

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

Análisis de un caso de crisis de ciclo vital de un paciente
de 45 años desde el Modelo MRI

Alumna: Débora Schmit

23 de Octubre 2019

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1 Objetivo general.....	2
2.2 Objetivos específicos.....	2
3. Marco Teórico	3
3.1 Modelo sistémico: antecedentes teóricos.....	3
3.2 Modelo sistémico: recorrido histórico y principales escuelas.....	6
3.3 Modelo Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto.....	10
3.3.1 El proceso terapéutico.....	12
3.3.2 Intervenciones estratégicas.....	15
3.4 Ciclo vital y adultez.....	19
4. Metodología	22
4.1 Tipo de estudio.....	22
4.2 Participantes.....	22
4.3 Instrumentos.....	23
4.4 Procedimiento.....	23
5. Desarrollo	24
5.1 Descripción del proceso de co-construcción del motivo de consulta, a partir de la sintomatología expresada por el paciente y las reformulaciones realizadas por el psicoterapeuta.....	24
5.2 Análisis de las intervenciones aplicadas en el caso según el Modelo Mental Research Institute (MRI) y de la utilidad de las intervenciones del supervisor.....	27
5.3 Análisis de los cambios producidos en la conducta del paciente a partir de las intervenciones realizadas luego de 6 sesiones.....	33
6. Conclusiones	36
7. Referencias bibliográficas	40

1. Introducción

El presente trabajo se llevó a cabo en el marco de la Práctica de Habilitación Profesional previa al título de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo. La misma se realizó en un centro de formación y asistencia psicoterapéutica ubicado en el barrio de Belgrano. Esta institución trabaja con el modelo estratégico de terapia breve del *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto y lleva adelante un programa solidario de salud mental que consiste en la atención de pacientes mediante el pago de un bono a un precio muy accesible. En el marco de este programa, los pacientes firman un consentimiento en el que aceptan ser observados a través de una cámara gesell por un equipo de profesionales y la grabación de sus sesiones mediante una cámara de video.

La práctica consistió en 280hs de trabajo no remunerado durante las cuales se realizaron las siguientes actividades: observación de sesiones psicoterapéuticas a través de cámara gesell, asistencia a reuniones de equipo y observación no participante de supervisión de casos, desgrabación y subtítulo de videos de sesiones de diferentes pacientes, preparación y edición de material institucional en formato Power Point, participación en el programa de formación profesional que dicta la institución, y lectura y presentación del material bibliográfico sugerido por la coordinación.

Para la realización de este trabajo se seleccionó un caso de un hombre de 45 años de edad que se encontraba atravesando una crisis de ciclo vital, y cuyo comienzo de tratamiento coincidió con el comienzo de la práctica profesional. Durante el tratamiento se pudo observar que las intervenciones estratégicas implementadas propias del modelo fueron exitosas y los cambios conductuales en el paciente fueron evidentes en un lapso breve (6 sesiones). Por este motivo, este caso resulta de especial interés.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar el abordaje psicoterapéutico en un caso de un hombre de 45 años con crisis de ciclo vital partir del Modelo Mental Research Institute (MRI).

2.2 Objetivos Específicos

Describir proceso de co-construcción del motivo de consulta, a partir de la sintomatología expresada por el paciente y las reformulaciones realizadas por el psicoterapeuta.

Analizar las intervenciones aplicadas en el caso según el Modelo Mental Research Institute (MRI) y la utilidad de las intervenciones del supervisor.

Analizar los cambios producidos en la conducta del paciente a partir de las intervenciones realizadas luego de 6 sesiones.

3. Marco Teórico

3.1. Modelo sistémico: antecedentes teóricos

El modelo sistémico recibió en su surgimiento aportes de diferentes disciplinas, entre las cuales se destacan la *teoría general de los sistemas*, la *teoría de la cibernética*, y la *teoría de la comunicación humana*, consideradas sus tres pilares fundamentales. A continuación se explican las mismas.

Considerando en primer lugar la teoría general de los sistemas, esta comenzó a gestarse a comienzos de la década del 30'. Su precursor fue Bertalanffy, quien por ese entonces se encontraba buscando respuestas ante el vacío evidente en la investigación y en la teoría biológica. Como afirma Bertalanffy (1968), esta teoría surge como un intento de abarcar fenómenos que los planteamientos científicos reduccionistas de la época no podían explicar; emerge como respuesta al esquema mecanicista de vías causales aislables que resultaban insuficientes para dar fundamentos teóricos, especialmente en ciencias biosociales y a los problemas prácticos planteados por la tecnología moderna. Bertalanffy buscó con su teoría una concepción organísmica en biología que hiciera hincapié en la consideración de un organismo como un todo, como un sistema, y tuvo como objetivo principal el descubrimiento de principios de organización a sus diferentes niveles. Asimismo, postuló que, si el sistema se encuentra bien definido, es posible hallar principios, leyes y modelos que se aplican a sistemas generalizados sin importar su género y elementos. En este sentido Feixas y Miró (1993) afirman que esta teoría no solo tuvo impacto sobre las ciencias naturales, sino también, sobre las ciencias sociales.

Un sistema puede definirse como un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera unas propiedades que, en parte, son independientes de aquellas que poseen sus elementos por separado. Para comprender un sistema, es necesario

considerar sus elementos, sus propiedades y su comportamiento, así como la interacción entre los mismos y las propiedades de la totalidad (Feixas & Miró, 1993). Bertalanffy (1968) destacó el concepto de *interacción* definiendo al sistema como un conjunto de elementos que interactúan entre sí, presuponiendo de este modo, la existencia de una interdependencia entre las partes y la posibilidad de un cambio a través de la reversibilidad de la relación. En este sentido, Wainstein (2006) sostiene que el comportamiento de un sistema depende de cómo se relacionan sus partes, más que de ellas mismas. El conjunto de las interacciones que surgen entre los elementos de un mismo sistema favorece la emergencia de determinadas propiedades que no podrían atribuirse a ninguno de los elementos que lo constituyen.

Si bien de acuerdo a esta teoría los sistemas constan de varias características y principios, a continuación, se expondrán aquellos considerados más importantes para el modelo sistémico. En primer lugar, debe distinguirse el *suprasistema*, el cual hace referencia al medio en el que el sistema se desenvuelve, y los *subsistemas*, que son los componentes del sistema, es decir, un conjunto de partes e interrelaciones que se encuentran estructural y funcionalmente dentro de un sistema mayor y que posee sus propias características (Bertalanffy, 1968). En este sentido, los subsistemas son sistemas más pequeños dentro de sistemas mayores. Cada sistema y subsistema dentro de este poseen *límites* con una permeabilidad de grado variable que pueden clasificarse como *difusos*, *claros* o *rígido* (Feixas & Miró, 1993). Los sistemas poseen una *tendencia a estados constantes* dado que la necesidad de economizar favorece la aparición de redundancias comunicacionales, que con el tiempo dan lugar a reglas interaccionales que pueden llegar a convertirse en parámetros del sistema generando mecanismos que preservan el equilibrio del mismo (Feixas, Muñoz, Compañ & Montesano, 2016).

Otra distinción importante dentro de esta teoría es la existente entre *sistemas cerrados* y *sistemas abiertos*. Dentro de los primeros, sus componentes no intercambian información, materia y energía con el mundo externo. Los *sistemas abiertos* en cambio, se caracterizan porque sus elementos intercambian información, materia y energía con su medio externo y muestran la capacidad de adaptarse a este (Feixas & Miró, 1993). Este intercambio es de tal naturaleza que logra mantener alguna forma de *equilibrio* continuo o estado permanente y las relaciones con el medio son tales que admiten cambios y adaptaciones (Bertalanffy, 1968).

Los sistemas abiertos poseen una serie de propiedades específicas entre las cuales se destacan la *totalidad o coherencia*, la *retroalimentación o causalidad circular* y la *equifinalidad*. La totalidad o coherencia implica que el cambio en una parte del sistema promueve el cambio del resto de sus partes, es decir que el sistema se comporta como un todo (Fernández Moya et al., 2010). La propiedad de retroalimentación o causalidad circular hace referencia a la comunicación y al intercambio que se genera a partir de una información emitida, la cual produce cierta información de retorno que regresa del receptor al emisor (Bertoglio, 1993). Esta información de retorno denominada *feedback* puede provocar dos efectos: mantener la estabilidad del sistema, en cuyo caso se denomina *feedback negativo* ya que no produce cambios, o bien, provocar una pérdida en la estabilidad del sistema en cuyo caso se denomina *feedback positivo*, ya que genera cambios. Por último, a propiedad de equifinalidad implica que se puede llegar a una misma pauta de interacción a partir de orígenes y caminos diversos, es decir que el estado final es independiente al estado inicial (Feixas & Miró, 1993).

Pasando a focalizar en la teoría de la cibernética, tal como señala Bertalanffy (1968), mientras que se desarrollaba la teoría general de los sistemas, hubo también otros progresos como la teoría de la cibernética de Winer que apareció en 1948 como resultado de los adelantos entonces recientes de la tecnología de las computadoras y de la teoría de la información. Después de la Segunda Guerra Mundial ambas teorías entraron en interacción ya que coincidían en que buscaban desafiar la concepción mecanicista.

La teoría de la cibernética es una teoría de los sistemas de control basada en la comunicación -entendida como transferencia de información- entre un sistema y su medio circundante, y dentro del sistema; y el control -entendido como retroalimentación- del funcionamiento del sistema en consideración al medio. Según la Asociación Argentina de Teoría General de los Sistemas y Cibernética, la cibernética se ocupa de las retroalimentaciones, de las regulaciones, de los controles y de las condiciones de estabilidad de los sistemas complejos; así como de la información y de su transmisión (Fernández Moya et al., 2010). Como explica Bertoglio (1993) la cibernética se basa en el principio de retroalimentación o causalidad circular y de homeostasis e intenta explicar los mecanismos de comunicación y control tanto en las máquinas como en los seres vivos que ayudan a comprender sus comportamientos en tanto sistemas motivados por un objetivo, con capacidades de auto-organización y de auto-control.

Winer llevó los conceptos de retroalimentación y de información más allá del campo de la cibernética, y los generalizó en los dominios biológico y social (Bertalanffy, 1968). De esta manera, aportó un modelo fundamental en el estudio de los sistemas, otorgándole una mirada no lineal ni mecánica, donde el efecto retroactúa sobre el efecto, y está en relación directa con la puntuación que se elige (Fernández Moya et al., 2010).

Por último, la teoría de la comunicación humana fue divulgada por los integrantes de la Escuela de Palo Alto, Watzlawick, Beavin, y Jackson. La misma se presentó como una teoría clínica de la comunicación y resultó sumamente fructífera tanto para la psicoterapia como para otras disciplinas (Feixas & Miró, 1993). Esta teoría hace referencia a cómo la comunicación afecta a la conducta humana y se basa en cinco axiomas, los cuales establecen ciertos principios básicos de la comunicación y la relación entre los comunicantes (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1991):

1. *Es imposible no comunicar*: toda conducta es comunicación, es decir, que tiene un valor potencial de mensaje. El hecho de no hablar, de ignorar a alguien, o de aislarse, justamente son mensajes y conductas que están comunicando que no se tiene intenciones de entrar en comunicación.
2. *Toda comunicación tiene un aspecto digital y un aspecto analógico*. Este punto hace referencia a que todo mensaje tiene un contenido que se transmite a través de un código lingüístico, y otro contenido que se transmite a través del lenguaje corporal. Estos aspectos pueden ser congruentes o no.
3. *Toda comunicación tiene niveles de contenido y niveles de relación*, es decir que el sentido del mensaje puede variar según la relación que exista entre los comunicantes.
4. *La puntuación de la secuencia de los hechos*: este axioma refiere a que cada comunicante hace un recorte del mensaje en base a una secuencia de hechos y a la experiencia de cada uno.
5. *Toda comunicación puede ser simétrica o complementaria*. En las relaciones complementarias las personas se encuentran en condiciones de desigualdad, una tiene la posición dominante por haber comenzado la conversación mientras que la otra tiene una posición de seguidora. En las relaciones simétricas, las personas están en igualdad de condiciones en la interacción de la comunicación.

El planteamiento de estos axiomas rompe con la visión unidireccional o lineal de la comunicación. A su vez, dan un puntapié para comprender que la comunicación no es sólo cuestión de acciones y reacciones; es algo más complejo, y debe pensarse desde un enfoque sistémico, a partir del concepto de intercambio (Rizo, 2011).

3.2. Modelo sistémico: recorrido histórico y principales escuelas.

Como explican Fernández Moya et al. (2010), la teoría general de los sistemas y las disciplinas a fines -como la cibernética- coincidieron con la tendencia de las ciencias humanas en Estados Unidos a superar la fragmentación interdisciplinaria y a recuperar un acercamiento holístico de los problemas.

En el año 1948 el antropólogo inglés Bateson, quien se había encontrado trabajando con Winer y otros en una serie de conferencias que luego dieron base a las ideas sobre la cibernética, inicia su primer contacto con la psiquiatría al trasladarse a la ciudad de San Francisco. Allí publica, junto con Ruesch el libro *Comunicación: la matriz social de la Psiquiatría*. La preocupación de Bateson se centraba en encontrar fundamentos teóricos para una teoría sistémica de comunicación (Cazabat, 2007). Según Fernández Moya et al. (2010), este trabajo propone a la comunicación como un nuevo modelo unificador superador de la separación de las ciencias humanísticas ya que aborda comprensivamente al individuo, al grupo y a la sociedad. De esta manera se redefinió a la psiquiatría y a la psicología en términos de análisis de la comunicación pragmática. En el año 1952 fundó el *Proyecto Bateson* en la ciudad de Palo Alto para lo cual convocó a Weakland, Haley y Fray, quienes en conjunto comenzaron a trabajar sobre la comunicación y sobre el efecto que tenían en esta las paradojas. En el año 1956 el grupo, al que ya se había sumado Jackson, publicó su artículo más importante: *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, que generó una revolución en el pensamiento de la época (Fernández Moya et al., 2010) y supuso un hito fundamental en el nacimiento del modelo sistémico de terapia de familia (Feixas & Miró, 1993). Según Feixas y Miró (1993) esta teoría, conocida como *teoría del doble vínculo*, posee un gran valor histórico ya que adaptó el enfoque de la teoría general de los sistemas como marco conceptual para pensar los problemas de índole clínico y a su vez, sirvió de fundamento para el desarrollo de la teoría de la comunicación humana -ambas explicadas en el punto anterior-.

A partir del año 1953 Weakland y Haley comenzaron a entrevistar periódicamente al psiquiatra especializado en hipnosis Erickson, quien era uno de los primeros en realizar una terapia breve, muy personal y heterodoxa (Cazabat, 2007). Su propuesta resultaba innovadora, ya que se basaba en la hipnosis y el uso de la paradoja y ponía énfasis en establecer una especial propuesta de interacción y persuasión. Asimismo, introdujo la idea de que cada individuo tiene dentro de sí las potencialidades suficientes para mejorar por sí solo. La hipnoterapia de Erickson entrelazada con las consideraciones teóricas de Bateson, sentaron las bases de la teoría de la comunicación humana y de la Terapia Interaccional Estratégica aplicadas en el MRI más adelante (Fernández Moya et al., 2010).

La década del 60 supone un importante desarrollo para el modelo sistémico. A comienzos de la década, Jackson crea el Mental Research Institute (MRI) conjuntamente con Satir y Riskin. Al poco tiempo se unió el psiquiatra austríaco Watzlawick, quien poco tiempo después se convertiría en un símbolo de las ideas del MRI. El equipo del MRI, se dedicó a partir de allí, a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia desde la perspectiva interaccional (Cazabat, 2007). Si bien no había ninguna relación formal entre este grupo y el proyecto Bateson, el intercambio de ideas y argumentos era constante (Fernández Moya et al., 2010). En este marco, uno de los integrantes del instituto, Haley desarrolló el modelo estratégico de resolución de problemas y en 1967 abandonó el MRI para unirse a Salvador Minuchin (Cazabat, 2007). Otro hito de la época fue la publicación la obra *Teoría de comunicación humana* de Watzlawick, Beavin y Jackson, ya que fue la primera obra que articuló conceptualmente la práctica clínica de la terapia familiar con la teoría general de los sistemas y la pragmática de la comunicación (Feixas & Miró, 1993). En 1967 Fisch y Jackson crearon el *Brief Therapy Center* -Centro de Terapia Breve-, al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo desarrolló un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para lograr cambios en las personas que cambió radicalmente la psicoterapia. El modelo es mundialmente conocido como *modelo de Palo Alto* (Cazabat, 2007).

Por su parte, durante la década del 70 Minuchin inicia un proyecto de investigación con familias de bajo nivel social con problemas de delincuencia, lo que permitió un estilo peculiar de hacer terapia familiar conocida como *Escuela Estructural*. Este modelo introdujo como novedad la inclusión del contexto y la responsabilidad compartida de los miembros de la familia, poniéndolo en relación con la aparición del síntoma (Fernández Moya et al., 2010). Minuchin postuló que la evaluación debe centrarse en la interacción familiar dado que la

familia no es una entidad estática, sino que está en continuo. En esta escuela, la figura central es la estructura, la cual Minuchin (1986) define como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia.

Otra aportación al modelo sistémico tiene origen en Italia con la llamada *Escuela de Milán* desarrollada durante los años 70. Sus principales referentes fueron Selvini, Palazzoli y Boscolo. Palazzoli había trabajado con casos de anorexia nerviosa desde la perspectiva psicoanalítica y más tarde, influenciada por Bateson y Watzlawick, amplió el contexto de sus intervenciones. En estas incluyó el contexto familiar más amplio relacionado el síntoma con el funcionamiento familiar (Fernández Moya et al., 2010). Este modelo ve a la familia como un sistema cibernético autorregula en el que todos sus elementos están interconectados y en donde el síntoma cumple una función determinada dentro del sistema (Feixas & Miró, 1993).

Desde el punto de vista teórico, el concepto básico que distingue al modelo sistémico de otros es el concepto de sistema, cuyo aporte más distintivo, como se explicó anteriormente, es la oposición al reduccionismo y el énfasis en sus propiedades supersumativas - el todo es más que la suma de las partes- que resultan de la interacción de los elementos de un sistema. En consecuencia, tomando esta propiedad como punto de partida, este modelo centra sus objetivos en la modificación de los patrones de interacción personal (Feixas & Miró, 1993). En este sentido, Casabianca y Hirsch (2009) afirman que los diferentes modelos dentro del modelo sistémico comparten varias premisas; en primer lugar, entienden que la conducta de todo individuo es función de la conducta de otros individuos con los que mantiene relaciones y, en consecuencia, si el comportamiento de alguno de ellos se altera, también cambiará el del primero. En segundo lugar, los individuos que mantienen relaciones más o menos estables pueden ser vistos como miembros de un sistema que significan sus conductas en las interacciones particulares de cada contexto. En tercer lugar, las conductas en un sistema se organizan en torno a dos ejes: interdependencia y jerarquía; y, por último, todo sistema puede ser visto desde la óptica del interjuego entre dos tendencias opuestas: a favor del cambio y a favor de la estabilidad.

Si bien las diferentes escuelas sistémicas comparten las premisas anteriores, la importancia que le otorgan a cada una es relativa, esto trae como consecuencia el desarrollo de principios y maneras de hacer terapia diferente. En la Tabla 1 se identifican las principales diferencias, sobre las cuales vale aclarar los siguientes términos: el *foco de análisis* hace referencia a qué es lo que se mira desde cada modelo, aquello a lo que se le presta especial

atención; por *objeto del cambio* debe entenderse el aspecto del funcionamiento del sistema que se quiere modificar; el término *foco de intervención* hace alusión a qué miembros del sistema elige el terapeuta dirigir sus intervenciones; el término *intervenciones* refiere a aquellas conductas del terapeuta específicamente planificadas para el logro de su objetivo de cambio; el *tipo de comunicación* hace referencia a aquel que prestan atención preferentemente, y por *distribución de las sesiones* debe entenderse la frecuencia promedio de éstas y su distribución a lo largo del tiempo (Casabianca & Hirsch, 2009).

Tabla 1. Diferencia entre modelos sistémicos. (Casabianca & Hirsch, 2009. p. 44).

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

3.3. Modelo Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto

Como indica Cazabat (2007), las características del modelo de Palo Alto estuvieron condicionadas en algún punto por la situación histórica y geográfica. El grupo trabajaba en el campus de la Universidad de Stanford, lo cual provocó que se fuera apartando de la tradición de terapia familiar, dado que la mayor parte de los consultantes eran estudiantes que vivían lejos de sus familias. Por este motivo, sus problemáticas eran abordadas sin necesidad de ver a toda la familia, y el sistema se definía entonces, a partir de las personas involucradas en el problema presentado. El contexto universitario y el alto nivel intelectual de los estudiantes provocaron que el modelo predominara reflexivo y verbal. Otra particularidad de este modelo es que todos los consultantes eran atendidos en cámara Gesell, lo que permitió la discusión de los casos clínicos a partir de los cuales surgieron los trabajos más importantes del grupo.

Como afirman Hirsch y Rosarios (1987), el modelo MRI tiene como objetivo la modificación de las conductas en el menor tiempo posible - siempre entendiendo a la conducta como relacional -. El tiempo es una limitante de la terapia dado que le imposibilita al paciente atribuirle al terapeuta todos sus logros y evita que la terapia se vuelva previsible y menos eficaz. Por estos motivos, los integrantes del MRI se propusieron promover activamente un cambio en los consultantes, fijando para ello, arbitrariamente un límite de 10 sesiones (Cazabat, 2007). La terapia se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo (Hewitt & Gantivas, 2009). Asimismo, el modelo apunta a un ideal de autonomía e independencia de las personas. Este principio se basa en la convicción de que cada persona, si se le da la oportunidad, posee los recursos necesarios para funcionar por sí misma (Hirsch & Rosarios, 1987). Tal como postula Hernández Córdoba (2007), la premisa de que todas las personas pueden cambiar y que consecuencia los consultantes son dirigidos hacia la autonomía, proviene de la influencia ericksionana. En este sentido, asegura que el enfoque estratégico breve presupone que el consultante reconoce lo que es bueno para él y que posee los recursos para lograr el bienestar, por este motivo el terapeuta recurre a utilizar todo aquello que el individuo es y que lo rodea -valores, historia, resistencias, etc. - con el fin de ayudarlo a lograr una vida más satisfactoria. El terapeuta acepta siempre explícitamente la cosmovisión del paciente, sus usos costumbres y valores. Debe hablarle con su propio lenguaje y desde su perspectiva (Hirsch & Rosarios, 1987).

En relación al terapeuta, en este modelo se asume como directivo y dinámico. Por esta razón, interviene y diseña el tratamiento con el objetivo de influir sobre el paciente para producir el cambio. Esta influencia puede darse tanto de manera directa como de manera indirecta (Hirsch & Rosarios, 1987). En este sentido, Haley (1980) afirma que el terapeuta es activo dado que busca el problema y dirige la sesión y la terapia en todo su conjunto, al contrario de lo que sucede con las teorías psicodinámicas en las que el terapeuta adopta un rol pasivo frente al consultante y en donde una intervención deliberada sobre el problema o el diseño de una estrategia para su resolución es visto como manipulativo. Una terapia puede considerarse estratégica si el terapeuta inicia lo que ocurre dentro de ella y diseña un enfoque particular para cada problema. El terapeuta es quien debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas y evaluar si la terapia ha sido eficaz. Para que esto sea posible, es fundamental que se establezca una alianza terapéutica, entendiendo a esta como una relación consciente que implica colaboración y acuerdos entre el paciente y el terapeuta. Esta alianza debe estar basada en tres pilares que le darán fuerza y calidad: el vínculo, las tareas y las metas (Bordin, 1976).

3.3.1. El proceso terapéutico

En relación al proceso terapéutico, Kopec (2007) afirma que este está conformado por cuatro etapas fundamentales: la *admisión*, las *sesiones*, el *cierre* y el *seguimiento*. Casabianca y Hirsch (2009) sostienen que en la etapa inicial de admisión se releva información fundamental para el desarrollo de la terapia: quién es el *derivante*, que puede ser por ejemplo un médico o un amigo, especificando si éste pidió la consulta o si el paciente se encuentra allí por motus propio; cómo se conforma el *grupo de convivencia*, y quiénes son los *otros significativos* – entendiendo por significativos aquellas personas que tienen alguna relación con el problema del paciente. Durante esta etapa el terapeuta debe utilizar técnicas de comunicación estratégica para crear una atmósfera terapéutica de complicidad (Nardone, 2000). Otro dato que debe registrarse en esta instancia es la *queja inicial*, esto es la información en bruto que traen los pacientes a la consulta y que manifiestan como aquello que más los aqueja e interfiere en su vida cotidiana. Esta debe registrarse en lo posible con las palabras del consultante. Asimismo, es fundamental indagar el *por qué ahora*, es decir, qué desencadenó la consulta en ese momento específico (Casabianca & Hirsch, 2009). En este sentido, Adán y Piedrabuena (2007) sostienen que los terapeutas deben explorar en el paciente

qué lo trae a la consulta, qué es lo que piensa que le pasa y qué lo decidió a venir en éste y no en otro momento. En este contexto se co-construye el *motivo de consulta* entre el terapeuta y el paciente, es decir, se determina el problema que el paciente eligió como más importante o más urgente que puede coincidir parcialmente con la queja inicial (Casabianca & Hirsch, 2009). Muchas veces es necesario más de un encuentro para arribar a esta definición particular de la problemática. En algunas ocasiones el consultante tiene inconvenientes para describir el problema, o no sabe cómo hacerlo en forma concreta. También puede suceder que al terapeuta le lleve varias sesiones entender el modo particular que el paciente tiene de construirlo. Independientemente del tiempo que esta tarea requiere, la definición del problema es crucial para enunciar un objetivo de tratamiento (Watzlawick & Nardone, 2000).

Una vez definido el motivo de consulta, debe indagarse cuál es la circunstancia actual y su historia, es decir, cómo el problema tiene lugar ahora, con quienes se presenta, con qué intensidad, en qué momento, etc.; como así también, qué hace el consultante sin querer o qué cosas quisiera hacer y no puede como consecuencia del problema (Casabianca & Hirsch, 2009). Un punto fundamental dentro de este modelo es indagar sobre las *soluciones intentadas* para solucionar el problema. Estas refieren a las conductas concretas que los distintos miembros del sistema efectúan al intentar solucionar la conducta-problema. Muchas veces las interacciones que tienen por objetivo resolver un problema, tienen un efecto contrario, la intensifican y la perpetúan, convirtiendo a la situación en un problema mayor o en otro problema agregado. Según Fernández (2009), el enfoque estratégico propone que las dificultades desaparecen cuando las personas pueden ver el problema -su definición- desde otra perspectiva, cuando desde una nueva forma comprensiva se plasma en hacer conductas distintas a las habituales. De este modo, las definiciones de las dificultades son también parte de las dificultades. Es por esto que de estas soluciones intentadas debe identificarse cuáles de ellas han dado algún tipo de resultado positivo y cuáles han contribuido a mantener el problema. La información relevada en relación a este punto brindará la posibilidad de elaborar un *diagnóstico circular o de circuito* (Kopec, 2007).

El circuito que se intentará anular es aquel que se forma ante las interacciones entre sujeto y realidad, lo que mantiene un sistema circular de percepciones y cosmovisiones que alimentan el carácter problemático de la situación. Para ello es necesario visualizar la conducta problema en contexto, es decir, dentro del sistema en el cual los individuos que lo conforman, promueven con sus acciones la permanencia del mismo (Watzlawick, & Nardone,

1992). De esta manera, el modelo MRI no busca establecer el diagnóstico de forma clásica, en donde a partir de los síntomas se busca reconocer una enfermedad, sino que busca indagar las formas en que el paciente y las personas significativas para este han intentado resolver el problema por el que consulta (Adán & Piedrabuena, 2007). Watzlawick (2000) afirma que la tarea del terapeuta en la terapia breve consiste en ayudar al paciente a hacer algo distinto, para ello es necesaria una cuidadosa exploración de las tentativas de solución dado que brindan información acerca de qué es lo que mantiene el problema en el presente, y, en consecuencia, ha de aplicarse el cambio.

Como explican Hirsch y Rosarios (1987), el terapeuta junto con el paciente, buscará llegar a un acuerdo sobre el *objetivo* concreto de la terapia. Este debe ser específico y observable, y debe estar asociado a una modificación del comportamiento. En este sentido Kopec (2007), sostiene que el objetivo debe definirse en términos de algo alcanzable que pueda ser evaluado. Un objetivo concreto ayuda a construir la expectativa en el consultante de un cambio más o menos inmediato (Watzlawick & Nardone, 2000). Establecer un objetivo concreto permite medir la utilidad de la terapia para el paciente al mismo tiempo que ayuda a construir una perspectiva de cambio inmediato. Asimismo, hace posible la valoración y el seguimiento de los resultados de la terapia. Si una terapia carece de objetivo, podría convertirse en un esfuerzo de toda la vida (De Shazer, 2000).

Según Casabianca y Hirsch (2009), debe pactarse una *meta mínima* con el consultante, esto consiste en focalizar o parcializar un espectro del motivo de consulta y pactarlo como meta a lograr a través del proceso terapéutico. Según Hewitt y Gantivas (2009), los consultantes deben motivarse hacia el logro de diferentes metas, esto incrementa su sentido de autoeficacia. Las creencias acerca de la eficacia personal tienen un papel importante en el proceso de cambio comportamental. En algunos casos esta meta puede ser suficientemente significativa como para dar por cerrada la terapia, y en otros puede pactarse como un paso significativo, pero no suficiente. En ambos casos la meta mínima debe plantearse en términos de comportamiento observable. Las metas se establecen como pasos para alcanzar el objetivo pactado, las mismas deben ser lo suficientemente pequeñas como para poder ser concretados por el paciente, y también deben ser lo suficientemente significativas para que determine una orientación positiva a la conducta y tenga sentido el esfuerzo (Kopec, 2007). Según Wainstein (2006), para establecer la meta se solicita a los consultantes que especifiquen los cambios que

desean lograr y se establece un contrato entre paciente y terapeuta: cuanto más claro sea, más organizada será la tarea. Se debe centrar la atención en el síntoma y en la persona – problema.

Una vez establecido el objetivo, durante las sesiones siguientes el terapeuta realiza determinadas intervenciones estratégicas para alcanzarlo -explicadas en el apartado 3.3.2-. Las intervenciones tendrán como objetivo anular el circuito de soluciones intentadas fallidas reformular el problema, para ello resulta central que el terapeuta asuma el estilo o pautas comunicacionales del paciente, para disminuir las resistencias que pudieran emerger en él (Wainstein, 2006). En este sentido Nardone (2000) afirma que en esta etapa se implementarán tácticas específicas para romper el circuito de intentos de solución que mantienen el problema. El objetivo será introducir el primer cambio importante en la situación sintomática vivida por el paciente para que comience a percibir la realidad como controlable y manejable. Asimismo, se irá controlando el proceso de cambio del paciente en relación con el motivo de consulta. Es fundamental reconocer todos los avances, por más pequeños que sean para alentar al paciente a seguir avanzando -amplificación del cambio- (Kopeck, 2007). Es necesario remarcar la capacidad y las habilidades del sujeto al lograr los objetivos, para consolidar de esta manera su autoestima y los recursos de los cuales ahora es más consciente (Watzlawick & Nardone, 1992). Una vez que los resultados se van consolidando, el terapeuta guía al paciente hacia la autonomía, lo lleva a construir un equilibrio nuevo basado en nuevas percepciones sobre sus recursos personales (Nardone, 2000).

Según Figueroa y Hirsch (2007), el cierre de la terapia debe realizarse en un tiempo relativamente limitado teniendo en cuenta los resultados obtenidos y el grado de satisfacción del paciente. Desde el punto de vista del terapeuta, el momento indicado para el cierre es aquel en el cual continuar con el tratamiento ya no traería ningún beneficio adicional al paciente. En esta etapa, Nardone (2000) afirma que se debe explicar al paciente todo lo que se ha hecho durante la terapia, incluyendo las estrategias terapéuticas utilizadas. Esto tiene el propósito de poner de manifiesto el hecho de que los cambios son se han producido mágicamente, sino que han sido producto de la utilización de técnicas específicas para movilizar los recursos del paciente hasta ese momento bloqueados. En la etapa de cierre, una vez que el paciente ha alcanzado sus objetivos se presenta el desafío de mantener los logros alcanzados. El terapeuta en esta instancia podrá predecir recaídas e incluso connotarlas positivamente como posibilidad de practicar las habilidades adquiridas durante la terapia; de

esta manera el paciente no lo vivirá como un fracaso, sino como una etapa más del proceso. En ese punto se puede ir espaciando las sesiones hasta notar que la mejoría se mantiene en el tiempo, siempre dejando las puertas abiertas de retomar el espacio terapéutico. Por último, durante la etapa de seguimiento se verifica si los resultados alcanzados se han mantenido en el tiempo mediante un llamado telefónico -o e-mail- (Kopec, 2007).

3.3.2. **Intervenciones estratégicas.**

Las intervenciones estratégicas reciben este nombre porque focalizan en adecuar medios afines. Su intención se encuentra dirigida hacia el cumplimiento de los objetivos acordados con el consultante (Wainstein, 2006). Según Casabianca y Hirsch (2009) las intervenciones pueden definirse como conductas pensadas y planificadas por el terapeuta para el logro de su objetivo de cambio en el consultante. Se intenta con ellas interrumpir el circuito formado por las soluciones intentadas por el consultante y modificar el encuadre que hasta ahora él ha hecho del problema. Para ello, las intervenciones se orientan a la reestructuración del modo de percibir la realidad y buscan provocar un cambio evidente en las conductas que de ella se derivan (Wainstein, 2006). En este sentido Schaefer (2013), afirma que las intervenciones tienen como finalidad revertir el problema y reencausar al sujeto y/o al sistema en su funcionalidad, alterando los patrones redundantes de interacción y percepción como las mismas reglas que lo sustentan. La eficacia de las intervenciones resulta fundamental, es decir, intervenir del modo más rápido y económico, (Wainstein, 2006) y deben ser introducidas con un lenguaje que sea consistente con la visión del consultante, sin importar la opinión del terapeuta sobre la misma (Watzlawick, 2010).

Schaefer (2013) clasifica en dos grandes grupos las intervenciones del modelo MRI: el *reencuadre* o *reformulación*, y las *prescripciones* o *tareas*. El primero refiere al proceso mediante el cual a determinados hechos se asocian nuevos significados, es decir, se devuelve una realidad alternativa a la existente. Watzlawick (1999) señala que reencuadrar significa reubicar la situación experimentada en otro marco conceptual y/o emocional, el cual resulta igual o más adecuado que el anterior, modificándose con ello todo su sentido. En esta misma línea, Wainstein (2006) afirma que el reencuadre es una intervención que consiste en modificar la visión desarrollada hasta el momento por el paciente acerca del problema, siendo esta una de las técnicas más sutiles de la persuasión. Este abarca redefiniciones cognitivas de una idea o de un comportamiento.

Los reencuadres pueden realizarse de manera *directa* o de manera *indirecta*. Un reencuadre directo es aquel que se produce de manera deliberada y explica nuevos significados. Estos pueden realizarse por medio de dos recursos: *connotando positivamente* un aspecto que se considera negativo, o bien, realizando una *redefinición* en la que se intente reubicar un hecho en otra categoría conceptual que le permitan al paciente generar nuevos significados (Shaefer, 2013). Los reencuadres *indirectos* se realizan cuando se utilizan analogías, metáforas o historias para provocar nuevas asociaciones. Las analogías permiten usar concepciones de otro ámbito para comprender de un modo diferente una vivencia determinada. De esta manera se desvía la atención consciente sobre del problema minimizando la resistencia (Wainstein, 2006).

Otro tipo particular de reencuadre es la *reformulación panorámica*, desarrollada por Hirsch. Esta apunta a crear un marco general histórico en el cual los acontecimientos narrados por el paciente, muchas veces de modo disperso, son encadenados por el terapeuta de manera tal que necesariamente desembocan en el presente. De esta manera se le muestra al paciente el recorrido realizado, la situación actual y las vías posibles de acción. La narración de los hechos por parte del terapeuta crea un clima especial y a la vez, genera expectativa creciente en el paciente. Este tipo de reformulación crea un núcleo a partir del cual gravita el desarrollo del tratamiento (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).

Una reestructuración exitosa será aquella que transforme la definición del síntoma en otro que no implique la imposibilidad de su modificación; esta nueva definición debe ir de acuerdo al modo de pensar y de considerar la realidad del paciente (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1976). Según Watzlawick (2000), una reformulación exitosa modificará el significado y el valor que el paciente en un principio atribuía a un aspecto de la realidad a partir del cual explicaba su dolor y sufrimiento, logrando cambiar su posición de manera tal que cree una realidad diferente susceptible de ser intervenida terapéuticamente. En este sentido Hirsch y Rosarios (1987) afirman que una buena reformulación debe estar lo más cerca posible de la realidad psicológica del paciente, de su modo de pensar y de sentir, y del marco de referencia que ha elaborado como sujeto.

En cuanto al segundo grupo de intervenciones - las prescripciones o tareas- estas son indicaciones de conductas explícitas por parte del terapeuta con el objeto de ser cumplidas por el consultante o desafiadas, a fin de ayudar al progreso terapéutico (Casabianca & Hirsch, 2009). Según Schaefer (2013) algunas están prescritas para ser hechas y otras definitivamente

no. En este sentido Wainstein (1997) afirma que las prescripciones son un medio para provocar cambios, es decir, para que las personas modifiquen el modo de percibir la realidad y/o de las acciones comportamentales derivadas de esta. Al igual que las reformulaciones, las prescripciones pueden ser directas o indirectas. Las de tipo directo son indicaciones claras de acciones que el consultante debe cumplir y básicamente apuntan a modificar la conducta de manera directa (Watzlawick & Nardone, 1992). Estas suelen ser indicaciones explícitas, y muchas veces adoptan la forma de tareas o consignas para ser realizadas entre sesiones. Estas intervenciones suelen ser recomendables para pacientes colaboradores y poco resistentes al cambio. Para que sean exitosas el terapeuta debe gozar de gran prestigio por parte del paciente para lograr que abandone su comportamiento habitual con solo pedírselo (Wainstein, 2006).

Por su parte, las prescripciones de tipo indirecto -también denominadas *prescripciones paradójales*- son aquellas tareas que se dan indicando el cumplimiento de una acción específica, pero cuya finalidad es lograr algo distinto a lo que se ha declarado. De esta manera se intenta modificar la conducta de manera indirecta (Watzlawick & Nardone, 1992). Estas intervenciones, según Wainstein (2006), consisten en pedirle a la gente que haga algo con el propósito de que cambien por la vía de la oposición. Suelen ser utilizadas en pacientes con mucha resistencia al cambio y poco colaboradores, donde el terapeuta, en lugar de luchar contra la resistencia, la acepta y utiliza a su favor. Dentro de este grupo se encuentra la *prescripción del síntoma*; esta puede definirse como aquellas intervenciones destinadas a inducir al paciente a que lo manifieste abiertamente, lo produzca o exagere en vez de exhortarlo a que lo combata o disminuya (Watzlawick et al., 1992). De esta manera, al convertir el síntoma en voluntario, este pierde su valor ingobernable y por ende su carácter sintomático desfocalizando del problema por parte del paciente, y generando así, la expectativa de cambio. El paciente desafiante, a partir de la paradoja tiene la posibilidad de optar por seguir resistiéndose a la prescripción, cambiando así el comportamiento o síntoma en cuestión, o acatar la sugerencia del terapeuta, corriéndose momentáneamente del lugar de resistencia permanente (Wainstein, 2006).

Wainstein (2006), describe una serie de intervenciones orientadas hacia las soluciones, las cuales se concentran en las cosas que han dado resultado o que empiezan a darlo, como son la *técnica del milagro*, la *ubicación en una escala* y el *uso de la ambigüedad*. También describe otras que estimulan los recursos del paciente, en donde no se les indica lo que hay que hacer ni se les enseña ninguna tarea nueva, sino que se les sugiere tareas que estimulen su

creatividad, como *escribir, leer y quemar* y la *tarea formal para primeras entrevistas*. Estas intervenciones se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. *Intervenciones estratégicas (Wainstein, 2006)*

Nombre	Descripción	Objetivo
Técnica del milagro	Se induce al paciente a pensar que ha ocurrido un milagro por el cual su malestar ha desaparecido. Luego se le pregunta qué ocurrió y qué nota de diferente.	Ayudar a la persona a concentrarse en una solución potencial y no en el problema.
Ubicación en una escala	Se pide al paciente que se sitúe dentro de una escala de 0 a 10 en donde 0 representa lo peor, y 10 representa el problema solucionado	Evaluar la motivación y la creencia en la posibilidad de cambio.
Uso de la ambigüedad	Se comunica de manera ambigua dejando entrever múltiples interpretaciones	Provocar que el paciente intente ordenar el caos. Facilitar el uso de recursos propios para la resolución del problema
Escribir, leer y quemar	Se pide al paciente que en un momento determinado del día escriba aquellos pensamientos que le resultan perturbadores, luego debe leerlos y quemarlos	Objetivar las preocupaciones. Comprender que tiene cosas más importantes que hacer
Tarea formal para primeras entrevistas	Se invita al paciente a que de una sesión para otra observe, de modo que pueda describir la vez siguiente, lo que ocurre en su vida, trabajo, familia, etc., que quiera que siga ocurriendo	Cambiar el foco de atención del paciente de acontecimientos pasados a sucesos presentes. Promover la expectativa de cambio

3.4. Ciclo vital y adultez

Varios autores se han ocupado de desarrollar las etapas del ciclo vital tanto individual como familiar, atribuyéndole a cada una de ellas características determinadas. En este sentido Minuchin (1986) afirma que a lo largo de su vida las personas pasan por diversas etapas, que, si bien poseen una base universal, tienen atributos específicos en cada cultura. Estas etapas son más o menos coincidentes en todos los sistemas familiares, y al ser atravesadas sufren determinadas crisis o cambios que son superados o no.

Haley (1980) organizó el ciclo vital de la familia en diferentes períodos de desarrollo en los cuales esta se adapta y/o reestructura, produciendo cambios y acomodaciones continuas en sus miembros. De este modo, los miembros que las conforman enfrentan diferentes etapas, las cuales son traspasadas con mayor o menor éxito, provocando un movimiento hacia la nueva

etapa, o produciendo un estancamiento del desarrollo. Los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia se disloca o interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. En su clasificación, Haley propone seis etapas del ciclo vital: el *galanteo*, en la cual el joven busca un vínculo íntimo fuera de la familia para independizarse; el *matrimonio*, en donde la pareja adquiere un nuevo estatus; el *nacimiento de los hijos*, que trae como consecuencia una nueva forma de organización a partir de los nuevos integrantes; las *dificultades matrimoniales del periodo intermedio*, etapa en la cual el matrimonio ha alcanzado los puntos medios de sus ciclos vitales y se producen revisiones; el *destete de los padres*, en donde al independizarse los hijos ocurre una nueva organización de la familia; y *el retiro de la vida y la vejez* en la que se produce el retiro laboral y el alejamiento de los hijos.

Por su parte, Erikson (1985) plantea que cada etapa del ciclo vital es sostenida por una crisis básica de naturaleza psicosocial–dialéctica, la cual debe ser superada para poder avanzar a la siguiente etapa. Considera al yo como una fuerza intensa, vital y positiva para solucionar las crisis que surgen del contexto genético, cultural e histórico de cada individuo. En cada etapa, la persona se enfrenta a nuevos retos. Si los retos no se completan con éxito en una fase, es de esperar que reaparezcan como problemas en el futuro. La crisis entonces, comprende el paso de un estadio a otro. Dentro de esta teoría, Erikson distingue 8 estadios del ciclo vital, los cuales poseen una bipolaridad específica distintiva. De esta manera, cada estadio está formado por dos polos, uno positivo y otro negativo:

1. *Niñez* de 0 a 12-18 meses. Bipolaridad: *confianza versus desconfianza*.
2. *Infancia* de 2 a 3 años. Bipolaridad: *autonomía versus vergüenza y duda*.
3. *Edad preescolar* de 3 a 5 años. Bipolaridad: *iniciativa versus culpa*.
4. *Edad escolar* de 5-6 a 11 - 13 años. Bipolaridad: *industria versus inferioridad*.
5. *Adolescencia* de 12 a 20 años. Bipolaridad: *identidad versus confusión de identidad*.
6. *Joven adulto* de 20 a 30 años. Bipolaridad: *intimidad versus aislamiento*.
7. *Adulto* de 30 a 50 años. Bipolaridad: *generatividad versus estancamiento*.
8. *Vejez* después de los 50 años. Bipolaridad: *integridad versus desesperanza*.

Para el desarrollo de este trabajo se hará hincapié en la etapa de la adultez, correspondiente al estadio 7 del ciclo vital de Erikson, equivalente a la etapa de dificultades matrimoniales del periodo intermedio de Haley. Según Erikson (1985) la generatividad abarca la procreatividad,

productividad y creatividad; como así también la generación de nuevos seres, productos e ideas y mayor desarrollo de la identidad. Según Papalia (1997), la generatividad es el interés de los adultos por establecer y orientar a la siguiente generación. Una persona que fracasa en desarrollar generatividad sufre estancamiento, autoindulgencia y quizás invalidez física y psicológica. De esta manera, el estancamiento es la patología básica potencial de esta etapa e implica regresión a conflictos previos. En esta se produce el rechazo, que es la no disposición de incluir a personas en la preocupación generativa de uno. Esto puede expresarse en la vida familiar o comunal, por ejemplo, puede significar crueldad física o mental contra los hijos, prejuicios moralistas, etc. Llevado a su extremo, devendría en autoritarismo, o sea, el uso mezquino y no generativo de poder para la regimentación de la vida económica y familiar. Para Erikson (1985) lo importante en esta etapa es lograr un equilibrio entre la generatividad y el estancamiento.

Según Haley (1980), al alcanzar la etapa de dificultades matrimoniales del periodo intermedio, la pareja ya ha atravesado muchos conflictos y ha elaborado modos de interacción bastante rígidos y repetitivos para mantener la estabilidad de la familia. A medida que los niños crecen y la familia cambia, las pautas previas pueden resultar inadecuadas, y tal vez surjan crisis. Puede suceder que uno o ambos esposos sientan que para que la vida sea menos miserable, deben producir la ruptura antes de envejecer más. Esta etapa quizás obligue a una pareja a decidir si seguirán juntos o no, como así también obliga a los padres a comprender que los hijos terminarán por irse, y entonces ellos quedarán solos. En estos años medios pueden sobrevenir graves tensiones y también el divorcio, aun cuando la pareja haya superado muchas crisis previas.

Según Blanco Abarca (1991), el periodo de la adultez está marcado por acontecimientos sociales, cambios de roles, demandas y exigencias que emanan no tanto de las capacidades y características biológicas como de la asunción de importantes tareas sociales. En este periodo se produce una transición especialmente crítica como consecuencia de la proximidad al *ecuador de la vida*, que va desde los 39 a los 45 años. Las personas comienzan a mirar hacia atrás y a evaluar qué ha sucedido con sus sueños y proyectos. Asimismo, aparece un declive físico, satisfacción matrimonial baja, cambio de ocupación, muerte de los padres y adolescencia de los hijos. Es una fase de intensa reevaluación sobre los polos de la existencia: lo joven y lo viejo, la mortalidad y la creación, el apego y el desprendimiento. En este sentido, Papalia (1997) afirma que la edad adulta intermedia es una época de reevaluación en la que los individuos, en lugar de pensar en función de los años que han vivido, comienzan a pensar en términos del tiempo que

han dejado de vivir. Esta reevaluación se extiende a las relaciones íntimas y a otros aspectos de la vida y puede provocar cambios de carrera, ruptura de matrimonio y jubilación. Asimismo, el adulto en este periodo comienza a notar que su cuerpo ha cambiado: arrugas, flacidez y músculos débiles son signos molestos de envejecimiento. Durante esta etapa puede producirse mucho estrés, entendido como la respuesta psicológica y fisiológica del organismo ante las exigencias. Este puede ser producto tanto por cambios importantes en la vida del adulto, como de la falta de cambios (aburrimiento, incapacidad para avanzar en el trabajo, etc.). Entre las causas típicas de estrés se encuentran: muerte del cónyuge, divorcio, muerte de un familiar, enfermedad, despido laboral. Cuando las personas pueden controlar los eventos estresantes, es menos probable que se enfermen. La manera de experimentar o de enfrentar el estrés, puede reflejar rasgos de la personalidad que se asocian con enfermedades del corazón.

Levinson (1978 como se citó Blanco Abarca, 1991), plantea que las manifestaciones de la crisis en este periodo son:

1. Sentimiento personal de una fisura interna sin expresión externa
2. Renuncia a la última estructura y comienzo de una nueva vida
3. Síntomas físicos tales como infarto, alteraciones de sueño, más bebida, etc.

En este sentido, Smelser y Erikson (1982) afirman que la etapa *de transición de la mitad de la vida*, que comprende entre los 40 y 45 años, se trata de una época de intensa pugna consigo mismo y con el mundo exterior. Esta etapa tiene tres tareas principales: volver a evaluar la propia vida con un examen crítico de la estructura vital, integrar las grandes polaridades viejo-joven, creación-destrucción, femenino-masculino y apego-separación; y modificar la estructura vital. Entrada en la etapa de *adultez intermedia*, que comprende el periodo entre los 45 y 50 años, la tarea principal es construir una nueva estructura vital para el lanzamiento de la mediana edad. Esta estructura es objeto de replanteamiento en la transición de los 50 años. Este periodo tiende a ser especialmente difícil para aquellos que no hicieron autoexamen en la transición por la mitad de la vida. En ese sentido, la perspectiva del pasado como algo estructurante comienza a declinar entre los jóvenes adultos y en la tercera edad, dado el comienzo de una nueva preocupación, una consciencia más clara de la finitud humana. Así, en las edades maduras el presente se torna imperativo (De Aquino, Gouveia, Gomes & Melo de Sá, 2017).

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo. Modelo de caso único.

4.2. Participantes

Paciente: Claudio, hombre de 45 años de edad residente de la zona norte del Gran Buenos Aires, recientemente retirado del deporte profesional. Actualmente trabaja entrenando equipos amateurs en diferentes clubes deportivos. Vive con su mujer y sus dos hijos de 8 y 11 años de edad. Llega a la consulta manifestando sentirse desganado y muy irritable. Expresa que no puede disfrutar de las cosas como antes.

Terapeuta A y supervisora del caso: tanto la admisión como la tercera y cuarta sesión, fueron llevadas a cabo por la coordinadora del espacio. La misma es una mujer licenciada en psicología de 33 años. Realizó un posgrado en Terapia Sistémica Focalizada en el Centro Privado de Psicoterapias y es docente en varias instituciones.

Terapeuta B: mujer licenciada en psicología de 32 años. Realizó el curso de entrenamiento a psicoterapeutas que brinda el centro. Solo participó de la segunda sesión y no pudo continuar atendiendo al paciente por un problema de horarios.

Terapeuta C: mujer licenciada en psicología de 50 años. Realizó el curso de entrenamiento a psicoterapeutas que brinda el centro. Es quien atiende a Claudio durante las últimas dos sesiones.

4.3. Instrumentos

Observación directa de las sesiones del paciente a través de cámara gesell. Transcripción de notas tomadas durante las mismas donde consta el registro de las expresiones verbales y no verbales del paciente.

Observación de las desgrabaciones de las sesiones filmadas para repasar los detalles de las intervenciones y expresiones del paciente.

Observación no participante reuniones de supervisión del caso en las que se comentan los avances del paciente y el curso a seguir de la psicoterapia.

Entrevistas con las tres psicoterapeutas que trataron el caso para indagar sobre la co-construcción del motivo de consulta, las intervenciones realizadas durante las sesiones y los cambios observados en el paciente.

4.4. Procedimiento

Se asistió a la observación directa de las sesiones del paciente a través de cámara gesell durante 6 sesiones. Las mismas tienen una duración aproximada de 50 minutos.

Asimismo, se observaron las desgrabaciones de las sesiones filmadas con el objetivo de repasar las intervenciones realizadas por las terapeutas y las expresiones verbales y no verbales del paciente que se hayan podido perder durante la observación en cámara gesell.

Por otro lado, se asistió a las reuniones de supervisión del caso realizadas al finalizar cada sesión (6) con el fin de registrar los comentarios y sugerencias de la terapeuta supervisora en relación a las posibles intervenciones y el curso a seguir de la psicoterapia.

Se realizó una entrevista individual a cada terapeuta involucrada en el caso para relevar información sobre las intervenciones realizadas y los cambios observados en el paciente. Su duración fue de 30 minutos.

5. Desarrollo

5.1. Descripción del proceso de co-construcción del motivo de consulta, a partir de la sintomatología expresada por el paciente y las reformulaciones realizadas por el psicoterapeuta.

A continuación, se desarrollarán las partes de las sesiones que resultaron fundamentales para la co-construcción del motivo de consulta.

Como se explicó anteriormente, la etapa inicial del proceso terapéutico revela información fundamental para desarrollo la terapia (Casabianca & Hirsch, 2009) dado que, a partir de esta, el terapeuta puede realizar la construcción del caso y la planificación de las intervenciones estratégicas pertinentes. Durante la admisión, Claudio comenta que tiene 45 años, es oriundo de la provincia de Mendoza, pero no vive allí desde los 14 años, ya que dedicó toda su vida a jugar básquet de manera profesional. Actualmente vive en el barrio de Martínez en la zona norte del Gran Buenos Aires, con su esposa María de 35 años, su hija clara de 11 años y su hijo Benjamín de 8 años. En relación a la *queja inicial* (Casabianca & Hirsch, 2009), Claudio expresa que aquello que más lo aqueja e interfiere en su vida actual es que durante el último tiempo hay varias “*situaciones que no puede manejar*” y que siente que le están trayendo varios problemas a nivel personal, a nivel familiar y a nivel laboral. Asegura estar sintiéndose “*incómodo*”, y que la personas que lo rodean están sufriendo por su culpa. Afirma que tiene “*poca paciencia*”, que se encuentra “*de muy mal humor la mayor parte del tiempo*” y que “*no le es posible disfrutar de nada*”. Asimismo, expresa una gran preocupación por el hecho de no poder manejar su mal carácter en ciertas situaciones, porque siente que tiene “*mucha ansiedad encima*”, y “*se frustra fácilmente*” si las cosas no salen como él las piensa.

También manifiesta su preocupación ante el hecho de que *“ya no disfruta de sus hijos como antes y últimamente ha comenzado a tratarlos mal”*.

La Terapeuta A intenta indagar el *por qué ahora* a través de la siguiente pregunta: - *“Imaginate un vaso que se va llenando con gotitas hasta que rebasa, ¿qué son esas gotitas?”* Con esta pregunta, la terapeuta busca entender qué es lo que trae al paciente a la consulta en ese momento específico y no en otro, y qué es lo que piensa de su problema (Adán & Piedrabuena, 2007). Comenta que él era deportista profesional y que, si bien hoy se dedica al deporte, lo hace como entrenador y el hecho de haber cortado su vida deportiva le resultó *“muy traumático”*. En este sentido afirma: - *“Yo le dediqué muchos años al deporte y viví sensaciones donde solamente un deportista me puede llegar a entender. Los deportistas tienen pocos años de vida profesional y como que no estaba preparado para terminar esa etapa de mi vida. Reinsertarme en el mundo “normal” me llevó un poco a esto, más la situación económica. Con mi esposa pasamos momentos muy difíciles como pareja, nunca pude superar sus infidelidades.”* Claudio comenta que a fines del año pasado se había separado de su esposa y se encontraba viviendo en la casa de un amigo; sin embargo, como ya habían pagado las vacaciones familiares se fue de vacaciones con su esposa y sus 2 hijos, y *“ahí se pudo todo”*. Cuando regresaron de las vacaciones, fue a hacerse un chequeo médico en el cual le detectaron que tenía una arteria del corazón tapada y le tuvieron que colocar dos stent. El paciente manifiesta que, si bien no tuvo dolor, para él implicó un *“golpe psicológico muy fuerte”*, y que esta situación lo llevó evaluar la manera en que se encontraba viviendo. Claudio también comenta que sufrió *“otro golpe”* antes de su operación al ser asaltado en la calle por tres hombres, lo cual lo llevó a pensar que en caso de que lo hubieran matado durante el robo, *“iba a terminar su vida amargado, frustrado, lleno de ansiedad, embroncado con todo el mundo”*. Asimismo, afirma *“no ser feliz y no querer terminar de esa manera”*.

Es importante destacar que Claudio se encuentra atravesando cambios acordes a su etapa del ciclo vital lo cual conlleva cierto sufrimiento (Minuchin, 1986) dado que, en cada etapa, la persona se enfrenta a nuevos retos (Erikson, 1985). Según las descripciones que el paciente realiza en la terapia, los cambios que se encuentra atravesando son característicos de la adultez. Claudio se encuentra desarrollando generatividad al entrenar equipos de basquet de personas más jóvenes, es decir que se encuentra orientando a la siguiente generación; asimismo genera cierto estancamiento en relación a su familia, particularmente con el trato hostil hacia sus hijos (Papalia, 1997). El paciente se encuentra atravesando el *ecuador de la vida*, momento

en que se genera mucho estrés, siendo características de este las situaciones que se encuentra vivenciando: reevaluación de la vida, enfermedades del corazón, crisis matrimonial y estrés creciente (Papalia, 1997).

Si bien dentro del proceso terapéutico se tiene en cuenta el pasado como dato referencial, la terapia enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo (Hewitt & Gantivas, 2009). Por lo tanto, es importante que una vez que se haya definido el motivo de consulta, se indague su circunstancia actual, es decir, cómo el problema tiene lugar ahora, con quienes se presenta, con qué intensidad, en qué momento, y que cosas quisiera hacer, pero no puede debido a su problema. (Casabianca & Hirsch, 2009). Es por esto que la Terapeuta A realiza la siguiente pregunta: - *“Volviendo a ahora, vos decís que estás muy estresado. Si tuvieras que sacar una foto actual, ¿qué cosas sentís vos que hoy te estresan?”* Claudio responde que lo que lo estresa es su falta de paciencia. La Terapeuta A le explica que su falta de paciencia es en realidad *el resultado del estrés*, así como también lo es su mal humor, su ansiedad y el no poder disfrutar de sus hijos. Le propone entonces, que piense qué cosas hacen que sus niveles de estrés suban siendo este un foco en el cual se podría trabajar. Ante esto, el paciente expresa que no sabe qué son esas cosas que le provocan estrés, dado que él actualmente se encuentra haciendo lo que le gusta, que es estar ligado con el deporte al entrenar quipos de basquet, pero no logra disfrutarlo como lo tendría que disfrutar. Pero luego afirma que *“son un montón de cosas”* las que lo llevaron esta situación de estrés, *“quilombos con mi esposa, lo de la economía”* y que *“quisiera estar un poco mejor de lo que está”* y al no poder lograrlo se estresa mucho.

Ante la pregunta de la Terapeuta A sobre si hay algo que quisiera hacer ahora y no puede a causa del estrés (Casabianca & Hirsch, 2009), Claudio afirma que le gustaría volver a disfrutar de las cosas como antes: disfrutar de manejar, disfrutar de estar sus hijos, disfrutar de su esposa, disfrutar de estar en su casa, disfrutar del trabajo, etc. Asimismo, manifiesta que quisiera volver a trabajar tiempo completo ya que en este momento solo trabaja por la mañana por su problema del corazón. También expresa que quisiera estar más relajado, no estar tomando un café y pensando que se quiere ir, en que tiene que hacer otras cosas.

La Terapeuta A le pregunta si siempre fue así, si hay un estilo en él de ser *“un tipo mentalmente activo”*, que piensa mucho en las cosas que tiene que resolver. Claudio asiente y le explica que incluso cuando su cabeza va más rápido de lo que él puede expresar, comienza a

tartamudear, y que estando en situaciones difíciles siente que tiene toda la información, pero que no puede expresarse bien y eso le genera mucho malestar.

En resumen, Claudio llega a la primera sesión manifestando la siguiente sintomatología:

- Falta de paciencia
- Mal humor, la mayor parte del tiempo
- Ansiedad
- Poca tolerancia a la frustración

El paciente entiende estos síntomas como parte de su *estrés* y manifiesta que este le genera problemas a nivel personal, a nivel familiar y a nivel laboral. A través de una reformulación, la Terapeuta A le explica que su sintomatología es el *resultado* de su estrés y le propone trabajar sobre aquello que lo produce, co-construyendo así el motivo de consulta. De esta manera la Terapeuta A buscará en las siguientes sesiones la establecer el *diagnóstico circular*, es decir, identificar cuáles son las *soluciones intentadas* por el paciente que colaboran a que el problema se mantenga (Adán & Piedrabuena, 2007).

En cuanto al por qué ahora de la consulta, Claudio expresa los siguientes motivos:

- Su problema de salud
- Su crisis matrimonial
- El hecho de no poder disfrutar de sus hijos
- Su situación económica

5.2. Análisis de las intervenciones aplicadas en el caso según el Modelo Mental Research Institute (MRI) y de la utilidad de las intervenciones del supervisor.

A continuación, se describirán las siguientes intervenciones realizadas durante la terapia:

- Técnica del milagro
- Reencuadre directo
- Reencuadre indirecto
- Reformulación panorámica
- Uso de la ambigüedad
- Prescripción directa

- Uso de metáforas y analogías

En primer lugar, la Terapeuta A utiliza la técnica del milagro descrita anteriormente por Wainstein (2006), la cual se encuentra orientada hacia las soluciones. Lo hace de la siguiente manera: - *“Imaginate que te vas a dormir hoy a la noche, mañana te despertás y ocurrió un milagro: tu problema por el cual hoy estas acá desaparece. ¿Qué cambió en tu vida? ¿Te levantás y sería los mismos? ¿Harías lo mismo?* El paciente responde que haría lo mismo, ya que se encuentra muy feliz con la vida que *“eligió”*, con la profesión a la cual se *“dedicó”*, con la familia que *“formó”*, - siempre refiriéndose al tiempo pasado- Asegura que no cambiaría, que seguiría todo igual, pero disfrutando de cada cosa que es algo que no puede hacer. La Terapeuta A pregunta entonces si seguiría viviendo en la misma casa con su esposa o si viviría en otro lugar, a lo que Claudio responde que estaría en otro lugar, pero cuando se encontraba feliz con su esposa, seguiría con ella.

A partir de esta respuesta y teniendo en cuenta todo lo expresado por el paciente, la Terapeuta A realiza la siguiente reformulación panorámica (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).: - *“Claro, hay algo que te pasa a vos...me parece, no sé, me puedo equivocar - introduce aquí la ambigüedad (Wainstein, 2006) -, hay una parte tuya que está como en duelo. Vos viviste muchas cosas muy intensas, muy fuertes, de las cuales para nada te arrepentís, para nada. Pero hoy eso que pasó, ya no es, ¿me entendés? Y tal vez, lo que elegiste en el pasado con tu esposa, tal vez, hoy no es. Y vos decís sí, es lo que elegí y no me arrepiento... Pero ahora, ¿es lo que elegirías? Más allá de que fue lo que elegiste y de que eran felices ¿ahora lo elegirías? No solo hablo del tema con tu esposa, tal vez otras cosas. Vos decís, sí, es lo que siempre quise, pero ahora vos sos otro, no sos el mismo de antes. ¿Y el de ahora? ¿Qué le pasa al Claudio de ahora? Porque vos asociás mucho tu felicidad con lo que era antes, no sé si ahora querés lo mismo. Y ahí es el cortocircuito que tenés”*. Claudio asiente con la cabeza y queda callado por unos minutos. Luego pregunta con la voz quebrada - *“¿Y entonces?”* A lo que la Terapeuta A responde - *“Bueno, en eso vamos a trabajar.”* La Terapeuta A en esta reformulación panorámica crea un marco general histórico a partir de los acontecimientos narrados por Claudio de modo disperso durante la primera sesión encadenándolos de manera tal que desembocan en el presente. Para eso utiliza un tono especial y pausado, generando una expectativa creciente. Lo que busca con aquí es mostrarle al paciente el recorrido realizado, la situación actual y las vías posibles de acción (Cazabat & Urretavizcaya, 2007).

Durante la segunda sesión, la Terapeuta B intenta definir el *objetivo de la terapia*, buscando que este sea específico y observable, y que se asocie a una modificación del comportamiento (Hirsch & Rosarios, 1987). Para esto, le pregunta a Claudio en qué quiere que la terapia lo ayude, a lo que él le contesta que quiere que le ayude con su ansiedad, su mal carácter, su poca paciencia, su negatividad y aquellas situaciones en que siente que no puede controlarse, como por ejemplo gritarle a las personas que se le cruzan mientras va manejando en el tránsito. Ante esta manifestación la Terapeuta B le indica a Claudio una prescripción directa (Shaefer, 2013). Le pide que realice para la semana siguiente un registro escrito en el cual identifique aquellas situaciones en las que siente que no pudo controlarse, que describa esas situaciones concretas: de qué manera se expresa esa ansiedad, qué siente físicamente, en qué momento le pasa, cuantas veces le pasa por día, cómo le pasa, etc. El objetivo de esta prescripción es que el paciente modifique el modo de percibir la realidad y/o de las acciones comportamentales derivadas (Wainstein, 1997).

En ese momento, la Terapeuta A que se encontraba observando la sesión junto con el equipo detrás de la cámara gesell, comenta que si bien la intervención es correcta, puede provocar un *desvío del foco de la terapia*, dado que, como le había explicado a Claudio durante la admisión, su ansiedad, su mal humor, su mal carácter, etc., son el resultado de su estrés y sobre lo que habría que trabajar es sobre las cosas que lo provocan, es decir sobre aquello que mantiene al circuito. La Terapeuta A decide entonces ingresar a la cámara gesell y realizar la siguiente intervención: - *“Algunos del equipo, algunos, no todos, - introduce la ambigüedad -, piensan que tal vez el querer controlar esa parte - el mal humor, la ansiedad, el no poder controlarse en ciertas situaciones, etc.- es subestimar lo otro que te pasa, porque en realidad lo que a vos te hace estar desregulado, es que a veces creo que subestimás estos cambios que vas a atravesar, decís bueno, ya está, ya tomé la decisión, me voy a separar”*. El paciente queda un momento en silencio y pregunta - *“¿Vos decís que no lo tendría que tomar así?”* La Terapeuta A continúa: - *“Vos lo podés tomarlo como vos quieras, el tema es que estas cosas que estás atravesando, estos duelos, estos cambios, estas decisiones, todo eso te está a vos cargando en tu vida. Son estas cosas, vamos a llamarle “A” las que traen como consecuencia estas cosas que comentás que te pasan, vamos a llamarle “B”. Vos lo que querés hacer es manejar “B”, y pensás que si manejás “B”, ya está. O sea que si te cruzás con alguien en el semáforo y regulás tu reacción, se soluciona todo. Pero en realidad “B” es una consecuencia de “A”. Me parece que vos en un punto, no te permitís darles lugar a esas*

emociones que sentís, a esas frustraciones que sentís". Con este reencuadre directo, la Terapeuta A le devuelve una realidad alternativa a la existente (Schaefer, 2013) reubicando así la situación experimentada por el paciente en otro marco conceptual y/o emocional, el cual resulta igual o más adecuado que el anterior (Watzlawick, 1999). La Terapeuta A realiza de esta manera una redefinición cognitiva de la idea que el paciente tiene de su problema (Wainstein, 2006).

La Terapeuta A continúa con el siguiente reencuadre indirecto (Shaefer, 2013): - *"Vos toda tu vida fuiste para adelante, y tu exigencia está hasta el día de hoy, el problema es que a veces te exigís más de lo que podés, no le das lugar a eso que te pasa. Vos te tomas la vida como si fuera una carrera deportiva, y la vida es otra cosa"*. De esta manera utiliza el deporte como metáfora con el propósito de provocar en Claudio nuevas asociaciones. Las analogías permiten usar concepciones de otro ámbito para comprender de un modo diferente una vivencia determinada. De esta manera se desvía la atención consciente sobre del problema minimizando la resistencia (Wainstein, 2006). Es importante destacar que la Terapeuta A utiliza el término *ir para adelante* dado que Claudio lo utilizó varias veces durante las sesiones. En este sentido, intenta lograr una reestructuración exitosa que transforme la definición del síntoma en otro que no implique la imposibilidad de su modificación. Esta nueva definición va de acuerdo al modo de pensar y de considerar la realidad del paciente (Watzlawick et al., 1976) y se encuentra cercana a la realidad psicológica del mismo, de su modo de pensar y de sentir, y del marco de referencia que ha elaborado como sujeto. Para esto la terapeuta ha aceptado la cosmovisión del paciente, sus usos costumbres y valores, y le habla con su propio lenguaje y desde su perspectiva (Hirsch & Rosarios, 1987). Ante esta reformulación, Claudio reflexiona: - *"Claro, totalmente es así como vos decís, me debo haber acostumbrado, porque en la profesión mía no podés descansar, de hecho, no te lo permitís porque ya viene el suplente tuyo, porque ya viene el contrato que sigue, o sea es hoy, hoy para que el mañana sea más fácil. Creo que estoy acostumbrado a vivir así."* La Terapeuta A refuerza la idea unificando el reencuadre directo anterior con el reencuadre indirecto: - *"Tal cual, lo otro, el tema de que te enojás con los demás y no tenés paciencia es una consecuencia, es la punta del iceberg. Lo que a vos realmente hoy te pesa y por eso vos te desregulas en otros lados es eso. Vos querés regular "B" en lugar de tratar el núcleo central, pero porque es un estilo que vos tenés porque sos deportista de toda la vida, y estás acostumbrado a que los problemas están afuera de la cancha, vos planteas las cosas como*

‘tengo que rendir en la cancha’, estás acostumbrado a ir siempre para adelante, pero la vida es otra cosa”.

Como se explicó anteriormente, en el modelo MRI los terapeutas no buscan establecer el diagnóstico de forma clásica, en donde a partir de los síntomas se busca reconocer una enfermedad, sino que intentan indagar las formas en que el paciente ha intentado solucionar su problema (Adán & Piedrabuena, 2007), partiendo del principio de que muchas veces aquello que se intenta como solución, forma parte del problema. En consecuencia, la tarea del terapeuta será ayudar al paciente a hacer algo distinto (Watzlawick, 2000). En el caso de Claudio, ha establecido un patrón de solución de problemas que se ha vuelto rígido. Este patrón consiste en lo que él llama *ir para adelante* e implica no detenerse en los problemas o en sus emociones manteniendo un alto grado de exigencia. La Terapeuta A se lo hace ver de la siguiente manera: - *“Vos querés solucionar todos tus problemas de la misma manera: yendo siempre para adelante. Ese es un recurso que vos tenés. Pasa esto, cuando las personas tenemos un recurso que nos sirve, tendemos a usarlo para todo y a veces, eso nos trae más problemas que soluciones. Claro, en su momento este recurso te sirvió para crecer, para progresar en tu carrera. Pero en esta otra etapa, no te permite disfrutar. No es que sea mala la exigencia, el tema es que vos agarrás la exigencia y la aplicas en todo, no está mal la exigencia, el tema es cómo y cuándo.”*

A partir de aquí comienza a definirse el objetivo de la terapia. Claudio expresa que quiere entonces que la terapia lo ayude a atravesar esta etapa de duelo. La Terapeuta A entonces le propone utilizar el espacio de la terapia para pensar algunas cosas sobre el momento actual que está atravesando y darle lugar a eso. Insiste en no hacer hincapié únicamente sobre las consecuencias, sino trabajar con el *núcleo*. Aquí utiliza la siguiente metáfora: - *“Si no es como pintar las paredes húmedas, le das un retoque, pero después vuelve a salir.”* En relación al momento que está atravesando, Claudio expresa que no entiende por qué se pone mal si él ya sabía que se iba a separar. La Terapeuta A le responde con otra metáfora: - *“Una cosa no quita a la otra, es como cuando alguien se muere, todos sabemos que las personas se mueren, pero igual nos ponemos mal”*. Le explica entonces que hay una especie desconexión entre su cabeza y sus emociones y es por eso que hay que darle lugar a esa emoción.

Durante las siguientes sesiones, Claudio empieza a referir cambios que se detallan en el punto 5.3. Uno de ellos consiste en que se siente más tranquilo a partir de haber

comprendido que el *ir para adelante* no le estaba dando resultado. Ante esto, la Terapeuta A utiliza un reencuadre indirecto en el que compara la situación actual del paciente con la situación de una persona que se encuentra ahogándose en el mar. La reacción de esta persona es tirar “*manotazo de ahogado*” permanentemente para evitar hundirse, sin embargo, esos movimientos, lejos de ayudarlo, lo hunden aún más. Le explica que su situación es la misma, con la diferencia de que al haberla aceptado dejó de “*remarla de más*”, y ahora se encuentra flotando mejor porque “*a veces la desesperación de querer salir de una situación, te hunde*”. A lo que el paciente responde: - “*Tal cual, eso es exactamente lo que me pasó. Yo hasta que vos no te sentaste acá y me describiste qué es lo que me estaba pasando, era totalmente ignorante en el tema.*” La Terapeuta A toma esta frase para hacer una *amplificación del cambio* reconociendo el pequeño avance (Kopeck, 2007) y remarcando la capacidad y las habilidades del sujeto al lograr los objetivos (Watzlawick & Nardone, 1992). A propósito, le remarca que tiene una gran capacidad de aprendizaje.

Durante las siguientes sesiones Claudio le manifiesta a la Terapeuta C su preocupación porque, a pesar de haber decidido separarse, ha comenzado a tener días buenos con su mujer, y eso lo hace confundirse. Comenta que siguen teniendo relaciones sexuales, aunque no como lo hacían antes y siguen tomando mate “*como si nada*”. La Terapeuta C realiza un reencuadre directo explicándole que es bastante frecuente que cuando una pareja decide separarse, aparece una leve mejoría y que esto se debe a que como la decisión de separarse ya está tomada, se bajan las expectativas sobre la otra persona, se bajan las exigencias, y por lo tanto hay menos roces. Pero esto se debe a que no se está tocando el tema de fondo, lo que los separó sigue estando en el mismo lugar y se genera una especie de tregua.

El paciente también le expresa a la Terapeuta C que se angustia cada vez que su mujer le dice que es una persona egoísta y que él solamente piensa en él mismo, ni siquiera piensa en sus hijos. Claudio comenta que durante las últimas discusiones con ella le dio la razón, le dijo que no le interesaba nada, ni ella, ni sus hijos, ni su familia, pero que siente que está atravesando un momento en el que tiene que pensar en él mismo. La Terapeuta C le comenta que coincide con él en que este es un momento en el que debe cuidarse a él mismo, dado que, si no lo hace, no va a poder cuidar a otras personas. Le explica que él recién está viendo cual es la mejor manera de cuidarse y que una de las maneras que encontró es asistir a la terapia y darle lugar a las emociones que le producen todos los cambios que se encuentra atravesando. A propósito, realiza el siguiente reencuadre directo: - “*Yo creo que lo que tu mujer te reclama*

es que todavía el hecho de estar cuidándote a vos mismo no da resultados... todavía... Pero en la medida en que vos te empieces a cuidar mejor, vas a andar mejor. Pero ella no sé si sabe todavía que vos no sabés cómo cuidarte bien. El tema es que vos recién estás arrancando en esto de cuidarte, estás dando tus primeros pasitos, en la medida que des mayores pasos, vas a tener mejores resultados, pero no sé si ella es tan consciente del momento que estás pasando. Probablemente tenga que ver con tu manera de hacer las cosas, de hacer como que todo lo manejas, como que todo lo podés. Vos nunca te mostraste vulnerable, porque siempre le diste para adelante, por eso ella lo ve como que sos egoísta.”

Claudio comenta que en una charla con su mujer ella le reclamó que él tenía que tener en cuenta que como ella lo estaba cuidando a él, él tenía que hacer un esfuerzo. Ante ese comentario Claudio le respondió que no tenía ganas de realizar ese esfuerzo. La Terapeuta C entonces le recalca: - *“¿Pero viste como le decís? Le decís ‘no tengo ganas’, no le decís ‘no puedo’. Al decir eso quedás como que, si tuvieras las ganas, harías el esfuerzo, pero la realidad es que no es una cuestión de ganas, es una cuestión de que no estás pudiendo.”* El paciente asiente y afirma: - *“Claro, yo tengo que explicarle eso.”*

5.3. Análisis de los cambios producidos en la conducta del paciente a partir de las intervenciones realizadas luego de 6 sesiones

Como afirman Hirsch y Rosarios (1987), el modelo MRI tiene como objetivo la modificación de las conductas en el menor tiempo posible, siempre entendiendo a la conducta como relacional. Es por eso que las intervenciones de las terapeutas que trataron el caso - descritas en el punto anterior-, se encontraron orientadas a la reestructuración del modo de percibir la realidad con la que el paciente llegó a consulta y buscaron provocar un cambio observable en las conductas que de ella se derivaban (Wainstein, 2006). El cambio conductual del paciente resultó exitoso en la medida que este logró cambiar su posición de manera tal que creó una realidad diferente susceptible de ser intervenida terapéuticamente (Watzlawick, 2000).

Claudio da cuenta de estos cambios a través de su lenguaje analógico (Watzlawick et al., 1991): se puede observar su cuerpo relajado, sin tensión en su mirada y sonriente. Asimismo, afirma que comenzó a sentirse más tranquilo luego de la primera sesión y que *“bajó mil revoluciones”*. Explica que le significó mucho el hecho de que la terapeuta le preguntara qué quería y cómo estaba el Claudio de hoy, y que le hiciera ver el panorama general de todos los duelos que se encuentra viviendo; a partir de eso comenzó a relajarse y bajó su ansiedad. La

Terapeuta le pide que le dé un ejemplo concreto de cómo él se siente más relajado y menos ansioso. Claudio explica que el domingo fue a tomar un café él sólo y lo disfrutó ya que no estaba pensando en todas sus responsabilidades, sino que estaba disfrutando el momento presente.

Un punto fundamental para lograr el cambio conductual del paciente fue en la anulación del circuito de *soluciones intentadas* para solucionar el problema (Casabianca & Hirsch, 2009). Durante la tercera sesión Claudio refiere que se siente más tranquilo, que ya no se “*enrosca tanto con sus pensamientos*” y que ha comenzado a despreocuparse un poquito por las cosas y a “*tratar de que todo fluya*”. Cuando la Terapeuta A le pregunta cómo hizo para lograr eso, el paciente explica que está intentando atravesar el momento de duelo que está pasando sin intentar “*ir para adelante*”, tal como le había explicado la Terapeuta. También afirma que ha comenzado a manejar situaciones en las que antes se desbordaba, como por ejemplo su comportamiento mientras maneja en el tránsito, y que durante la última semana no se ha peleado con nadie, incluso sabiendo que el resto comete infracciones.

Claudio también afirma que “*En otro momento me hubiese enroscado con ciertos temas, hubiese reaccionado diferente y ahora, esta semanita pude manejar situaciones que antes no podía.*” La terapeuta le pide al paciente si puede contarle un cambio concreto de esta última semana, con esto busca evidencia del cambio conductual (Hirsch & Rosarios, 1987). El paciente comenta dos cambios puntuales: en primer lugar, que “*le pasó algo que nunca le había pasado antes*”; por error pagó el total de la deuda de la tarjeta de crédito en lugar de pagar solamente una parte, como tenía planificado, dado que no quería quedarse sin efectivo. En otro momento, esta situación le habría provocado mucha ira y estrés, se hubiera reprochado toda la semana que “*no puede ser tan boludo y que cómo pudo haber hecho una cosa así*”, y hubiera transmitido su malestar a su familia; pero en lugar de eso, se lo tomó con calma y decidió no amargarse por la situación. En segundo lugar, comenta que por error pagó por adelantado la factura del teléfono y eso en otro momento le hubiera “*cagado el día*”, y sin embargo no se lo permitió. Ambas situaciones dan cuenta de un cambio de conducta, entendiendo esta última como relacional (Hirsch & Rosarios, 1987), dado que logró no transmitirle su malestar al resto de los miembros del sistema.

En relación al trabajo Claudio afirma que ya siente ganas de reincorporarse tiempo completo, ya que por su operación de corazón se encuentra trabajando media jornada. Si bien antes no se sentía animado para hacerlo, ahora se siente con la energía suficiente para retomar

ya que ha comenzado a disfrutar de su trabajo como lo hacía antes. De esta manera Claudio da cuenta de su intención de volver a producir generatividad en detrimento del estancamiento (Papalia, 1997). También menciona dos reuniones laborales en las que un colega se opuso a las ideas que él planteó como metodología nueva de trabajo, que en otro momento hubiera generado una discusión, pero ahora decidió tomárselo tranquilo y comprender que no todo el mundo tiene por qué estar de acuerdo con él.

El paciente refiere una mejora en su salud física y asegura que ha recuperado fuerza y energía, se encuentra descansando mejor y se siente más activo en términos generales. Asimismo, afirma que la terapia lo está ayudando a administrar su energía en las cosas que realmente valen la pena y no en pavadas como enojarse con la gente en el tránsito.

A medida que avanzan las sesiones, el paciente va refiriendo que se encuentra más “conectado” con sus hijos y que ha implementado los días jueves pasarlos a buscar por el colegio, llevarlos a merendar a algún lugar y ayudarlos a hacer la tarea. Afirma que el hecho de no estar en la casa con su mujer lo relaja bastante, y esto le permite tener mejor comunicación con sus hijos y no querer evitarlos todo el tiempo. En cuanto a su relación matrimonial Claudio comenta que a partir de lo que le dijo la Terapeuta C, logró hablar con su esposa y explicarle que él no está siendo egoísta, sino que está aprendiendo a cuidarse a él mismo, cosa que antes no sabía cómo hacer ya que tendía a “*ir siempre para adelante*”. Le explicó que no es que no quiera hacer un esfuerzo en su casa y con sus hijos, sino que en este momento “*no puede*” ya que debe dedicarse a estar mejor él con él mismo para estar mejor con los demás. El paciente afirma que su mujer comprendió lo que él le quiso transmitir, y que, si bien la decisión de separarse sigue firme, esto logró generar un poco de armonía en su casa. Los cambios que refiere el Claudio en relación a sus hijos y a su esposa dan cuenta de que se encuentra intentando incluir a otras personas en su preocupación generativa (Papalia, 1997).

Por otro lado comenta que ha comenzado a buscar departamentos para mudarse cerca de donde vive ahora, y que ni bien se recupere físicamente a un 100%, realizará la mudanza. Claudio reflexiona sobre el hecho de haberse dado cuenta que cuando llegue el momento de separarse de modo definitivo, no estará solo, ya que tiene muchos amigos a su alrededor que le darán una mano y estarán para soportarlo emocionalmente, cosa que antes no podía ver porque estaba “*cegado*” por su mal humor.

Si bien los cambios en el paciente fueron evidentes, el mismo asistió a 6 sesiones de las 10 pactadas, por lo cual no pudo realizarse el cierre y seguimiento de la terapia (Kopec, 2007).

Los cambios producidos en el paciente pueden resumirse de la siguiente manera:

- Descenso de los niveles de ansiedad y de ira
- Menor rumiación ante situaciones disparadoras de estrés
- Mejor manejo de situaciones cotidianas que le resultaban estresantes
- Aumento de motivación para trabajar
- Mejora en las relaciones laborales
- Mayor tolerancia a la frustración
- Mejor comunicación con su esposa
- Mejor relación con sus hijos
- Aumento de energía y mejor calidad de descanso

6. Conclusiones

El objetivo del presente trabajo fue analizar el abordaje psicoterapéutico de un caso de un hombre de 45 años con crisis de ciclo vital a partir del Modelo Mental Research Institute (MRI). Para ello se analizó la información relevada de la observación directa de las 6 sesiones del caso a través de cámara gesell, teniendo en cuenta los comentarios realizados in situ por la supervisora del caso en relación al paciente y a las intervenciones. Asimismo, se contó con el registro de las reuniones de supervisión realizadas inmediatamente después de la finalización de cada sesión. A su vez, se observaron nuevamente, a modo de repaso, los videos desgrabados de las sesiones, y se utilizaron las notas escritas tomadas durante todo el proceso.

Para responder al objetivo del trabajo, en primer lugar, se describió el proceso a través del cual la Terapeuta A, a partir de la sintomatología expresada por Claudio -falta de paciencia, mal humor la mayor parte del tiempo, ansiedad y poca tolerancia a la frustración – hasta entonces entendidos por el paciente como parte de su estrés, co-construyó el motivo de consulta. A través de una reformulación, la Terapeuta A resignificó esta sintomatología como resultado de su estrés y no como causa, proponiendo como objetivo de la terapia trabajar sobre aquello que lo produce. Asimismo, se realizó la descripción de la queja inicial expresada por el paciente, el por qué ahora – su problema de salud, su crisis matrimonial, el hecho de no poder disfrutar de sus hijos y su situación económica- y las cosas que el paciente

manifiesta que le gustaría hacer pero que, debido a su problema, no está pudiendo realizar (Casabianca & Hirsch, 2009). También, se hizo hincapié en que el paciente se encuentra atravesando el ecuador de la vida (Papalia, 1997), y que sus síntomas coinciden con esta etapa del ciclo vital.

En segundo lugar, se analizaron las intervenciones aplicadas en el caso - técnica del milagro, reencuadre directo, reencuadre indirecto, reformulación panorámica, uso de la ambigüedad, prescripción directa y uso de metáforas y analogías- y la utilidad de las intervenciones del supervisor. Cabe destacar que la reformulación panorámica (Cazabat & Urretavizcaya, 2007) introducida por la Terapeuta A resultó fundamental y organizadora para la terapia dado que ordenó la información que el paciente brindó durante las sesiones de modo disperso y las hizo desembocar en su presente guiándolo hacia el establecimiento de un objetivo específico de la terapia. Asimismo, resultó fundamental la intervención de la Terapeuta A en el rol de supervisión para reencauzar el objetivo de la terapia haciendo hincapié en las causas que mantenían el circuito del problema – soluciones intentadas por el paciente (Adán & Piedrabuena, 2007) - en lugar de trabajar sobre las consecuencias de su estrés.

Por último, se analizaron los cambios producidos en la conducta del paciente a partir de las intervenciones. Es importante destacar que los mismos fueron evidentes, observables y se produjeron en el corto plazo. El paciente refirió descenso de sus niveles de ansiedad y de ira, mejoras en su relación con sus hijos, su esposa y sus compañeros de trabajo, mayor tolerancia a la frustración, aumento de energía y mejor descanso, aumento de su motivación para trabajar y mejor manejo de situaciones estresantes.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, en primer lugar, debe señalarse la dificultad para encontrar material bibliográfico específico del Modelo MRI y de la metodología que este utiliza para llevar adelante el proceso terapéutico, más allá del sugerido por la institución en que se realizó la práctica. Asimismo, resultó de especial dificultad hallar papers y trabajos actuales sobre este modelo. También resultó limitante la falta de desarrollo sobre la temática de ciclo vital desde el Modelo MRI, motivo por el cual se tomaron mayormente autores que han tratado el tema desde el modelo psicodinámico.

Cabe destacar que, como se mencionó en varias oportunidades durante este trabajo, el Modelo MRI no realiza diagnósticos de forma clásica - en donde a partir de los síntomas se busca reconocer una enfermedad - sino que busca indagar las formas en que el paciente y las

personas significativas para este han intentado resolver el problema por el que consulta (Adán & Piedrabuena, 2007) elaborando un diagnóstico circular o de circuito (Kopec, 2007). El enfoque se centra de esta manera en la realización del cambio, entendiendo al mismo como la anulación del circuito identificado que mantiene el problema. De esta manera, el Modelo MRI aplica la misma metodología de tratamiento independientemente de la sintomatología particular del paciente, es decir, que no existen tratamientos específicos que se adapten a diferentes patologías – entendiendo estas últimas en un sentido clásico-. Asimismo, cabe destacar que los cambios producidos en el paciente fueron evidentes y observables en el corto plazo, aunque hubiera resultado interesante incluir en el tratamiento aquellos aspectos psicológicos que escapan a la órbita del circuito establecido como diagnóstico circular, como por ejemplo su angustia en relación a haberse retirado del deportista profesional, los miedos que surgen de la separación con su mujer y de la reestructuración familiar, y las expectativas en relación a su nueva forma de vida producto de esta.

Si bien durante las reuniones de supervisión se mencionó el concepto de crisis de ciclo vital, solo fue a modo enunciativo. Este concepto no fue profundizado ni se estableció en ningún momento una relación concreta entre este y el caso en cuestión. En este sentido, hubiera resultado de especial interés la utilización de este constructo como marco de referencia del caso otorgándole de esta manera una mayor contundencia. Esto hubiera posibilitado el establecimiento de un diagnóstico diferencial con otras patologías que comparten la sintomatología expresada por el paciente en la queja inicial, como ser un trastorno de ansiedad generalizada, un trastorno depresivo persistente o un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Asimismo, podría haberse realizado una intervención de tipo psicoeducativa explicándole al paciente las implicancias del cambio de etapa del ciclo vital, las características de su etapa evolutiva y las dificultades que esto conlleva, brindándole estrategias que le permitan atravesar la misma de manera exitosa.

Como se mencionó anteriormente, el paciente no asistió a las 10 sesiones pactadas al inicio de la terapia. Hubiera resultado de especial interés la observación de la etapa de cierre y seguimiento de la misma a fin de poder dar cuenta del tratamiento completo en este trabajo y pudiendo observar la existencia de posibles recaídas, un posible afianzamiento o la permanencia del cambio (Kopec, 2007). En este sentido, sería interesante que la institución indague mínimamente sobre los motivos de abandono de la terapia con el fin de poder llevar un registro y establecer una posible línea de investigación. Probablemente, en este caso la

razón de discontinuidad se deba a la eficacia del cambio. Es importante destacar que el paciente fue atendido por tres terapeutas diferentes durante las 6 sesiones a las que asistió. Si bien el paciente no expresó ningún malestar relacionado a esta situación, es posible que en otros casos esto conlleve alguna dificultad en el establecimiento de la alianza terapéutica (Bordin, 1976), entorpeciendo de esta manera el tratamiento.

La práctica pre-profesional resultó sumamente enriquecedora. Los profesionales coordinadores y supervisores que trabajan en la institución cuentan con una especial vocación para transmitir sus conocimientos y preparar a los terapeutas que asisten al programa de iniciación psicoterapéutica. Cada caso observado desde la cámara gesell fue explicado, analizado y debatido libremente por todos los participantes del programa y los pasantes de diversas universidades que se encontraban presentes. Todas las dudas fueron evacuadas. Este contexto resultó sumamente propicio para el acercamiento al Modelo MRI con el que trabaja la institución. Tanto la observación directa de casos a través de la cámara gesell, como los comentarios y explicaciones de la supervisión in situ y la sucesión de las sesiones hace posible advertir la eficacia de los tratamientos. Asimismo, resultó particularmente enriquecedor advertir cuáles resultan las principales dificultades de los terapeutas que comienzan a atender en relación al proceso terapéutico: la co-construcción del motivo de consulta y su diferenciación con la queja inicial, el establecimiento del problema a tratar en la terapia y la definición de un objetivo concreto como guía del tratamiento.

En relación a nuevas líneas de investigación, resultaría de interés indagar sobre los motivos de la discontinuidad de los tratamientos por parte de los pacientes con y sin previo aviso, revisando qué casos requerirían menos de 10 sesiones. Asimismo, sería interesante y de gran aporte para las investigaciones actuales en psicoterapia evaluar la eficacia de los tratamientos abordados a partir de este modelo poniendo en relación los objetivos planteados al inicio del tratamiento con los cambios producidos evidenciados en las conductas de los pacientes. Otra línea de investigación posible sería el desarrollo de la temática de crisis de ciclo vital desde el Modelo MRI y posibles estrategias para su tratamiento.

7. Referencias Bibliográficas

- Adán, M.S. & Piedrabuena, S. (2007). Diagnóstico y estrategia en psicoterapia. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 31 -45). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Bertalanffy, L.V. (1968) *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertoglio, O. J. (1993). *Introducción a la teoría general de los sistemas*. México: Editorial Lumisa.
- Blanco Abarca, A. (1991). Factores psicosociales de la vida adulta. En A. Marchesi, M. Carretero & J. Palacios (Comp.), *Psicología evolutiva* Vol. III, (pp. 201 – 233). Madrid: Alianza Psicológica.
- Bordin, E. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Casabianca, R., & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia. Un registro para el modelo M.R.I.* Santa Fe: Universidad Católica de Santa Fe.
- Cazabat, E. (2007). Historia de la terapia estratégica y su desarrollo en la Argentina. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 15-20). Buenos Aires: Editorial Dunken.

- Cazabat, E. & Urretavizcaya, A. (2007). La reformulación panorámica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 91-100). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- De Aquino, T., Gouveia, V., Gomes, E.S., & Melo de Sá, L. (2017). La percepción de sentido de la vida en el ciclo vital: una perspectiva temporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242017000200375&lang=es
- De Shazer, S. et. al. (2000). Terapia breve: un desarrollo centrado focalizado en la solución. En: Watzlawick, P. & Nardone, G. (Comp.), *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*, (pp. 151-173). Barcelona: Paidós.
- Erikson, E. (1985). *El Ciclo Vital Completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Madrid: Editorial Grupo Planeta.
- Feixas, G., Muñoz Cano, D., Compañ Felipe, V., & Montesano del Campo, A. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/31584>
- Fernández, J. P. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27(1), 129-142. Doi: 10.4067/S0718-48082009000100013
- Fernández Moya, J. & Colaboradores. (2010). *En busca de resultados, una introducción a las terapias sistémicas*. Mendoza: Editorial de la Universidad de Aconcagua.
- Figuroa, E. & Hirsch, H. (2007). Sobre los cierres. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica*, (pp. 129-136). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Trascender los dilemas del poder y del terapeuta como experto en la psicoterapia sistémica. *Universitas Psychologica*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64760208>
- Hewitt Ramírez, N., & Gantiva Díaz, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79911627012>

- Hirsch, H., & Rosarios, H. (1987). *Estrategias Psicoterapéuticas Institucionales. La organización del cambio*. Buenos Aires: Nadir Editores.
- Kopec, D. (2007). El diseño de la terapia estratégica. En D. Kopec & J. Rabinovich (Comp.), *Qué y cómo: Prácticas en psicoterapia estratégica* (pp. 21-30). Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Nardone, G. (2000). De los modelos generales a los protocolos específicos de tratamiento: la terapia breve estratégica evolucionada. En: Watzlawick, P. & Nardone, G. (Comp.), *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*, (pp. 211-225). Barcelona: Paidós.
- Papalia, D. (1997) *Desarrollo humano: con aportaciones para Iberoamérica*. Santa Fe de Bogotá: Mc. Graw – Hill.
- Rizo García, M. (2011). Reseña de "Teoría de la comunicación humana" de Paul Watzlawick. *Razón y Palabra*, 16(75). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199518706028>
- Schaefer, A. (2013). La terapia estratégica breve: Fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En: García Martínez, F. (Comp.), *Terapia sistémica Breve: fundamentos y aplicaciones*, (pp. 29-62). Santiago de Chile: RIL Editores.
- Smelser, N. & Erickson, E (1982). *Trabajo y amor en la edad adulta*. Barcelona: Grijalbo
- Wainstein, M. (1997). *Comunicación. Un paradigma de la Mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Wainstein, M. (2006) *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.
- Watzlawick, P. (2000) La técnica psicoterapéutica de la reestructuración. En P. Watzlawick, & G. Nardone (Eds.), *Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de la percepción de la realidad* (pp. 131-138). Buenos Aires: Paidós.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (1992). *El arte del cambio: Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1976). *Cambio, formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona, Herder.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*.
Barcelona: Herder.