golpe en un partido de rugby, al que no asistió el padre, y un día después discutió con una profesora porque ella dijo que debía esforzarse más. Este día se fugó hacia el campo del abuelo materno en otra Prov. (tiene buena relación con él).
- 5) Qué hace o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema: Están muy angustiados y confundidos respecto a cómo actuar con el hijo.
- 6) Soluciones intentadas:
 - a) Por el paciente identificado:
 - b) Por lo otros: padre intenta hablar pero termina impacientándose y tratando de imponerse.
Madre intenta convencer al paciente identificado por el lado de los afectos, diciéndole que el padre es autoritario pero no malo. Además bloquea al padre. Desde la fuga el padre trata de controlarse más y lo logra a medias.
- c) Exitosas:
 - se mantienen
 - no se mantienen.....¿por qué fueron abandonadas?.....

- 7) Tratamientos anteriores: no
 - a) Que sirvió:
 - b) Qué no sirvió:
- 8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes: no
- 9) Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas: Abuelos y tía coinciden en señalar a los padres que hay que conversar más con el chico, entenderlo mas porque sufre. La madre piensa lo mismo. Padre: "no quiero perderlo y distanciarme como con mis dos hijos mayores" (del 1er. matrimonio) "quiero llevarme bien, pero a esta edad tiene que haber autoridad". Madre: "sí, pero no autoritarismo".
- 10) Motivación:
 - a) Qué objetivos busca al consultar: entender qué le pasa para poder manejarse de otro modo con él.
 - b) Que espera que haga el terapeuta: que tenga sesiones con el chico para poder entenderlo y guiarlo, y explicarles a ellos qué le pasa.
- 11) Posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles: para ambos es importante mantener la familia. El padre cree que las personas tienen que regirse por jerarquías, respetar la jerarquía, y la madre cree que así no se toman en cuenta los afectos.
- 12) Diagnóstico: Hijo desafía normas parentales. Padre autoritario o "conservador" — Madre "vanguardista" critica a padre — Hijo escala en su desafío.
- 13) Meta mínima pactada con el consultante y reacción de este: Que padre e hijo puedan cada tanto tener contactos que no lleven a posiciones encontradas (avance significativo pero no suficiente).
- 14) Objetivo del terapeuta: Revertir la tendencia actual de que a medida que el Paciente Identificado intensifica sus conductas de "autonomía" el padre incrementa su "severidad" para corregirlo y la madre las de bloqueo para fre-

nar al padre, o bien que el Paciente identificado, evite conductas de autonomía que estimulen conductas autoritarias del padre y de corrección de la madre.

- 15) Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante:
- a) Reformulaciones: a) "a primera vista padre e hijo son muy parecidos, ambos tienen fuerte personalidad (aceptado por ambos); b) está muy ligado a la familia y tratando de crecer pero tiene movimientos contradictorios: por un lado llorar como un niño porque le pegan, y por el otro subreaccionar, rebelarse e irse como si ya fuese grande, pero eso es justamente porque está muy ligado". b) Prescripciones o sugerencias: "para confirmar o no esta suposición y entender mejor lo que pasa, deberían venir todos" a la próxima, aunque en una parte de la sesión yo lo vea solo a Jorge. Después veríamos qué conviene hacer".
 - c) Indicaciones de tipo de tratamiento y sus razones: familiar, trabajando con los subsistemas, e incluyendo entrevistas con el Paciente Identificado solo.
- 16) Predicciones: Al Paciente Identificado lo vana traer seguro; con el resto de la familia probablemente decidan ellos.
- 17) Estrategia a seguir: Como los padres están bastante instalados en sus posiciones, pese a estar angustiados, quizás convenga empezar a hacer algo aprovechando el oposicionismo del chico. Sería avanzar en una línea ya empezada, porque la fuga inició un cambio que sería bueno profundizar. Después de todo, para ellos es un indicador más importante de para dónde ir lo que él haga, que lo que yo les diga (el padre intentó profundizar diálogo y exigirle menos después que se fue).
- 18) Quiénes son citados para la próxima: toda la familia que convive.
- 19) Número de sesiones previstas: 10 a plazo breve (sólo pensado por la terapeuta).

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: Jorge B.

Fecha: 26/11/85 Nro. de sesión: 2

Quién/es concurre/n a la entrevista: padres y los dos hijos mayores (falta la chiquita)

- 1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva:
- . mejor
 - . igual
 - . peor

Observaciones: No se evalúa porque esta sesión fue contratada como de diagnóstico para corroborar o no la primera impresión anterior.

- 2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:
- a) Comentarios textuales: Padres: "como Ud. nos pidió, aquí le presentamos al resto de la familia. No trajimos a la más chiquita porque hace mucho lio".
 - b) Las reformulaciones:
 - entraron - por aceptación parcial X total
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron
 - c) Las sugerencias/prescripciones:
 - entraron - por aceptación parcial X total
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones: Faltó la hija menor (los padres se muestran reacios a prescripciones, siempre se toman margen de libertad para decidir a quién traer). De todos modos, supongo que las reformulaciones entraron parcialmente, porque de lo contrario no hubieran vuelto.

- d) Otros cambios

3) Clima motivacional del inicio de la sesión;

A) Paciente

- a) grado de esperanza . alto X (en los padres)
- . medio .
- escéptico

- b) disposición a la influencia terapéutica . alta
- . media X (en los padres)
- . baja

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza . alto X
- . medio .
- escéptico

- b) disposición a seguir interviniendo
- en la misma dirección X .
- en otra dirección .
- deseo de interrumpir

Observaciones; Es claro que tienen muchas expectativas puestas en la terapia y en mí, pero hay que cuidar que el estilo de la intervención encaje formalmente con el estilo autónomo de los consultantes.

- 4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente; "les agradezco a los padres que hayan cuidado el detalle de no traer a la nena menor para que no perturbe la sesión". Interrogo al Paciente Identificado sobre su visión del problema.

5) Eje temático de la sesión;

PI: "me fui de casa porque no me gustaba estar entre la gente ni estudiar, quería golpearme y crecer, acá me cuidan mucho". Hna.: "a mí me gusta estar con amigos, confío en ellos más que en mis padres".

- 6) Se decide modificar . meta mínima
- . motivo de consulta
- . objetivo del terapeuta
- . diagnóstico

Observaciones:

7) Intervenciones principales

- a) Reformulaciones: (dirigida a los hermanos con los padres presentes) "Vos, Liliana estás logrando progresivamente tu libertad personal, pero vos Jorge creo que te haces el agrandado y esto te sirve para quedarte en el mismo lugar de siempre, bien adentro".

Respuesta inmediata: . entró X (el PI: "no es así, yo quiero golpearme afuera")
.rebotó

Observaciones: Me desafía

b) Sugerencias:

Respuesta inmediata: . entró
. rebotó

- c) Prescripciones: al PI: "a mí me parece buena idea. Hagamos un plan para ayudarte. Tu hermana que te conoce bien y vos, van a hacer un detallado plan para golpear y veremos si así maduras como decís vos o te quedas adentro como digo yo". A los padres: "después de la próxima entrevista con ellos, me reuniré con Uds. para ayudarlos a que ayuden a Jorge a madurar en el estilo que él necesita, a los golpes".

Respuesta inmediata: . entró X
. rebotó

d) Otras:.....

- Estas intervenciones: a) implican un cambio de dirección
- b) no implican cambio de dirección X

8) Clima emocional del cierre

A) Paciente

- a) grado de esperanza . alto X (todos)
- . medio
- . escéptico

- b) disposición a la influencia terapéutica . alta X (aunque están confundidos)
 - . media
 - . baja

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza . alto X
 - . medio .
 - escéptico
- b) disposición a seguir interviniendo . en la misma dirección X
 - . en otra dirección
 - . deseo de interrumpir

Observaciones: Siguen confiando en mí, pero no esperaban una intervención anticonvencional con los hijos. A pesar de que se confundieron, su actitud demuestra que les resulta más fácil apoyar lo que yo haga con el chico que cumplir sugerencias más respecto al manejo de la situación.

9) Predicciones

- a) Estado del motivo de consulta: creo que disminuirán las conductas de acting del PI porque fueron prescriptas implícitamente. Probablemente no haga el plan.
- b) Otras respuestas a las intervenciones: Los padres probablemente se queden más tranquilos porque sienten al PI en terapia.

10) Planificación

- a) En qué insistir: con PI reformular cualquier conducta de rebelión escandalosa como deseos de quedarse adentro de la familia.
- b) Qué evitar: con PI darle prescripción directa. Con padres hacerles sentir que el cambio reposa solamente en ellos.
- c) Qué decir/hacer diferente:

11) Quiénes son citados a la próxima entrevista; los dos hermanos.

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN"
DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: Jorge B.

Fecha: 17/12/85 Nro. de sesión: 3

Quién/es concurre/n a la entrevista: hermana sola, porque el PI no se presentó sin dar explicaciones a nadie.

1) Estado del motivo de consulta

-
- en la percepción subjetiva: . mejor X
 - . igual
 - . peor

Observaciones: "Ha mejorado notablemente la relación con mis padres porque ellos también aflojaron un poco las exigencias. Se puso a preparar cinco materias para rendir".

2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:

- a) Comentarios textuales: "Jorge no quiso trabajar conmigo en el plan, pero yo estuve pensando algunas cosas para que él enfrente".
- b) Las reformulaciones
 - entraron - por aceptación parcial ... total X (la hna.)
 - por rechazo X (el PI)
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron
- c) Las sugerencias/prescripciones
 - entraron - por aceptación parcial ... total X (la hna.)
 - por rechazo X (por el PI)
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones; a mis normas las desafía, tal como hace con los padres

- d) Otros cambios

3) Clima motivacional del inicio de la sesión:

A) Paciente

- a) grado de esperanza . alto X (en la hna.)
. medio .
. escéptico
- b) disposición a la influencia terapéutica . alta X (en la hna.)
. media (en PI)
. baja

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza . alto X
. medio
. escéptico
- b) disposición a seguir interviniendo . en la misma
dirección X
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones: me siento confiada en la dirección de la terapia. Consideré "media" la disposición en el PI porque si bien desafió la prescripción (colaborando), no vino a la sesión sin explicaciones.

- 4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente: "te agradezco la colaboración con tu hermano, esperamos que él se mantenga así sin que vos te sientas mal por no ser la única madura".
- 5) Eje temático de la sesión: la hermana comenta que la madre es más flexible que el padre pero también más protectora. Especialmente con PI evita que afronte las consecuencias de sus conductas. Con ella se manifiesta curiosa e investiga su vida personal.
- 6) Se decide modificar . meta mínima
. motivo de consulta
. objetivo del terapeuta
. diagnóstico

Observaciones: considero adecuada la dirección tomada

7) Intervenciones principales

- a) Reformulaciones : "al cumplir algunas expectativas de tus padres y obedecerlos dentro de casa, gana* mas libertad y conseguís mantener tu mundo privado, que es algo que a tu edad empieza a ser muy importante .

Respuesta inmediata . entro X
. rebotó

- b) Sugerencias: "sería importante que le recuerdes a tu hermano que necesita golpearse para crecer, porque él no sabe hacerlo a tu estilo, y que le menciones todo lo que pensaste que podría hacer para golpearse. No le insistas mucho, pero cada tanto

Respuesta inmediata entró X .
rebotó

- c) Prescripciones:

Respuesta inmediata- . entró
. reboto

- d) Otras:

Estas intervenciones: a) implican un cambio de dirección

b) no implican cambio de dirección X

8) Clima motivacional del cierre

A) Paciente

- a) grado de esperanza . alto X
. medio .
. escéptico
- b) disposición a la influencia terapéutica . alta X
. media
. . baja

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza . alto X
. medio
. escéptico"

- b) disposición a seguir interviniendo
 - . en la misma dirección X
 - . en otra dirección
 - . deseo de interrumpir

Observaciones:.....

9) Predicciones

- a) Estado del motivo de consulta: se mantendrá la disminución de los encontronazos si el padre consigue mantenerse en actitud no autoritaria y la madre no sobreprotectora (ambos menos involucrados).
- b) Otras respuestas a las intervenciones.....

10) Planificación

- a) En que insistir: 1) mantener la formulación inicial con los padres; 2) mantener desafío el Paciente Identificado.
- b) Qué evitar: 1) seguir usando a la hermana como palanca de cambio porque el Paciente Identificado demostró que reacciona más al cambio de actitudes de los padres; 2) que la responsabilidad del cambio descansa totalmente en los padres; 3) ser muy directiva con el padre.
- c) Qué decir/hacer diferente: usar padres para transmitir a Jorge que su ausencia era previsible, ya que apunta a mantenerlos preocupados con su aparente autonomía.

11) Quiénes son citados a la próxima entrevista: los padres (a hermana le agradezco la colaboración y le digo que si la vuelvo a necesitar la llamaré).

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: Jorge B.

Fecha: 28/12/85 Nro. de sesión: 4

Quién/es concurre/n a la entrevista: los padres

- 1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva
 - . mejor
 - . igual
 - . peor X

Observaciones: Había mejorado, estaba más contento, había empezado a salir con sus amigos, y no se quejaba tanto de los adultos, pero la madre se enteró por los profesores de sus insuficientes, el padre lo presionó en el estudio y volvieron los encontronazos con este último.

2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:-

- a) Comentarios textuales: Madre: "es cierto que es un agrandado pero va a tener que madurar solo y con usted". Padre: "yo era igual que el y tuve que aprender de la experiencia a pesar de que mi madre me daba consejos".
- b) Las reformulaciones:
 - entraron - por aceptación parcial ... total X
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones: el intento de desinvolucrarse los padres del PI y los comentarios textuales ayudan a pensar que la reformulación primera fue aceptada.

- c) Las sugerencias/prescripciones:
 - entraron - por aceptación parcial . total
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones:

d) Otros cambios.....

Observaciones: el comportamiento de los padres me reconfirma la necesidad de intervenir fundamentalmente con PI porque ellos creen que el tratamiento es de él.

3) Clima motivacional del inicio de la sesión;

A) Paciente

a) grado de esperanza . alto X
. medio .
escéptico

b) disposición a la influencia terapéutica . alta
. media X
. baja

Observaciones: pese a que la situación volvió a lo de antes, la actitud de los padres sigue mostrando alto grado de esperanza en la terapia. La disposición es media porque a pesar de que la reformulación entró, no pueden mantener una actitud coherente distinta a la primitiva.

B) Terapeuta

a) grado de esperanza . alto
. medio X .
escéptico

b) disposición a seguir interviniendo . en la misma
dirección X
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones: el grado de esperanza es medio porque los padres no pudieron mantener un cambio logrado, a la vez que el PI se había negado en la sesión anterior a concurrir.

4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente: "entiendo que hayan vuelto a lo de antes. Uno como padre no puede dejar de ser sensible y siempre termina tratando de evitarle los golpes al hijo, aunque sepa que eso no sirve para nada".

5) Eje temático de la sesión: plantea que el PI ha vuelto a manifestar deseos de irse a trabajar al campo. Discuten si esto sería factible, a dónde podría ir y a hacer que. Padre propone conseguirle un trabajo de peón en la estancia de un amigo para que pruebe.

6) Se decide modificar . meta mínima
. motivo de consulta
. objetivo del terapeuta.
. diagnóstico

Observaciones: pese al retroceso no hay indicios suficientes todavía, como para pensar en modificar alguno de estos aspectos.

7) Intervenciones principales

a) Reformulaciones:

Respuesta inmediata . entró
. rebotó

b) Sugerencias: "estoy de acuerdo, pero quizá sea útil que le pongan alguna condición: por ej. que no vuelva antes de dos meses".

Respuesta inmediata: . entró X (a medias, quedaron dudosos) .
rebotó

c) Prescripciones:

Respuesta inmediata: . entro
. rebotó

d) Otras:

Estas intervenciones: a) implican un cambio de dirección
b) no implican cambio de dirección X

8) Clima motivacional del cierre

A) Paciente

a) grado de esperanza . alto
. medio X .
escéptico

- b) disposición a la influencia terapéutica
 - . alta
 - . media X
 - . baja

Observaciones: muestran dudas acerca de que mi intervención sea útil» y por lo tanto se muestran reacios a aceptarla.

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza
 - . alto
 - . medio X
 - escéptico

- b) disposición a seguir interviniendo
 - . en la misma dirección X
 - . en otra dirección
 - . deseo de interrumpir

Observaciones: a pesar de que no creo necesario cambiar la dirección de la intervención, mi esperanza decrece en relación a la reacción inmediata de los consultantes a la intervención anterior.

9) Predicciones

- a) Estado del motivo de consulta: depende de con que grado de libertad le ofrezcan la opción de trabajo. Si se la transmite como orden se reinstalará la escalada simétrica.
- b) Otras respuestas a las intervenciones:

10) Planificación

- a) En qué insistir: El comportamiento de los padres me reconfirma la necesidad de intervenir fundamentalmente con PI.
- b) Qué evitar: darles indicaciones directas. Hacerlos responsables únicos del cambio.
- c) Qué decir/hacer diferente: excluir prácticamente a padres como palanca de cambio para utilizarlos básicamente como "evaluadores" del proceso del PI.

- 11) Quiénes son citados a la próxima entrevista: PI, después de mis vacaciones, así se puede también evaluar evolución.

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: Jorge B.

Fecha: 25/02/86

Nro. de sesión: 5

Quien/es concurre/n a la entrevista: madre y PI (la madre quiso acompañarlo).

- 1) Estado *del* motivo de consulta
 - en la percepción subjetiva:
 - . mejor X
 - . igual
 - . peor

Observaciones: "Estuvimos de vacaciones 15 días en enero muy bien. Después se fue al campo, duró un mes y medio y decidió repetir el curso e ingresar a una Escuela Agrotécnica en el campo".

2) Respuesta a las intervenciones de la sesión anterior:

- a) Comentarios textuales: Madre: "como habíamos conversado en diciembre el papá le consiguió un puesto de peón y eso sirvió para que el se diera cuenta de que no le gustaba, pero no pudo aguantar dos meses así que aquí está".
- b) Las re formulaciones:
 - entraron - por aceptación parcial X total ...
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron
- c) Las sugerencias/prescripciones:
 - entraron - por aceptación parcial X total ...
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga -
 - rebotaron

Observaciones: no le hicieron respetar el límite de los dos meses.....

- d) Otros cambios:
- 3) Clima motivacional del inicio de la sesión:
- A) Paciente
- a) grado de esperanza . alto X
 . medios .
 escéptico
- b) disposición a la influencia terapéutica . alta
 . media X
 . baja

Observaciones: La nueva decisión del PI y las conductas expresadas durante la convivencia en las vacaciones, elevaron la esperanza en la terapia, a pesar de que los padres nuevamente pudieron seguir a medias la sugerencia terapéutica.

- B) Terapeuta
- a) grado de esperanza . alto
 . medio X.
 escéptico
- b) disposición a seguir interviniendo . en la misma
 dirección X
 . en otra dirección
 . deseo de interrumpir

Observaciones: aunque los padres no han podido seguir plenamente la sugerencia, es evidente que no repiten las conductas primitivas ante los intentos de autonomía del hijo. Viceversa, el PI tampoco está en "agrandado", y pudo tolerar la condición de peón, aunque fuera por un mes. Esto me vuelve más optimista respecto del futuro de la terapia.

- 4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente: A madre: "¡qué duro debe haber sido para ustedes tolerar esto! La verdad es que no me esperaba que Ud. y su marido pudieran aguantar esta situación ni por un mes".
- 5) Eje temático de la sesión: PI plantea que ir de peón no es su vocación; que le gusta el campo e irá a estudiar a una escuela especializada este año, para trabajar en el campo pero desde otra posición.

- 6) Se decide modificar
- meta mínima
 motivo de consulta
 objetivo del terapeuta
 diagnóstico

Observaciones:

- 7) Intervenciones principales:
- a) Re formulaciones: a PI: "creo que no me engañé en la primera entrevista. Vos no soportas el esfuerzo, y cada vez que te golpees vas a volver a que tus padres te den algo más placentero. Buscar la reacción fuerte de ellos es un tipo de placer: más allá de sentirte chiquito, sentís que tenes padres incondicionales aún en tus fracasos y líos".
- Respuesta inmediata . entró X
 . rebotó

Observaciones: PI: "no es así, lo que pasa es que tengo dos personajes: a veces quiero hacer lo que se me canta y a veces no, y tengo que definirlo".

- b) Sugerencias: "ok, probablemente tengas que probar . las dos opciones pero sin recurrir a tus padres, es decir sin involucrarlos en las consecuencias, porque si no repetís lo de siempre. De todos modos dudo que ellos puedan mantenerse al margen porque ya lo del campo debe haberles resultado duro". A madre: "pero quizá estén dispuestos a tolerarlo..."
- Respuesta inmediata . rebotó
 . entró X

Observaciones: El PI propone hacer ciertos días de la semana lo que se le canta y otros días no. La madre sostiene que no se involucrarán en las consecuencias de sus conductas.

- c) Prescripciones:..... ..
- Respuesta inmediata: . rebotó
 . entró
- d) Oírás:..... ..
- Estas intervenciones: a) implican un cambio de dirección
 b) no implican cambio de dirección X

8) Clima motivacional del cierre

A) Paciente

- a) grado de esperanza .alto X
. medio
. escéptico

- b) disposición a la influencia terapéutica . alta X
. media
. baja

Observaciones: tanto la madre como el PI se muestran entusiasmados con el nuevo plan de acción como medio de evitar los tironeos de antes.

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza . alto X
. medio
. escéptico

- b) disposición a seguir interviniendo . en la misma
dirección X
. en otra dirección .
deseo de interrumpir

Observaciones: el enganche claro del PI en la estrategia me pone más optimista.

9) Predicciones:

- a) Estado del motivo de consulta: mejorará siempre y cuando los padres no interfieran con su decisión.
- b) Otras respuestas a las intervenciones: padres probablemente no se metan porque la madre se quedó tranquila frente a la promesa del chico de no involucrarlos en las consecuencias de sus ensayos para definirse.

10) Planificación:

- a) En qué insistir: en desafiar al PI.....
- b) Qué evitar: idem a lo de sesiones anteriores
- c) Qué decir/hacer diferente:

11) Quiénes son citados a la próxima entrevista: PI, después de un tiempo de escolaridad.

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: Jorge B.

Fecha: 1/04/86 Nro. de sesión: 6

Quién/es concurre/n a la entrevista: PI

- 1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva . mejor X
. igual
. peor

Observaciones: PI: "ando muy bien. Empece la Escuela Agro-técnica y me va bien, me hice de amigos y comparto algunos ratos los fines de semana con mis padres, mi papá está muy contento".

- 2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:
- a) Comentarios textuales: "creo que con sólo saber que no puedo hacer una 'indiada' me quedé tranquilo, y yo solo encontré mi punto".
- b) Las reformulaciones:
- entraron - por aceptación parcial ... total X
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones: No pudo tolerar ser considerado como dependiente e infantil y al dejar de rebelarse sintió que me demostraba que él era responsable de sus propias conductas.

- c) Las sugerencias/prescripciones:
- entraron - por aceptación parcial ... total X
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones: No pudo cumplir con la desobediencia porque era obedecerme y como su estilo es desafiar a los adultos prefirió convertirla en una simple posibilidad mental de obe-

decer o no. De esta manera es él quien autoriza o no la acción.

- d) Otros cambios: Retornó a deportes y se afirmó, con lo cual también los padres aflojaron la presión.

3) Clima motivacional del inicio de la sesión:

- A) Paciente
- a) grado de esperanza . alto X
. medio .
escéptico
 - b) disposición a la influencia terapéutica .alta X
. media .
baja

Observaciones: Se lo ve muy contento con su "propio" logro.

- B) Terapeuta
- a) grado de esperanza . alto X
. medio
. escéptico
 - b) disposición a seguir interviniendo . en la misma dirección X
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones: Está claro que necesita seguir siendo desafiado, aunque también reconocido en su capacidad de cambio.

4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente: "Estoy realmente impactada con tus novedades; de todos modos creo que me estás manifestando un cambio demasiado brusco... nadie se hace cargo de las consecuencias de sus acciones de un día para el otro, no creo que este 'punto tuyo' -como vos decís- logres mantenerlo".

5) Eje temático de la sesión: Añade más datos acerca de su nuevo equilibrio e intereses.

6) Se decide modificar

meta mínima
motivo de consulta
objetivo del terapeuta
diagnóstico

Observaciones:.....

7) Intervenciones principales

a) Reformulaciones:

Respuesta inmediata . entro
. rebotó

b) Sugerencias: "en todo caso, cuando te canses de este equilibrio logrado podrías volver a alternar: una semana irresponsable como antes y una semana en tu nuevo punto de equilibrio".

Respuesta inmediata: . entró X
. rebotó

Observaciones: se puso un poco molesto, (¿fue demasiado?)

c) Prescripciones:

Respuesta inmediata: . entró
. rebotó

d) Otras:.....

Estas intervenciones: a) implican un cambio de Dirección
b) no implican cambio de dirección
X

8) Clima motivacional del cierre

A) Paciente

a) grado de esperanza . alto X
. medio .
escéptico

b) disposición a la influencia terapéutica . alta X
. media
. baja

Observaciones: parece firmemente decidido a continuar demostrándome que estoy equivocada en mis apreciaciones.

B) Terapeuta

a) grado de esperanza . alto X
. medio
. escéptico

b) disposición a seguir interviniendo . en la misma dirección
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones: tengo la impresión de que el cambio está lo suficientemente afirmado como para dejarlo librado a su propia evolución.

9) Predicciones

a) Estado *del* motivo de consulta: Es probable que se mantenga la mejoría porque el PI quedó muy enganchado en la influencia terapéutica y los padres reaccionarán fundamentalmente a sus nuevas conductas.

b) Otras respuestas a las intervenciones: probablemente logre ampliar sus logros extrafamiliares al haberse roto la sobreinvolucración mutua padres-PI.

10) Planificación

a) En qué insistir: en desafiarlo a través de los padres, en mi duda sobre el mantenimiento de sus nuevos puntos de equilibrio.

b) Qué evitar: cualquier apoyo directo de un cambio a los padres o al PI.....

c) Qué decir/hacer diferente: afirmar a los padres mi impresión de que este chico parece haber madurado después de golpearse: al igual que el papá, aprende por si mismo más allá de los consejos adultos.

11) Quienes son citados a la próxima entrevista: los padres solos.

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: Jorge B.

Fecha: 6/06/86 Nro. de sesión: 7

Quien/es concurre/n a la entrevista: padres

- 1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva
- . mejor X
 - . igual
 - . peor

Observaciones: ambos padres reconocen que ha madurado mucho y que está contento con todas las actividades emprendidas. Padre: "esperemos que esto dure".

- 2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:
- a) Comentarios textuales: Madre: "yo le comenté a Juan lo conversado acá y decidimos no interferir en lo que Jorge decidiera hacer".
- b) Las reformulaciones:
- entraron - por aceptación parcial ... total X
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron
- c) Las sugerencias/prescripciones:
- entraron - por aceptación total X parcial ...
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones: probablemente el modo de transmitirle la sugerencia a los padres, ayudó a que la cumplieran sin sentirse presionados, sino también ellos desafiados.

- d) Otros cambios: ellos están mucho más tranquilos por- que *pn.ilación* que el hijo se hacía responsable de su

conducta. El PI estudia y ha ampliado el grupo de amigos. También mejoraron las relaciones con la hermana.

3) Clima motivacional del inicio de la sesión:

A) Paciente

- a) grado de esperanza
- . alto X
 - . medio
 - . escéptico
- b) disposición a la influencia terapéutica
- . alta X
 - . media
 - . baja

Observaciones: se los nota muy conformes con los resultados obtenidos siempre considerando a PI como el responsable de mantenerlo..

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza
- . alto X
 - . medio
 - . escéptico
- b) disposición a seguir interviniendo
- . en la misma dirección
 - . en otra dirección
 - . deseo de interrumpir X

Observaciones: conviene interrumpir acá para evitar interferir en el proceso de desarrollo que esta familia ha puesto en marcha.

- 4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente: "parece a :e indudablemente él necesitaba pasar por los golpes, o mejor dicho, sentir que tenía la libertad par-a hacerlo. Uds. se la posibilitaron y el decidió arriesgarse nada más que hasta donde podía hacerse responsable de las consecuencias".
- 5) Eje temático de la sesión: comentarios acerca de los cambios de sus conductas en diversos aspectos.
- 6) Se decide modificar
- . meta mínima
 - . motivo de consulta
 - . objetivo del terapeuta
 - . diagnóstico

Observaciones:

7) Intervenciones principales

a) Reformulaciones:

Respuesta inmediata: . entró
. rebotó

b) Sugerencias: "Ojalá puedan mantener lo que lograron: él y Uds., por supuesto, fundamentalmente él. Les tengo mucha confianza pero no descarto la posibilidad de nuevos tironeos... en cierto sentido son inevitables porque todavía no es un adulto, pero supongo que sabrán qué hacer".

Respuesta inmediata: . entro X
. rebotó

c) Prescripciones: "transmítanle a Jorge mi confianza y mi duda, que aquí lo espero cuando se le presenten nuevas dificultades y no sepa qué hacer para encontrar su punto".

Respuesta inmediata: . entro X
. rebotó

d) Otras:.....,

Estas intervenciones: a) implican un cambio de dirección
b) no implican cambio de dirección X

8) Clima motivacional del cierre

A) Paciente

a) grado de esperanza . alto X
. medio
. escéptico

b) disposición a la influencia terapéutica . alta X
. media
. baja

B) Terapeuta

a) grado de esperanza . alto X
. medio
. escéptico

b) disposición a seguir interviniendo . en la misma dirección
. en otra dirección
. deseo de interrumpir X

Observaciones: se los nota conformes y con ganas también ellos de interrumpir el proceso.

9) Predicciones:

a) Estado del motivo de consulta: se mantendrá la mejoría lograda.

b) Otras respuestas a las intervenciones: si los padres transmiten mi mensaje a él, intentará no meterse en nuevas dificultades que requieran mi intervención.

10) Planificación:

a) En qué insistir: si a corto plazo reaparece el problema, comunicarle a PI que pequé de optimista y me engolosiné con su decisión de madurar.

b) Que evitar: mantener por más tiempo el contacto con el PI a fin de evitar quitar intensidad al desafío o reforzar un doble vínculo de dependencia-autonomía que podría convertirse en iatrogénico.

c) Qué decir/hacer diferente:.....

11) Quienes son citados a la próxima entrevista:

FICHA DE EVALUACIÓN FINAL

Nombre del Paciente: Jorge B. Fecha: 8/06/86

- 1) Describa la meta mínima y las submetas, si las hubo. Si hubo sustituciones de meta, enuncie sucesivamente las metas pactadas:
No hubo un cambio en la misma; hacia el final del tratamiento los consultantes aceptaron que si no se daban "encontronazos" tampoco había razón para tener otra/s fuga/s (o sea que la meta parcial se convirtió en suficiente).
- 2) Describa el motivo de consulta. Si hubo sustituciones, enuncie sucesivamente los motivos pactados:
Entender los motivos por los que se fugó de la casa y saber que hacer para que eso no vuelva a repetirse.
- 3) Estado de meta mínima final: . se sobrepasó X
 . se alcanzó totalmente
 . se alcanzó parcialmente
 . no se alcanzó

Observaciones: no solamente desaparecieron los "encontronazos" padre-hijo, sino que además el PI hizo otros logros sociales, deportivos, etcétera.

- 1) Estado del motivo de consulta final:
Logrado.....
- 5) Cambio en las soluciones intentadas o en la visión del problema:
Los padres pudieron entender las conductas de acting del PI como intentos de autonomía, y consecuentemente frenar las actitudes autoritarias del padre, y la madre dejó

de entrometerse en la relación padre-hijo como resultado de un acuerdo entre ambos.

- 6) Número de sesiones realizadas: 7
- 7) Fin del tratamiento por . alta X
 . salida

Observaciones:

FICHA DE SEGUIMIENTO POST-TERAPIA

Nombre del Paciente: Jorge B. Fecha de seguimiento:
29/12/86

Tiempo transcurrido desde la última sesión: 7 meses

Quién informa del/los consultante/s: madre

Quién registra los datos: la terapeuta

- 1) Fin del tratamiento por . alta X
. salida

Observaciones: ... se acordó con los consultantes que ya se habían obtenido resultados satisfactorios, y no era necesario continuar el tratamiento.

- 2) Estado de la meta mínima: . se sobrepasó X
. se alcanzó totalmente
. se alcanzó parcialmente
. no se alcanzó

Observaciones: Los "encontronazos" entre PI-Padre desaparecieron.

- 3) Estado del motivo de consulta: . mejor
. igual
. peor

- 4) Cambio en las soluciones intentadas: . no hubo
. se mantienen totalmente X
. se mantienen parcialmente
. no se mantienen (por qué)

Observaciones: La madre refiere que ahora él se muestra responsable y ellos no interfirieron en las actividades extra-familiares. "No ha vuelto a haber conflictos grandes ni con el papá ni conmigo".

"Sólo las discusiones propias de la edad referida a horarios y salidas. Se lo ve contento y bien, mucho más maduro".

- 5) Cambios en otras áreas: entusiasmado con el deporte, mejoró relaciones con hermanos, amplió red social.
6) Otros problemas que se mantienen: no
7) Nuevos problemas que aparecieron: no
8) Consultas posteriores: (con quién y por qué) no

CASO N ° 2 "DEL PUÑAL A LOS MONOS"

Carátula

Historia Nro.: XX

Apellido y Nombres: María G

Nacionalidad: arg. Edad: 22 Estado Civil: soltera

Domicilio: Capital Tel.:

Derivante: - (por propia decisión)

Grupo de convivencia:

	Nombre	Función	Edad	E.Civil	Ocupación	Horario
1	María	PI			Administ.	9 a 17 hrs.
2						
3						
4						
5						
6						

Vive sola desde hace cuatro meses, que decidió irse de la casa paterna .

Otros significativos:

1	Sara	Madre	48 años
2	Julio	Padre	50 años
5	Guillermo	Novio	24 años

Quiénes son citados: PI

Quiénes concurren a la entrevista: PI Fecha: 2/10/86

Observaciones

FICHA DE PRIMERA ENTREVISTA

- 1) Queja inicial: Estoy adelgazando mucho y tengo problemas orgánicos (boqueras y uñas descamadas). Se me dio por la macrobiótica, adelgacé mucho y ahora no aumento de peso por más que coma. No me banco a mi familia y tengo problemas con mi novio.
 - 2) ¿Por qué ahora?: Discutí con mi madre y tuve ganas de clavarle un puñal. Papá en vez de ayudarme me dijo que no me queje y que acepte mis responsabilidades.
 - 3) Motivo de la consulta: Hacer un diagnóstico psicológico y que me digan qué está pasando.
 - 4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo, cómo): Muchos problemas familiares? abuela paterna enferma, dos suicidios en el año, la madre hizo intentos en esa dirección. Desde hice cuatro meses; vive sola, pero los problemas con la familia continúan (todo en un estilo vaporoso, seudopsicologizado y en el que es muy difícil jerarquizar cuestiones).
 - 5) ¿Qué hace o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema?: Le resulta difícil concentrarse en el trabajo y tiene miedo de enfermarse de algo grave.
 - 6) Soluciones intentadas:
 - a) Por el paciente identificado:
 - b) Por los otros:
 - c) Exitosas:
 - . se mantienen:
 - . no se mantienen:.....
 - . ¿por qué fueron abandonadas?:.....
- Observaciones: No se especifican porque todavía no está claro el motivo de consulta.
- 7) Tratamientos anteriores:

- a) Que sirvió: Psicopedagógico, de 6 a 9 años hizo un tratamiento útil para trastornos en el aprendizaje.
 - b) Que no sirvió: Psicológico, seis meses a los 19 años, para "sacarse un noviazgo traumático". No entendía nada, era complicado.
- 8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes:
- 9) Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas: En una terapia familiar por su hermano drogadicto, el psiquiatra sugirió terapia a la madre y por eso la interrumpieron.
- 10) Motivación:
- a) ¿Qué objetivos busca al consultar?: "Quiero una terapia para mi mamá, pero si yo tengo que hacer una, la hago".
 - b) ¿Qué espera que haga el terapeuta?: 'Orientarme; (sobre qué conviene hacer}.
- 11) Posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles: Muy "psicoanalítico" y místico "oriental": ondas, energías, fases, etc. Dice "a mi mamá le perdí el afecto".
- 12) Diagnóstico: Se ve que esta chica tiene una relación con su familia, y en especial con su mamá, que le hace muy difícil saber si quiere ocuparse de ella o de sí misma. Todavía no se ha definido un problema central, así que no puedo hacer un diagnóstico.
- 13) Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste: "Poner moñitos", "cerrar el capítulo", sobre determinados temas, especialmente familiares.
- 14) Objetivo del terapeuta: Construir con ella un problema durante el psicodiagnóstico.
- 15) Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante:

- a) Reformulaciones: el episodio con el psiquiatra y tu mamá muestra qué es difícil convencer a alguien de hacer terapia cuando no quiere. Si tienes ganas, te hacemos un estudio y después vemos si se puede hacer algo para ayudar a tu mamá y a vos misma (entró).
- b) Prescripciones o sugerencias: Buscar un clínico en la obra social para que se haga un chequeo médico (al parecer, entró).
- c) Indicaciones del tipo de tratamiento y sus razones: por ahora con la PI.

16) Predicciones: No parece estar muy enganchada, quién sabe si vendrá a la próxima.

17) Estrategia a seguir: Hacer un psicodiagnóstico, que empiece por una recorrida de las diferentes situaciones que le afectan, tratando de llevarla a las presentes y a que pueda establecer una jerarquía entre ellas sin que se sienta muy presionada.

18) Quiénes son citados para la próxima: PI

19) Número de sesiones previstas:

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: María G.

Fecha: 4/11/86 Nro. de sesión: 2

Quién/es concurre/n a la entrevista: la paciente

- 1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva
- .mejor
 - . igual X
 - . peor

Observaciones: se supone que está igual porque viene a realizar directamente el psicodiagnóstico.

2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:

- a) Comentarios textuales: "Me siento con ganas de hacerme el estudio, necesito hablar de ciertas cosas".
- b) Las reformulaciones:
 - entraron- por aceptación parcial ... total X
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron
- c) Las sugerencias/prescripciones:
 - entraron- por aceptación parcial X total ...
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones: vino a hacer el diagnóstico, pero sigue hablando como si todas sus preocupaciones estuviesen causadas por los demás, y no hace referencia a la consulta médica.

- d) Otros cambios:.....

3) Clima motivacional del inicio de la sesión:

A) Paciente

- a) grado de esperanza . alto
- . medio X
- escéptico

- b) disposición a la influencia terapéutica
- alta
- media X
- baja

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza . alto
- . medio X
- escéptico

- b) disposición a seguir interviniendo . en la misma dirección X
- . en otra dirección
- . deseo de interrumpir

Observaciones: el grado de esperanza y de disposición a la influencia es medio, pero esto representa un progreso considerable respecto a la entrevista anterior. Por eso es que mi grado de esperanza es medio y tengo ganas de insistir en la misma línea.

- 4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente: "sería bueno que empecemos el estudio con un relato de tallado de todas las cuestiones que te preocupan en este momento, aunque no sé si te voy a poder ayudar, porque realmente parece que los problemas están en los demás y no en vos".

- 5) Eje temático de la sesión: Le preocupa la madre: su de presión y actitud invasora. También la posibilidad de muerte de la abuela. No se siente cómoda con el trabajo.

- 6) Se decide modificar

- . meta mínima
- . motivo de consulta
- . objetivo del terapeuta
- . diagnóstico

Observaciones:

7) Intervenciones principales:

a) Reformulaciones:

Respuesta inmediata: . entró
. rebotó

b) Sugerencias:

Respuesta inmediata: .entró
.rebotó

c) Prescripciones: que siga pensando en esos temas, y si hay otros que le preocupan.

Respuesta inmediata: . entró
.rebotó

d) Otras : sólo prestar atención y preguntar detalles para el "psicodiagnóstico".

Estas intervenciones: a) implican un cambio de dirección
b) no implican cambio de dirección X

8) Clima motivacional del cierre:

A) Paciente

a) grado de esperanza . alto
. medio X .
escéptico

b) disposición a la influencia terapéutica : . alta
. media X
baja

B) Terapeuta

a) grado de esperanza . alto
. medio X .
escéptico

b) disposición a seguir interviniendo . en otra dirección
. en la misma dirección X
. deseo de interrumpir

Observaciones: su motivación parece ir creciendo. Añade detalles y hace esfuerzos para hablar de un tema por vez en lugar de mezclarlos, pero es preferible no confiarse.

9) Predicciones

a) Estado del motivo de consulta:

b) Otras respuestas a las intervenciones: va a venir a la próxima, y probablemente su curiosidad aumente .mientras no le diga nada.

10) Planificación

a) En qué insistir: en preguntar en detalle y reservar toda devolución para el final.

b) Qué evitar

c) Qué decir / hacer diferente :

11) Quiénes son citados a la próxima entrevista: la paciente identificada.

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: María G.

Fecha: 20/XI/86

Nro. de sesión: 3

Quién/es concurre/n a la entrevista: PI

- 1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva
- | | |
|-------|---|
| mejor | |
| igual | X |
| peor | |
- Observaciones:

- 2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:
- a) Comentarios textuales: "me quedé pensando que además de lo que le dije hay otras cosas que me tienen mal".
- b) Las reformulaciones:
- | | | | | |
|-------------|-------------------------------|-------------|-------|---|
| - entraron | - por aceptación | parcial ... | total | X |
| | - por rechazo | | | |
| | - sustituida por otra análoga | | | |
| - rebotaron | | | | |
- c) Las sugerencias/prescripciones:
- | | | | | |
|-------------|-------------------------------|-------------|-------|---|
| - entraron | - por aceptación | parcial ... | Total | X |
| | - por rechazo | | | |
| | - sustituida por otra análoga | | | |
| - rebotaron | | | | |

Observaciones: está trabajando fuera de sesión, cumpliendo con la tarea de pensar qué cosas le preocupan.

Otros cambios:.....

- 3) Clima motivacional del inicio de la sesión:

A) Paciente

a) grado de esperanza .alto
.medio X.
escéptico

b) disposición a la influencia terapéutica .alta
.media X.
baja

B) Terapeuta

a) grado de esperanza .alto
.medio X.
escéptico

b) disposición a seguir interviniendo . en la misma dirección X
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones: El grado de esperanza ha aumentado, ella está cada vez más interesada. La disposición a la influencia está creciendo. Ella ahora espontáneamente trae lo que se le pide, pero habría que ver qué pasa cuando haya otras intervenciones. Esto lleva a que mi grado de esperanza se esté elevando, aunque con reservas, y que tenga razones para seguir en la misma dirección.

4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente: "qué bueno. Como te dije el otro día, el primer paso importante en el estudio es que podamos realmente pasar revista a todas las cuestiones que te preocupan".

5) Eje temático de la sesión: se siente angustiada por la falta de tiempo para hacer lo que piensa que le gustaría. Además, tiene problemas con la sexualidad: nunca pudo ser penetrada. Ahora le gusta un chico con el que sale. Tuvo dificultades también para aceptar los exámenes ginecológicos. Al respecto tuvo dos experiencias, una mala, y una buena, con dos ginecólogas. Con la segunda, ya se pudo abrir más.

En la segunda parte, pruebas proyectivas con abundancia de respuestas que denotan conflictos con las figuras

femeninas y miedo a las situaciones sexuales.

- 6) Se decide modificar
 - . meta mínima
 - . motivo de consulta .
 - objetivo del terapeuta .
 - diagnóstico

Observaciones:

7) Intervenciones principales:

- a) Re formulaciones:

Respuesta inmediata:

- . entró
- . rebotó

- b) Sugerencias:.....

Respuesta inmediata:

- . entró
- . rebotó

- c) Prescripciones:

Respuesta inmediata:

- . entro
- . rebotó

- d) Otras: "todo lo que has aportado hoy es muy interesante, diría que es muy importante, pero prefiero no decirte nada hasta no haberlo estudiado a fondo" (entró).

Estas intervenciones:

- a) implican un cambio de dirección
- b) no implican cambio de dirección X

Observaciones:

8) Clima motivacional del cierre:

A) Paciente

- a) grado de esperanza:
 - . alto X
 - . medio .
 - escéptico

- b) disposición a la influencia terapéutica :
 - . alta X
 - . media .
 - baja

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza:
 - . alto
 - . medio X
 - . escéptico

- b) disposición a seguir interviniendo:
 - . en la misma dirección X
 - . en otra dirección
 - . deseo de interrumpir

Observaciones: está muy interesada en lo que pueda decirle, pero prefiero ser cautelosa. La dirección es la misma pero ahora hay que construir el problema.

9) Predicciones

- a) Estado del motivo de consulta:
- b) Otras respuestas a las intervenciones: vendrá con mucho interés

10) Planificación

- a) En qué insistir:.....
- b) Qué evitar:.....
- c) Qué decir/hacer diferente: englobar todo lo que trajo como un conflicto en torno a la autonomía, con intentos de independencia que ahora se juegan en el campo de la sexualidad.

- 11) Quienes son citados a la próxima entrevista; la paciente identificada.

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: María G.

Fecha: 8/04/87 Nro. de sesión: 4

Quién/es concurre/n a la entrevista: PI

- 1) Estado del motivo de consulta en la percepción subjetiva:
- | |
|-----------|
| . mejor |
| . igual . |
| peor |

Observaciones:

- 2) Respuestas a las intervenciones i e l a sesión anterior: a)
Comentarios textuales:

- b) Las reformulaciones:
- entraron - por aceptación parcial ... total ...
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

- c) Las sugerencias/prescripciones:
- entraron - por aceptación parcial ... total ...
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones: se la ve expectante respecto a lo que voy a decirle

- d) Otros cambios

- 3) Clima motivacional del inicio de la sesión;

- A) Paciente
- a) grado de esperanza . alto X
. medio .
escéptico

- b) disposición a la influencia terapéutica . alta X
. media .
baja

- B) Terapeuta
- a) grado de esperanza . alto
. medio X .
escéptico

- b) disposición a seguir interviniendo . en la misma dirección X
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones: es la misma dirección porque representa la segunda fase de la línea originalmente trazada (oír, hacer diagnóstico, construir problema).

- 4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente? "te veo muy interesada, y no sólo por tu mamá. Me alegro realmente, pero preferiría que no esperes algo demasiado importante en lo que voy a decirte. Como cuando uno va al cine, si piensa que la película va a ser buena es más fácil que se desilusione".

- 5) Eje temático de la sesión: Los temas surgen de las intervenciones.

- 6) Se decide modificar: . meta mínima: Consumar relación sexual.
. motivo de consulta: Poder preocuparse más de sí misma y menos de su madre.
. objetivo del terapeuta: Más autonomía.
. diagnóstico:

Observaciones: esto se construye en esta sesión (motivo y

meta) como resultado de las intervenciones del terapeuta que son aceptadas por la paciente como foco de su problemática.

- sustituida por otra análoga

7) Intervenciones principales:

a) Reformulaciones: "En todo lo que me contaste y en el material de los tests se nota que desde hace mucho tiempo estás luchando para poder independizarte de una mamá que vivía a través de ustedes. Es una lucha difícil, en la que has tenido bastante éxito, superando una dificultad después de otra, como cuando decidiste irte a vivir sola. Por el otro lado tu mamá te tira, y así es como de a ratos sentís que tenés más ganas de dedicarte a ella que a vos (que ella haga terapia, por ejemplo). En ese camino hacia la independencia, necesariamente lento porque la querés mucho (la prueba es que te enfermas por el esfuerzo al avanzar), un paso es tu sexualidad. Siempre te la arreglaste para ir progresando hacia el próximo paso. Ahora tu relación con Guillermo es mejor que otras relaciones en que probaste tener relaciones sexuales".

Respuesta inmediata: . entró X
. rebotó

b) Sugerencias: "Es probable que así como con la ginecóloga buena pudiste abrirte de un modo que con la otra fue imposible, lo mismo ocurre con Guillermo ahora".

Respuesta inmediata: . entró X
. rebotó

c) Prescripciones: Que hable con Guillermo de sus experiencias con ginecólogas y le explique su necesidad de que él sea suave, y progrese sólo muy lentamente. Además que piense en función de todo esto, a qué cuestión le gustaría que la ayuden a poner moño, y a cuáles ya casi le ha puesto un moño ella sola.

Respuesta inmediata: .entró X (ambas)
. rebotó

d) Otras:

Estas intervenciones: a) implican un cambio de dirección
b) no implican un cambio de dirección X

8) Clima motivacional del cierre:

A). Paciente

a) grado de esperanza . alto X
. medio .
escéptico

b) disposición a la influencia terapéutica: . alta X
. media .
baja

B) Terapeuta

a) grado de esperanza . alto X
. medio .
escéptico

b) disposición a seguir interviniendo . en la misma dirección X
. en otra dirección .
deseo de interrumpir

9) Predicciones:

a) Estado del motivo de la consulta: al cumplir la tarea mejorará su problemática sexual, que quedó definida como el próximo paso (meta) en su camino de independencia respecto a su madre (motivo de consulta).

b) Otras respuestas a las intervenciones: si tiene una experiencia sexual más satisfactoria es probable que experimente menor tensión en otras áreas problemáticas. Si esto pasa, disminuirá su interés en seguir viniendo.

10) Planificación:

a) En qué insistir: chequear tareas, destacar de pasada que su historia muestra como a la larga siempre supera las dificultades, aunque con mucho esfuerzo.

b) Qué evitar: presionarla para que hable de un tema es-

pecífico, mas bien seguir englobando todo en "dificultad para independizarse".

c) Qué decir/hacer diferente:.....

11) Quiénes son citados a la próxima entrevista: la paciente identificada.

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: María G.

Fecha: 29/04/87

Nro. de sesión: 5

Quién/es concurre/n a la entrevista: La PI viene una semana después de lo convenido, porque se confundió pensando que era a las 20, cuando la cita era a las 8 hrs.

- 1) Estado del motivo de consulta
en la percepción subjetiva: .mejor X
. igual .
peor

Observaciones: pudo tener dos veces relaciones completas, mejoró la relación con la mamá y está más tranquila.

- 2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:
- a) Comentarios textuales: "hablé con Guillermo, todo fue muy bien, pudimos tener relaciones sexuales. Estuve con mi familia y con Guillermo para Navidad, y todo anda mucho mejor.
- b) Las reformulaciones:
- entraron - por aceptación parcial ... total X
- por rechazo
- sustituida por otra análoga
- rebotaron
- c) Las sugerencias/prescripciones:
- entraron - por aceptación parcial ... total X
- por rechazo
- sustituida por otra análoga
- rebotaron

Observaciones: la reformulación entró y las sugerencias y prescripciones también, aunque la segunda (pensar que nece-

sita moños) es mencionada recién más tarde en la entrevista. d) Otros cambios: como se predijo, al mejorar sexualidad mejoró su relación con su madre y con su familia en general.

3) Clima motivacional del inicio de la sesión:

A) Paciente

- a) grado de esperanza: . alto X
. medio
. escéptico

- b) disposición a la influencia terapéutica: . alta X
. media
. baja

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza: . alto X
. medio
. escéptico

- b) disposición a seguir interviniendo: . en la misma dirección X
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones: todo muy bien, pero la equivocación respecto a la cita sugiere que quizá el progreso ya hecho le hace sentir que la terapia no es muy necesaria.

4) Respuesta del Terapeuta a la información precedente:

"aunque en un sentido esto que lograste es coherente con tu línea de ser capaz de superar las dificultades, en otro me parece que sobrepasa lo que yo me hubiera atrevido a esperar. Se ve que cuando tu momento está maduro sos capaz de muchas cosas".

5) Eje temático de la sesión: durante la primera semana hubo roces y discusiones con la mamá: luego reflexionó y mejoraron la relación conversando.

Con Guillermo habló bien y por primera vez pudo dejar que la penetre, aunque con un poco de dolor aún. Se siente mejor, pensó en lo de los moños y habló con Guillermo

sobre la terapia. Le sirvió mucho lo que habló y también para la relación con él.

- 6) Se decide modificar: . meta mínima
. motivo de consulta
. objetivo del terapeuta
. diagnóstico

Observaciones:.....

7) Intervenciones principales:

a) Reformulaciones: quizá fue una suerte que la semana pasada te hayan confundido con el horario, porque ello demostró que no fue necesaria mi intervención para que vos manejes los conflictos que se te presentaron y tu relación con Guillermo.

Respuesta inmediata: . entró X
. rebotó

b) Sugerencias: que no se apure en seguir mejorando la relación con la madre, puesto que hacerlo implica una mayor distancia afectiva entre ellas, y es importante que, como en el caso de las relaciones sexuales, "no te fuerces a hacer algo hasta que no estés preparada. En lo que se refiere a tus relaciones en general, pensaba que lo que puede ayudarte quizá sería buscar un equilibrio dinámico entre la tensión y la relajación, haciendo por ejemplo Taekwondo para lo primero y yoga para lo segundo (utilizando lenguaje orientalista). Quizás sería mejor que sigamos esto de una manera más abierta, y que en lugar de fijar ya una próxima sesión la dejemos abierta para cuando vos lo consideres conveniente. Así podés ver cuándo y hasta donde tenes ganas de arreglártelas sola. Quizá no haga falta seguir".

Respuesta inmediata: . entró X
. rebotó

c) Prescripciones:.....

Respuesta inmediata: . entró
. rebotó

d) Otras:.....

- Estas intervenciones:
- a) implican un cambio de Dirección
 - b) no implican un cambio de dirección X

8) Clima motivacional del cierre:

A) Paciente

- a) grado de esperanza: . alto X
. medio .
escéptico

- b) disposición a la influencia terapéutica: . alta X
. media
. baja

B) Terapeuta

- a) grado de esperanza: . alto X
. medio .
escéptico

- b) disposición a seguir interviniendo: . en la misma dirección
. en otra dirección
. deseo de interrumpir

Observaciones: dado los cambios realizados y la falta de motivación para continuar, decido cerrar.

9) Predicciones:

- a) Estado del motivo de consulta: probablemente cumpla las sugerencias vinculadas con lo corporal, y la adaptación sexual seguirá progresando, pero la relación con la madre seguirá teniendo altibajos importantes.
- b) Otras respuestas a las intervenciones: la relación es suficientemente buena como para que vuelva si lo considera necesario.

10) Planificación:

- a) En qué insistir: en usar un lenguaje claro, referir todo a un tema sin ceñir sucesivamente a algo específico, y darle tareas concretas con eventual adorno de filo-

solía oriental. .

- b) Qué evitan
- c) Que decir/hacer diferente: echarme la culpa por no advertirle suficientemente que cambios tan grandes y tan rápidos sólo se pueden mantener en parte, Además, quizá terminé sobreestimando su capacidad para superar las dificultades, y acepté su suposición de que las podía superar ahora muy de golpe. Después de todo, si estuvo tan cerca de su mamá tanto tiempo, era lógico suponer que necesitase reemplazarla por una relación duradera igualmente cercana con una terapeuta.

11) Quiénes son citados a la próxima entrevista: que vuelva cuando quiera.

- 6) Número de sesiones realizadas: 5
- 7) Fin del tratamiento por:
 - . alta X
 - . salida

Observaciones:

FICHA DE EVALUACIÓN FINAL

Nombre del Paciente: María G.

Fecha: 1/07/87

- 1) Describa la meta mínima y las submetas, si las hubo. Si hubo sustituciones de meta, enuncie sucesivamente las metas pactadas: La meta mínima primitiva fue "poner moñitos". En el curso de las sesiones "poder ser penetrada" se transformó en un representante privilegiado de la clase "poner moños".
- 2) Describa el motive de consulta. Si hubo sustituciones, enuncie sucesivamente los motivos pactados: El primer motivo: "hacer un psicodiagnóstico y que le digan que está pasando", fue .sustituido por "le cuesta llegar a independizarse, especialmente de la mamá, y ocuparme de mí misma".
- 3) Estado de meta mínima final:
 - . se sobrepasó
 - . se alcanzó totalmente X
 - . se alcanzó parcialmente
 - . no se alcanzó
- 4) Estado del motivo de consulta final: Ella da muestras de pensar que el haber sido capaz de mantener relaciones sexuales bastante satisfactorias es una evidencia de que es más capaz de tener una vida independiente de la de su madre y de sostener con esta una relación algo mejor.
- 5) Cambio en las soluciones? intentadas o en la visión del problema: Dejó de interesarse en acusar a la madre y conseguirle terapeuta, y I pasó a interesarse por lo que puede hacer para ella.

FICHA DE SEGUIMIENTO POST-TERAPIA

Nombre del Paciente: María G.

Fecha de seguimiento: 15/12/87

Tiempo transcurrido desde la última sesión: seis meses.

Quién informa del/los consultante/s: la consultante.

Quién registra los datos: la terapeuta

- 1) Fin del tratamiento por . alta X
. salida

Observaciones:.....

- 2) Estado de la meta mínima: . se sobrepasó X
. se alcanzó totalmente
. se alcanzó parcialmente
. no se alcanzó

Observaciones: Las relaciones con el novio siguieron mejorando, pero al poco tiempo ella descubrió que él tenía otra, y desde antes de conocerla a ella. Se puso muy mal y se quiso matar. Se tomó 10 pastillas de Lexotanil. Su mamá la vino a visitar y se pegó un susto bárbaro. "Cuando desperté me di cuenta de que no valía la pena matarme por él. Mama me insistió en que te viniese a ver, pero justo una amiga me había invitado a Pinamar y decidí que me iba a sentir mejor si me iba. Con mi familia me veo menos, pero tengo mucha mejor relación. Salgo más con mis amigas y me está yendo bien en yoga".

- 3) Estado del motivo de consulta: . mejor X
. igual .
peor

Observaciones:

- 4) Cambios en las soluciones intentadas: . no hubo
. se mantienen totalmente X
. se mantienen parcialmente
. no se mantienen (por qué)

Observaciones: sigue ocupándose más de ella que de la madre

- 5) Cambios en otras áreas: intensificó la relación con las amigas ..

- 6) Otros problemas que se mantienen: que no esté todavía saliendo en pareja no puede considerarse un problema, dado el escaso tiempo transcurrido. Por otra parte, nada en sus verbalizaciones sugiere que vaya a tomar la postura de "después de esta experiencia, ya sé que no debo acercarme más a los hombres".

- 7) Nuevos problemas que aparecieron: no

- 8) Consultas posteriores: (con quién y por qué) no

CASO N° 3 "EL CAMBIO RESIDE EN LOS OTROS"

Carátula

Historia Nro. XX

Apellido y Nombres: Marina P.

Nacionalidad: arg. Edad: 6 "anos Estado Civil: soltera

Domicilio: Provincia Tel.: XX

Derivante; la Psicopedagoga de la Escuela.

Grupo de convivencia:

	Nombre	Función	Edad	E.civil	Ocupación	Horario
1.	Zulema	Madre	31	Separada	Empleada Administ.	7-14 hrs.
2.	PI				1 ° grado	T.mañana
3						
4						
5						
ó						

Otros significativos:

1. Jorge - Padre de 34 años - Separado desde hace 2 años
2. Graciela P. - Abuela paterna - Vive a la vuelta y ve la PI todos los días.

¿Quiénes son citados?: Madre y PI.

¿Quiénes concurren a la entrevista?: Madre y PI Fecha:
15/9/85

FICHA DE PRIMERA ENTREVISTA

- 1) Queja inicial: La mayoría de los días no trabaja en la escuela, aunque lo sabe hacer. Según la psicopedagoga es un poco inmadura, pero no en el aprendizaje.
- 2) ¿Por qué ahora?: Porque habiendo ya pasado algunos meses desde que empezaron las clases, la psicopedagoga considero necesario derivarla.
- 3) Motivo de la consulta: Falta de rendimiento en la escuela porque no trabaja.
- 4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo, cómo): Tiene el problema desde que empezaron las clases. Con la maestra particular hace todo, pero al llegar a la escuela no hace nada. (Da la casualidad de que la señora acaba de tener un mes de licencia en el que se pasó en cania sin comer nada, después de lo cual redujo su horario de trabajo de 11 a 9 horas).
- 5) ¿Que hace o quiere hacer y no hace como consecuencia del problema?: "Yo me siento muy mal, es como una carga más para mí con todo los problemas que tengo, y ella esta teniendo dificultades para progresar en la clase.
- 6) Soluciones intentadas:
 - a) Por el paciente identificado:
 - b) Por los otros: La mamá le puso una maestra particular con la que hace todo, pero después igual no trabaja en la escuela. Además le quitó programas de televisión y trató de establecer un sistema de premios y castigos, pero no funcionó. El padre empezó a retarla a instancias de la madre, pero como entonces la criatura se negaba a verlo, dejó de comentarle al papa para que no la rete.
- 7) Tratamientos anteriores: No

- 8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes: No
- 9) Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas: Es la mascota de la maestra y de la directora. La maestra la quiere muchísimo; "yo le hablo todos los días"; ella ha probado de todo, pero no sé si será suficientemente firme con ella. También la abuela la consiente mucho porque es lo único que tiene. "Yo creo que ella está muy afectada por el problema de la separación".
- 10) Motivación:
- a) Qué objetivos busca al consultar: La manda la psicopedagoga, y ella quiere que se haga algo para sentirse menos agobiada porque ya no sabe que más hacer. Está impotente, quiere que otro se haga cargo.
- b) ¿Que espera que haga el terapeuta?: No está claro.
- 11) Posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles: "Estoy abrumada no doy más".
- 12) Diagnóstico: La señora siente que no está en condiciones anímicas de hacerse cargo de manejar el problema de la nena y por lo tanto la maneja de manera inconsistente (por ejemplo, avisándole al padre y después protegiéndola, etc.). Esto permite que la nena persevere en su conducta, lo que le confirma a ella su impotencia.
- 13) Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste: No se fijó.
- 14) Objetivos del terapeuta: Que la mamá modifique su creencia de que no la puede manejar, de que no se puede hacer algo.
- 15) Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante:
- a) Reformulaciones: Quizá toda la situación de la separación haga que la chica se sienta insegura y necesite

más control. A lo mejor hay en casa otras situaciones un poco semejantes a las de la escuela donde se podría ver si un mayor control haga que se sienta mejor", (rebotó)

- b) Prescripciones o sugerencias: "El hecho de la separación puede llevar a que ella sienta que sólo si los padres le demuestran que como padres siguen funcionando en conjunto, ella puede estar segura", (rebotó: eso es imposible). "Para seguir charlando, necesitaría que usted me traiga la próxima un listado de los métodos que empleó para que la niña trabaje en casa, y el tiempo que perseveró en cada uno de ellos. Si esto no es posible, porque usted no se siente en condiciones de hacer algo por la chica en este momento, siempre queda la posibilidad de un tratamiento individual de la nena, aunque esto suele ser menos efectivo".
- c) Indicaciones de tipo de tratamiento y sus razones:

- 16) Predicciones: No va a cumplir, y es probable que no vuelva.
- 17) Estrategia a seguir: ¿Amplificar dudas?. Posibilidad de emplear un sistema que no usó aún o de perseverar si es que se prueba que ella no pudo mantener los anteriores. Si viene sin la lista, declararme impotente.
- 18) Quiénes son citados para la próxima: la madre.
- 19) Numero de sesiones previstas: --

FICHA DE EVALUACIÓN FINAL

Nombre del Paciente: Marina P. Fecha: 2/12/85

- 1) Describa la meta mínima y las submetas, si las hubo. Si hubo sustituciones de meta, enuncia sucesivamente las metas pactadas: No hubo, no se pactó.
- 2) Describa el motivo de consulta. Si hubo sustituciones, enuncie sucesivamente los motivos pactados: La hija no trabaja en la escuela pese a no tener problemas de aprendizaje...
- 3) Estado de meta mínima final: . se sobrepasó
. se alcanzó totalmente
. se alcanzó parcialmente
. no se alcanzó

Observaciones: No puede evaluarme porque no se pactó, lo que seguramente contribuyo a la deserción.

- 4) Estado del motivo de consulta final: No hay datos que indiquen que se haya modificado.
- 5) Cambio en las soluciones intentadas o en la visión del problema: No hay datos que sugieran que se haya producido (rechazó las intervenciones, lo que sugiere un error importante en la línea elegida).
- 6) Numero de sesiones realizadas: 1
- 7) Fin del tratamiento por: . salida X
. alta

Observaciones:

FICHA DE SEGUIMIENTO POST-TERAPIA

Nombre del Paciente: Marina P.

Fecha de seguimiento: 21/4/86

Tiempo transcurrido desde la ultima sesión: siete meses

Quien informa del/los consultante/s: madre

Quien registra los datos: otra terapeuta del equipo

- 1) Fin del tratamiento por: . alta
. salida X

Observaciones "No volvió a la entrevista citada.

- 2) Estado de la meta mínima: . se sobrepasó
. se alcanzó totalmente
. se alcanzó parcialmente
. no se alcanzó

Observaciones: No se estableció meta.

- 3) Estado del motivo le consulta: .mejor X
. igual
. peor

Observaciones: "está mejor, ya no tiene problemas. El año de la consulta repitió el grado y la cambié de escuela. Esto le hizo mucho bien y ahora no tiene más problemas".

- 4) Cambios con las soluciones intentadas: . no hubo X
. se mantienen totalmente
. se mantienen parcialmente
. no se mantienen (por que)

Observaciones: ...el cambio se produjo como consecuencia de los reglamentos de la escuela a que iba la niña, por lo que no puede considerarse que la madre cambió las soluciones.

- 5) Cambios en otras áreas: No hubo.
- 6) Otros problemas que se mantienen: No
- 7) Nuevos problemas que aparecieron:
- 8) Consultas posteriores:
(con quién y por que)

CASO N° 4 "UNA MUJER DE AVANZADA"

Carátula

Historia N°: XX

Apellido y Nombres: Sara S.

Nacionalidad: arg. Edad: 27 años Estado Civil: soltera

Domicilio: Provincia

Derivante: -- ella decidió la consulta

Grupo de convivencia:

	Nombre"	Función	Edad	E. civil	Ocupación	Horario
1.	Gustavo	Padre	59	casado	bancario	7-15 hrs.
2.	Angela	Madre	56	casada	docente	6hs. día- rias
3.	Sara	PI			kinesióloga	8 hs. día- rias
4.	Horacio	hermano	24	soltero	est . de In- geniería	

Otros significativos:

1. Carlos, novio de 28 años, que es viajante. Vive en otra ciudad.
2. José, novio de 35 años, separado con 3 hijos.

¿Quiénes son citados?: los que conviven

¿Quiénes concurren a la entrevista?:PI Fecha: 26/11/86

FICHA DE PRIMERA ENTREVISTA

- 1) Queja inicial: "Hay unas cosas que quiero resolver. Sola no pude. Mucha confusión de cosas. Quiero aclararme sin que haya algo especial... Creo que son un cúmulo de cosas diferentes".
 - 2) ¿Por qué ahora?: Probablemente por la edad, las cosas ahora me importan más. Ahora me exigen una definición (José) y no puedo dilatarla.
 - 3) Motivo de la consulta: Le doy muchas vueltas a las cosas. Fundamentalmente no defino las relaciones afectivas y esto ahora me afecta
 - 4) Historia y circunstancia actual del motivo de consulta (dónde, cuándo, cómo): "En las relaciones sentimentales siempre estuve con un pie afuera y otro adentro. Actualmente tengo dos parejas y no me defino".
 - 5) ¿Qué hace o quisiera hacer y no hace como consecuencia del problema?: Me angustia porque siento que estoy siempre en lo mismo. Hasta he llegado a estar físicamente mal: no me dan ganas de comer. No puedo leer y he dejado de hacer cosas que me gustan porque pensar en eso me quita las ganas. Me siento responsable ante mi familia de no haberme organizado afectivamente".
 - 6) Soluciones intentadas:
 - a) Por el paciente identificado: He tratado de relacionarme con nuevas personas en los últimos tiempos para ver si eso me ayudaba a definirme, pero no me sirvió.
 - b) Por los otros: Mis padres ahora ya no me dicen nada, pero siempre me han hecho ver que les preocupaba que no consolidase una pareja estable. Ahora José también me presiona.
 - c) Exitosas:.....
- 7) Tratamientos anteriores: Un año de terapia analítica.
 - a) Qué sirvió::
 - b) Qué no sirvió: "averigüé que yo usaba a las personas como objeto, y me pareció importante pero no pude dejar de repetirlo".
 - 8) Tratamientos actuales de cualquier tipo que se consideren pertinentes: No.
 - 9) Actitudes y opiniones importantes de las personas significativas: Los padres parecen sufrir en silencio ostensible que ella no se case, los hermanos opinan que debería irse sola y José la acusó de indecisa e inmadura.
 - 10) Motivación:
 - a) ¿Qué objetivo busca al consultar?: "Aclararme más. No tengo con quién hablar esto, aunque entiendo que las decisiones tienen que ser mías".
 - b) ¿Qué espera que haga el terapeuta?: Que le aclare qué es lo que pasa, para que ella pueda definir un camino.
 - 11) Posiciones y lenguaje del consultante que pueden ser útiles: "Para poder defender un punto de vista necesito tomarme tiempo y estudiar las razones que avalan mi posición. No tengo un convencimiento natural, necesito convencerme examinando las razones". Cree que está en edad de definirse.
 - 12) Diagnóstico: Cuanto más la presionan más duda, y ahora la edad la presiona también.
 - 13) Meta mínima pactada con el consultante y reacción de éste: No se fijó.
 - 14) Objetivo del terapeuta: Disminuir las presiones internas y externas que la incitan a definirse, de modo que o se resuelva la duda o ceda la angustia que la duda produce.

- 15) Intervenciones del admisor y primera reacción del consultante:
- Reformulaciones: "Creo que tu estilo es de cautela en la toma de decisiones, y eso no lo vas a modificar (asiente) y te sentirías como una adolescente irresponsable si lo hicieras de otro modo (asiente) y en las relaciones afectivas no es que exista una dificultad para decidir... lo que debe existir son razones importantes por las que todavía no lo haces" (PI: "Es cierto, y me siento *i* sesionada desde afuera. Mis padres y mi novio más reciente"). Sí, pero cuidado; eso es una trampa; si cedés vas a sentir que la decisión no es tuya" (asiente). -----
 - Prescripciones o sugerencias: "Tomate el tiempo que creas necesario para reflexionar acerca de cuáles serían las consecuencias de que definas la pareja, tanto para vos como para tus padres. Cuando esto esté hecho nos volvemos a ver" (acepta).
 - Indicaciones de tipo de tratamiento y sus razones: Individual para reforzar autonomía.
- 16) Predicciones: Volverá con la tarea. Se la ve motivada.
- 17) Estrategia a seguir: ¿Amplificar dudas?
- 18) Quiénes son citados para la próxima: PI
- 19) Número de sesiones previstas: 5 (a largo plazo).

EVALUACIÓN PARCIAL "SESIÓN POR SESIÓN" DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Nombre del Paciente: Sara S.

Fecha: 22/12/86

Nro. de sesión: 2

Quiénes concurren a la entrevista: la paciente identificada

- 1) Estado del motivo de consulta
en la percepción subjetiva
- | |
|-----------|
| .mejor |
| . igual X |
| . peor |

Observaciones: si bien no habló estrictamente de esto, la PI no hizo comentarios que hicieran pensar en su mejoría.

2) Respuestas a las intervenciones de la sesión anterior:

- Comentarios textuales: "no se si entendí bien, en realidad creo que no pude hacer todo... pensé algunas ventajas y desventajas de cada una de las relaciones que tengo". Las detalla.
- Las reformulaciones:
 - entraron- por aceptación parcial ... total X
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron
- Las sugerencias/prescripciones:
 - entraron- por aceptación parcial ... total X
 - por rechazo
 - sustituida por otra análoga
 - rebotaron

Observaciones: si bien la reformulación previa no fue rechazada, no pudo hacer la tarea solicitada interpretándola de manera diferente a lo indicado por mi.

- d) Otros cambios:.....

3) Clima motivacional del inicio de la sesión:

- . medio
- . escéptico

b) disposición a la influencia terapéutica: . alta X
 . media
 . baja

B) Terapeuta

a) grado de esperanza: . alto X
 . medio .
 escéptico

b) disposición a seguir interviniendo: . en la misma dirección .
 . en otra dirección
 . deseo de interrumpir X

Observaciones: parece tan convencida de lo que le dije, que seguir interviniendo podría anular la creencia o quitarle intensidad.

9) Predicciones:

a) Estado del motivo de consulta: en la medida en que pudo modificar la percepción del problema, se va a quedar más tranquila consigo misma y también disminuirá la angustia frente a las presiones externas.

b) Otras respuestas a las intervenciones: probablemente se modifiquen otros aspectos de la relación con sus padres, referidos a la autonomía.

10) Planificación:

a) En qué insistir: si vuelve por el mismo problema, ratificarle lo duro que es mantener posiciones no convencionales, que quizá no se lo enfatice lo suficiente a pesar de mi experiencia.

b) Qué evitar:

c) Qué decir/hacer diferente:.....

11) Quiénes son citados a la próxima entrevista: que vuelva, si lo cree necesario.

FICHA DE EVALUACIÓN FINAL

Nombre del paciente: Sara S.

Fecha: 1/3/87

1) Describa la meta mínima y las submetas, si las hubo. Si hubo sustituciones de meta enuncie sucesivamente las metas pactadas: Dada la estrategia seguida no se pactó meta mínima, ella venía fundamentalmente a "entender las razones de su problema".

2) Describa el motivo de consulta. Si hubo sustituciones, enuncie sucesivamente los motivos pactados: le doy muchas vueltas a las cosas. Fundamentalmente no defino las relaciones afectivas y esto ahora me afecta".

3) Estado de meta mínima final: . se sobrepaso
 . se alcanzó totalmente
 . se alcanzó parcialmente
 . no se alcanzó

Observaciones: no se pactó.

4) Estado del motivo de consulta final: Mejor.

5) Cambio en las soluciones intentadas o en la visión del problema: Modificó la perspectiva del problema: ya no es alguien que por su edad debería estar definida por una pareja, sino una mujer anticonvencional. Esto disminuyó la angustia y aflojó las tensiones en las relaciones con los padres.

6) Número de sesiones realizadas: 2

7) Fin del tratamiento por: .alta X
 . salida

Observaciones: PI y terapeuta convinieron en que no era necesario continuar las sesiones.

FICHA DE SEGUIMIENTO POST-TERAPIA

Nombre del Paciente: Sara S. Fecha de seguimiento: 28/7/87

Tiempo transcurrido desde la última sesión: 7 meses

Quién informa del/los consultante/s: la consultante

Quién registra los datos: una terapeuta del equipo

- 1) Fin del tratamiento por: alta
salida

Observaciones:

- 2) Estado de la meta mínima: se sobrepasó se alcanzo
totalmente se alcanzó
parcialmente no se alcanzó

Observaciones: No se fijó.

- 3) Estado del motivo de consulta: . mejor
. igual .
peor

Observaciones: está mucho más tranquila; "no es fácil esto de ser diferente pero mis padres me respetan más... ya no presionan tanto".

- 4) Cambios en las soluciones intentadas: . no hubo
. se mantienen totalmente
. se mantienen parcialmente
. no se mantienen (por qué)

Observaciones: a pesar de las dificultades que expresa, sigue convencida en que decidir este estilo de vida es por ahora lo mejor.

- 5) Cambios en otras áreas; está viendo la posibilidad d a España con una beca de trabajo.
- 6) Otros problemas que se mantienen: No.
- 7) Nuevos problemas que aparecieron: No.
- 8) Consultas posteriores: (con quién y por qué) No.