



**XIV BECAS ANPIR 2018-2019**

**PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN  
CENTROS DE EXCELENCIA EXTRANJERO**

**MEMORIA ROTACIÓN EXTERNA  
“ESCUELA SISTÉMICA ARGENTINA DESDE  
UNA PERSPECTIVA INTEGRADORA”**



Anna Massó Rodríguez

Residente de Psicología Clínica, 4º año. Hospital del Mar, Barcelona

## **ÍNDICE**

1. Introducción (3)
2. Sistema de Salud Mental en Argentina (4)
  - 2.1. Política y legislación (4)
  - 2.2. Reforma de la Salud Mental en Argentina (4)
  - 2.3. Financiamiento de los servicios de Salud Mental (6)
  - 2.4. Servicios de Salud Mental (7)
  - 2.5. Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud (7)
  - 2.6. Centros Privados y Obras Sociales (7)
  - 2.7. Formación en Psicología Clínica- Sistema de Residencia Argentino (8)
3. Terapia sistémica (9)
  - 3.1. Terapia Sistémica: otra manera de hacer (9)
  - 3.2. Historia y evolución (9)
  - 3.3. Escuelas y modelos (10)
    - 3.3.1. El grupo de Palo Alto (10)
    - 3.3.2. La Escuela Estratégica (11)
    - 3.3.3. La Escuela Estructural (12)
    - 3.3.4. La Escuela de Milán (12)
    - 3.3.5. Terapia Breve Estratégica (13)
  - 3.4. Proyecto unificador (13)
  - 3.5. Praxis (14)
  - 3.6. Aplicabilidad (15)
4. Descripción del centro de destino (15)
  - 4.1. Formación (15)
  - 4.2. Investigación (15)
  - 4.3. Asistencia (17)
    - 4.3.1. Profesionales (17)
    - 4.3.2. Áreas de trabajo (17)
5. Actividades realizadas (19)
  - 5.1. Docencia (20)
  - 5.2. Ateneos (20)
  - 5.3. Áreas (21)
  - 5.4. Entrenamiento en mirada sistémica (22)
  - 5.5. Cámara Gesell (23)
  - 5.6. Supervisión de casos (24)
  - 5.7. Actividades adicionales (24)
  - 5.8. Cronograma (25)
6. Aplicabilidad a nuestro contexto (26)
7. Valoración personal de la estancia (28)
8. Agradecimientos (29)
9. Referencias (29)
10. Bibliografía esencial (30)

## 1. INTRODUCCIÓN

La presente memoria recoge mi estancia en la Escuela Sistémica Argentina (ESA) de Buenos Aires (Argentina), durante los meses de abril, mayo y junio de 2019.

La ESA es el **centro de referencia de terapia sistémica en Argentina**, asociada al Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto (California, USA), a la Escuela de Terapia Familiar del Hospital Sant Pau de Barcelona y a la Escuela Sistémica de Chile La Serena (ESCH), que mantiene un fluido intercambio con una serie de Institutos de formación de Europa, USA y Latinoamérica. Es un centro dedicado a la **asistencia, al entrenamiento y a la investigación** de Terapia Familiar Sistémica. En su **Departamento de Asistencia**, atiende a pacientes, vinculados a obras sociales o de forma privada, cubriendo un espectro de distintos tipos de trastornos y con variados modelos de abordaje a nivel individual, de pareja y grupal. Mediante su **Departamento de Consultoría** organizacional sistémica, trabaja para diferentes empresas y realiza un curso superior en Management Sistémico. Además, a través del **Instituto Paul Watzlawick**, desarrolla actividades de formación e investigación en Psicología clínica en terapia individual, pareja y familia desde el modelo sistémico.

En la presente memoria describo mi estancia en la ESA de la que me he enriquecido tanto nivel teórico como clínico- asistencial. Los principales **objetivos** se han centrado en el conocimiento general del programa de la Escuela Sistémica Argentina, el conocimiento de las bases teóricas de la terapia sistémica, el aprendizaje de técnicas y herramientas en terapia sistémica, la adquisición de experiencia en evaluación y diagnóstico sistémico de pacientes con diferentes patologías, la mejora en habilidades para el trabajo en equipo y la adquisición de conocimientos en los tratamientos psicológicos basados en esta orientación.

Esta memoria, estructurada en 9 puntos, integra una primera parte introductoria sobre el Sistema de Salud Mental en Argentina y el Modelo Sistémico, una segunda parte en el que se describe el centro de destino y se detallan las actividades llevadas a cabo durante mi estancia, y una última en la que se incluye una reflexión sobre la aplicabilidad de los conceptos aprendidos a nuestro medio de trabajo, conclusiones y valoración personal sobre esta experiencia, junto con un listado de referencias bibliográficas de este modelo.

## **2. SISTEMA DE SALUD MENTAL EN ARGENTINA**

Uno de los aspectos que destacaría de mi estancia en Argentina ha sido conocer el sistema de Salud Mental que rige en este país, estrechamente asociado con la política del momento.

### **2.1. Política y legislación**

**Argentina** es un país de organización política federal; las 24 provincias en que las que se divide tienen autonomía en sus poderes ejecutivo, legislativo y judicial, desarrollando políticas, planes y programas propios. **La Provincia de Buenos Aires** es la de mayor extensión en todo el territorio nacional con una superficie de 307.571 Km<sup>2</sup> e integrada por 134 municipios. El 93% de la población corresponde a aglomeraciones urbanas. La provincia invierte 203,69 pesos per cápita en salud, con un 14,5% de su inversión total en salud de su presupuesto provincial. El territorio de la provincia se divide en 12 regiones sanitarias y se estima que un 60% de la población no tiene otra cobertura en salud que el hospital estatal (OMS, 2011).

### **2.2. Reforma de la Salud mental en Argentina**

El sector de la Salud Mental (SM) no es el único responsable de producir los grandes cambios, sino que hay sectores vinculados a las políticas sociales que deben coadyuvar en el proceso de reforma (Chiravetti, S., 2008). **El concepto de SM** surgió para superar los límites del enfoque que, hasta mediados del s.XX y hegemonizado por la psiquiatría, consolidó mecanismos asilares y de control social. En cada una de las dictaduras y movimientos políticos se dieron situaciones distintas en el campo de la Salud Mental en Argentina hasta llegar a la situación actual.

En **1957**, con la creación del **Instituto Nacional de Salud Mental (INSM)**, **el Consejo Nacional** y **la Comisión Nacional Asesora de Salud Mental**, se trató de provocar un cambio radical en las condiciones de asistencia focalizado en la prevención de enfermedades neuropsiquiátricas, la asistencia integral, y la recuperación y rehabilitación social de los pacientes. Pero, este **primer intento de reforma democrática** en salud mental, basada en los principios de las comunidades terapéuticas, no resultó compatible con el autoritarismo de la dictadura militar de ese momento.

Posteriormente, en **1972**, se propuso una **intervención política orgánica** en la problemática del sector de SM en relación con lo social y en la definición de las nuevas relaciones con el modelo médico, el aparato público de salud y las políticas generales que definían la salud psíquica y el tratamiento de la enfermedad. Fue con la reapertura democrática del **gobierno de Alfonsín** (1984-1989), cuando aparece una política de SM claramente formulada, en la que la **Dirección Nacional de Salud Mental plantea**: **(1)** la integración de las políticas en salud mental con las políticas generales de salud, **(2)** la integración intersectorial, **(3)** la ampliación de la cobertura con acciones de promoción y prevención, **(4)** la participación de usuarios en la definición de necesidades, estrategias y asignación de recursos, **(5)** el desplazamiento del eje centrado en el modelo hospital- enfermedad hacia el modelo comunidad- salud, **(6)** la transformación de los grandes hospitales psiquiátricos y el desaliento de los institutos privados, y **(7)** el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de atención primaria (AP) de la salud en SM (Galli, 1986).

El objeto de la SM es un sujeto atravesado por lo social, cultural, económico y político y este planteamiento adquiere un criterio democrático y participativo, al garantizar diferentes modalidades de atención, con abordajes terapéuticos y sociales.

En esta época, los únicos efectores propios de la Dirección eran los **hospitales psiquiátricos** (Borda, Moyano, Alvear y Tobar Garcia) y las Colonias Montes (Oca y Diamante). Se planteaba que el cambio en su funcionamiento requeriría la reforma de toda la estructura de concepción y de organización de la red de SM en su conjunto. Además, solo en 6 provincias había organizaciones específicas de SM dentro de los Ministerios de Salud provinciales (Galli, V., 1986).

A finales de **1989**, con la implementación del **Neoliberalismo**, se intervino en los hospitales psiquiátricos existentes con acciones dirigidas a la resocialización y la evitación de la cronificación de los pacientes (Selser, C., 1990). Pero, en **1992**, la transferencia de los hospitales nacionales a la jurisdicción municipal impacta de manera importante a la SM de la ciudad, **frenando esta iniciativa de reforma**. De modo que, en **1998**, el Plan Nacional de Salud Mental dictado por el Ministerio de Salud y Acción Social, **planteó de nuevo** optimizar las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales a través de estrategias de descentralización, educación, participación comunitaria y construcción colectiva, tendiendo a la atención del paciente en su propia comunidad y con el objetivo de la **desmanicomialización** (Ministerio de Salud y Acción Social, 1998).

Es en el **2002** cuando se definen las **primeras propuestas** cuyo eje central es la Reforma en Salud Mental. Se trata de una transformación organizativa en materia de SM que, con el desarrollo de programas de reinserción y estructuras residenciales y rehabilitadoras alternativas a la institución manicomial, y con su gradual sustitución y progresivo desmantelamiento por innecesaridad, la SM comunitaria culmina la renovación de la vieja psiquiatría asilar (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2002).

Más tarde, en diciembre de **2010**, el gobierno de Kirchner llega a promulgar la ley nacional 26.657 de Salud Mental y Adicciones, **primera ley que incluye los principales estándares de SM y los derechos humanos regionales e internacionales** (OMS, 2011). Apunta a la progresiva reestructuración de los hospitales psiquiátricos y su reemplazo por sistemas de atención comunitaria, prohíbe la creación de nuevos hospitales neuropsiquiátricos y promueve dispositivos de medio camino como casas de convivencia y hospitales de día, restringe las internaciones involuntarias, crea una comisión de revisión para toda persona internada y propicia internaciones breves en hospitales generales. De este modo, las instituciones monovalentes existentes deben adaptarse a los objetivos y principios de la norma hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, y promover servicios de inclusión social y laboral después del alta, atención domiciliaria supervisada y apoyo a grupos familiares y comunitarios (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2010).

La ley argentina parece ser una ley muy generosa y avanzada, a la vez que difícil de llevar a la práctica en todo lo que tiene previsto. El primer objetivo es lograr interrumpir la afluencia de personas a los hospitales psiquiátricos, derivarlos a los servicios de hospitales generales y/o buscar otras alternativas en estructuras intermedias más humanizadas y cercanas a los contextos de vida normal. Pero cambiar el curso del recorrido es algo complicado. Desde **2015**, con Macri en la presidencia de la República Argentina, se ha propuesto la **liquidación** de todo lo precarizado por el Gobierno anterior en lo concerniente a las políticas públicas de Salud Mental (tanto los dispositivos alternativos como el abordaje comunitario) así como de las condiciones laborales de los profesionales, especialmente en el área de AP. Se plantea que el desmantelamiento de los dispositivos primarios y los equipos interdisciplinarios dependientes de la Dirección Nacional de Salud Mental abrirá la instancia para profundizar el ajuste en el cambio de la Salud Pública. Los cambios descritos por la Reforma de SM se dirigen en la disminución del peso del estigma en la

SM. No obstante, la perspectiva de transformación se encuentra en una clara contradicción entre los recortes económicos y el cambio de la sociedad en una mirada más sensible hacia las enfermedades mentales. Con la entrada del nuevo el gobierno de Argentina el próximo mes de **octubre de 2019**, el proyecto de reforma de SM continúa en proceso de instauración.

### **2.3. Financiamiento de los servicios de Salud Mental**

**Hasta el 2007**, las provincias de Argentina asignaban a la SM un promedio del 3% del total de presupuesto en Salud (OMS, 2011). Además, en la mayoría de las provincias los hospitales monovalentes continuaban absorbiendo la mayor parte del presupuesto en SM, en detrimento de los servicios psiquiátricos en los hospitales generales y los ambulatorios, y en AP (OMS, 2011). Entre los artículos que se recogen en **la ley del 2010**, se plantea que el poder ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a la SM hasta alcanzar un mínimo del 10% del presupuesto total de salud e invertir un mayor presupuesto y recursos en la atención comunitaria (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2010).

### **2.4. Servicios de Salud Mental**

**Argentina** tiene un total de 45 hospitales psiquiátricos repartidos en 10 provincias. Entre sus provincias, **la Ciudad Autónoma de Buenos Aires** cuenta con 4 grandes hospitales psiquiátricos públicos y 1 infanto- juvenil, 3 unidades psiquiátricas de base comunitaria, 13 servicios de salud mental ambulatorios en los hospitales generales (2 específicos de niños y adolescentes) y 2 centros exclusivos de atención ambulatoria (OMS, 2011).

### **2.5. Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud**

La mayoría de los centros de atención primaria de salud de Argentina cuentan con un médico. Entre el **1% y 20%** de los centros de atención primaria de salud que cuentan con un médico tienen **protocolos** de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones claves de SM (OMS, 2011). Además, entre un **21% y un 50%** de éstos cuentan con un profesional **referente de SM** y exhiben algunas actividades a un nivel de atención más especializado (OMS, 2011), existiendo una elevada interacción entre los médicos de AP y profesionales de salud mental y, con ello, un trabajo fundamentalmente interdisciplinar.

## 2.6. Centros Privados y Obras Sociales

Debido al escaso presupuesto invertido en SM y los limitados recursos disponibles hasta la fecha, es frecuente que la población con un nivel socioeconómico medio esté asegurada en una **Obra Social** a través de la cual puede recibir un tratamiento psicológico o psiquiátrico más asequible a nivel económico y en un centro privado como es la ESA. Además, existen grupos terapéuticos multifamiliares abiertos, dirigidos por profesionales cualificados, en los que se puede asistir de forma gratuita, así como grupos de acompañamiento o soporte. La corriente terapéutica predominante es el Psicoanálisis, pero también existen centros de terapia sistémica, integradora y, en la actualidad, la terapia cognitivo-conductual está cogiendo fuerza.

## 2.7. Formación en Psicología Clínica- Sistema de Residencia Argentino

En el sistema de formación en Psicología Clínica argentino se distingue entre el **sistema de residencia** y el **sistema de concurrencia**, según la puntuación obtenida en el examen de acceso y las plazas ofertadas en cada hospital. Los candidatos se pueden presentar para concursar por una residencia en hospitales que dependen de la Municipalidad de Buenos Aires, de la Provincia de Buenos Aires o de Centros Privados de Buenos Aires. Los hospitales de la Provincia y los centros privados tienen sus requisitos y exámenes propios mientras que los hospitales de la Municipalidad se rigen por un examen único y común. Los aspirantes que entren en el número de plazas disponibles formarán parte del **sistema de residencia**, un sistema de capacitación remunerado, a tiempo completo y con dedicación exclusiva durante cuatro años en el que desarrollan actividades asistenciales. Aquellos que queden fuera del ranking de plazas ofertadas entrarán en el **sistema de concurrencia**, un sistema de capacitación profesional no remunerado, a tiempo parcial durante cinco años en los que llevan a cabo actividades de asistencia y supervisión. Posterior a la residencia, los profesionales pueden concursar para la **Jefatura**. En la normativa que establece el reglamento se especifica que las jefaturas de servicio tienen una carga técnico-administrativa del 75% y una actividad asistencial del 25% mientras que, en las jefaturas de sala y unidad esta carga se reparte en un 50% y 50%.

## 3. TERAPIA SISTÉMICA

La **Terapia sistémica** es un enfoque psicoterapéutico que nace en la segunda mitad del siglo XX como una forma sistemática y científica de aproximación y



representación de la realidad, vista desde una perspectiva holística e integradora. Para este modelo, lo importante son las relaciones y los componentes que emergen en cualquier grupo que interaccione, entendido como sistema, y los roles y los comportamientos de las personas en estos contextos están determinados por las reglas tácitas de este sistema y la interacción entre sus miembros.

### 3.1. Terapia sistémica: otra manera de hacer

La terapia sistémica entiende los problemas desde el marco **contextual** y se focaliza en comprender y cambiar las dinámicas de las relaciones, centrándose en los **procesos de comunicación** y en las **interacciones** entre los miembros del sistema y los subsistemas que lo componen. Rompe con los esquemas y modelos positivistas previos basados en un enfoque lineal, unicausal y reduccionista y observa los fenómenos de manera **circular** y **multicausal**. Se centra en el **“para qué”** de la conducta y en la influencia de las acciones entre los miembros del sistema mediante la **recursividad**. Trata de explicar las diversas pautas repetitivas de interacción posibles como dificultades en las relaciones personales. Tiene en cuenta la **retroalimentación** de la información para generar un cambio profundo en el sistema ya que, influida por el **modelo constructivista**, enfatiza la relación subjetiva de la persona con el mundo en la construcción de la realidad. Utiliza el **método contextual-holístico- interactivo**, y propone que ningún elemento puede funcionar de manera aislada sino en una relación recíproca.

De modo que, ofrece **una visión circular e interactiva** en el interior del sistema o grupo, que tiene **sus reglas de transformación** y **se autocontrola** a través de fenómenos de **retroalimentación** para mantener un estado de equilibrio. La intervención sistémica plantea el paso del individuo al sistema, de lo intrapsíquico a lo **interpersonal**, utilizando la **interacción como** elemento de trabajo y comunicación y atendiendo al cómo actúa el individuo.

### 3.2. Historia y evolución

La década de los **años '50 en Estados Unidos** se vio marcada por importantes cambios derivados de la Segunda Guerra Mundial. Las problemáticas sociales empiezan a ser pensadas desde un campo reflexivo que se había visto opacado por los conflictos políticos. Surge **una comprensión holística y sistémica** del individuo y los grupos humanos que impacta sobre los objetivos y aplicaciones de la psicología. Si bien la psicología venía desarrollándose desde perspectivas centradas en el individuo como eran el conductismo clásico y el psicoanálisis, el auge de otras disciplinas como

la sociología, la antropología y la comunicación permitió un intercambio importante entre los enfoques individuales y los estudios sociales. Fueron estas dos corrientes en auge (psicoanalítico y social), junto con algunas propuestas de enfoques mixtos, las que representaron las primeras bases de la Terapia Familiar entre 1950 y 1960.

Uno de los pioneros del **enfoque psicoanalítico** fue **Milton Erickson**, quien puso especial énfasis en el estudio de la **comunicación** e introdujo las **técnicas paradójicas** en sus tratamientos. **Bowlby** plantea la utilización de las **entrevistas familiares conjuntas** y **John Bell** fue considerado como el **precursor** de la historia de la Terapia Familiar en Estados Unidos. Asimismo, **Nathan Ackerman** comenzó trabajando con familias a manera de complemento de la terapia infantil **y fundó** el primer servicio de atención familiar, el primer instituto familiar y la principal revista de terapia familiar del momento (junto con Jackson). Desde el **enfoque antropológico**, e interesados en la comprensión de cómo se generan y distorsionan distintos elementos del **lenguaje y la comunicación**, se estudiaron las relaciones grupales marcadas por la **psicosis**. A partir de ahí, durante los **años 60 y 70**, aparecen numerosas escuelas de Terapia familiar, todas basadas en la teoría sistémica del funcionamiento del grupo familiar.

### **3.3. Escuelas y modelos**

#### **3.3.1. El grupo de Palo Alto:**

Reconocido como uno de los grupos más representativos de la historia de la Terapia Familiar. Fue creado partir de los trabajos de **Bateson**, un biólogo y antropólogo especialmente interesado en la **comunicación**, que trasladó la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, Von, L., 1976) a la antropología y a la psicoterapia. Posteriormente se unieron **Jay Haley, John Weakland, William Fry, Don Jackson y Virginia Satir**. Junto con **Paul Watzlawick** desarrolló distintas teorías sobre la comunicación y la cibernética. Se desarrollaron modelos de intervención adaptables a muchas variables de los problemas humanos con la propiedad de producir soluciones en el menor tiempo posible, dando lugar al desarrollo del centro de Terapia Breve conocido como Mental Research Institute (MRI, 1958). **Milton Erickson** tuvo una gran influencia con la utilización de técnicas específicas que se adaptaran a cada problema específico y de una comunicación sugestiva y persuasiva que puede ayudar a desbloquear el problema.

El grupo de Palo Alto y el MRI se caracterizaron por tratar de plantear **un nuevo paradigma explicativo** de los trastornos, muy influido por la Teoría General de

Sistemas (Bertalanffy, 1950). Concibe al individuo y al grupo como **un sistema**, un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los otros elementos que lo forman. De modo que el organismo es un **sistema abierto**, constituido por una serie de **elementos** y de **reglas** que determinan sus relaciones, en constante intercambio con otros sistemas circundantes por medio de complejas interacciones. Sus **propiedades** no se pueden describir en términos de elementos separados y la comprensión ocurre cuando se estudian globalmente involucrando todas las interdependencias de sus partes. Desde una **visión circular**, plantea que la totalidad del sistema la conforma el conjunto de elementos, de sus atributos y propiedades, y de las interacciones entre estos. El **objetivo** principal es el de permanecer en el sistema y diferenciarse del resto a través de sus interacciones. Destaca la importancia de la comunicación desde el punto de vista de la formación, persistencia y cambio de los problemas humanos (Watzlawick, P., 1985). Es a través del feedback o la retroalimentación de la información que se consiguen cambios o estabilidad en el sistema (Wiener, N., 1971).

### 3.3.2. La Escuela Estratégica:

Posteriormente, **Jay Haley** abandona el MRI y funda la Escuela Estratégica, desde una posición basada en distinguir los principios del enfoque sistémico de las otras corrientes de la psicología y la antropología. En contacto con Erickson, Haley estudió sobre la naturaleza de la hipnosis y sobre el proceso de **inducción hipnótica** desde un punto de vista comunicacional, aspectos que le ayudaron a escribir las primeras producciones teóricas sobre el concepto de terapia estratégica. En **una primera etapa**, se centró en el desarrollo de conceptos estratégicos aplicados al campo individual y haciendo hincapié al **ciclo vital** como referencia que orienta el trabajo del terapeuta y a la utilización de **técnicas paradójicas** para vencer las resistencias del paciente. En **una segunda etapa**, Haley amplió el interés a la familia y a los sistemas de pertenencia, y reflexiona sobre las **secuencias, las coaliciones y las inversiones jerárquicas** que se producen en las familias.

En la terapia estratégica, el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. La acción que tiene lugar es diseñada de manera conjunta por el terapeuta y el paciente con el objetivo de poner en marcha el **ciclo vital** que, debido a los problemas del individuo, se encuentra bloqueado. No se centra en la comprensión de las causas de la conducta sino en el **impacto interpersonal del terapeuta** para que se genere un cambio. El arte de la terapia estratégica consiste en: (1) **formular** con claridad el síntoma presentado, (2) identificar

las **secuencias de interacción** en torno al problema, (3) descubrir **la organización y jerarquía** de la familia, (4) activar **el ciclo vital** de la familia, (5) encarar las **resistencias** que aparezcan, (6) producir un **cambio, intensificar** la relación entre sistema y terapeuta, y obtener información de la reacción del sistema cuando recibe la **directiva** (Haley, J., 1980) .

### 3.3.3. La Escuela Estructural:

Fue desarrollada en la década de los **años 60** por **Salvador Minuchin**, por las exigencias de las condiciones sociales del momento, con la necesidad de **centrarse en la inmediatez de la realidad presente, la solución de problemas** que causaban sufrimiento tangible **y que fuese contextual** y tuviera en cuenta el entorno social como parte del problema y causa del mismo.

Su fundamento teórico se basaba en el axioma del **estructuralismo** de que *“el todo y las partes pueden ser explicadas convenientemente sólo en términos de las relaciones que existen entre las partes”* (Lane, M., 1970). Se interesó por los sistemas humanos y, en particular, por su **organización**. Se centraba en la relación, la distancia y la proximidad, las coaliciones y las alianzas (Minuchin, S., 1994). Planteaba que la familia tiene una estructura subyacente que no impone a las personas el modo de funcionar, pero sí establece algunos **límites** y **organiza** el modo como prefieren funcionar (Minuchin, 1994). La estructura psicológica del individuo es interdependiente con la **estructura social** de la persona y esa estructura social es el medio a través del cual el individuo funciona y se expresa a sí mismo (Minuchin, 1994). El sistema social que con mayor frecuencia forma la base de la socialización individual es la **familia** y por eso la terapia estructural ha sido implementada primordialmente a través de intervenciones familiares (Minuchin, S. y Nichols, M.P., 1994). Define **la familia** como un sistema abierto en transformación constante que recibe y envía inputs de y desde el medio extrafamiliar y se adapta a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que se enfrenta (Minuchin, S., 1977).

### 3.3.4. La Escuela de Milán:

Fundada por **Mara Selvini Palazzoli** quien, junto con otros psicoanalistas, cambió paulatinamente el foco de estudio del individuo hacia el trabajo con las familias, sus modelos de comunicación y la teoría general de sistemas. Descontenta con los resultados de su trabajo psicoanalítico, se inserta en sus inicios en la línea de las terapias estratégicas para emerger más tarde como uno de los principales enfoques sistémicos. Ha aportado la importancia de la derivación, el rigor investigativo, la

hipotetización circular, las insidias en terapia, la visión ecológica y las técnicas de intervención (connotación positiva, prescripción del síntoma, rituales). Los **tres constructos** que la definen son: **(1) La hipotetización:** capacidad que tiene el terapeuta de formular una hipótesis, fundada sobre las informaciones de que dispone, con la que establece el punto de partida de su propia investigación. Toda hipótesis deberá ser sistémica, es decir, incluir a todos los miembros de la familia y ofrecer una suposición concerniente al funcionamiento relacional global; **(2) La circularidad:** es la capacidad del terapeuta de dirigir su investigación basándose en las retroacciones de la familia a las informaciones que él ha solicitado en términos de relación, de diferencia y de cambio; **(3) La neutralidad:** el terapeuta debe tratar de captar y neutralizar cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada que un miembro o subgrupo de la familia intente hacia el sistema terapéutico (Selvini Palazzoli, M., y cols., 1980).

### **3.3.5. Terapia Breve Estratégica:**

Es un modelo de intervención psicológica creado por **Giorgio Nardone** en los **años '80** que incluye los modelos teóricos de Paul Watzlawick. Trata de resolver problemas complicados con soluciones aparentemente simples e ilógicas a partir de la comprensión del **funcionamiento** del problema, identificación de las **soluciones intentadas** que mantienen el problema y **ruptura** del círculo vicioso, a través de una intervención activa y prescriptiva y situando a la persona o sistema como motor principal de su propio proceso de cambio, estimulando y ampliando sus propios recursos y capacidades personales. Se caracteriza por: **(1)** Definir un objetivo a la intervención; **(2)** El papel activo del terapeuta, trata de inducir cambios desde la primera sesión; **(3)** Se centra en la situación presente; **(4)** Producir un cambio de comportamiento más que la toma de conciencia; **(5)** Estimular la motivación el paciente; **(6)** Utilizar un lenguaje imperativo, técnicas paradójales y un diálogo estratégico; **(7)** Conocer las soluciones intentadas (Watzlawick, P., y Nardone, G., 2000).

### **3.4. Proyecto unificador**

La visión sistémica se presenta como un esquema integrativo y explicativo idóneo que permite concebir **a la familia como unidad de análisis e intervención**. Se basa en el análisis de las dimensiones que componen cualquier sistema como es la génesis, la función, el proceso y la estructura. Unido al enfoque de la segunda cibernética, problematiza el papel de quien **observa** el sistema en la modificación del mismo. En la

década de los años 80 se une el paradigma del **constructivismo**, que comprende la terapia familiar como un sistema terapéutico en sí mismo, una construcción activa del terapeuta junto con la familia, que le permite al profesional intervenir para modificar. En la década de los 90 se incluyen nuevos enfoques terapéuticos como las técnicas narrativas y los abordajes psicoeducativos.

Se caracteriza por ser un enfoque de solución de problemas práctico más que analítico. Se centra en identificar **los patrones disfuncionales** dentro del comportamiento del grupo de personas para así redirigirlos directamente. **El objetivo** es abordar de manera práctica los patrones actuales de la relación y se trabajan en el contexto de las experiencias, conflictos y problemas del presente.

Lo diferencial de los modelos sistémicos es que entienden las **conductas** desadaptadas como el producto de la **interacción** entre personas. No se habla de “persona enferma” sino de “paciente identificado” o “persona portadora del síntoma”. Plantea buscar el **origen del síntoma en una dinámica disfuncional** que sucede en uno o varios de los sistemas en los que se encuentra inserta esta persona y su mantenimiento en las soluciones intentadas ineficaces.

### 3.5. Praxis

*“La originalidad y el entusiasmo que el terapeuta trae a la situación no sólo fortalece al paciente, sino que también rejuvenece al terapeuta”*

*(Milton Erickson, 1954)*

Con la necesidad de estudiar los elementos intervinientes en la organización y la dinámica de un sistema, se agrupan las diferentes variables en **ejes diagnósticos**. El eje diagnóstico es un conjunto de elementos o variables que interactúan entre sí formando un subgrupo que interactúa a su vez con otros subgrupos o ejes diagnósticos, siendo así que el conjunto total de variables contenidas en cada uno de los ejes de observación mantiene al sistema en funcionamiento de una manera determinada en un momento dado (Serebrinsky, H., y Rodríguez, S., 2014). Estas subdivisiones guían la observación y permiten realizar una apreciación más fina y completa del sistema observado.

En la **intervención** desde este enfoque, el psicoterapeuta se asocia al sistema familiar para reparar o modificar su funcionamiento. El sistema tiene propiedades de autopropagación de modo que el proceso que el psicoterapeuta inicia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de esta. La **figura del**

**terapeuta** es diferente que en otras terapias ya que su presencia afecta el sistema observado y al a vez es afectado por él. Esto favorece que los integrantes del sistema puedan escucharse, aclararse, expresar su punto de vista y emociones y buscar con la intervención del terapeuta la construcción de una nueva realidad más soportable.

### **3.6. Aplicabilidad**

La terapia sistémica se puede aplicar a todos los **sistemas humanos** ya sean relaciones de pareja, equipos de trabajo, contextos escolares e individuales. Se orienta al cambio de los procesos de comunicación e interacción manteniendo la idea básica de comprender a la persona en su entorno, es decir, en el **contexto del sistema** del que forma parte. Plantea que, al estudiar a una persona, sus conductas no podrán ser bien explicadas sin considerar el contexto en el cual se desarrollan.

## **4. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE DESTINO**

La Escuela Sistémica Argentina (ESA) es una Institución Argentina de proyección internacional que nace en 1996 a través de dos terapeutas familiares de larga experiencia, **Horacio Serebrinsky** y **Marcelo RodriguezCeberio**, con el objetivo de realizar actividades de formación de profesionales, asistencia clínica e investigación. La ESA se constituyó como centro asociado a la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de San Pau de Barcelona, al Mental Research Institute (M.R.I.) de Palo Alto y a la Unviersidad de Flores (UFLO), y con una serie de institutos de formación de Europa, USA y Latinoamérica como es el Centro de Terapia Racional Sistémica (CETRES) de Málaga, la Escuela Vasca de Terapia familiar de Bilbao, el Instituto de Terapia familiar de Lausanne de Suiza y la Escuela Sistémica de Chile La Serena, entre otras.

### **4.1. Formación**

En sus inicios, la institución desarrolló el diseño de la Especialidad en Terapia sistémica con un plan de estudios de tres años de duración al estilo universitario, que posteriormente se redujo a dos años. Desde 1998 se ha desarrollado un profundo trabajo de articulación de materias y calidad de docencia para el área de formación de postgrado, la creación y difusión de ateneos y cursos sobre diferentes temáticas. Lleva a cabo actividades formativas en Buenos Aires y otras provincias como Santa Fe, Mendoza o Córdoba. Para más información, consulte en el siguiente enlace:

<https://escuelasistemica.com.ar/>

## 4.2. Investigación

La Escuela Sistémica Argentina, a través del Instituto Paul Watzlawick, desarrolla actividades de formación e investigación en psicología clínica en terapia individual, pareja y familia desde el modelo sistémico. La orientación sistémica de la escuela está disponible en numerosas publicaciones, a nivel nacional e internacional, de sus fundadores y directores Marcelo Rodríguez Ceberio y Horacio Serebrinsky, estando ilustrada en:

- Ceberio, M. R., y Linares, J. L. (2005). *Ser y hacer en terapia sistémica: la construcción del estilo terapéutico* (Vol. 90). Barcelona, España: Paidós Iberica.
- Medina, R., Linares, J. L., y Ceberio, M. R. (2007). *La terapia familiar desde Iberoamérica*. México: Tres Haches.
- Watzlawick, P., y Ceberio, M. R. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción: estrategias de la comunicación humana*. Barcelona, España: Paidós Iberica.
- Serebrinsky, H. (2010). *Familias Marginales* (Estudio de caso). Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA, 8(2), 1-10. ISSN 2077-2161.
- Ceberio, M. R. (2011). *Quién soy y de dónde vengo: el genograma: un viaje a través del tiempo en las interacciones y en los juegos familiares*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro
- Ceberio, M. R., y Serebrinsky, H. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro.
- Ceberio, M.R. y Watzlawick, P. (2011). *Si quieres ver, aprende a actuar. Diseño y prescripción de tareas en psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro.
- Serebrinsky, H., Horacio A., y Rodríguez, S. (2014). *El diagnóstico sistémico*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro.
- Ceberio, M. R. (2017). *Querer y no lograr: Soluciones intentadas fallidas*. Revista REDES. <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/204>

La interacción de los docentes de la escuela con el ambiente cultural y asistencial está garantizada debido a su participación con numerosas sociedades y comités de diversas revistas:

- Revista Perspectivas Sistémicas
- Revista Terapias de vanguardia (Venezuela)



- Editorial Tres Haches
- Editorial ECUA
- Mosaico (España)
- Redes (España)

#### **4.3. Asistencia:**

En la actualidad, más de 1000 pacientes reciben la atención mediante un equipo de terapeutas formados y supervisados en la institución. Los pacientes pueden recibir atención a nivel privado o bien financiados por su Obra Social. Pueden ser tratados individualmente, en pareja o en familia, participar en grupos terapéuticos o de acompañamiento, según sus necesidades y objetivos planteados en la primera visita de valoración. Desde el primer contacto telefónico, el terapeuta se formula una hipótesis sobre el caso que se irá revisando y trabajando con el equipo antes y después de cada sesión. El equipo de profesionales está formado por psicólogos y psiquiatras, a los que se puede realizar derivación o pedir una valoración psicopatológica si se sospecha de sintomatología aguda. Los casos se trabajan en equipo de manera multidisciplinar a través de la utilización de Cámara Gesell y la supervisión de sesiones grabadas en vídeo.

##### **4.3.1. Profesionales**

El equipo de profesionales conforma el staff de la ESA. Licenciados en Psicología o Psiquiatría llevan a cabo actividades asistenciales y/o de coordinación de las áreas. Todo ellos se han formado en terapia sistémica y algunos profesionales también son especialistas de otros modelos como es la Terapia Gestáltica o el Psicoanálisis. Además, cada uno de ellos muestra una mayor afinidad a una determinada escuela sistémica. Esto aporta riqueza en el trabajo de casos y facilita un abordaje integrador.

##### **4.3.2. Áreas de Trabajo**

El trabajo asistencial se lleva a cabo en paralelo al trabajo en **áreas** y al espacio de supervisión de casos. La ESA se divide en diferentes equipos de trabajo coordinados por un profesional. En la actualidad, están activas las siguientes:

- **Área de Niños y Adolescentes:** grupo capacitado en las principales problemáticas que atraviesan las familias con niños y adolescentes con dificultades y entrenado en técnicas y estrategias para llegar a los mejores resultados. Ofrece un espacio de investigación, supervisión y producción sobre el tema. Mediante la modalidad de grupo de estudio se revisa la bibliografía

sobre el tema, poniendo énfasis en nuevas visiones y abordajes de la terapia familiar con niños y adolescentes. El grupo se reúne semanalmente para trabajar sobre la bibliografía y asiste a supervisiones grupales de casos que estén atendiendo.

- **Área de Discapacidad:** área de trabajo que tiene por objetivo capacitar a los profesionales en la atención y el soporte a familiares de niños y/o adolescentes con discapacidad física y/o intelectual y el diseño de programas de detección precoz accesibles a toda la población general.
- **Área de Prevención Comunitaria:** Es un espacio de encuentro orientado a la investigación y atención clínica en el área comunitaria con el objetivo de brindar atención de calidad a personas de bajos recursos mediante la utilización de Cámara Gesell. En cuanto al área de prevención, se trabaja mediante la realización de talleres a nivel escolar y el acercamiento a comunidades de bajo nivel socioeconómico como son la Villas situadas fuera de la capital federal de Buenos Aires.
- **Área de Grupos:** Se trabaja con reuniones semanales para la capacitación interna y consolidación del equipo a través de dinámicas, la supervisión y trabajo en equipo, la implementación y sostenimiento de grupos terapéuticos y talleres, la participación con otras instituciones (organismos sin fines de lucro, difundir la actividad con ONG afines a la ESA y con fines solidarios) y la coordinación de reuniones de docencia.
- **Área de Familias:** espacio en el que se trabaja, a partir de la revisión bibliográfica, lecturas y supervisión de casos, aspectos relacionados con la organización y la estructura familiar.
- **Área de Adicciones:** equipo de trabajo orientado a la capacitación de profesionales en el área de las adicciones desde la perspectiva sistémica a través de la supervisión de casos y entrenamiento en la aplicación práctica de las herramientas.
- **Área de Investigación:** la ESA cuenta con el Centro de Investigación en Neurociencias y ciencias sociales. El equipo está integrado por psicólogos y médicos y se propone difundir los conocimientos científicos obtenidos que se traduzcan en bienestar a la comunidad.

También existen otras áreas de trabajo específicas que en el momento de mi rotación no estaban activas:

- **Área de Casos Complejos:** los principales objetivos de esta área es conocer e intervenir en los patrones de conducta disfuncionales de las familias desde un abordaje sistémico multidisciplinar.
- **Área de Trastornos de la Alimentación y Obesidad:** se trata de un espacio de encuentro orientado a la investigación y a la atención clínica con el objetivo de revisar y discutir artículos académicos relacionados con la problemática y organizar actividades de difusión.
- **Área de Sexología Clínica:** se dirige al abordaje interdisciplinario de personas con diferentes dificultades y problemas en su sexualidad a nivel individual o en pareja. El objetivo es formar terapeutas para trabajar en terapia sexual, fomentar conocimientos de sexualidad humana y de sexología clínica.
- **Área de Pareja:** se propone como área en la que formar y coordinar un grupo de estudio sobre la clínica de pareja a través del desarrollo de material escrito, la supervisión de casos, la interacción con otras áreas docentes o de formación de la escuela y el desarrollo de nuevos contenidos para el tratamiento clínico.
- **Área de Depresión:** espacio en el que trabaja en el primer problema de salud mental en la sociedad argentina, una de las principales fuentes de discapacidad y sufrimiento humano.

## **5. ACTIVIDADES REALIZADAS**

El programa formativo de la rotación se organizó en 35 horas semanales. Concretamente, el programa diseñado ha comprendido una parte importante de formación teórica a través de la asistencia a las clases de postgrado de Terapia Familiar de primer y segundo curso, en las modalidades semanal y mensual, impartidas en la provincia de Buenos Aires, así como la asistencia a cursos de psicoterapia de grupo los fines de semana y la asistencia a ateneos. El objetivo de incluir una formación en docencia tan intensiva era crear una base teórica amplia y sólida de este enfoque sobre las que asentar conocimientos más específicos y las técnicas y herramientas sistémicas características. Asimismo, el programa diseñado ha incluido también una parte importante de práctica clínica llevada a cabo mediante la participación activa en las áreas de trabajo y seminarios, el entrenamiento en mirada

sistémica a través del trabajo, la observación directa de sesiones individuales, de pareja, familiares y de grupo a través de Cámara Gesell y sesiones clínicas grabadas en video, y la supervisión de casos. El objetivo se centraba en poner en práctica los conocimientos y estrategias aprendidas a nivel teórico para su futura aplicación en la clínica.

### **5.1. Docencia**

Ha consistido en la asistencia a las clases teóricas de primer y segundo curso del postgrado en la modalidad semanal y mensual. A continuación, especifico las actividades formativas realizadas.

#### **Formación básica** en modelo sistémico e intervenciones sistémicas

- Epistemología, Cibernética, Teoría General de los sistemas y Constructivismo. Dr Marcelo R. Ceberio y Dra Sonia Rodriguez
- Cambio y pragmática de la comunicación humana. Lic. Romina Daverio
- Modelos sistémicos. Dra Sonia Rodriguez.
- Entrenamiento en la mirada sistémica. Dra Sonia Rodriguez.
- Psicoterapia: especialidades clínicas en terapia de pareja y familia. Dr. Horacio Serebrinsky.
- Terapia de grupo y psicodrama. Dr. Horacio Serebrinsky.
- Psicosis casos complejos. Lic. Hector Murillo.

#### **Formación en intervenciones** sistémicas, aplicaciones clínicas y supervisión modelo sistémico

- Psicoterapia: especialidades clínicas en fobias y pánico. Dr. Marcelo R. Ceberio y Dra. Sonia Rodriguez
- Hipnosis ericksoniana. Lic. Claudio Deschamps.
- Psicofarmacología. Dr. Roberto Chirichella.
- Genograma. Lic. Eliana Durand.
- Psicoterapia; especialidades clínicas en clínica de la depresión, Lic Gustavo Fos y Lic. Cristian Biragnet.
- Psicoterapia: especialidades clínicas en trastornos de alimentación. Lic. Graciela Piatti.

#### **Cursos y seminarios:**

- Psicoterapia de Grupo: Dr. Horacio Serebrinsky y Lic. Lucas Labandeira.

## 5.2. Ateneos:

Espacio dedicado a la presentación de trabajos finales del postgrado, a la presentación de trabajos expuestos en congresos nacionales e internacionales como RELATES y a la presentación de libros y artículos de interés.

- Trabajo en emergencias.
- “Aterrizaje forzoso”. Una revinculación paterno- filial en caso de violencia. Presentación de un caso clínico judicializado de revinculación, la estrategia de abordaje, las herramientas utilizadas y el equipo interdisciplinario interviniente, diseñados en función de la protección y perseveración de los menores involucrados.

## 5.3. Áreas:

Durante mi estancia en la ESA he participado de manera activa en diversas áreas de trabajo. Eran grupos formados por entre 6 y 8 participantes, entre los cuales hay 1 o 2 coordinadores, licenciados miembros del staff de la ESA, estudiantes de posgrado y pasantes de la Universidad y/o del PIR. En estos hemos trabajado distintas áreas de interés a través de la investigación y búsqueda bibliográfica, el diseño de proyectos, el diseño, realización y supervisión de grupos terapéuticos y/o grupos de acompañamiento, supervisión y trabajo personal del terapeuta, entrenamiento en habilidades terapéuticas y dinámicas de grupo.

- **Área Comunitaria:** hemos trabajado el abordaje sistémico de un caso clínico de Depresión. He participado como observadora participante no parlante en las sesiones con Cámara Gesell y de forma activa en la supervisión del caso desde el punto de vista psicoterapéutico. También hemos trabajado en el desarrollo de un proyecto de promoción de la salud y prevención de riesgos centrado en la creación de talleres orientados al trabajo de habilidades sociales en adolescentes y jóvenes adultos.
- **Área de Grupos:** en esta área he participado de manera activa en el diseño de proyectos, la observación y supervisión de un grupo terapéutico y el entrenamiento en el manejo de estrategias de la psicoterapia de grupo y herramientas psicoterapéuticas vivenciales.

- Observación a través de cámara Gessell del “Grupo a la Gorra”, un grupo de apoyo en el manejo de situaciones estresantes de la vida cotidiana
- Participación en supervisión de “Grupo a la Gorra”.
- Participación en el diseño de un programa de Terapia grupal para Inmigrantes.
- Participación en el diseño de un taller dirigido al manejo de la ira.
- Participación en entrenamiento de dinámicas grupales: iniciación de grupos terapéuticos, herramientas experienciales (técnica de bola de cristal de la terapia ericksoniana, silla vacía, ejercicios de mindfulness), cierre de grupos.
- Participación en supervisión y contención del terapeuta coordinador del grupo.
- **Área de Familia:**
  - Participación en un proyecto orientado a las nuevas estructuras familiares centrado en el impacto de las nuevas tecnologías en la organización y dinámica familiar.
  - Participación en un proyecto orientado a las nuevas estructuras familiares centrado en las nuevas organizaciones familiares como son las familias monoparentales.
- **Área de Niños y Adolescentes**
  - Participación en el diseño de un programa de detección precoz, desde las diferentes unidades de Salud y accesible a la población general, junto con la información de recursos disponibles.
  - Trabajo personal sobre las etapas de niñez y adolescencia desde una perspectiva sistémica.
  - Trabajo sobre la influencia de las nuevas tecnologías en el desarrollo del niño y en el apego del niño con sus progenitores.
- **Área de discapacidad:**
  - Participación en el diseño de un programa de detección precoz de los déficits y discapacidades físicas y/o intelectual centrado en el conocimiento de los hitos evolutivos.
  - Trabajo sobre las dificultades de manejo en la familia de niños y adolescentes con discapacidad física y/o intelectual.
  - Trabajo sobre las dificultades de diagnóstico e intervención en familias de niños y adolescentes con discapacidad física y/o intelectual.

#### **5.4. Entrenamiento en mirada sistémica**

Espacio dirigido al entrenamiento en las herramientas y estrategias sistémicas a través de **ejercicios prácticos** de diagnóstico e intervención sistémica. Se lleva a cabo un análisis minucioso de los aspectos implicados en la comunicación (axiomas, acuerdos y desacuerdos en la comunicación, puntuación en la secuencia, modos de comunicación, desconfirmación, rechazo, descalificación, tipo de relación), la estructura (jerarquía, reglas, roles, funciones, distancias) y el problema (desde cuando, frecuencia, causas, soluciones intentadas fracasadas), mediante la visualización de sesiones grabadas en vídeos y con el soporte de la supervisora. Al inicio de la clase se concretan los objetivos y se trabaja de manera conjunta fraccionando el vídeo en distintas partes para de este modo entrenar la capacidad de atención dividida en los diferentes aspectos.

Durante mi pasantía he trabajado la mirada sistémica a partir de tres casos clínicos:

- Terapia sistémica familiar en un núcleo familiar compuesto por los padres y tres hijos que acuden al centro por sintomatología ansioso- depresiva en el paciente identificado (padre).
- Terapia sistémica familiar en un núcleo familiar compuesto por los padres y una hija, cuyo paciente identificado (la madre) tiene diagnóstico de juego patológico.
- Terapia sistémica familiar en un núcleo familiar compuesto por los padres y cuatro hijos, uno de los cuales está diagnosticado de trastorno por consumo de sustancias (paciente identificado).

#### **5.5. Cámara Gesell**

Consiste en la observación de casos a través de la Cámara Gesell. La observación se estructura en: **1.** La pre- sesión, en la que el equipo terapéutico se formula las hipótesis y se plantea el abordaje y posibles intervenciones; **2.** La sesión, en la que un terapeuta realiza la visita con el paciente, la familia o grupo y el resto del equipo lo acompaña desde el otro lado del espejo unidireccional. Durante la sesión, el equipo puede intervenir o bien el terapeuta puede salir y pedir ayuda al equipo; **3.** La post-sesión, en la que se supervisa la sesión tanto en el abordaje como en la experiencia y vivencias del terapeuta.

Durante la rotación he podido participar en el seguimiento de cuatro casos clínicos:

- Terapia sistémica individual en un adulto joven con sintomatología ansioso-depresiva e interferencia moderada en su funcionamiento a nivel académico, social y familiar.
- Terapia sistémica familiar en un núcleo familiar compuesto por madre, padre e hija adolescente que acuden al centro por alteraciones conductuales en la paciente identificada (hija).
- Terapia sistémica familiar en un núcleo familiar compuesto por madre e hijo, diagnosticado de esquizofrenia, derivados por psiquiatría con el objetivo de trabajar el doble vínculo y la comunicación disfuncional entre los miembros.
- Terapia sistémica familiar en la mediación judicial de un posible caso de Síndrome de Alienación Parental posterior a la separación de los cónyuges.

#### **5.6. Supervisión de casos:**

Espacio en el que he participado mediante la observación y la supervisión de casos clínicos expuestos por los profesionales de la ESA desde un **enfoque sistémico integrador**. Se trabaja con las hipótesis formuladas por los profesionales, la revisión del genograma y relaciones intergeneracionales y el diagnóstico sistémico. Durante mi pasantía en la ESA he podido asistir en la supervisión de varios casos clínicos.

#### **6. Actividades adicionales:**

##### **6.1. Observación grupos multifamiliares abiertos en Centro DITEM**

El Centro Ditem es una fundación de corte psicoanalítico privado que atiende a personas con Trastorno Mental Severo. Trabaja considerando la virtualidad sana potencial de todos los seres humanos como premisa fundamental. Entre sus actividades asistenciales, los jueves por la tarde (horario: 20.00 p.m.- 22.00 p.m.) se realizan grupos multifamiliares abiertos dirigidos por 3 o 4 profesionales del centro. En estos grupos asisten pacientes, familiares de pacientes y profesionales. Posterior al grupo, se les da la posibilidad a los profesionales de trabajar la sesión que se ha llevado a cabo mediante un espacio post-sesión con una duración de 1 hora (horario: de 22.00 p.m. a 23.00 p.m.). Para más información puede consultar este enlace: <http://www.fundamitre.net/#fundacion>

##### **6.2. Observación grupos multifamiliares coordinados por la Unidad de Dermatología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez**



El hospital materno-infantil Ricardo Gutiérrez desde la unidad de Dermatología, realiza unos grupos multifamiliares de corte sistémico- psicoanalítico dirigido a niños con un trastorno psicosomático (principalmente dermatitis atópica), a los padres y otros familiares de estos niños. Está coordinado por una enfermera y una psicóloga, junto con varios/as coterapeutas (psicólogos/as, residentes de psicología, enfermeros/as). Se lleva a cabo los jueves en un espacio de dos horas de duración (12.00 a.m.- 14.00 p.m.) después de la cual se dedica un tiempo a comentar sobre los temas trabajados durante la sesión.

### 6.3. Cronograma

| HOR A | LUNES  | MARTES                                     | MIÉRCOLES                                  | JUEVES                             | VIERNES                     | (2 al mes)                      | SÁBADO (2 al mes)  |  |  |
|-------|--|--|--|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--|--|--|
| 9.00  | Área comunitaria                             |  |  |                                    |                             | DOCENCIA 1º o 2º curso posgrado | DOCENCIA 1º o 2º curso posgrado // Cursos específicos de terapia sistémica |  |  |
| 10.00 |  |  | Entrenamiento en mirada sistémica (vídeos) |                                    | Área niños/adol<br>escentes |                                 |  |  |  |
| 11.00 |  |  |  |                                    | Área familias               |                                 |  |  |  |
| 12.00 |  | Entrenamiento en mirada sistémica (vídeos) |  | Área de grupos                     |                             | Área adicciones                 |  |  |  |
| 13.00 |  |  |  |                                    |                             |                                 |  |  |  |
| 14.00 |  |  |  |                                    |                             |                                 |  |  |  |
| 15.00 |  |  |  |                                    |                             | Supervisiones casos             |  |  |  |
| 16.00 |  |  |  |                                    |                             |                                 |  |  |  |
| 17.00 |  |  |  |                                    | Cámara Gesell               | Cámara Gesell                   |  |  |  |
| 18.00 |  | Cámara Gesell                              | Docencia 2º curso posgrado                 |                                    | Docencia 1r curso posgrado  |                                 |  |  |  |
| 19.00 | Entrenamiento o mirada sistémica supervisada |  |  | Área comunitaria/<br>Cámara Gesell |                             |                                 | Cámara Gesell // Ateneo  |  |  |
| 20.00 |  |  |  |                                    |                             |                                 |  |  |  |
| 21.00 |  |  |  |                                    |                             |                                 |  |  |  |

## **7. APLICABILIDAD A NUESTRO CONTEXTO**

La fuerte influencia del contexto familiar, social, académico, laboral, político... sobre el individuo nos hace plantear la importancia de llevar a cabo un abordaje holístico- contextual en el que se incluyan todas las variables implicadas en la interacción entre sistemas, subsistemas y suprasistemas. En ocasiones, tratar únicamente el síntoma de manera aislada y centrándonos en las causas de este no nos lleva a la remisión del trastorno, hecho que hace necesario un abordaje más amplio y centrado en el estado actual del sistema. Este enfoque coincide con el que he ido construyendo a lo largo de mi residencia basado en la necesidad de una visión más amplia que englobe al individuo en su contexto y una intervención orientada al cambio.

El modelo sistémico tiene una visión basada en la salutogénesis y se centra en el estado actual del individuo concebido como un sistema abierto, en continua interacción con la familia y otros sistemas. La concepción del paciente como portador del síntoma y la utilización del diagnóstico sistémico, más allá de la nomenclatura psiquiátrica, ayuda al empoderamiento del individuo y la desestigmatización del problema. Mediante la intervención en la forma de interactuar entre los miembros del sistema y en la organización y estructura del sistema se rompe con el círculo vicioso instaurado. El análisis de la historia del problema, nos permite conocer los intentos de solución fallidas y, de este modo, afinar en las intervenciones y las estrategias utilizadas para generar un cambio significativo que no sirva para mantener el problema. Además, el encuadre del sistema terapéutico incluye al terapeuta de forma activa, teniendo en cuenta la influencia de éste en la construcción de la realidad observada.

Este enfoque psicoterapéutico ha demostrado tener especial eficacia en aquellos trastornos mentales severos como son los trastornos de la conducta alimentaria, la psicosis o las adicciones. Son trastornos ante los que he observado mayores dificultades para intervenir y conseguir unos resultados óptimos (remisión del a sintomatología, recuperación de la funcionalidad, disminución del malestar...) en rotaciones previas. La comprensión del modelo sistémico desde sus raíces en el abordaje de distintas psicopatologías y la observación de casos complejos en los que se ha intervenido desde esta vertiente, me ha llevado a tomar conciencia de la necesidad de seguir formándome en estrategias que apuesten por una visión más amplia y una intervención en todos los elementos que mantienen el síntoma. Mediante una abordaje holístico- contextual del caso, podemos conseguir un cambio profundo

en la estructura y la organización del sistema y, con este, la ruptura de la dinámica del problema y la mejor funcionalidad del sistema, consiguiéndose así la remisión del síntoma.

El trabajo desde el enfoque familiar sistémico requiere de un profundo conocimiento teórico del modelo y capacitación práctica en sus herramientas y estrategias terapéuticas. La pasantía que he realizado estos meses en la ESA me ha permitido construir una base teórica sobre este modelo abarcando desde la epistemología hasta las estrategias terapéuticas características. Además, he puesto en práctica los conocimientos teóricos mediante un entrenamiento en mirada sistémica y la observación de casos con Cámara Gesell. La participación en las áreas de trabajo a través de las dinámicas, diseño de proyectos y supervisión de casos me ha enriquecido mucho a nivel teórico, pero, sobretodo, vivencial. Todo ello me lleva a continuar con mi formación en este modelo.

Desde mi punto de vista, este modelo podría resultar muy eficaz en nuestro contexto clínico tanto en la conceptualización y comprensión de casos clínicos como en su intervención. No obstante, trabajar desde este modelo requiere considerables recursos (sesiones de 2 horas de duración, preferiblemente quincenales, y supervisión por el equipo terapéutico antes, durante y después de la sesión). Esto podría parecer inviable ya que, una de las principales limitaciones de nuestro Sistema de Salud Mental Pública es la corta duración de las sesiones y la baja frecuencia con la que podemos visitar los pacientes, así como la sobrecarga asistencial en los Centros de Salud Mental. Aun así, utilizar un enfoque terapéutico que incluya todos los miembros del sistema familiar y conciba al paciente como portador del síntoma, nos podría ayudar a generar cambios más profundos que los ocasionados mediante las intervenciones aisladas en el síntoma. Para ello, destacaría la utilidad de las técnicas que caracterizan la hipnosis y que, claramente, pueden ser trasladadas como estrategias a la clínica sistémica. Entre ellas: 1. Hablar el lenguaje del paciente, 2. Evitar las negaciones, 3. Usar la resistencia a través del refuerzo y la prescripción; 4. Utilizar el como sí como técnica de reestructuración; 5. Narrar historias para abrir nuevas perspectivas y facilitar el cambio. También subrayaría la utilidad de las técnicas paradójicas como la connotación positiva del síntoma, la prescripción del síntoma, la desviación del síntoma o el desplazamiento del síntoma. Finalmente, me parece muy beneficioso ser consciente del rol del terapeuta en el sistema: concebir cada sesión como un recorte de la problemática del sistema, tener en cuenta la subjetividad del terapeuta en la construcción de su realidad, identificar la jerarquía/roles/funciones de cada uno de los elementos y moverse en las alianzas y

coaliciones con los miembros del sistema para ir generando cambios en la comunicación y la estructura de éste.

## **8. VALORACIÓN PERSONAL DE LA ESTANCIA**

La estancia en la ESA me ha ofrecido un primer contacto con modelo de la Terapia Sistémica. La asistencia a las clases docentes desde el inicio del postgrado en las que se ha trabajado sobre las raíces de este modelo y el abordaje de los distintos fundamentos teóricos como es la Teoría de la Comunicación o la Cibernética hasta llegar a las herramientas y estrategias terapéuticas utilizadas para cada trastorno, me ha permitido comprender este enfoque en todos sus aspectos y su aplicabilidad en la clínica asistencial. Además, me ha permitido encuadrar los conocimientos previos que ya tenía, reflexionar sobre los grupos multifamiliares observados en el Hospital de Día de Adultos de mi Hospital de referencia y realizar un análisis crítico sobre las conceptualizaciones de algunos de los casos e intervenciones realizadas anteriormente, planteándome una visión e intervención más amplia.

Uno de los aspectos positivos a destacar sería el clima de trabajo. Se trata de un abordaje multidisciplinar en el que los profesionales se posicionan desde una actitud de aceptación incondicional, escucha activa y sin juicio, hacia los compañeros y los pacientes que propicia un ambiente cálido. El abordaje es de tipo sistémico integrador, es decir, basado en una orientación sistémica se utilizan estrategias propias del enfoque cognitivo, conductual, psicodinámico, gestáltico... según los puntos fuertes del paciente; a su vez, cada profesional muestra mayor afinidad por una determinada escuela sistémica (Estructural, Breve Estratégica... y todo ello posibilita un aprendizaje más enriquecedor. Por otro lado, muestran un gran interés en conocer el funcionamiento de la salud mental en España, expresan sus inquietudes y trabajan en la mejora de sus intervenciones terapéuticas. Además, también destacaría la flexibilidad en los horarios y disponibilidad de horas libres me ha permitido poder complementar la pasantía en la ESA con la participación en grupos terapéuticos multifamiliares abiertos que realizaban el Centro Ditem (Fundación María Elisa Mitre) y la Unidad de Dermatología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, los cuales tienen un enfoque integrador psicoanalítico y sistémico. De este modo, he podido tener una visión más amplia sobre el sistema de salud mental en Buenos Aires, pudiendo conocerlo en el ámbito público y privado y observar su aplicación en distinto tipo de población en cuanto psicopatología como nivel socioeconómico.

Por otro lado, como aspectos a mejorar en mi rotación externa propondría la observación de un mayor número de casos clínicos a través de Cámara Gesell. Por último, también destacaría la imposibilidad de llevar a cabo un abordaje clínico práctico con los pacientes vinculados en la ESA.

## **9. AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a ANPIR por la ayuda económica recibida para realizar la estancia, al Hospital del Mar para facilitar los trámites necesarios y a la ESA por la aceptación de mi solicitud de pasantía, la acogida y el trato recibido durante todos los meses.

## **10. REFERENCIAS**

- Bertalanffy Von, L. *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Chiravetti, S. (2008). La Reforma en Salud Mental en Argentina: Una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en Salud Mental. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. Fundación Aiglé. Argentina.
- Erickson, M. (1954). Pseudo-Orientation in time as a Hypnotic Procedure, *Journal of Clinical and Experiential Hypnosis*. 2:4, 261-83. [doi.org/10.1080/00207145408410117](https://doi.org/10.1080/00207145408410117)
- Galli, V. (1986). *Salud Mental: definiciones y problemas*. Buenos Aires: Dirección Nacional de Salud Mental.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lane, M. (1970). *Introduction to Structuralism*. New York: Basic Books.
- Ministerio de Salud y Acción Social. (1998). *Resolución 245/98 Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-245-1998-50497/texto>
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. (2002). *Propuesta para una Política en Salud Mental*. Recuperado de [www.msal.gov.ar/hm/site/salud\\_mental\\_propuesta.asp](http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_mental_propuesta.asp)

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2010). *Ley 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. y Nichols, M.P. (1994). *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Instrumentos de Evaluación para los sistemas de Salud Mental. Versión 2.1.*, República Argentina. [https://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/argentina\\_who\\_aims\\_report\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1)

Selser, C. (12 de Julio de 1990). Todo es kafkiano y no tuve apoyo político. (Entrevista a Ángel Fiasché). *Diario Página 12*, p.8.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). *Hipotetización, circularidad y neutralización. Tres directrices para el buen desarrollo de la sesión*. FamilyProces, 19: 3-12.

Serebrinsky, H., y Rodríguez, S. (2014). *Diagnósticos Sistémicos. El diagnóstico de los sistemas humanos*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro.

Watzlawick, P., Hemlick Beavin, J., y Jackson, D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.

Wiener, N. (1971). *Cibernética*. Madrid: Guadiana.

## **11. BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL**

Bateson, G. (1991). *Hacia una Teoría de la Esquizofrenia*. pp. 231-353. Recuperado de <http://carlosreynoso.com.ar/archivos/bateson-esquizofrenia-ok2.pdf>

Camino, A. y Gibernau, M. (2009). *Aportaciones de la hipnosis ericksoniana a la Terapia Familiar*. Apuntes de Psicología, 27(2-3), 219-234.

Ceberio, M., Serebrinsky, H. (2011). *Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico en psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro.

- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (2011). *Si quieres ver, aprende a actuar. Diseño y prescripción de tareas en psicoterapias*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro.
- Díaz, I. (2000). *Bases de la Terapia de Grupo*. México: Pax México.
- Giberti, E. (2014). *La familia, a pesar de todo*. Argentina: Novedades educativas.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños*. Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
- Johm, S. (1976). *El darse cuenta*. Chile: Cuatro Vientos.
- Minuchin, S. y Fishman, H.C. (2004). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Nardone, G. (2004). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Barcelona, España: Paidós.
- Palazzoli, M.S. (1988). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo de terapia de familia en una transacción esquizofrénica*. Madrid, España: Paidós.
- Serebrinsky, H. y Rodríguez, S., (2014). *Diagnósticos Sistémicos. El diagnóstico de los sistemas humanos*. Buenos Aires, Argentina: Psicolibro.
- Vinagrodov, S. y Yalom, I. (1996). *Guía breve Psicoterapia de grupo*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Watzlawick, P., Hemlick Beavin, J. y Jackson D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona, España: Herder.
- Watzlawick, P. (1989). *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona, España: Herder.
- Watzlawick, P., y Nardone, G. (2014). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona, España: Paidós
- Watzlawick, P. (1989). *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona, España: Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona, España: Herder.
- Zurek Varela, E., y VadaláBarake, S. (2000). *Cibernética: fundamentos y evolución. Ingeniería & Desarrollo*. Universidad del Norte. 7: 14-20.



