

## ***Formato y Encuadre en Psicoterapia***

### Ficha de la cátedra: *Formato y Encuadre en Psicoterapia*

En el uso habitual, suelen confundirse fácilmente o incluso utilizarse en forma indistinta los términos *formato* y *encuadre*. Una primera aproximación a dichos conceptos podría ser que el *formato* describe la forma práctica en que se va a conducir, en esa ocasión, el *encuadre* terapéutico, es decir, la línea teórica conducente. El formato puede ser individual, grupal, pareja o familiar.

El *encuadre* refiere al marco teórico que soporta la práctica. Este puede ser una combinación de diferentes corrientes de ideas, las cuales se pueden aplicar en distintos formatos según cual sea la problemática. Las líneas teóricas, hoy día, se han diversificado tanto que resultan incontables. Por lo pronto podríamos decir, a grandes rasgos, que derivan de las siguientes perspectivas: Dinámica, Experiencial, Conductual, Cognitiva e Interpersonal.

### Origen de los distintos Formatos

El ***Formato Individual*** proviene del modelo médico, y de una concepción tradicional del concepto de *enfermedad* como un asunto propio del paciente. La relación entre el paciente y el profesional es asimétrica. Freud y Breuer en 1886, escriben el primer trabajo en que se argumenta y desarrolla este tipo de abordaje.

El ***Formato Grupal***, surgió históricamente en Inglaterra, durante la segunda guerra mundial, como un complemento en el tratamiento de pacientes con tuberculosis. El objetivo era educar a la vez que generar una red de soporte mutuo. La instrumentación obedeció a la falta de profesionales ante la demanda masiva, su bajo costo, y demostró efectividad. Su base teórica se sustenta en una concepción del hombre como ser interpersonal, cuyas perturbaciones están directamente relacionadas con la interacción

con los otros. Está especialmente indicado para el tratamiento de las problemáticas interpersonales. Uno de sus creadores es Kurt Lewin. Este médico, biólogo y filósofo, miembro de los teóricos de la Gestalt en Berlín, emigrado a Estados Unidos, funda en 1944, en Massachussets, el Centro de Investigaciones para la Dinámica de Grupos. Allí estudia la influencia del entorno, luego conocida como Teoría del Campo, los estilos de liderazgo y los conflictos grupales, todo desde una perspectiva psicosocial.

**En Argentina** alrededor de 1947, el principal representante de esta corriente es Enrique Pichon Riviere, pionero en Psicología Social y grupos. Comienza trabajando en el Hospicio de las Mercedes con adolescentes en grupo. Busca socializar el psicoanálisis y es un ferviente opositor al psicoanálisis oficial. En 1958 sistematizó la tarea en grupos operativos y fundó la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo. Paralelamente se publica el Primer Tratado Argentino sobre grupos llamado "Psicoterapia del Grupo, un enfoque psicoanalítico".

Es importante resaltar, que a diferencia de la fuerte impronta organizacional que tiene esta corriente en el mundo, en Argentina surgió como una necesidad de asistencia masiva a la población. El crecimiento y desarrollo del Psicodrama y la Psicoterapia de Grupo en Argentina se podría esquematizar en una secuencia de cuatro etapas, a saber;

#### Primera etapa 1957-1963:

Aparición de las primeras sesiones psicodramáticas en un medio hospitalario en grupos de niños. Rojas Bermudez combina psicoterapia grupal y psicodrama psicoanalítico. Bermudez y Pavlovsky le dan continuidad al trabajo grupal con niños y adolescentes. C. Bouquet y M. Rosa Glasserman son otros dos importantes representantes de esta modalidad emergente, trabajando con el títere como "objeto intermediario" con pacientes psicóticos.

#### Segunda etapa 1963 – 1976:

En 1963 se funda la "Asociación de Psicodrama y Psicoterapia de Grupo". Aquí comienza la sistematización en la formación. Glasserman, Moccio, Bouquet y Pavlovsky se desvinculan y se

convierten en los representantes del psicodrama psicoanalítico formando el "Grupo Experimental psicodramático latinoamericano" en 1965, que dura diez años. La Asociación produce un vuelco hacia una orientación moreniana.

Tercera etapa 1976 – 1983:

Durante la dictadura militar se produce un vaciamiento en todas las instituciones de la Salud mental. En 1980 se crea la "Asociación Argentina de Psicodrama" con el objetivo de recuperar lo perdido y reunir a psicodramatistas de todas las tendencias para recuperar fuerzas y empezar de nuevo.

Cuarta etapa de 1983 hasta hoy:

Reinserción del psicodrama en las instituciones estatales y universidades. Multiplicidad de estilos y combinaciones.

El **Formato Familia- Pareja** surge a partir de 1930 en Estados Unidos en el llamado Movimiento de Higiene Mental. Los servicios sociales lo incorporan por su eficacia, economía y masividad. Durante 1951 en EEUU, Bell observa a Bowlby, el creador de la Teoría del Apego, realizando un trabajo familiar debido a que una enfermedad tendría a su paciente ausente por un largo plazo. Bell vio en ese hecho accidental una nueva forma de tratamiento y se ocupó de sistematizar luego el abordaje.

Paralelamente, en psicoanálisis se creaba la teoría de la neurosis de pareja, poniendo especial foco en los problemas que se originan y sostienen dentro del vínculo y no corresponden a ninguno de los integrantes en particular. En 1942 se funda el primer instituto producto del *marriage counseling movement*.

La concepción de base es que el individuo es visto como un elemento del sistema familiar y su patología es originada y mantenida por este.

Implicancia de los distintos Formatos

## **La Terapia Grupal**

Según Yalom y Vinogradov, la psicoterapia de grupo es la

aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de pacientes, aunque no se reduce a ello. En la psicoterapia individual un terapeuta establece un contacto profesional con un paciente y lleva a cabo intervenciones terapéuticas verbales y no verbales con el objetivo de aliviar el malestar psicológico, cambiar el comportamiento o estimular el crecimiento y el desarrollo de la personalidad. En la psicoterapia de grupo tanto las interacciones paciente-terapeuta como las interacciones paciente – paciente se utilizan para efectuar cambios en la conducta de cada uno de los miembros del grupo. Es decir que el grupo mismo, más allá de las técnicas específicas y la conducción de un profesional calificado, sirve como instrumento de cambio. Esto es lo que le otorga a la Psicoterapia de grupo su excepcional potencial terapéutico.

Los grupos terapéuticos poseen tres características flexibles, ellas son: el escenario, los objetivos y el marco temporal.

Por escenario clínico entendemos el lugar donde se llevarán a cabo los encuentros, lo cual afectará el rendimiento y la estructura total del grupo. Puede tratarse de pacientes *Internos* psiquiátricos agudos o crónicos o de pacientes *externos* psiquiátricos, con trastornos en el comportamiento, abuso de sustancias, por asesoramiento, crisis aguda o perturbación clínica específica. El abanico de posibilidades es muy amplio y dotará de particularidades a ese encuentro.

Los objetivos terapéuticos también son sumamente vastos ya que van desde las metas más ambiciosas de los grupos interactivos de larga duración, hasta los fines más limitados de recuperación de una función y preparación para el alta de un paciente interno agudo. En medio podemos encontrar grupos de entrenamiento en habilidades sociales, grupos especializados de autoayuda, grupos focalizados en dificultades para la interacción social y grupos centrados en síntomas y trastornos comportamentales (bulimia, tabaquismo, etc.) que tienen como objetivo un cambio diferenciado de la conducta.

Los marcos temporales refieren a la duración de la vida del grupo, es decir, el número de sesiones que el grupo se reunirá y la duración de la pertenencia de los miembros al grupo. Tendremos así que los grupos de pacientes internos se mantienen indefinidamente, aunque cambie la cantidad de integrantes. En

cambio, la vida de un grupo externo es mucho más variable. Puede existir durante una única sesión en la que se encuentren por una crisis aguda específica o que se trate de un grupo de duración indefinida. Puede existir un grupo con un diseño pre- establecido de diez sesiones para alcanzar determinado objetivo terapéutico. Las metas y el tipo de pacientes estarán determinando el plazo necesario para el alcance de los resultados deseados.

Como se puede deducir, esta distinción se realiza a los fines prácticos de comprensión pero las tres características están íntimamente relacionadas y hacen unas a las otras.

Aunque la psicoterapia grupal tenga muchas virtudes prácticas, su mayor ventaja esta relacionada con una propiedad que no comparte con ningún tipo de psicoterapia. Esta es el escenario grupal. El poder de este instrumento proviene de la importancia que tienen las interacciones interpersonales en nuestro desarrollo psicológico. El concepto de neotenia, el sujeto que deviene racional de Vico, el medio nutricio que soporta la disipación de caos de Ilya Prygogine son algunos de los conceptos desarrollos en la materia que muestran la extrema importancia de lo vincular en todo proyecto terapéutico. Según Sullivan la personalidad es casi por completo un producto de la interacción con los otros significativos y la psicopatología surge cuando estas interacciones y las percepciones y expectativas resultantes están distorsionadas. Por lo tanto, el tratamiento tendría como meta la comprensión y corrección de dichas distorsiones interpersonales. El grupo proporciona un campo interpersonal mayor al del encuentro paciente – terapeuta y potencialmente mas poderoso que posibilita que el individuo colabore con otras personas y obtenga satisfacciones interpersonales comprendiendo y corrigiendo las distorsiones vinculares en un contexto caracterizado por relaciones realistas y mutuamente gratificantes.

Otro aspecto influyente es la recuperación de la sensación creciente de aislamiento y anonimato interpersonal que produce la fragmentación social. Las causas podrían buscarse en características de la vida social actual. Aparece como relevante este fenómeno y sus consecuencias cuando el sujeto se halla sostenido, apoyado y comprendido en la situación de cohesión grupal indispensable para el trabajo terapéutico. Este factor es el



motor mismo del dispositivo grupal. Será necesario que la conducción genere las condiciones para conseguirlo y sostenerlo por medio de distintos trabajos que apunten a lo vincular y a la construcción de la entidad grupal como una figura nueva e independiente.

W.R. Bion (1897-1979), ocupa un lugar muy destacado en la historia de la psicoterapia de grupo. Médico, psiquiatra y psicoanalista nacido en India, de joven se traslada con su familia a Londres, donde permanecerá hasta su adultez. Llega a ser presidente de la International Psychoanalytic Association. Luego decide iniciar una nueva vida en California. Discípulo de Melanie Klein, desarrolla sus ideas con un estilo revolucionariamente libre. De su original mirada sobre los grupos nos detendremos en sus conocidos *supuestos básicos*.

Recurre a estos constructos para explicar por qué la actividad del grupo se ve obstruida, diversificada, y en ocasiones invadida por algunas representaciones que comparten el atributo de movilizar poderosas tendencias emocionales. Estos modos defensivos, que a primera vista parecen caóticos, adquieren cierto grado de cohesión si admitimos que surgen de supuestos básicos comunes a la totalidad del grupo. Los supuestos básicos constituyen la fantasía inconsciente de las personas en los grupos, pero que se corresponden con un hipotético *inconsciente grupal*. Son supuestos tácitos que prevalecen en los grupos y demandan satisfacción instantánea. Los supuestos básicos en el grupo cristalizaban, para Bion, réplicas de las emociones con las que el infante se relacionaba con la madre y, posteriormente, con la familia.

En los grupos se observa a menudo conflicto entre el deseo de expresar los sentimientos de manera irresponsable y el deseo de ser maduro y considerar las consecuencias. Cuando el grupo funciona bajo un supuesto básico, no aprende ni se adapta a partir de la experiencia, sino que realmente se resiste al cambio, aunque puede cambiar muy rápidamente de un supuesto básico a otro.

El primer supuesto básico, llamado de dependencia, consiste en que el grupo se reúne a fin de lograr el sostén de un líder de quien depende para nutrirse material y espiritualmente y para obtener protección. Es decir, el grupo sostiene la convicción inconsciente

de que está reunido para que alguien, de quien el grupo depende en forma absoluta, provea la satisfacción de todas sus necesidades y deseos.

Parecería que los problemas individuales no tienen lugar aquí, sino esta necesidad conjunta de encontrar quien provea. El autor hace una descripción de un grupo terapéutico en el que actúa el supuesto básico de dependencia. Cuando el analista hace una interpretación intentando que los participantes del grupo reconozcan que deben trabajar para resolver sus dificultades y que el sólo hecho de asistir al grupo no les garantizaba el éxito, la respuesta grupal es de desconcierto y sorpresa. Uno de los participantes contesta "Yo no necesito hablar porque sé que lo único que debo hacer es asistir a las sesiones durante un tiempo bastante largo y todos mis interrogantes serán respondidos sin que deba hacer nada".

El segundo supuesto básico se denomina *de emparejamiento*, y consiste en un sentimiento de esperanza mesiánica, que asume que de la unión de dos miembros del grupo nacerá alguna forma de reivindicación, salvación o prolongación del grupo mismo. Lo ejemplifica con sesiones en el transcurso de las cuales se produce un monopolio de la atención por parte de una pareja de personas (no necesariamente de distinto sexo). Bion menciona que estas sesiones se dieron en una atmósfera de esperanza y expectación peculiares que las diferenciaba en mucho de otras ordinarias donde el tiempo transcurría entre el aburrimiento y la frustración. La atmósfera de expectación llena de promesas es una característica del grupo de emparejamiento. El grupo de emparejamiento es a la vez un precursor de la sexualidad y una parte de ésta. Los sentimientos del grupo de emparejamiento son el polo opuesto a los sentimientos de odio, destrucción y desesperación. Para que estos sentimientos de esperanza se sostengan es esencial que el líder del grupo, a diferencia del líder del grupo de dependencia y del grupo de ataque-fuga, no haya aún nacido. Será una persona o idea la que salvará al grupo (de hecho lo librará de los sentimientos de odio, destrucción y desesperación que surjan en el propio grupo o en otro). Pero, a fin de lograrlo, paradójicamente, la esperanza mesiánica no debe verse realizada. La esperanza sólo persiste

cuando permanece como esperanza. El problema que debe enfrentarse dentro del grupo terapéutico consiste en capacitar al grupo para que esté conscientemente alerta ante los sentimientos de esperanza y sus conexiones, y al mismo tiempo los tolere. El tercer supuesto básico es que el grupo se ha reunido para luchar por algo o para huir de algo (grupo de ataque-fuga). El grupo sustenta la idea de que existe un enemigo dentro o fuera del grupo del cual es necesario huir o atacarlo. Dentro de un grupo en tal estado se aceptará a aquel líder capaz de obtener del grupo que aproveche la oportunidad para escapar o para agredir. En un grupo terapéutico el analista es el líder del grupo de trabajo. El apoyo emocional que él puede brindar está sujeto a fluctuaciones en relación con el supuesto básico activo y con la medida en que sus actividades se ajusten a lo que se requiere de un líder en esos diversos estados mentales. En el grupo de ataque-fuga, el analista encuentra que sus intentos para aclarar lo que está sucediendo, se ven obstaculizados por la facilidad con que aquellas propuestas que expresan odio a toda dificultad psicológica, o bien los medios por los cuales ésta puede ser eludida, obtienen mayor apoyo emocional.

Existen sin embargo muchos elementos que sugieren que estos aparentes “supuestos básicos” no pueden ser considerados como estados mentales bien diferenciados. Aun cuando sea posible diferenciar con razonable certeza un estado de los otros dos, cada uno de ellos participa de una cualidad que pareciera ser en cierto sentido el dual o la recíproca de uno de los otros dos, o quizás simplemente otro aspecto de lo que había sido considerado como un supuesto básico distinto.

Dentro de cada grupo de supuesto básico encontramos ansiedad, temor, odio, amor. Es probable que se produzca una modificación de los sentimientos al combinarse con el respectivo grupo de supuesto básico, pues el “cemento” que los liga unos con otros está constituido por culpa y depresión, en el grupo dependiente; por esperanza mesiánica, en el grupo de emparejamiento; y, por disgusto y odio, en el grupo de ataque-fuga. La consecuencia es que el contenido mental implícito en la discusión puede aparecer como un resultado engañosamente distinto dentro de los tres grupos. En ocasiones es posible apreciar que el genio nonato del



grupo de emparejamiento es muy similar al dios del grupo dependiente; en verdad, en aquellas ocasiones en que el grupo dependiente apela a la autoridad de un líder del pasado se aproxima muy estrechamente al grupo apareado, que apela a un líder futuro. En ambos, el líder no existe; sólo existe una diferencia de tiempo y una diferencia en la emoción.

Insisto sobre estos puntos para mostrar que la hipótesis de los supuestos básicos que he formulado no puede ser considerada como una fórmula rígida.

### **La Terapia de Familia y de Pareja**

La vida de familia es una de las primeras experiencias significativas de la vida del individuo; juega un papel determinante en el desarrollo tanto afectivo como físico.

En este abordaje encontramos los siguientes precursores:

Adler, pensaba que el sentimiento social era una cualidad fundamental de la personalidad, que se heredaba en el plano biológico, pero que se hallaba enormemente influido por el modelado impreso por la familia.

Adolf Meyer, creía que para comprender las alteraciones mentales, el psiquiatra debía conocer el medio sociofamiliar del paciente y considerar la enfermedad como una inadaptación de la personalidad global.

John Von Neumann y Oskar Morgenstern, quienes en 1944 elaboraron la teoría de los juegos.

Eric Berne, fundador del análisis transaccional.

John Bell, uno de los primeros en experimentar la terapia familiar.

En 1951, con la familia de un adolescente agresivo.

Nathan Ackerman, quien llegó a la terapia familiar a través de la Psiquiatría Infantil. Fundó el *Family Institute* en Nueva York y la revista *Family Process* junto con Don D. Jackson, que sería considerada la guía intelectual del movimiento.

Christian Midelfort, fue uno de los primeros en el tratamiento de familias de esquizofrénicos. Theodor Lidz, destacó la incapacidad de las familias de esquizofrénicos para desarrollar una estructura adecuada y favorecer una diferenciación suficiente de roles en el seno de la familia. - Lyman C. Wynne, con una preparación excelente para el estudio familiar.

Murray Bowen, hospitalizó, junto con Wynne, familias de jóvenes esquizofrénicas.

Carl Whitaker , considerado *l'enfant terrible* de la terapia familiar. Fue uno de los primeros en introducir a miembros colaterales de la familia en las sesiones de terapia familiar. Sus contribuciones más notables se refieren al uso de las metáforas (terapia simbólica y experiencial) y a la utilización técnica de la co-terapia.

Gregory Bateson, fundador del grupo de Palo Alto (1952), entre los que destacan: John Weakland, Jay Haley, William Fry, Don D. Jackson. Los trabajos del grupo de Palo Alto son considerables, tanto por las investigaciones como por las publicaciones y la enseñanza.

Ivan Boszormenyi-Nagy , introdujo el punto de vista ético en el abordaje familiar.

La teoría de referencia para las técnicas terapéuticas de orientación familiar es la teoría sistémica, y su mayor teórico Gregory Bateson. Una de las ventajas del modelo sistémico es que permite evaluar muchas variables a la vez. El comportamiento de cada sujeto aparece así conectado de manera dinámica a los de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto.

En tanto que es un sistema abierto, la unidad familiar intercambia continuamente informaciones con su entorno, de la misma manera que con su medio interno. Una familia tiende a preservar su estabilidad, a salvaguardar su equilibrio, pero no puede mantener indefinidamente el mismo equilibrio, por lo que atraviesa periódicamente crisis que la llevan a modificarse, adaptándose a las nuevas necesidades de sus miembros o a las exigencias de su entorno. La capacidad de cambio de las familias depende de su grado de apertura.

El camino común de los pioneros en terapia familiar ha sido el de remontar a partir de síntomas individuales hasta disfunciones específicamente familiares. Sólo de manera progresiva a lo largo de sucesivas entrevistas con la familia, el terapeuta llega a comprender a la familia y a definir o situar las disfunciones. Cuando hablamos de disfunciones nos referimos a las dificultades relacionadas con la manera en que se distribuyen, respetan o ignoran, rigidizan o violan los diferentes tipos de fronteras en el seno del sistema familiar o entre éste y el entorno social. Las

fronteras internas y externas del sistema determinan quién participa y quién no en una situación. Cuando las fronteras son demasiado permeables e indiferenciadas hablamos de una estructura familiar aglutinada. Mientras que si éstas están muy marcadas o rígidas será desligada. Otra consideración estructural de las interacciones familiares está dada por el concepto de alianzas (ponen de manifiesto el acuerdo o la oposición de uno o varios miembros en la ejecución de una acción).

El clima afectivo que reina en el sistema familiar es una de las primeras realidades con las que todo terapeuta se encuentra confrontado en cada encuentro. Por ejemplo, las familias de pacientes esquizofrénicos se distinguen porque suelen tener una extrema pobreza afectiva en sus intercambios y una distribución inadecuada de roles afectivos. Los procesos de autonomía e individuación dependen mucho de la familia. Así, en familias muy apegadas las separaciones son mal toleradas y el sistema familiar emite toda clase de *feedbacks* negativos frente a toda tentativa de autonomía.

Hacer terapia de familia significa que el terapeuta debe establecer de entrada una relación significativa con la familia considerada como una unidad. El objetivo terapéutico será el de provocar uno o más cambios, cuyo efecto será el de volver a la familia suficientemente competente para resolver por sí misma las dificultades y encontrar una alternativa a la producción de síntomas.

Los tres principios fundamentales de este formato terapéutico son:

- 1 Confrontación de los miembros de la familia entre sí.
- 2 La acción directa sobre las relaciones, detectando las disfunciones.

El refuerzo de la competencia familiar.

A partir de éstos, pueden seguirse diferentes vías terapéuticas:

La vía estructural, desarrollada por Minuchin, señala las modificaciones de la estructura del sistema familiar.

La vía estratégica, donde la relación terapéutica y las intrafamiliares se consideran bajo el ángulo de las relaciones de poder.

La vía psicoanalítica, permite reconocer e interpretar los

movimientos transferenciales y contratransferenciales que se instauran entre los miembros de la familia y el terapeuta. La vía comportamental establece conexiones entre la óptica sistémica y los principios teóricos del modelo behaviorista. La vía intergeneracional, acentúa las relaciones verticales, consideradas palancas de cambio más poderosas que las relaciones horizontales. También hay diferentes formas de aplicación según el calibre del sistema familiar que sea objeto de tratamiento.

Una forma de aplicación de la terapia familiar es el Abordaje Familiar. Su marco es flexible, lo importante es la manera en que se sitúa el problema y dónde se actúa. Se lo instrumenta desde una perspectiva sistémica, poniendo el foco en el contexto familiar en su conjunto, incluso si no están presentes todos los miembros en la sesión. Lo importante no es la técnica sino pensar en términos de sistema. El terapeuta que utiliza este abordaje sigue una formación de base en terapia familiar e intenta completarla confrontándola con otra escuela. La evaluación se realiza a lo largo de la terapia; según Minuchin (1974) el diagnóstico evoluciona a lo largo de la terapia al mismo tiempo que el sistema familiar. La evaluación puede hacerse directa o indirectamente.

Los pasos que tiene toda evaluación familiar son:

1. Reconstruir el itinerario de la consulta actual, lo cual permite al terapeuta hacerse una primera idea de cómo se comporta el sistema familiar frente a las instituciones exteriores y estimar las expectativas unidas al comportamiento sintomático del paciente designado. La actitud del terapeuta consistirá en definir en términos sistémicos este camino inicial.
2. Proponer una entrevista conjunta con la familia, donde el fin verbalizado es definir el problema en conjunto y precisar las expectativas de cada uno.
3. La observación de las interacciones verbales junto con la elaboración del genograma (es una modelización gráfica del sistema relacional familiar).
4. Exploración de la historia familiar, a lo largo de varias entrevistas.

Evaluación de hipótesis progresivas por parte del terapeuta

que verifica confrontándolas con ensayos terapéuticos y con la manera como reacciona la familia.

Lo esencial, resumiendo, no es tener muchas informaciones, sino saber sacar provecho de ellas, organizándolas según el modelo sistémico.

La vía real de todo abordaje terapéutico centrado en las relaciones interpersonales es el uso sistemático de la metacomunicación.

Para la buena marcha terapéutica es esencial que se establezcan reglas claras en cuanto a la manera de organizar las comunicaciones tanto en el seno familiar o entre terapeuta y familia.

Las directivas terapéuticas consisten en tareas, indicaciones a seguir, líneas de conducta dadas por el terapeuta a los miembros de la familia. Pueden ser de dos tipos: significación abierta y oculta. Otros medios de acción que cabe mencionar son aquellos que se caracterizan por la estimulación de la imaginación, de la intuición, de la creatividad y de la inventiva como: el uso de metáforas, el uso de relatos, o bien, las esculturas familiares o la representación de roles. Estos diferentes medios terapéuticos tienen por objetivo desbloquear los recursos naturales de la familia y activar su potencial creativo. El objetivo principal del marco terapéutico consiste en aparejar la competencia del terapeuta a la del sistema familiar para que la de éste último crezca de manera óptima.

Así pues el tratamiento llegará a su fin cuando la competencia de la familia llegue a ser prácticamente igual a la del terapeuta en cuanto a la resolución de sus problemas específicos.

**La Terapia Individual** no será desarrollada en el presente material teórico ya que ha sido abordada y desplegada a lo largo de toda la cursada.

### Factores a tener en cuenta en la elección del Formato

Complejidad del problema; refiere a lo relevante de conocer el origen y gravedad del cuadro. Si el mismo fue creado en la pareja o familia actual será preciso un abordaje sistémico familiar. Si el síntoma excede las fronteras de la familia, es egosintónico y de naturaleza interpersonal lo más apropiado será un tratamiento grupal al igual que para fobias y



adicciones. En caso que el síntoma sea egodistónico y no observable claramente en la rutina social se indicará terapia individual.

Posibilidades del Formato; hay evidencia que demuestra la relación directa entre el formato y las potencialidades de cada uno, teniendo en cuenta la forma de resolver los problemas, el estilo de paciente y las clases de relación terapéutica que se podría llegar a establecer.

<b>FORMATO</b>	<b>POTENCIALIDADES</b>
Individual	Aumento de la autoconciencia en un ambiente de privacidad. Despliegue de la intimidad y poder compartirlo con otro. Desarrollo de una intensa y directa relación transferencial. Intensifica la atención durante períodos de crisis.
Pareja	Observación directa de la interdependencia y los conflictos de pareja. Presencia los dos lados del conflicto y por ende accede a las dos caras del proceso. Desarrolla modos de comunicación y estrategias para resolver problemas. Acompañamiento y soporte de ambos a cada uno.
Familia	Observación y cambios en las habilidades comunicativas de la familia. Incrementa las competencias parentales en la crianza de los hijos. Permite reunir más datos para entender el origen y mantenimiento del problema y generar alianza con toda la familia lo cual reduce la deserción.
Grupo	Identificación y toma de modelos con resto de los miembros del grupo. Aprendizaje y soporte en los pares.

## Indicaciones para cada tipo de Formato

### INDIVIDUAL

El síntoma esta basado en un conflicto interno y repite patrones.

Adolescentes en proceso de independizarse del contexto familiar.

Los conflictos son de naturaleza tan embarazosa que la privacidad es condición para sentirse seguro (abuso, violación, infidelidad)

### FAMILIA

Situación de “paciente designado”.

El conflicto en cuestión es de tal gravedad que pone en riesgo la continuidad familiar.

Un integrante de la familia tiene un grave problema de salud y debe ser acompañado.

En general como parte ineludible de la psicoterapia de niños y adolescentes.

En lo casos en que la recuperación de uno de los pacientes deteriora a otro integrante de la familia.

### PAREJA

En caso de problemáticas exclusivas de la pareja.

un síntoma individual es fortalecido y mantenido por la relación de pareja.

Acompañamiento de la pareja ante una enfermedad grave del otro.

Necesidad de flexibilizar los roles.

Grupo heterogéneo: cuando el conflicto radica básicamente en la interrelación y el vínculo con los otros.

Grupo homogéneo: para el tratamiento de complejos

sintomáticos específicos como fobias específicas, alcoholismo, adicciones, trastornos alimentarios.

### **Bibliografía de Referencia**

1. Beutler, L. Clarkin, J. *Systematic Treatment Selection. Toward targeted therapeutic interventions*. Brunner Mazel Ed., 1990.
2. Vinogradov, S. Yalom, I. *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Ed. Paidós, 2001.
3. Bion, W. *Experiencias en Grupos*. Ed. Paidós, 2002.
4. Zinker, J. *En busca de la buena forma*. Ed. IHS, 2003.