

**Universidad de Palermo**

**Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales**

**Trabajo final integrador**

Terapia de pareja: aplicación del modelo estratégico del MRI.

Autor: Esbert, Vanesa

Profesor tutor: Lic. Wittner, Valeria

Fecha de entrega: 03 de Agosto de 2012

## Índice **Capítulo 1**

1.1. Introducción.....	1
------------------------	---

## **Capítulo2**

2.1. Marco teórico.....	3
2.1.1. Los orígenes del pensamiento sistémico.....	3
2.1.1.1. <i>Teoría general de los sistemas</i> .....	4
2.1.1.2. <i>Cibernética</i> .....	4
2.1.1.3. <i>Pragmática de la comunicación humana</i> .....	5
2.1.2. Cambio de perspectiva: la influencia de los aportes mencionados.....	6
2.1.3. Características generales del pensamiento sistémico.....	7
2.1.4. Consideraciones clínicas: los aportes de Milton Erickson.....	8
2.1.5. Modelos estratégicos.....	10
2.1.6. El modelo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto.....	10
2.1.6.1. <i>El problema</i> .....	11
2.1.6.2. <i>Las soluciones intentadas</i> .....	13
2.1.6.3. <i>La importancia en el acuerdo acerca de los objetivos</i> .....	14
2.1.6.4. <i>La estrategia</i> .....	15
2.1.6.5. <i>Intervenciones</i> .....	16
2.1.7. Características de la terapia de pareja desde el modelo estratégico del MRI.....	19
2.2. Metodología.....	21
2.2.1. Participantes.....	21

2.2.2. Instrumentos.....	21
2.2.3. Procedimiento.....	22
2.3. Análisis de los objetivos.....	22
2.3.1. La queja inicial y la construcción del motivo de consulta.....	22
2.3.2. El circuito autoperpetuante que mantiene la conducta problema.....	25
2.3.3. La estrategia de tratamiento: pasos hacia el logro de los objetivos.....	28
2.3.4. Tácticas para el cambio: las intervenciones terapéuticas.....	32
2.3.5. El cambio en la pareja consultante.....	40
<b>Capítulo 3</b>	
3.1. Conclusiones.....	44
Bibliografía.....	48

# **CAPÍTULO 1**

## **1.1. Introducción**

La práctica profesional fue realizada en una institución dedicada a la prestación de servicios de salud mental, desde el modelo de terapia breve sistémica. Dentro de las actividades llevadas a cabo en la institución, se encuentran:

- Equipo de Seguimientos: lectura de historias clínicas, llamados telefónicos a pacientes, realización de encuestas de seguimiento y redacción de informes.
- Equipos de supervisión: asistencia a reuniones de supervisión . Supervisión de casos, dudas e interconsultas; actividades en cámara Gesell y trabajo con videos.
- Cámara Gesell: dos reuniones semanales, donde se presenciaron sesiones en cámara y se participó de las discusiones junto al equipo de profesionales.
- Formación: se asistió a cursos de formación destinados a profesionales de la institución, al igual que a cursos abiertos al público.
- Videoteca: reuniones en las que se observaron videos de sesiones en cámara Gesell y se discutieron cuestiones relativas al mismo.

Para la realización del presente trabajo final integrador, se tomó un caso clínico de terapia de pareja, llevado a cabo por una de las terapeutas asignadas para evaluación en el marco del trabajo realizado en el Equipo de seguimientos de la institución. Dado que el interés estaba focalizado hacia la aplicación del modelo estratégico en terapia de pareja, es que se decidió tomar el caso en cuestión, tras haber leído la historia clínica y habiendo efectuado un llamado telefónico a la pareja consultante, con el objetivo de realizar la evaluación solicitada dentro de las actividades que se desarrollaron a lo largo de la pasantía. Tomando en consideración lo expuesto, en el presente trabajo se procederá a describir las características propias del modelo estratégico del Mental Research Institute de Palo Alto (MRI) y su aplicación en la terapia de pareja, articulando dichas nociones con la información recabada del caso elegido. A tal efecto, se plantean como eje los siguientes objetivos:

Objetivo general Describir el tratamiento psicoterapéutico de una pareja que consulta por dificultades en la comunicación y conductas agresivas, tomando como eje de análisis el enfoque estratégico del MRI.

Objetivos específicos

1. Describir la queja inicial presentada por la pareja en tratamiento y el motivo de consulta que se construye a partir de la misma.
2. Describir el circuito autoperpetuante que mantiene la conducta-problema presentada por la pareja consultante.
3. Describir la estrategia de tratamiento propuesta por la terapeuta a raíz del motivo de consulta presentado.
4. Identificar y analizar las intervenciones llevadas a cabo por la terapeuta durante el tratamiento.
5. Describir y analizar los cambios que se produjeron en la pareja consultante como consecuencia de las intervenciones implementadas.

## **Capítulo 2. 2.1. Marco teórico**

2.1.1. Los orígenes del pensamiento sistémico Hasta mediados de los años 50, gran parte de los modelos psicológicos y las investigaciones se caracterizaban por el énfasis en la causalidad lineal, la cual constituía el fundamento de sus planteos. Este paradigma, importado de la física como modelo de ciencia, se constituyó en fundamento de diversos principios explicativos, hallando su principal exponente en el modelo conductista. Desde esta perspectiva, la noción de cambio se encontraba íntimamente ligada a los interrogantes respecto a los orígenes de los problemas o patologías. La explicación causal y lineal abría el camino hacia el pasado del individuo con la convicción de que esta búsqueda conllevaría la modificación del estado actual. Sin embargo, la necesidad de tratamientos rápidos y efectivos que se produce como consecuencia de las secuelas que deja la II Guerra Mundial, sumado a la extrapolación al campo de las ciencias humanas de diversos esquemas aplicados a las máquinas, llevan a una suerte de crisis en el paradigma vigente. Las formulaciones de diversos campos científicos convergen en este punto, dando apoyo y soporte al surgimiento de una nueva epistemología. Estos hechos darán lugar a la constitución de un nuevo modelo psicoterapéutico, el modelo sistémico (Ceberio, 1998). Por consiguiente, antes de mencionar las características específicas que identifican este abordaje, es importante considerar que en sus orígenes se encuentran aportes de disciplinas varias, que sirvieron como cimientos para el posterior desarrollo del pensamiento sistémico. Particularmente, estos aportes que se erigen como base de las conceptualizaciones teóricas del presente modelo, surgen de campos variados entre los cuales se encuentran la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética y las investigaciones pertinentes a la pragmática de la comunicación humana (Ceberio, 1998). Los aspectos referentes a los desarrollos teóricos mencionados, se consideran relevantes para el posterior entendimiento de las características específicas del modelo que se ha tomado como eje de análisis en el presente trabajo.

*2.1.1.1. Teoría general de los sistemas* La noción de sistema, derivada de la teoría general de los sistemas desarrollada por Von Bertalanffy, remite a la existencia funcional de un aspecto entendido como un todo, compuesto por elementos que se encuentran en interacción. En efecto, se considera que el comportamiento de un sistema responderá a la manera en que sus elementos componentes se relacionen entre sí. Un aspecto relevante dentro de este desarrollo, refiere a la consideración de que las mencionadas interacciones entre los elementos, darán lugar a la emergencia de determinadas propiedades del sistema. Así, el pensamiento sistémico tomará estas nociones para llegar a comprender el comportamiento y funcionamiento que tiene lugar al interior de un sistema. Se abordará la idea del todo para comprender las partes, y se tomarán en consideración las propiedades emergentes para analizar las relaciones que tienen lugar entre los elementos y los patrones de comportamiento que los mismos establecen (Wainstein, 2006b). Quizás la cualidad más relevante de los sistemas desde la óptica terapéutica sea el hecho de que, al concebir el contexto interaccional como componente de un sistema, cualquier variación en un elemento del mismo afectará inevitablemente a los demás, generando así una modificación en cadena que acabará por modificar el sistema en su totalidad (Beyebach & Rodríguez Mojerón, 1994).

*2.1.1.2. Cibernética* Como se mencionara anteriormente, otro de los pilares que conforman los orígenes del modelo sistémico, es la llamada cibernética, una ciencia cuyo objeto de estudio se basó en los procesos de retroalimentación y control, tanto en sistemas humanos como artificiales. Este abordaje se alzó como una posibilidad para entender los sistemas naturales (Vargas Ávalos, 2004). Los conceptos centrales de esta nueva epistemología, que serán posteriormente retomados por el modelo sistémico, giran en torno a la noción de causalidad circular. La misma permite hacer a un lado la existencia de una verdadera relación entre causa y efecto, dando lugar a una concepción más compleja que implica una causación recíproca entre las variables intervinientes en una determinada situación (Nardone & Watzlawick, 2007). En otras palabras, la noción de causalidad circular implica la idea de que el efecto tiene, a su vez, efecto sobre la causa que lo produce (Ceberio, 1998). De este modo, la cibernética emergió como un planteamiento teórico atractivo para aquellos interesados en aspectos interaccionales. Cabe destacar, en este punto, a Gregory Bateson como un exponente que desempeñó un papel sumamente importante en la aplicación de estos conceptos a la explicación del comportamiento. En efecto, advirtió que los procesos de retroalimentación descritos por la cibernética, se veían reflejados en las interacciones humanas y consideró que dichos

procesos dotaban de cierta estabilidad al sistema, sea éste una familia, una pareja o una organización más amplia. Paradójicamente, la estabilidad característica de un sistema sólo puede ser entendida a la luz de los cambios que permiten tal estado. En otras palabras, el cambio puede ser concebido como el empeño de todo sistema en mantener una cierta constancia o estabilidad y, a su vez, toda estabilidad se mantiene a través del cambio. Estas consideraciones respecto a la estabilidad y el cambio serán de vital importancia en el posterior desarrollo del modelo sistémico y de su aplicación clínica (Vargas Ávalos, 2004).

*2.1.1.3. Pragmática de la comunicación humana* Por último, cabe mencionar los aportes derivados de la investigación sobre la pragmática de la comunicación humana, de dónde la teoría sistémica se valdrá, en conjunción con los aportes anteriormente mencionados, para explicar y comprender el comportamiento humano. El enfoque de estos desarrollos giró en torno a los circuitos y pautas de la comunicación, al igual que a los efectos que la misma tiene sobre diversos sistemas. En efecto, el modelo sistémico tomará los principios de la comunicación, conocidos como axiomas, desarrollados por esta corriente. Dentro de ellos se encuentran, la imposibilidad de no comunicarse, los niveles de contenido y relación de la comunicación, la puntuación de la secuencia de hechos, la comunicación digital y analógica, y la interacción simétrica y complementaria (Beavin, Jackson & Watzlawick, 1997). El desarrollo de cada uno de los puntos mencionados excede los fines del presente trabajo; sin embargo, se considera pertinente abordar la manera en que dichos principios se ven reflejados en las consideraciones teóricas del modelo sistémico. En pocas palabras, puede decirse que del estudio de la pragmática de la comunicación, deriva el hecho de considerar los comportamientos humanos como esencialmente comunicacionales, es decir, no como algo que aparece determinado desde la persona, sino desde su relación e interacción con los demás (Bertrando & Toffanetti, 2004). Como sostiene Vargas Ávalos (2004), la influencia de los principios comunicacionales mencionados, se hace evidente en los planteos formulados por Gregory Bateson en cuanto a la interacción del ser humano con su entorno. En efecto, sus consideraciones destacan el aspecto comunicacional de la interacción humana, resaltando que el comportamiento se encuentra determinado tanto por la información que el individuo recibe de su entorno, como por los procesos necesarios para su tratamiento. En otras palabras, lo que determina las respuestas y el comportamiento, no es otra cosa que la comunicación. Tomando en cuenta estas consideraciones, se sostiene que todo sistema se organiza en torno a la comunicación.

2.1.2. Cambio de perspectiva: la influencia de los aportes mencionados El cambio epistemológico que se produce como consecuencia de los aportes provenientes de los diversos campos mencionados, deriva en un importante cambio de perspectiva respecto al abordaje clásico que recibió el estudio del comportamiento humano. En efecto, si se opta por una mirada sistémica y cibernética sobre el comportamiento de los individuos, la perspectiva clásica acerca del estudio de la conducta humana se modifica. Esto se debe a que las consideraciones expuestas, permiten observar a las personas y su comportamiento como entidades que funcionan dentro de un sistema de relaciones, donde tienen lugar la interacción, el intercambio de información y la influencia recíproca. El individuo deja de ser visto como una entidad autónoma y pasa a ser considerado al interior de un sistema más amplio, en su relación con los demás y con el contexto en el cual se desarrolla. De este modo, se produce un salto considerable desde el estudio de lo intrapsíquico a lo relacional, es decir, a la interacción en el presente y a las reglas que rigen su funcionamiento (Nardone & Watzlawick, 2007).

Siguiendo los planteos de García y Wittezaele (1994), el cambio de perspectiva es sin dudas considerable, y el ámbito de la psicoterapia se erige como un exponente de esta transición. El descubrimiento del sí mismo y el reconocimiento de los determinismos psicológicos profundos gobernaron la tradición terapéutica durante años. El giro mencionado respecto al estudio del comportamiento humano y al surgimiento del modelo sistémico, derivaron en una suerte de desplazamiento en la mirada que abordaba dichas cuestiones. Se pasa de las consideraciones respecto al pasado, al foco en el sufrimiento en el presente, en la cotidianidad de la vida de las personas. El foco en el análisis del pasado, se desplazará hacia la observación y el estudio de aquellas reglas que gobiernan los procesos interaccionales en el aquí y ahora. De este modo, se produce un distanciamiento respecto a la pregunta acerca del por qué del problema, pasando a ocupar el centro de la escena, la pregunta referente a qué es y cómo es posible solucionar la problemática actual. Así, más allá de las razones por las que ocurre un determinado fenómeno, lo que interesa especialmente es el proceso que tiene lugar, el funcionamiento; es decir, cómo sucede el fenómeno (Nardone & Watzlawick, 2007). De este modo, la conducta inapropiada, determinada desde el pasado, pasa a ser vista como una conducta que responde a un intento de adaptación a la situación particular en que se encuentra la persona. Estas premisas marcan un cambio que se manifiesta en los albores del modelo sistémico (Vargas Ávalos, 2004).

2.1.3. Características generales del pensamiento sistémico Resumiendo los planteos mencionados anteriormente, el pensamiento sistémico se presenta como un abordaje que se interesa particularmente por las conexiones entre las partes, es decir que se rige en términos de sistema, lo cual permite considerar que las acciones o movimientos que se ejecuten inevitablemente afectarán la esencia de aquello con lo que se esté trabajando (Wainstein, 2006b).

Keeney (1994) sostiene que la novedad planteada por el abordaje sistémico remite a una visión que acentúa la ecología interaccional, pasando así de una concepción monádica, centrada en el individuo, a una concepción relacional. Esta característica particular de la perspectiva sistémica, refiere a un modo diferente de pensar y conocer, puntuando el síntoma desde un aspecto interpersonal. Por lo tanto, se entiende que los objetivos terapéuticos implicados en este abordaje se orientan hacia la modificación de los patrones interaccionales entre las personas, pasando así a considerar los trastornos como patologías de una relación, y no como conflictos individuales. El hecho de pasar a considerar la conducta problemática en el contexto en que se desarrolla, en lugar de abordarla de forma aislada, permite hacer a un lado la idea de causalidad lineal, en pos de la comprensión de la conducta mediante su implicación en un sistema más amplio (Fisch, Segal & Weakland, 1994). De este modo, la perspectiva sistémica aborda la causalidad circular, permitiendo observar tanto a las personas como a los eventos en un contexto de mutua interacción e influencia. En otras palabras, se hace hincapié en la relación entre las personas y los eventos, donde cada elemento define a otro y, a su vez, es definido por otros (Cheung, 2005). Esta idea de circularidad implica que, en la clínica, la modificación de un elemento de la interacción, entendida como sistema, bastará para que se produzca una modificación en el sistema completo. En otras palabras, un cambio mínimo valorado por alguien como tal, será suficiente para que el sistema en su totalidad empiece a modificarse (Beyebach & Rodríguez Mojerón, 1994). Los diversos modelos de intervención sistémicos, si bien poseen principios característicos que los diferencian entre sí, comparten, sin embargo, una serie de premisas básicas comunes. En primer lugar, se considera que la conducta de un individuo es función de la conducta de otras personas con las cuales mantiene relaciones; por consiguiente, la alteración del comportamiento de alguno de ellos conllevará cambios en la conducta de los demás. Por otra parte, las relaciones que se caracterizan por manifestar cierto grado de estabilidad, constituyen a esos individuos en miembros de un sistema, los cuales significan sus conductas. A dichas consideraciones,

se agrega el hecho de que las conductas de los miembros de un sistema giran en torno a dos ejes, ellos son, la interdependencia y la jerarquía. Por último, es importante considerar otra premisa común referente al interjuego de dos tendencias dentro de todo sistema, aquella que puede identificarse como a favor del cambio y su opuesto, que implica una tendencia hacia la estabilidad (Casabianca & Hirsch, 2009).

2.1.4. Consideraciones clínicas: los aportes de Milton Erickson

Como se mencionara anteriormente, los aportes al cuerpo teórico de la terapia sistémica, y por consiguiente, a los modelos estratégicos, provienen de diversos campos. 9

Sin embargo, en lo que respecta a las aplicaciones clínicas, resulta imperioso hacer referencia al reconocido hipnoterapeuta Milton Erickson. Si se considera a Gregory Bateson como el padre teórico de la perspectiva sistémica por su incorporación de amplios aportes teóricos al modelo, es a Erickson a quien se debe reconocer al hacer referencia a las estrategias clínicas y a la brevedad de tiempo implicada en la resolución de situaciones problemáticas. Gran parte de su trabajo ha girado en torno a los fenómenos de la sugestión y la hipnosis, haciendo énfasis en un determinado empleo del lenguaje y la comunicación que permitían cambios rápidos y efectivos en los pacientes. De este modo, Erickson desarrolló una enorme cantidad de estrategias y técnicas de intervención para la resolución de problemas, tanto psicológicos como conductuales, en un período de tiempo considerablemente breve (Nardone & Watzlawick, 2007). Como se verá más adelante, un aspecto importante a tener en cuenta en el trabajo terapéutico, especialmente en lo que respecta a las intervenciones, remite al hecho de hablar el lenguaje del paciente. Esta técnica es una de las maniobras principales dentro de las intervenciones contempladas por la clínica sistémica, y deriva como recurso terapéutico, de la sistematización del estilo ericksoniano por parte del grupo de Palo Alto. En efecto, fue Milton Erickson quien destacó que el hecho de que el terapeuta fuera capaz de aprender a hablar el lenguaje del paciente, era en gran medida responsable de la efectividad de los cambios que podían producirse (Ceberio & Watzlawick, 2008). Como sostiene Wainstein (2006b), el hecho de emplear el lenguaje o patrón idiosincrásico del paciente, permite al terapeuta actuar con libertad dentro de lo que se considere más apropiado para el curso del tratamiento, conservando su capacidad de maniobra. Erickson se distanció de la tendencia a buscar los orígenes primarios de las problemáticas presentadas por los pacientes, pasando a focalizar su atención en el problema específico que ellos presentaban y orientando las intervenciones hacia las acciones que sostenían el mismo, con el objetivo de desestructurarlas. Estas consideraciones clínicas a las que se hace referencia, al igual que diversas técnicas ericksonianas como ser, la evitación de formulaciones negativas, el uso de las resistencias y las intervenciones paradójales, entre otras, serán incorporadas por el grupo del Mental Research Institute de Palo Alto y pasarán a conformar la base de sus desarrollos técnicos y operativos (Ceberio & Watzlawick, 2008).

2.1.5. Modelos estratégicos En lo que respecta a la terapia estratégica, no existe un modelo unificado sino que, por el contrario, se ha desarrollado una variedad de modelos de intervención terapéutica en dicho ámbito. Sin embargo, resulta útil mencionar que existen algunos modelos que se han erigido y consolidado como los de mayor influencia en el área, ellos son, el modelo de Haley y el modelo MRI de Palo Alto. Si bien ambos planteamientos resultan similares en algunos aspectos, es posible considerar la presencia de cuestiones que hacen a su distinción. Desde la perspectiva de Haley, el problema es considerado en base a incongruencias jerárquicas y la terapia se basa, en consecuencia, en aspectos relativos a la gestión de poder. Según los autores, el estilo terapéutico de este modelo se caracteriza por ser marcadamente directivo. En contraposición, desde el enfoque del MRI, se considera que el problema en cuestión se encuentra determinado por un circuito de acciones y retroacciones, mantenidos por las soluciones intentadas que los miembros del sistema han puesto en práctica con el objetivo de hacer frente al problema actual. Por consiguiente, desde este modelo cobra particular interés la conceptualización que las personas tienen respecto a su situación y las acciones que han emprendido en un intento por resolverla (Nardone & Watzlawick, 2007). De este modo, como sostiene Wainstein (2006b), el terapeuta establecerá una serie de prioridades que marcarán el camino a seguir durante el proceso terapéutico. Se hace referencia a la identificación clara del problema, la fijación de metas, el diseño de intervenciones con miras a lograr los objetivos pautados, la evaluación de las respuestas y la posible necesidad de cambio del enfoque y, por último, la consideración de los resultados logrados para determinar la eficacia de su proceder.

2.1.6. El modelo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto Una de las características esenciales del modelo en cuestión reside en el hecho de que se orienta a la modificación de conductas, entendidas siempre en sentido relacional, en un lapso de tiempo breve. Este hecho encuentra su razón de ser en el ideal de autonomía e independencia que subyace al modelo, dado que se considera que la mayoría de las personas poseen recursos suficientes para funcionar de forma autónoma (Berezovsky et al., 1987).

En otras palabras, la mirada se dirige hacia el problema específico que presente el paciente, prestando especial atención al circuito de interacción que sostiene el problema (Szprachman de Hubscher, 2003). Existen una serie de parámetros que permiten sistematizar de manera clara las principales características del modelo en cuestión. En primer lugar, es interesante hacer referencia al foco de análisis, es decir, aquel aspecto al que se presta atención en función de las premisas que subyacen al modelo. Desde la perspectiva del MRI de Palo Alto, el foco se encuentra en los procesos de interacción, es decir, en aquellas secuencias comportamentales repetitivas en las que se inscribe el problema y que conforman un ciclo autopropagante. Por otra parte, en referencia al objeto del cambio, es decir, la parte del funcionamiento del sistema que se intenta modificar, desde el modelo del MRI, se hace referencia a las conductas que se refuerzan mutuamente en su intento por solucionar el problema. Es decir que se busca modificar un circuito comportamental, no porque se lo considere en sí mismo disfuncional sino porque, en el caso específico de que se trate, contribuye al mantenimiento del problema. Este punto se relaciona de manera directa con los ejes mencionados anteriormente en las premisas de los modelos sistémicos, en tanto implica un cambio a nivel de la interdependencia y la jerarquía en torno a las cuales se organiza el sistema. En tercer lugar, es posible hacer referencia al foco de intervención, es decir, a qué miembros del sistema irán dirigidas las intervenciones terapéuticas; foco que abarca, desde el modelo del MRI, a aquellos miembros que se muestren motivados para resolver el problema. En cuanto al lugar de cambio, desde esta perspectiva, se hace hincapié en lo que pueda suceder fuera de las sesiones, en tanto muchas de las intervenciones están dirigidas a provocar modificaciones en el comportamiento de la vida cotidiana. Por último, en lo que concierne a las intervenciones, es importante considerar que el modelo de Palo Alto implementa redefiniciones, las cuales tienen por objetivo desanclar conductas consideradas fallidas frente a la situación problemática. Además, es posible propiciar soluciones alternativas mediante sugerencias y prescripciones directas o paradójales (Casabianca & Hirsch, 2009).

#### *2.1.6.1. El problema*

Desde esta perspectiva, se otorga gran importancia a la clara identificación de la conducta-problema, lo cual implica no sólo definir el qué, sino también quién considera

a la situación de esa manera. De este modo, se vuelve imperioso reservar un lugar de importancia al funcionamiento y persistencia del problema, en tanto se considera que la conducta no existe en sí misma de forma independiente, sino que se configura en torno a las acciones de una persona. Además, cabe destacar que para constituirse en problema, la conducta tiene que manifestarse de modo reiterativo, en el sentido de que, por definición, es problema aquella dificultad que se prolonga en el tiempo (Fisch et al., 1994). Así, la multiplicidad de situaciones a las que apunta el objetivo de la psicoterapia, pueden ser consideradas como un problema en tanto impliquen la existencia o posibilidad de cambio favorable. De este modo se entiende que, al hablar de problema, se hace referencia a un hecho que posee cierta cualidad prospectiva, es decir, que implica una idea de un futuro diferente o más deseable (Casabianca & Hirsch, 2009). Resulta interesante en este punto retomar los planteos de Wainstein (2006b), en especial en lo que respecta a la definición de un problema. En efecto, el autor menciona que los sucesos a los que deben adaptarse las personas refieren a una amplia variedad de interpretaciones, por lo que se vuelve evidente que un problema se manifiesta como una interpretación de los hechos, donde se incluyen también aquellas acciones derivadas de dicha interpretación, que impiden resolver de manera favorable una situación particular. Siguiendo al autor, es posible considerar un problema como una situación que implica la elaboración de un procedimiento y, en este sentido, la posibilidad de reemplazar un procedimiento fallido por otro que se considera eventualmente exitoso, constituye lo que se denomina resolución de problemas. Ahora bien, las quejas que las personas manifiestan en la terapia son, mayoritariamente, construcciones complejas que abarcan una gran cantidad de elementos intervinientes (De Shazer, 1995). Se entiende en este sentido, que los consultantes no arriban con una idea de problema clara y definida, sino con elementos que permiten construirlo. De este modo, en contacto con el terapeuta, esta queja inicial presentada por los consultantes es contextualizada pasando a convertirse en un problema o motivo de consulta (Casabianca & Hirsch, 2009).

*2.1.6.2. Las soluciones intentadas* El modelo del MRI, considera que la determinación del problema se encuentra en las acciones mantenidas por las soluciones intentadas que las personas han puesto en marcha para enfrentar su problemática actual (Nardone & Watzlawick, 2007). De este modo, resulta evidente la importancia que revisten aquellos comportamientos que mantienen el problema en cuestión y las soluciones intentadas llevadas a cabo por los consultantes frente a la situación que se presenta como problemática. El conocimiento de estas cuestiones es de gran valor dado que, en numerosas ocasiones, un esfuerzo o intento de solución de resultado poco exitoso ha sido crónicamente aplicado al problema en cuestión, perpetuando a éste en el tiempo (Budman & Gurman, 1988). En efecto, una solución aplicada de manera inapropiada puede agravar el problema presentado por los consultantes, en lugar de resolverlo. Desde el presente modelo, se considera que muchos de los problemas que los pacientes presentan tienen su raíz en este tipo de soluciones que, al ser implementadas de manera inadecuada, terminan no solo manteniendo sino también reforzando el problema que intentaban solucionar (García & Wittezaele, 1994). En efecto, Goldenberg y Goldenberg (2012) sostienen que las soluciones intentadas no sólo influyen en el mantenimiento del problema, sino que en ocasiones llevan a considerar que las personas afectadas se encuentran reticentes frente a la solución de su problemática. Como sostienen los autores, esta imagen de resistencia no es tal, sino que remite al estancamiento en que se encuentran los consultantes al repetir incansablemente soluciones insatisfactorias en torno al problema. En esta misma línea, es posible considerar que las soluciones intentadas, al ratificar y mantener en funcionamiento el problema, se convierten inevitablemente en una parte del mismo (Szprachman de Hubscher, 2003).

Las soluciones ineficaces a las dificultades que se presenten, incluso aquellas que puedan considerarse cotidianas, son las que pasarán a formar parte del comportamiento que finalmente se evidencie como problemático. El sistema, creyendo que posee una solución adecuada para lidiar con el problema, responderá al mismo mediante la repetición de los patrones interaccionales que produjeron la situación problemática en una primera instancia. Así, una dificultad originaria se verá amplificada por los intentos de solución que le sean aplicados, y en torno a la misma se erigirán una serie de patrones de comportamiento que, por estar implicados en el problema, no serán funcionales ni adaptativos (Goldenberg & Goldenberg, 2012). De manera frecuente, las soluciones intentadas resultan más fáciles de clarificar que los problemas y los

objetivos, dado que las personas pueden usualmente describir sin inconvenientes lo que ha sido hecho a ese respecto. Resulta importante en este punto, el hecho de que los consultantes frecuentemente asumen que los diversos intentos de solución emprendidos son diferentes. Sin embargo, una indagación más exhaustiva demuestra que la mayoría de esos intentos no son más que variaciones de un mismo esfuerzo (Kaufman Quick, 2008). A este respecto, es función del terapeuta influir sobre los consultantes con el objetivo de que logren modificar las diversas soluciones intentadas que fueron implementadas para resolver la situación problemática, que son precisamente las que convierten a la misma en un problema. Esas consideraciones se basan en la idea de que un problema no es más que una dificultad a la que se ha aplicado de modo persistente una solución sin éxito. En este sentido, el objetivo final será sustituir la solución intentada hasta el momento, por otra diferente y efectiva (Berezovsky et al., 1987).

*2.1.6.3. La importancia en el acuerdo acerca de los objetivos* La definición de los objetivos terapéuticos cobra una gran importancia en el modelo estratégico. Esto es así debido a que este paso cumple una doble función en el tratamiento. Por un lado, representa una suerte de guía para el terapeuta, permitiéndole verificar y controlar el avance de la terapia en función de objetivos pautados gradualmente. Por otro lado, el acuerdo acerca de los fines de la terapia y de los objetivos a alcanzar durante el proceso terapéutico, refuerzan la colaboración del paciente, a la vez que aumentan su confianza en el tratamiento. De este modo, se favorece la participación activa del paciente en el desarrollo de la terapia. Otra virtud a considerar respecto a la definición de los objetivos, remite al hecho de que los cambios graduales y los pequeños pasos hacia la solución del problema, permiten generar en el paciente la sensación de que el tratamiento no implica un impulso extremo hacia el cambio, sino un avance sistemático y progresivo, con objetivos concretos, lo cual disminuye la ansiedad y aumenta la colaboración (Nardone & Watzlawick, 2007).

Ahora bien, en miras a alcanzar esa doble función que puede adjudicarse a los objetivos, el terapeuta debe lograr que los mismos respeten una serie de características particulares. En primer lugar, los objetivos planteados deben ser relevantes para los consultantes, y las metas establecidas deben ser concretas, es decir, que se intentará que las mismas estén operacionalizadas en conductas y descritas interaccionalmente. En segundo lugar, los objetivos deben ser alcanzables, lo cual implica que exista una posibilidad real de llevarlos a cabo. Por último, se considera relevante el hecho de que los objetivos sean formulados positivamente, es decir, no como algo que debe dejar de ocurrir, sino como algo que empezará a suceder con mayor frecuencia (Beyebach & Rodríguez Mojerón, 1994).

*2.1.6.4. La estrategia* Con una clara descripción del problema, las diversas reacciones de las personas frente al mismo y las soluciones ensayadas para resolverlo, se pasará luego al diseño de una estrategia siguiendo el diagnóstico efectuado en referencia al circuito que mantiene el problema. Como se mencionara en el apartado anterior, desde esta perspectiva se sostiene que, tanto en la construcción del problema como en el diseño de la estrategia, es necesario orientarse hacia objetivos que constituyan metas mínimas, lo cual permite reducir en gran medida la resistencia al cambio que pueden presentar las personas afectadas (Nardone & Watzlawick, 2007). La etapa de elaboración de la estrategia implica la formulación y ejecución de un proyecto de cambio. Para tales fines, resulta imperioso que el terapeuta posea una línea estratégica de trabajo, la cual consiste en la definición clara de un objetivo que guíe la acción. De igual modo, participan en este proceso las tácticas para el cambio, es decir, los medios que se consideren más adecuados para producir el cambio y lograr los objetivos planteados. A lo largo de esta elaboración de la estrategia de tratamiento, dos aspectos se evidencian como esenciales; uno de ellos es que la misma debe guiar las intervenciones hacia la interrupción del circuito mantenido por las soluciones intentadas. El otro, remite al hecho de que los pasos a seguir en función de la estrategia, deben ser traducidas al lenguaje del paciente (García & Wittezaele, 1994).

Como sostiene Szprachman de Hubscher (2003), la mirada del terapeuta respecto al problema y las palabras que emplee en referencia al mismo, tienen que acomodarse a la manera en que el paciente mismo mira esa realidad. Es decir, la estrategia de cambio puede ser interesante, pero a menos que pueda enmarcarse dentro de la perspectiva que el paciente tiene, del marco de referencia a través del cual concibe su problema, la estrategia no será efectiva.

*2.1.6.5. Intervenciones* Como es posible observar en base a las consideraciones precedentes, la propuesta del modelo radica en partir de una descripción clara de los circuitos de comportamiento que mantienen el problema. Una vez efectuada esta premisa, el paso siguiente consistirá en poner en marcha diversas intervenciones con el objetivo de generar el cambio esperado (Wainstein, 2006b). En otras palabras, las intervenciones que se realicen en base a la estrategia planteada, tendrán como fin la interrupción del circuito de comportamiento y la alteración del ciclo que perpetúa el problema (Nardone & Watzlawick, 2007). Las consideraciones anteriores permiten evidenciar la importancia que reviste el hecho de establecer estrategias de interacción de características diferentes, favoreciendo así un afrontamiento más viable de las situaciones generadoras de malestar (Wainstein, 2006a). En consecuencia, la terapia estratégica consiste en un tipo de intervención terapéutica que tiene por fin la solución del problema presentado por el paciente, mediante la reestructuración de las reacciones comportamentales y del modo particular de percibir la realidad de la situación. A tal efecto, resulta fundamental el logro de una clara definición del problema y de la interacción disfuncional que facilita su mantenimiento. De igual importancia se considera el acuerdo respecto a los objetivos de la terapia, en tanto el mismo resulta relevante no sólo como guía para el terapeuta, sino que también permite al paciente sentirse una parte activa del proceso, favoreciendo así la motivación y colaboración del mismo (Nardone & Watzlawick, 2007). El cambio comportamental al que se hace referencia, puede ser facilitado o provocado por distintos tipos de intervenciones, tendientes a ejercer influencia tanto en el encuentro terapéutico, como en aspectos de la vida cotidiana de los consultantes vinculados al motivo de consulta presentado (Berezovsky et al., 1987). Resulta interesante considerar en este punto, el hecho de que, en la base del modelo del MRI, se encuentra una fuerte expectativa de cambio. Sin embargo, la misma no se traduce explícitamente en el campo de la práctica. En efecto, en la aplicación del modelo se hace hincapié en aquellos cambios mínimos pero progresivos, que pueden acontecer a lo largo del proceso terapéutico. En este sentido, con el objetivo de promover el cambio, se urge a los consultantes a ser escépticos frente a cambios repentinos y dramáticos, considerando que esta restricción producirá el efecto esperado al constreñir a los pacientes a ir en sentido contrario al pesimismo del terapeuta (Goldenberg & Goldenberg, 2012). Como sostienen Nardone y Watzlawick (2007), un hecho a tener presente a la hora de generar intervenciones en el proceso terapéutico, es que las mismas deben conllevar una experiencia de cambio concreta.

Considerando lo expuesto anteriormente, se entiende que el objetivo de las intervenciones aplicadas será bloquear del circuito de soluciones intentadas presentado por el consultante y la consecuente modificación de la mirada que hasta el momento se ha tenido respecto al problema. En este punto es importante tener en cuenta que, la influencia que subyace a este tipo de procedimientos, requiere de un aspecto esencial en este modelo de terapia, que consiste en que el terapeuta debe adaptar su propio lenguaje a la idiosincrasia y al estilo comunicacional del consultante, logrando así la disminución de la resistencia al cambio (Wainstein, 2006b). Resulta importante mencionar además, que los procedimientos utilizados tienen la particularidad de ser directivos, característica que implica la idea de actividad. En efecto, cualquier comunicación sea explícita o implícita, se conforma como un mensaje que implica la idea de que la persona que lo recibe haga algo (Wainstein, 2006b). Centrando la atención en los tipos específicos de intervenciones instrumentadas desde el modelo, y tal como se mencionara anteriormente al hacer referencia a las características del mismo, es posible considerar diferentes tipos de procedimientos tendientes a generar el cambio esperado (Casabianca & Hirsch, 2009).

Un primer grupo de intervenciones se encuentra conformado por las reformulaciones. Este tipo de procedimiento apunta a modificar el encuadre particular que se ha desarrollado hasta el momento respecto al problema que presenta el consultante (Wainstein, 2006b). En esencia, alude a aquellas adjudicaciones de significado en relación a conductas relacionadas con el motivo de consulta que sean efectuadas por el terapeuta, con el objetivo de modificar la percepción o encuadre que el sistema consultante tiene respecto a las mismas. El objetivo será desanclar aquellas conductas fallidas que se erigen en torno a la situación planteada como problemática (Casabianca & Hirsch, 2009). Este tipo de intervención puede estar dirigida a la naturaleza puntual del problema o al significado atribuido a las soluciones intentadas. Lo esencial en este tipo de procedimientos, es que la reformulación sea elaborada de manera que el consultante no pueda refutarla mediante la incorporación de nuevos datos hasta entonces desconocidos. Este hecho remarca la importancia adjudicada al amplio conocimiento del problema presentado, previo a la aplicación de una intervención (Berezovsky et al., 1987). Un segundo grupo de intervenciones se encuentra conformado por las sugerencias, entendidas como aquellas alternativas de acción propuestas por el terapeuta. Este tipo de procedimiento, sin llegar a instar al consultante a realizar un cambio determinado, le ofrece un margen de elección; es decir, que las

sugerencias pueden ser rechazadas sin que este hecho implique una idea subyacente de desobediencia (Casabianca & Hirsch, 2009). El último grupo de procedimientos a los que se hará referencia, se encuentra conformado por las llamadas prescripciones. Las mismas consisten en aquellas verbalizaciones llevadas a cabo por el terapeuta, cuyo objetivo radica en que el consultante pueda emprender acciones específicas que impliquen una suerte de incompatibilidad respecto a la solución intentada hasta el momento (Berezovsky et al., 1987). En otras palabras, las prescripciones aluden a toda indicación explícita de comportamiento a ser cumplida, o bien, desafiada. Las primeras refieren a lo que se conoce como prescripciones directas, y aluden al hecho de pedirle algo al paciente con el objetivo de que lo haga. Este tipo de prescripciones son pasibles de ser utilizadas con pacientes colaboradores y que presentan una baja resistencia al cambio. Las segundas, caracterizan a las prescripciones paradójales, es decir que refieren al hecho de pedirle al paciente que haga algo con el objetivo de que no lo cumpla. Se entiende en este sentido, que la influencia ejercida mediante este tipo de intervención tiene la cualidad de generarse por una vía indirecta, instando al paciente a cambiar mediante oposición (Wainstein, 2006b). Cabe destacar por último, que las prescripciones engloban un tipo de maniobra ampliamente utilizado desde el modelo del MRI que consiste en la asignación de tareas. Se hace referencia a aquellas actividades específicas solicitadas por el terapeuta, para ser realizadas por el consultante entre sesiones (Berezovsky et al., 1987). Al igual que las demás intervenciones mencionadas, las tareas configuran un medio para generar cambios. La importancia de este tipo de maniobra radica en que permite intensificar el vínculo establecido entre el terapeuta y el consultante, haciendo extensivo además, el efecto de las intervenciones al terreno de la vida diaria de la persona. De esta manera, se ubica al consultante frente a situaciones cotidianas en las cuales implemente experiencias de afrontamiento dirigidas hacia el logro de un cambio en las conductas que presenta (Wainstein, 2006b).

2.1.7. Características de la terapia de pareja desde el modelo estratégico del MRI  
Centrando la atención en lo que respecta a la aplicación del modelo al tratamiento con parejas, es importante considerar que en la base del proceso, al igual que sucede con el tratamiento individual, lo que se encuentra es una queja inicial que presentan los consultantes, y teniendo en cuenta que es un modelo orientado hacia la resolución de problemas, si no existe una queja inicial podría considerarse que no existe problema. A nivel de pareja, esto significa que comportamientos tales como el distanciamiento o compromisos inestables, pueden resultar disfuncionales para algunas parejas, en tanto

que adaptativos para otras (Cleary, Rohrbaugh, & Shoham, 2008). Frecuentemente, los hechos que conducen a una pareja a terapia son interacciones negativas y el significado atribuido a las mismas. Significados que afectan ampliamente la manera en que los individuos interpretan dichas interacciones, generando impacto también en su manera de sentir, pensar y comportarse a ese respecto (Nelson, 2010).

Diversas variables confluyen en la situación que se plantea frente a una terapia de pareja, y en este formato, es importante que se tengan en consideración muchas de ellas. Se hace referencia al hecho de que, a los diversos aspectos que hacen a la vida de cada uno de los miembros de la pareja, se añaden aquellos que tienen en común, como ser la etapa de ciclo vital en que se encuentran o el estilo de interacción que presentan entre ellos. En conjunto, estas variables afectan no sólo a la pareja, sino también a la manera particular en que ambos individuos perciben los problemas, generando cierto impacto además, sobre los recursos con que cuenta la pareja para solucionar los mismos (Cheung, 2005). Como sostiene Guevara (2007), cada miembro de la pareja se presentará a consulta exponiendo su experiencia particular de la interacción común, en la cual se incluye además, el modo propio de interacción que cada uno haya ido desarrollando y construyendo a lo largo del tiempo que lleve la relación. Esta construcción denota el hecho de que la relación de pareja no se constituye jamás en algo dado, sino que deriva del trabajo llevado a cabo por los participantes en el intento de establecer un tipo de relación que resulte apropiada para ambos. Como señala el autor, es común que esta experiencia particular de cada uno de los participantes se exponga en la terapia a modo de presentación de pruebas respecto al problema, intentando cada uno legitimar de este modo su propia perspectiva respecto al mismo, dejando entrever así las pautas que llevan a mantener en acción el problema por el cual consultan. De este modo, se considera que una de las finalidades a que aspira la terapia de pareja, consiste en permitir la emergencia de nuevas posibilidades de respuestas, aumentando la flexibilidad de la pareja, y favoreciendo así un rango de comportamientos más amplio (Cheung, 2005). Otra característica a tener en cuenta en el tratamiento de una pareja, y que lo diferencia del proceso individual y familiar, reside en el hecho de que en las entrevistas de pareja se presenta constantemente una suerte de interjuego entre aspectos relacionales e individuales, con mayor énfasis en el primero de ellos. De igual importancia se consideran los aspectos que refieren a la construcción de la consulta, en tanto permitirán reconocer cuáles fueron inicialmente los hechos que determinaron la intención de la consulta y la forma en que la decisión fue tomada. Estos aspectos

permiten inferir datos acerca de la pauta relacional y el clima emocional de la pareja (Bernales et al., 2002). En efecto, los problemas de pareja podrán ser trabajados a la luz del presente formato, si los consultantes pueden aceptar que ambos son responsables por el problema que presentan y asumen la responsabilidad en la solución del mismo. Es necesario en este sentido, que los dos miembros de la pareja reconozcan el conflicto y se encuentren, en cierta medida, dispuestos a negociar (Berezovsky et al., 1987). Otro aspecto importante a tener en cuenta en este formato de tratamiento, remite al hecho de focalizar la atención en los recursos que ya poseen y en utilizarlos con el objetivo de detectar aquellos aspectos de la pareja que pueden servir de apoyo para el tratamiento. En virtud del énfasis en los recursos, la información relevante para el logro de los objetivos propuestos girará en torno a la descripción de situaciones en las cuales no se presenta el problema, es decir, en excepciones; en el reconocimiento de problemas resueltos con anterioridad, en las habilidades que posee la pareja, los aspectos que los unen y las áreas de la vida en las cuales pueden desenvolverse con éxito (Guevara, 2007).

## **2.2. Metodología**

### **2.2.1 Participantes**

La pareja consultante está compuesta por una mujer, de 47 años y un hombre de 52 años, quienes conviven con sus dos hijos de 15 y 20 años. Al momento de la consulta, ambos refieren que desde hace tiempo algo no está funcionando en su relación, manifestando dificultades en la comunicación y discusiones con alto contenido de agresividad verbal. Es importante considerar además, que la pareja se ha separado en ocasiones debido a esta problemática y, previo a la primera consulta con la terapeuta, se encontraban atravesando una situación de tales características.

### **2.2.2. Instrumentos**

- Entrevista de admisión: en la misma, figuran datos referentes a la historia y circunstancia actual del motivo de consulta, tratamientos anteriores y actuales, posiciones y lenguaje de la pareja, diagnóstico del circuito, motivación respecto al tratamiento y observaciones que el admisor considere pertinentes para el terapeuta a quien se deriva la pareja.
- Historia clínica: está conformada por datos relativos al motivo de consulta, eje temático de la sesión y clima motivacional, respuestas de la pareja a momentos referentes a sesiones previas, intervenciones principales, respuesta de los consultantes

frente a las intervenciones, estrategia implementada por el terapeuta y consultantes citados para la próxima entrevista.

- Entrevista de seguimiento: consiste en una entrevista telefónica a los consultantes mediante la administración de un protocolo estandarizado. En el mismo se incluyen aspectos relativos al estado actual del problema que motivó la consulta, implicación de la mejoría en otras áreas de la vida, expectativas cumplidas, tareas realizadas durante las sesiones, inclusión de terceros en las entrevistas y relación con el terapeuta.

2.2.3. Procedimiento Para el relevamiento de los datos se trabajó con la lectura de la entrevista de admisión. De igual modo, se trabajó con el análisis de la historia clínica de la pareja consultante realizada por la terapeuta a cargo del tratamiento. Por último, se trabajó con los datos derivados de la encuesta de seguimiento realizada por la pasante a la pareja una vez finalizado tratamiento. La misma fue realizada aproximadamente 4 meses después de la última sesión, dentro del marco de la evaluación llevada a cabo a la terapeuta a cargo del tratamiento.

### **2.3. Análisis de los objetivos**

2.3.1. La queja inicial y la co-construcción del motivo de consulta En lo que respecta a la descripción de la queja inicial presentada por la pareja en tratamiento y el motivo de consulta que se construye a partir de la misma, se considera relevante la información recabada tanto en la admisión como en la primera sesión.

Es importante considerar en este punto el hecho de que, comúnmente, los consultantes llegan a consulta con una descripción vaga de la situación generadora de malestar, y es en contacto con el terapeuta donde se co-construye el problema en función de la queja inicial presentada (Casabianca & Hirsch, 2009). En efecto, al momento de la consulta de admisión, V hace referencia al problema que presenta la pareja diciendo: *“Algo no está funcionando en la relación...nos tratamos mal constantemente y llegamos a ser muy agresivos. No nos podemos comunicar...nos anticipamos a lo que el otro piensa y terminamos discutiendo siempre”*. Ambos reconocen que no pueden dejar de tratarse mal y ser agresivos. Estos primeros comentarios de la pareja consultante respecto al problema que presentan, es lo que constituye la queja inicial a partir de la cual se construirá, con la guía del terapeuta y la información que brinden los consultantes, el problema o motivo de consulta. En consecuencia, una indagación más profunda respecto al problema presentado y a la historia del mismo, permite tomar conocimiento acerca de que los problemas comunicacionales a que hacen referencia tienen una larga

historia en la relación. Ambos reconocen que han tenido numerosas discusiones con alto contenido de agresividad y que, en los últimos cuatro años, la frecuencia de las mismas ha aumentado considerablemente. En relación a su visión del problema, V sostiene: *“P tiene una manera particular de decir las cosas, y en especial cuando habla conmigo... yo me siento maltratada. La verdad es que en 20 años de relación siempre fui yo la que intenté modificar esta situación y nunca tuve éxito... hoy en día me planteo seriamente si esta relación puede ser sostenida”*. En cuanto al aspecto puntual que motivó la consulta, los consultantes hacen referencia a una discusión reciente. La misma se generó en el marco de un encuentro que tuvieron para hablar de sus problemas y dicha escena es la que se configura como detonante en la decisión de buscar ayuda profesional. Según comenta P: *“En este último tiempo tuvimos encuentros en los que nos juntábamos a hablar para ver qué nos estaba pasando... para tratar de ver si lo podíamos resolver. Y en uno de esos días volvió la discusión. V me dijo que ella notaba cambios en mí, y eso me hizo bien... pero en seguida dijo que ella dudaba que vaya a ser duradero y que no creía que esta vez lo pudiésemos solucionar. Yo sentí que esta vez hablaba en serio, sentí que me iba a dejar, que la perdía”*. Por su parte, V hace referencia al mismo hecho diciendo: *“Yo se que él está diferente, lo noto... pero ya hemos pasado por esto muchas veces... y cuando las cosas empezaban a marchar bien empezábamos de nuevo la relación... y al tiempo las discusiones de nuevo... eso pasó y pasó... y sinceramente esta vez no estoy dispuesta a empezar de nuevo si el cambio que veo en él es solo temporal como ha sido antes. Ya no tengo tolerancia para eso”*. Un hecho a destacar en lo que respecta a la situación actual de la pareja, remite al hecho de que los consultantes se encuentran distanciados y no conviven, situación que se ha mantenido durante los dos meses previos a la primera consulta. Reconocen además, que no es la primera vez que deciden distanciarse debido a las fuertes discusiones que manifiestan, sino que en el pasado también han optado por solucionar de este modo el problema. Las preguntas de la terapeuta respecto a otras posibles soluciones que la pareja haya implementado en respuesta al problema que presentan, deriva en el siguiente comentario por parte de V: *“La verdad es que siempre terminamos distanciados... nunca cortamos el contacto completamente porque tenemos a los chicos, así que siempre nos seguimos viendo... pero en realidad más que dejarnos de hablar por un tiempo, o enojarnos hasta el cansancio al punto de decidir no convivir más, otra cosa no hemos hecho... y a decir verdad sólo funcionó como paliativo porque el problema sigue estando”*. Estos intentos por solucionar el problema, revisten gran

importancia en el abordaje postulado desde el modelo del MRI. En efecto, los intentos de solución poco exitosos no hacen más que mantener y perpetuar el problema en el tiempo. Además, la repetición sostenida de soluciones insatisfactorias puede llevar a los consultantes a una suerte de estancamiento en torno al problema que presentan (Goldenberg & Goldenberg, 2012). Sin embargo, la pareja reconoce que lo distintivo en esta oportunidad, reside en el hecho de que han comenzado a tener encuentros reflexivos, según sus propias palabras, en los cuales conversan acerca de sus problemas. A este respecto, V reconoce que fue ella quien sugirió el inicio de la terapia, dado que teme que la leve mejoría que pueda presentarse en su relación sea sólo temporal y considera que ya no tiene margen de tolerancia para los problemas que surgen en la relación. Frente a esto, P hace referencia al hecho de que, en ocasiones, se expresa de mala manera y ha llegado a tener miedo de hablar con su mujer y provocar su enojo, debido a no encontrar una manera adecuada de decir las cosas. Refiere estar dispuesto a que Victoria recupere la confianza en él dado que en ésta oportunidad sintió que definitivamente la perdía. En sus propias palabras comentó: *“Yo tengo mi carácter, a veces mala forma...yo tengo miedo de hablar. Pienso como puedo decírselo para que no se enoje. Vivo pensando en mis actitudes. Estoy dispuesto a que ella recupere la confianza. Yo sentí que la perdía definitivamente. Esta vez hablamos con los chicos y yo estoy haciendo un esfuerzo para que ella recupere la confianza, puedo intentar cambiar”*. Al indagar acerca del objetivo que busca la pareja en la terapia, V comenta: *“Queremos saber qué es lo que está pasando en la relación...no puede ser que siempre estemos discutiendo por todo”*. Frente a esto, P agrega: *“La verdad que llegamos a la conclusión de que no es algo que podamos hacer solos, porque lo hemos intentado y no funcionó”*. El objetivo planteado por la terapeuta es que ambos puedan llegar a reconocer qué aspectos del otro lo irritan con el fin de reaccionar sin agresiones. Esta información, obtenida a raíz de la indagación efectuada por la terapeuta respecto a la información presentada por los consultantes, permite que el sistema terapeuta-consultantes llegue al planteo de un problema claro y específico. El mismo remite a dificultades en la comunicación con la presencia de discusiones con alto contenido de agresividad verbal. Esta descripción del problema o motivo de consulta será la clave para el posterior avance del tratamiento, dado que de este punto inicial dependerán las intervenciones y estrategias que se decidan implementar.

2.3.2. El circuito autoperpetuante que mantiene la conducta problema En lo que respecta a la descripción del circuito que mantiene la conducta-problema presentada por la pareja, fue posible encontrar abundante información en la historia clínica del caso.

Se considera que este hecho se debe a que, como se mencionara anteriormente, el foco de la terapia se ubica en los procesos de interacción, es decir, en las secuencias de comportamiento que conforman el circuito autoperpetuante que mantiene el problema (Casabianca & Hirsch, 2009). Tomando en cuenta estas consideraciones, y el hecho de que la situación problemática presentada por la pareja consultante se erigía en torno a fuertes discusiones, en las diferentes sesiones se abordaron numerosas cuestiones y escenas referentes a las situaciones que relataba la pareja con el objetivo de trabajar el patrón de interacción presentado. Las mismas fueron abordadas haciendo hincapié en el circuito de interacción que la pareja describía. Es por este hecho que fue posible contar con la descripción de varias escenas de discusión de la pareja, las cuales serán abordadas en el presente punto. Estos planteos resultan de vital importancia para el curso del proceso terapéutico, dado que las intervenciones que se lleven a cabo tendrán por objetivo la interrupción del circuito de comportamiento a que se hace referencia (Nardone & Watzlawick, 2007). En el presente caso, el circuito de comportamiento tenía en su base una serie de cuestiones que incesantemente se repetían, sin importar el contenido de la discusión o su contexto. En efecto, los gestos, la interrupción y el sentimiento de descalificación se encontraban en todos los casos en el inicio de las situaciones problemáticas presentadas por la pareja. Con el objetivo de ejemplificar de manera clara las consideraciones precedentes, se detallan a continuación ejemplos de circuitos interaccionales definidos como tales por la terapeuta a cargo del tratamiento. Los mismos fueron transcritos de la historia clínica de la pareja consultante.

- V gusta de ir a cenar a restaurantes - P accede pero luego se olvida de hacer reservas - V reacciona con enojo y reclamando a su esposo la falta de compromiso con la pareja - su enojo incomoda a P quien reacciona de modo intempestivo - V se enoja aún más al sentir que su esposo no la escucha.

- P hace referencia al hecho de que ha bajado de peso - V, que ha tenido problemas con la dieta y ha visitado gran cantidad de nutricionistas, responde a los comentarios de su esposo diciendo que lo que él sostiene no es posible - ambos repiten sus puntos de vista sobre la cuestión - ella considera que él no valora su experiencia y siente ese hecho como una agresión.

- P comenta que adhiere al pensamiento de un tercero -V reacciona diciendo que eso no es un pensamiento suyo ya que no tiene argumentos suficientes para avalar lo que dice - esto desata el enojo de P - V responde insistiendo en que tenga una opinión propia y formada – el enojo de P aumenta llegando a una discusión fuerte.

Como se puede observar en los ejemplos presentados, las reacciones de ambos frente a actitudes del otro refuerzan aún más el circuito, dado que tanto V como P reaccionan de manera visceral frente al enojo de su pareja. Además, tal como mencionaran los consultantes en varias sesiones, las actitudes de ambos se ven reforzadas a su vez, por el hecho de que al enojo experimentado se adjuntan sentimientos de descalificación, desvalorización y sensación de poco compromiso con la pareja. En efecto, trabajando las situaciones a que se hace referencia, en una de las sesiones V comentó: *“La verdad es que yo me siento desvalorizada cuando el se pone a hacer gestos en medio de una discusión...eso me molesta mucho y me enoja más...y terminamos poniéndonos mucho más agresivos”*. Otro aspecto al que V hizo referencia durante las sesiones, refiere a las discusiones que se presentan cuando ella está hablando y es interrumpida. En efecto, menciona que en situaciones de esas características, cuando P la interrumpe, ella siente que no la está escuchando lo cual genera su enojo. Como consecuencia, el tono de la discusión se eleva, dado que P responde de manera agresiva frente a esto. Trabajando este tipo de situación en particular, V comenta: *“Creo que esto que me pasa con Pedro cuando me interrumpe, es una cuestión mía...porque si bien cuando nos pasa llegamos a fuertes discusiones, con otras personas también me pasa...no en esta medida...pero si me interrumpen me enoja, sea P o no”*.

Las diferentes situaciones a las que se ha hecho referencia fueron abordadas a lo largo de diversas sesiones, dado que, con el objetivo de detectar el patrón de interacción presentado por la pareja, cada escena de discusión planteada por los consultantes fue tomada como eje temático de las sesiones. Como consecuencia, a medida que fue avanzando el proceso terapéutico se fueron generando cambios en los circuitos previamente mencionados, logrando así que las discusiones comenzaran a mermar de manera progresiva. Estas cuestiones se abordarán más adelante, cuando se haga referencia a los cambios producidos en la pareja consultante.

2.3.3. La estrategia de tratamiento: pasos hacia el logro de los objetivos Establecido así tanto el motivo de consulta como el circuito que mantiene la conducta-problema, se hará referencia a la estrategia de tratamiento propuesta por la terapeuta. Tomando la información presentada en la primera sesión del tratamiento, se toma conocimiento de que la estrategia propuesta consiste en trabajar el vínculo de la pareja al igual que las situaciones que generan agresión. Además, se propone abordar las fortalezas de la pareja y, las ventajas y desventajas del cambio. Considerando que el punto central del problema presentado por la pareja consultante y al cual atribuyen su malestar, refiere a situaciones interaccionales en las cuales se evidencia un alto nivel de agresión, se comprende el hecho de que se tome el vínculo de la pareja como un aspecto importante a trabajar. Además, es importante recordar que al inicio del tratamiento, los consultantes mencionaron que se encontraban viviendo separados lo cual evidencia el nivel de malestar que se ha alcanzado como consecuencia de los problemas anteriormente mencionados. Siguiendo esta línea de trabajo, durante las sesiones se abordaron como eje temático, cuestiones relativas a los aspectos de cada uno que les resultaron atractivos cuando se conocieron, las características de cada uno y las cosas que admiran de su pareja. A este respecto V comenta: *“Él es una persona muy sociable, establece buenos vínculos con los demás y es muy correcto en el trato...yo veo eso en él, sin embargo pareciera que soy la única persona a la cual dirige sus agresiones”*. Por su parte, P hace referencia a las cualidades de su esposa diciendo: *“Ella tiene muchas cualidades buenas, es una persona generosa y sensible...y tiene una gran capacidad para ponerse en el lugar del otro”*. De este modo, ambos reconocen cualidades que valoran en el otro, coincidiendo con la terapeuta en el hecho de que, más allá de la situación particular que se encuentran atravesando en el momento, muchas de esas cosas que los unieron en el inicio de la relación se encuentran hoy aún presentes.

En concordancia con este aspecto a trabajar, se encuentra el abordaje de las situaciones generadoras de agresión. En efecto y como se mencionara con anterioridad, son estas situaciones las que configuran el problema y a las cuales se intentará modificar en el transcurso del tratamiento, por lo que el abordaje de las mismas se presenta como un imperativo para el exitoso alcance de los objetivos que tanto consultantes como terapeuta han propuesto. El abordaje de las situaciones a que se hace referencia, permite echar luz sobre el patrón de interacción que la pareja presenta, denotando aquellos estilos de respuestas de cada uno que, inevitablemente, llevan a una escalada en la discusión. Resulta interesante mencionar en este punto, el hecho de que el estilo de cada

uno, sumado al estilo particular de interacción que presentan, se configuran como variables que afectan no sólo a la pareja, sino también a los recursos con que cuenta la misma para hacer frente a una determinada situación problemática. Estos aspectos generan efecto además, en la manera en que cada uno de ellos percibe el problema (Cheung, 2005). En este sentido, a lo largo de las sesiones se trabajaron cuestiones relativas al estilo particular de cada uno y a la manera en que el mismo se evidenciaba en las discusiones que se sucedían en la pareja. A este respecto, V comenta: *“Entiendo que a veces nuestras discusiones son por cosas banales y entiendo también que tiene que ver con nuestro estilo. Por ejemplo, cuando el me interrumpe yo lo siento en el cuerpo...y a veces en vez de ir al grano, lo quiero ir llevando hacia el pensamiento que yo tengo...el se ofusca porque dice que no lo dejo hablar y yo siento agravio porque él se adelanta a lo que yo quiero decir”*. Además reconoce el hecho de que usualmente ella infiere los pensamientos de P, adjudicándole a los mismos la idea de descalificación o desvalorización, lo cual inevitablemente deriva en mayor agresión debido a las sensaciones que dichas cuestiones le generan. En efecto, V comenta: *“Una de las cosas que más me irritan de P son sus gestos, los gestos que hace cuando está hablando....y también el trato que tiene para conmigo”*. Es útil recordar en este punto, el hecho de que P mencionara durante la primera sesión que posee un carácter particular y que suele decir las cosas de mala manera.

Trabajando estas cuestiones y la forma en que cada uno reacciona frente a las discusiones que presentan, V refiere: *“Yo se que soy una persona demandante y muy exigente...a veces puedo ser un poco autoritaria...y muchas veces me siento afectada por cuestiones que tal vez para otros pasan desapercibidas”*. Como sostiene Guevara (2007), en la terapia de pareja los consultantes suelen desplegar su experiencia particular respecto a la problemática a modo de presentación de pruebas y legitimación de su propio punto de vista, dejando en evidencia las pautas que llevan a mantener en acción el problema por el cual consultan. De esta manera, se fueron trabajando las diversas situaciones generadoras de agresión y el estilo particular de interacción que se evidenciaba en las mismas, con el objetivo de que los consultantes comenzaran a detectar los patrones interaccionales y también las características particulares de cada uno que inevitablemente reforzaban los circuitos generados. Pasando al abordaje de las fortalezas de la pareja planteado como estrategia de tratamiento, es importante considerar que las mismas revisten importancia para tomar conocimiento acerca de diversos aspectos de gran valor para el exitoso desarrollo del proceso terapéutico. En

efecto, Guevara (2007) sostiene que en virtud del trabajo con los recursos de la pareja, se consideran relevantes aspectos relativos a situaciones en las cuales no se presenta el problema y en el reconocimiento de problemas resueltos con anterioridad, a lo cual se suman las habilidades que posee la pareja y los aspectos que los unen. Un punto importante a este respecto, refiere a la búsqueda de excepciones, es decir, de situaciones en las cuales no se haya presentado el problema. Sirve de ejemplo en este punto, el hecho de que la pareja comentara que, a diferencia de lo sucedido en separaciones anteriores, en esta oportunidad habían tenido encuentros esporádicos en los cuales reflexionaban acerca de sus problemas. Si bien hicieron referencia al hecho de que las discusiones seguían sucediendo, es útil reconocer que, según sus palabras, durante esos encuentros lograban no enojarse tanto.

Si bien no fue posible encontrar otros hechos de tales características en los comentarios iniciales de la pareja consultante, con el correr del tiempo comenzaron a surgir aspectos relevantes en el curso del tratamiento. En efecto, alrededor de la quinta sesión, al hacer referencia a una determinada discusión que habían experimentado los consultantes, se tomó conocimiento de que el nivel de agresión había sido mucho menor en comparación con las discusiones iniciales, y que ambos habían podido reconocer con posterioridad su error o responsabilidad respecto a lo sucedido. Abordar estas cuestiones connotando positivamente el cambio permite validar los recursos con que cuenta la pareja y las herramientas que la misma ha ido adquiriendo a lo largo del proceso terapéutico. Otro punto a considerar a este respecto, refiere a aquellos aspectos que unen a la pareja. Considerando este hecho, se trabajó en las sesiones con aquellos gustos e intereses de cada uno, las cosas que les gusta compartir y las que no. Se llegó así a tomar conocimiento de que presentaban importantes diferencias. En efecto, Victoria dice ser una persona casera que disfruta mucho de la lectura. Por su parte, Pedro difiere de esos gustos diciendo que él es una persona más social y que no comparte el gusto por la lectura que posee su esposa. Se observa así, que los aspectos que unen a la pareja giran más en torno a cuestiones que cada uno admira del otro, y no tanto en cuanto a intereses comunes. En el próximo apartado se hará referencia a una intervención particular implementada por la terapeuta a este respecto. En resumen, se considera que el hecho de focalizar la atención en los recursos que posee la pareja, permite identificar aspectos de la misma que puedan configurar una suerte de apoyo para el desarrollo del tratamiento (Guevara, 2007). Por último, las ventajas y desventajas del cambio conforman un punto central en el trabajo terapéutico desde el modelo del MRI. En efecto, los fundamentos

teóricos del modelo llevan a considerar el hecho de que todo sistema desarrolla su funcionamiento sobre un eje que oscila entre el cambio y la estabilidad (Vargas Ávalos, 2004). Este hecho lleva a considerar que cualquier modificación que se desee ejecutar al interior de un sistema, inevitablemente despertará el movimiento del mismo sobre el eje mencionado, dado que el cambio implicará una ruptura en el equilibrio hasta entonces logrado por el sistema en cuestión. Estos planteos son los que permiten entender la importancia que reviste en la práctica clínica, el hecho de anticiparse al posible retroceso que el sistema consultante pueda llegar a presentar frente a un intento de modificación o cambio. Además, la referencia a posibles desventajas del cambio, como a las probabilidades de que el cambio no pueda concretarse, configuran una técnica estratégica empleada desde el modelo del MRI, mediante la cual, instando a los pacientes a permanecer escépticos frente al cambio se busca que los mismos respondan a dicha restricción produciendo el cambio esperado (Goldenberg & Goldenberg, 2012). Como aspectos relativos a las ventajas del cambio es útil reconocer que en numerosas ocasiones la terapeuta reconoció positivamente el hecho de que las discusiones hayan comenzado a mermar. De igual modo, los recursos que la pareja fue adquiriendo con el paso del tiempo dentro del tratamiento también fueron destacados como algo positivo a favor del cambio, lo cual fue reconocido de igual modo por los consultantes. En cuanto a las desventajas del cambio, hacia el final del tratamiento, cuando los consultantes comenzaron a compartir mayor tiempo juntos y a analizar las posibilidad de volver a convivir, la terapeuta hizo referencia a posibles dificultades que se podían llegar a presentar a ese respecto. En efecto, en sus propias palabras la terapeuta sostuvo lo siguiente: *“Ustedes están empezando a comprender más claramente como funcionaban las discusiones y eso es algo positivo...también es bueno que hayan empezado a verse más seguido...sin embargo puede ser que surjan nuevos roces entre ustedes porque eso es lo que pasa en las parejas...cuando uno convive con otra persona siempre existe la posibilidad de que haya discusiones, eso puede pasar”*. Por otra parte, la terapeuta también hace referencia a las discusiones de la pareja diciendo: *“Ustedes llevan más de 20 años de relación y en ese tiempo han generado un estilo de interacción particular que ahora están intentando cambiar....es claro que puede ser difícil y también que por eso sigan teniendo discusiones más allá de que hayan comenzado a incorporar nuevos recursos”*. Por último, es posible considerar también como estrategia el espaciado de las sesiones que se comenzó a implementar hacia el final del tratamiento. En efecto, a medida que la pareja fue encontrando mayores recursos para evitar las situaciones

generadoras de agresión, la terapeuta a cargo propuso espaciar las sesiones con el objetivo de observar si las nuevas herramientas adquiridas se sostenían en el tiempo y fuera del proceso terapéutico.

2.3.4. Tácticas para el cambio: las intervenciones terapéuticas Pasando a considerar las intervenciones implementadas por la terapeuta a lo largo del tratamiento, para su mejor comprensión se hará referencia a las mismas considerándolas según los tipos de intervenciones detalladas anteriormente.

Los datos que se presentan a continuación, son transcripciones textuales de las intervenciones formuladas por la terapeuta, las cuales fueron tomadas de la historia clínica de la pareja consultante. El análisis de la misma, permite tomar conocimiento de que a lo largo del proceso terapéutico, se implementaron sugerencias, prescripciones y reformulaciones, constituyendo estas últimas la mayoría de las maniobras implementadas. Cabe destacar por último, que las intervenciones que se presenten bajo el rótulo de reformulaciones, fueron clasificadas como tales por la terapeuta a cargo del tratamiento, figurando bajo ese nombre en la historia clínica. Por el contrario, los ejemplos que se expongan acerca de sugerencias y prescripciones fueron clasificados a los fines del presente trabajo y con el objetivo de facilitar su abordaje, dado que no se encontró en la historia clínica clasificación alguna a ese respecto. Previo a la descripción de las mismas, resulta útil recordar que las intervenciones estarán dirigidas a provocar una interrupción en el circuito de comportamiento, alterando de este modo, el ciclo que perpetúa el problema (Nardone & Watzlawick, 2007). Centrando la atención en las intervenciones realizadas, se hará referencia en primer lugar a las reformulaciones, entendidas como un tipo de procedimiento que tiene por objetivo la modificación del encuadre particular que se ha desarrollado hasta el momento en torno al problema presentado (Wainstein, 2006b). A continuación se detallan las intervenciones que se consideran pertenecientes a este primer grupo:

▪ *Seguramente hubo cosas que les gustaron del otro cuando se conocieron, y más allá de las diferencias que puedan presentarse, es muy probable que muchos de esos aspectos que les resultaron atractivos en un momento estén aún presentes.*

La reformulación precedente fue efectuada por la terapeuta frente a los incesantes comentarios de la pareja consultante respecto a los aspectos negativos que cada uno destacaba de su pareja. Se considera además, que este aspecto se encuentra vinculado con la estrategia de tratamiento propuesta, dentro de la cual se planteó trabajar el

vínculo de la pareja. En efecto, tras esta intervención tanto P como V hicieron referencia a aquellas cualidades que admiraban de su pareja, lo cual fue presentado en el apartado anterior al hacer mención al abordaje del vínculo. ▪ *El hecho de que te tomes tu tiempo en pensar qué es lo que generan en vos las críticas de Victoria, da cuenta de que estás aprendiendo a escucharla en lugar de reaccionar agresivamente como solías hacerlo.*

Esta reformulación fue efectuada cuando P hizo referencia a la molestia que le generaban las críticas de su esposa. En efecto, V había mencionado que los gestos de P y la manera en que él la interrumpía cuando estaba hablando, eran aspectos que generaban su enojo. De igual modo, refirió que si bien su esposo era una persona sociable, ella sentía que toda la agresión de P estaba dirigida únicamente hacia ella. Es frente a esto que P comienza a pensar cómo lo afectaban dichos comentarios de su esposa, logrando en la sesión no reaccionar de modo agresivo.

▪ *Es bueno que se haya presentado una diferencia, porque eso es lo que sucede en la convivencia.*

Esta intervención tuvo lugar en la quinta sesión cuando la pareja llega a la consulta con una nueva escena de discusión. En la situación a que se hace referencia, la discusión se produjo debido a que P había interrumpido a V mientras ella estaba hablando. Como se mencionara anteriormente, este hecho había sido destacado por V como un aspecto que producía su enojo. En efecto, tras el abordaje de esta situación se toma conocimiento de que sin llegar a escalar demasiado en la discusión, P se retiró y posteriormente se comunicó con su esposa para disculparse por lo sucedido. Frente a este dato y teniendo en cuenta que se estaba produciendo un cambio en el patrón de interacción, es que la terapeuta reformula la connotación negativa adjudicada por la pareja al hecho mencionado. Durante el abordaje de esta situación en particular, la terapeuta efectuó además, las siguientes reformulaciones:

▪ *Pedro, me parece que tu ansiedad hace que a veces no puedas esperar a que V termine su idea y eso la molesta mucho. También es cierto que V suele dar algunas vueltas antes de llegar a la idea que quiere concretar y, en consecuencia, a vos te gana la ansiedad.*

▪ *También puede ser que P sienta cuando vos lo querés llevar hacia tu manera de pensar, llegando al punto de sentirse invadido por tus palabras y no poder escuchar más, quedándose con eso y reaccionando frente a esa impotencia.*

Tanto P como V responden afirmativamente frente a las reformulaciones precedentes. En estos últimos ejemplos es posible apreciar la manera en que se intenta modificar la visión particular que ambos tienen sobre el problema.

▪ *V, vos sos casera y a él le gusta salir. A él le gusta comer y vos tenés un tema con la comida. A vos te gusta leer y a él no. En vista de esto, pareciera que lo que los unía eran las peleas. Con seguridad en un comienzo hubo intereses comunes y cosas que compartían...habría que ver de qué manera podrían reencontrarse a través de otras cosas, especialmente en la etapa en que se encuentran ya que los chicos van a estar cada vez menos.*

Frente a esta reformulación, la pareja refiere que el hecho de pensar que sólo los unían las peleas les resulta curioso, y coinciden con la terapeuta en referencia a buscar nuevos intereses comunes. Cabe mencionar que en el apartado anterior, al hacer referencia al abordaje de las fortalezas de la pareja como estrategia terapéutica, se destacó esta situación particular respecto a las cuestiones que unían a la pareja.

▪ *Es importante que haya pasado algo para ver cual fue la respuesta y la interacción. Además, están empezando a verse mas seguido y a compartir otras cosas y es probable que empiecen a surgir pequeñas cosas que generen peleas.*

La intervención precedente tuvo lugar en la octava sesión, cuando V hizo referencia a que, si bien no se habían presentado problemas a lo largo de la semana transcurrida desde la sesión previa, el día anterior habían salido a cenar con sus hijos y una situación particular la alteró. El hecho al que se hace referencia tiene que ver con la discusión que tuvo la pareja al intercambiar opiniones respecto a las dietas, lo cual fue abordado anteriormente al hacer referencia a los circuitos de interacción de la pareja. En esta misma línea, la terapeuta realiza otra reformulación:

▪ *Parecería que ambos entran en una suerte de competencia para demostrar cuál de los dos sabe más sobre un tema, y cuando no tienen la razón se enfurecen...es una competencia que evidentemente genera malestar y en realidad puede ser que los dos tengan razón en lo que dicen.*

De este modo, la idea subyacente de desvalorización y descalificación a la que hicieron referencia en un momento los consultantes al exponer sus experiencias frente a la

problemática presentada, es reformulada mediante la idea de una competencia entre ellos, lo cual permite evitar el efecto negativo adjudicado tanto a la situación particular, como a los sentimientos que la misma genera. Pasando a un segundo grupo de intervenciones, se hará referencia a continuación a las sugerencias implementadas por la terapeuta a lo largo del tratamiento. Resulta interesante recordar en este punto, que las mismas consisten en alternativas de acción propuestas por el terapeuta, que brindan a los consultantes un margen de elección, pudiendo ser rechazadas sin implicar desobediencia (Casabianca & Hirsch, 2009). Como se mencionara anteriormente, las reformulaciones constituyen la gran mayoría de intervenciones implementadas durante el tratamiento, lo cual implica que no fue posible encontrar un número considerable de sugerencias. Teniendo en mente esta consideración, fue posible encontrar una sugerencia llevada a cabo durante la cuarta sesión. La misma tuvo lugar en el marco del abordaje de una escena de discusión presentada por la pareja. Dicho circuito de interacción fue explicitado anteriormente, al hacer referencia a los circuitos comportamentales presentados por la pareja. Sin embargo, a los efectos de enmarcar la presente intervención, se hará una breve mención al mismo. La situación a que se hace referencia, es aquella en la cual se generó una discusión cuando P comentó a su esposa que adhería al pensamiento de un tercero, frente a lo cual ella reaccionó diciendo que él no tenía argumentos suficientes para avalar lo que decía. La sugerencia efectuada por la terapeuta en función de lo expresado, fue la siguiente:

- *Generalmente hacés inferencias sobre lo que P puede estar pensando, y podrías tal vez probar hacer otra cosa, como por ejemplo preguntarle qué es lo que está pensando.* V asiente frente a la sugerencia de la terapeuta, diciendo “*Sí, en eso tenés razón...casi siempre lo hago, a él cuesta sacarle las cosas, es un trabajo faraónico así que infiero*”. Como se observa en el ejemplo, en lugar de realizar algún tipo de indicación, la acción de la terapeuta tiende a demostrarle a V una alternativa de acción que podría considerarse más funcional teniendo en cuenta el problema presentado por la pareja. Esta alternativa se presenta en la forma de una opción, dado que V puede adoptar dicha sugerencia o decidir no hacerlo, lo cual coincide con los planteos de Casabianca y Hirsch (2009), expuestos anteriormente. Otra situación de iguales características en cuanto a la intervención efectuada, se produjo durante la quinta sesión, en el marco del abordaje de los estilos particulares de cada uno y la manera en que los mismos podían influir en cierto modo sus reacciones frente a una discusión. La sugerencia a que se hace referencia fue formulada como sigue:

▪ *Tal vez, para tratar de que no se sientan tan afectados por la discusión, vos Victoria podrías probar ser más concreta al exponer tus ideas para que él no se moleste tanto. Vos P podrías intentar ser un poco más paciente al escuchar lo que ella quiere decir.*

El tercer y último grupo de intervenciones al que se hará referencia, es aquel conformado por las llamadas prescripciones. Como sostiene Wainstein (2006b), las prescripciones aluden a toda indicación explícita de comportamiento a ser cumplida, o bien, desafiada. En el primer caso, la indicación implica pedirle algo al paciente con el objetivo de que lo haga, y puede ser efectuada de modo directo o indirecto. Por el contrario, el segundo caso responde a las llamadas prescripciones paradójales, las cuales implican pedirle al paciente que haga algo con el objetivo de que no lo cumpla. Tras analizar la información presente en la historia clínica, fue posible encontrar dos ejemplos de prescripciones. Las mismas remiten a la asignación de tareas y en función de su contenido, que será presentado a continuación, pueden ser entendidas como indicaciones de comportamiento a ser cumplidas.

Resulta interesante recordar en este punto, que las tareas constituyen un aspecto importante y una maniobra de gran utilización dentro del modelo del MRI, enmarcando aquellas actividades específicas solicitadas por el terapeuta, para ser realizadas por el consultante entre sesiones (Berezovsky et al., 1987). A este respecto, fue posible encontrar dos situaciones que refieren a la asignación de tareas entre sesión, en la historia clínica de la pareja consultante. Como se verá a continuación, en ambos casos la indicación se efectúa en la forma de prescripciones directas. Una de ellas aconteció durante la primera sesión del tratamiento, y consistió en la realización de una lista en la cual cada uno de los consultantes debía escribir las cosas que consideraba irritantes de su pareja. Según se registró en la historia clínica, la prescripción a que se hace referencia, fue formulada por la terapeuta de la siguiente manera:

▪ *Me gustaría que para la siguiente sesión realizaran una actividad, para que juntos podamos entender mejor estas situaciones que tanto malestar les generan. Les voy a pedir que durante los días que transcurran hasta nuestro próximo encuentro, se tomen el tiempo de realizar una lista con aquellas cosas que les irritan del otro, ¿podrían hacerlo?”.*

Frente a esta intervención ambos responden afirmativamente, aunque P reconoce que le genera cierto temor el hecho de escribir cosas que le provoquen enojo a su esposa. Es

importante considerar además que, según fue registrado por la terapeuta, el objetivo de la tarea asignada consistía en obtener información para poder trabajar cuáles serían las cosas que cada uno de ellos estaría dispuesto a hacer diferente. De este modo, puede considerarse que, efectivamente, la intervención apunta a tomar conocimiento sobre cuestiones que en adelante permitirán trabajar aspectos tendientes a interrumpir el circuito de interacción presentado por la pareja. En función de esta indicación, en la sesión siguiente se tomó conocimiento de algunos aspectos específicos que tanto P como V consideraban irritantes y calificaban como fuente de sus enojos. Por ejemplo, P hizo referencia al hecho de que su esposa no lo dejaba hablar y que tendía a descalificar sus opiniones. Por su parte, V refirió como aspectos irritantes de su esposo, el hecho de que realizara gestos durante las conversaciones y que la interrumpiera cuando ella estaba hablando. Una segunda tarea fue asignada durante la novena sesión, tras observar un cambio positivo en el estado del motivo de consulta. En efecto, la misma es efectuada cuando la pareja llega a consulta con la descripción de una escena de discusión en la cual ambos utilizaron recursos que permitieron evitar la escalada. En el siguiente apartado, al hacer referencia a los cambios producidos en la pareja consultante, se abordará la situación a que se hace referencia. Teniendo en cuenta las consideraciones respecto al cambio producido y, según se registra en la historia clínica, con el objetivo de evaluar la posibilidad de que el cambio pudiera ser sostenido fuera de las sesiones, es que la terapeuta efectuó la siguiente prescripción:

▪ *Ya que están pudiendo manejar bastante bien las distintas situaciones, les propongo vernos en dos semanas. La semana próxima, a la hora en que tendrían la sesión conmigo, quiero que se encuentren a tener una sesión imaginaria, ¿les parece? ”.*

La pareja responde afirmativamente frente a la tarea propuesta. Pasados quince días, la pareja asiste a la sesión comentando que efectivamente se encontraron el día acordado para tener la sesión imaginaria y que pudieron realizarla con éxito, lo cual es connotado positivamente por la terapeuta. En efecto, V comenta: *“Como habíamos acordado, la semana pasada nos encontramos para tener la sesión que nos habías pedido. Pudimos hablar bien y la verdad es que no se presentó ninguna situación conflictiva. Los dos reconocimos que estamos cambiando...ya no tenemos tantas discusiones y cuando se presentan podemos resolverlas de buena manera”.* Frente al comentario de su esposa, P agrega: *“Y es más, pensamos en volver a intentarlo...lo de vivir juntos...nos pasamos la mayor parte de la sesión discutiendo eso...discutiendo bien, ¿no?...y decidimos que*

*vamos a vivir juntos otra vez*”. Claramente, este hecho al que P hace referencia es evidenciado como un aspecto a favor del cambio.

2.3.5. El cambio en la pareja consultante El último punto a considerar en el presente desarrollo, refiere al cambio producido en la pareja consultante como consecuencia de las intervenciones implementadas por la terapeuta. Como es posible observar en las consideraciones presentadas con anterioridad, en el transcurso del proceso terapéutico la pareja fue adquiriendo nuevas herramientas y recursos para hacer frente a las situaciones generadoras de malestar, logrando con el tiempo que las discusiones comenzaran a mermar considerablemente. A los efectos de presentar de manera clara el modo en que los cambios graduales se fueron presentando, a continuación se hará referencia a los mismos siguiendo un orden creciente en función de las sesiones en las cuales se presentaron, según figura en la historia clínica de la pareja consultante. Es importante considerar previamente que, en tanto las intervenciones constituyen maniobras tendientes a interrumpir el circuito autopépetuante que mantiene en vigencia el problema (Nardone & Watzlawick, 2007), cualquier aspecto que implique una modificación del mismo será considerado como un hecho a favor del cambio. Según es posible observar en la historia clínica, los cambios comenzaron a acontecer desde la quinta sesión del tratamiento. En efecto, al inicio de dicha sesión la pareja reconoce que han comenzado a considerar la idea de que muchas de las discusiones que presentan, tienen fuerte relación con el estilo particular que cada uno de ellos posee. En la misma sesión, la pareja comentó que se había presentado una situación conflictiva que habían logrado solucionar. En efecto, P mencionó que luego de la discusión se comunicó telefónicamente con su esposa y reconoció haber estado mal. Este dato es registrado por la terapeuta como un hecho a favor del cambio, dado que la pareja ha comenzado a incorporar nuevos recursos y a entender su patrón de interacción. Durante la sexta sesión se presenta otro hecho que evidencia el cambio, dado que la pareja menciona que han decidido comenzar a pasar más tiempo juntos y a verse más seguido.

En el marco de dicha decisión, en la séptima sesión la pareja comenta que decidieron salir a cenar con sus hijos y que no se presentó ninguna situación conflictiva.

Este hecho es reconocido positivamente por la terapeuta, mencionando a la pareja que han dado un paso más hacia la solución de la problemática presentada. Durante la sesión se aborda un patrón de funcionamiento de V que aún genera inconvenientes a la pareja, el cual consiste en el enojo que siente cuando es interrumpida. Sin embargo, se toma conocimiento de que se ha producido un cambio, dado que cuando P percibe que su esposa comienza a molestarse, se detiene para evitar que ella se enoje. Se considera en efecto, que han empezado a modificarse en cierto modo las reacciones que antes tenían, lo cual implica que el estado de la situación planteada como motivo de consulta ha mejorado. En la sesión siguiente, la pareja comenta que se han visto varios días durante la semana y que han salido a cenar nuevamente con sus hijos. Además, han avanzado en la idea de volver a convivir, lo cual evidencia la mejoría en el estado del motivo de consulta. En la novena sesión, la pareja menciona que se presentaron algunas situaciones complicadas durante la semana, pero refieren que pudieron resolverlas sin inconvenientes. P comenta: *“Tuvimos un par de momentos en los que casi discutimos, pero notamos lo que estaba pasando así que decidimos dejar ahí el tema para pensar por separado en lo que había pasado. Después, cuando nos vimos, hablamos sobre eso sin discutir...es más, yo hago chistes a veces sobre alguna discusión y ya no hay problema con eso...no hay agresión”*. Se valora como un cambio positivo, el hecho de que hayan alcanzado un punto en el cual pueden hablar sobre lo que les pasa sin enojarse ni agredirse. A tal efecto, la terapeuta valida el hecho de que la pareja ha logrado utilizar nuevos recursos al hablar sobre lo que sintió cada uno frente a la situación conflictiva, y qué entendió cada uno sin generar roces al intentar tener la razón. En consideración con lo expuesto, resulta interesante retomar los planteos de Wainstein (2006a), en tanto el autor hace referencia a la importancia que reviste el hecho de establecer estrategias de interacción de características diferentes, favoreciendo un afrontamiento más viable de las situaciones generadoras de malestar. Estas consideraciones se ven reflejadas en los ejemplos citados, los cuales denotan el modo en que la implementación de alternativas de acción frente a la conducta-problema, permite resolver de manera más adecuada situaciones anteriormente conflictivas.

Pasando a la décima sesión, tras la realización de la sesión imaginaria que se mencionara anteriormente, P y V comentan que han decidido volver a vivir juntos. Se considera en función de estos hechos, que la pareja ha entendido cuál es el camino a seguir para solucionar la situación conflictiva entre ellos con nuevos recursos. A la sesión siguiente, V hace referencia a situaciones conflictivas diciendo: *“Nos sigue pasando que a veces tenemos opiniones opuestas, pero como vos dijiste puede ser que tengamos una visión diferente sobre alguna cuestión y eso es normal...a veces igual llegamos a enojarnos un poquito pero no discutimos. Después pasa que uno de los dos reconoce que estaba equivocado y podemos hablar sobre eso sin problemas...no nos reprochamos ni nos agredimos como antes”*. P refiere lo siguiente: *“Yo siento que estoy más suelto...ahora puedo hablar, decir las cosas...estoy más relajado”*. La terapeuta reconoce, en efecto, que es muy importante el hecho de que puedan hablar en lugar de imaginar lo que el otro está pensando y actuar en consecuencia a lo inferido. Según se encuentra registrado en la historia clínica, se considera que estos aspectos dan cuenta de que la pareja ha podido detectar su patrón de interacción y funcionamiento. Este hecho evidencia un cambio favorable en cuanto al motivo de consulta presentado. De este modo, se observa la manera en que el problema inicial comienza a solucionarse, mediante la reestructuración de las reacciones comportamentales y del modo particular de percibir la realidad de la situación (Nardone & Watzlawick, 2007). En la sesión siguiente, P y V comentan que han viajado con motivo de vacaciones. Refieren que durante el viaje se presentaron algunas situaciones cotidianas que pudieron resolver satisfactoriamente, sin llegar a discutir en ningún momento. La terapeuta reconoce que el hecho de que hayan podido resolver situaciones potencialmente conflictivas sin llegar a discutir, da cuenta de un cambio significativo en la pareja.

La última sesión tiene lugar un mes después, debido a que la terapeuta tomó la decisión de proponer a la pareja el espaciado de las sesiones. Al llegar a la consulta V comenta: *“La verdad es que estamos muy bien, no tenemos discusiones y seguimos viviendo juntos”*. Este comentario evidencia que el estado del motivo de consulta ha mejorado considerablemente, y que los cambios logrados a lo largo de las sesiones anteriores fueron mantenidos en las semanas en que la pareja no asistió a la terapia. En función de este hecho se considera que el objetivo ha sido alcanzado, por lo que se establece el alta de la pareja, lo cual es formulado por la terapeuta de la siguiente manera: *“Considero que desde hace un tiempo vienen sosteniendo una nueva interacción, han logrado un cambio importante y adquirido nuevos recursos que siguen utilizando...considero que*

*están listos para seguir solos*”. Por último, es importante considerar que la entrevista de seguimiento efectuada a la pareja aproximadamente cuatro meses después de la última sesión, permite tomar conocimiento de la manera en que se ha mantenido el objetivo logrado en la terapia. En efecto, en la entrevista la pareja hace referencia al problema que motivó la consulta sosteniendo que se encuentran mucho mejor, adjudicando dicha mejoría al tratamiento efectuado.

**CAPÍTULO 3. 3.1. Conclusiones** El caso expuesto en el presente trabajo, fue elegido con el objetivo de ejemplificar la manera en que se desarrolla un proceso terapéutico abordado desde el modelo estratégico del MRI. Además, la estructura del desarrollo presentado intenta demostrar las diversas etapas que lo componen y las características específicas que hacen al trabajo clínico con parejas. A tal efecto, se presentó de manera detallada el bagaje teórico que subyace al modelo, con el objetivo de graficar claramente el encuadre que sustenta los puntos esenciales tomados para el análisis del caso. La información recabada, configuró una base sólida para el posterior desarrollo de las cuestiones clínicas inherentes al proceso terapéutico presentado. Se considera además que, de este modo, los aspectos trabajados a lo largo del desarrollo pueden resultar accesibles tanto para personas ajenas al modelo, como para aquellos que conocen su práctica. En función de lo expresado anteriormente, los objetivos planteados como eje del presente trabajo y el orden en el cual fueron presentados, responden a la intención de establecer un análisis detallado de los diferentes componentes del modelo estratégico del MRI. En función del objetivo principal del trabajo, se focalizó en la implicancia de los mismos desde la perspectiva de la terapia de pareja. En referencia a los puntos abordados en el desarrollo, es importante mencionar que fue posible cumplir con el total de los objetivos propuestos. Se entiende que este hecho, permite al lector configurar una imagen general acerca de la manera en que los aspectos inherentes al modelo se fueron desarrollando a lo largo del proceso terapéutico del caso empleado. De igual modo, se expusieron cuestiones inherentes al trabajo clínico con parejas, reflejando las mismas en el devenir del caso elegido. Sin embargo, se considera de importancia abordar el presente capítulo con una perspectiva crítica que permita delinear de manera clara si los objetivos fueron desarrollados de forma íntegra, en función del material con el cual se contó para su desarrollo.

A este respecto, cabe mencionar el hecho de que fue posible ahondar en las consideraciones pertinentes tanto a la queja inicial como al motivo de consulta, comprendidos en el primer objetivo del trabajo. En efecto, la información existente en

los instrumentos utilizados permitió identificar ambos aspectos de manera clara, demostrando cómo se produce la co-construcción de un problema a partir de la información presentada por la pareja consultante. De igual modo, en lo que respecta a las cuestiones referentes al circuito autoperpetuante identificado en torno a la conducta problema, fue posible contar con amplia cantidad de ejemplos en la historia clínica de la pareja consultante. Se considera que este hecho ha permitido cumplir con el objetivo planteado de una manera satisfactoria. En cuanto a la estrategia de tratamiento propuesta por la terapeuta, se pudo ejemplificar claramente cómo se fueron implementando diversos pasos tendientes a lograr el objetivo pautado en el proceso terapéutico. Además, en este punto fue posible identificar aspectos particulares que hacen al trabajo específico con parejas, como ser el trabajo con el vínculo y las fortalezas. En función de lo expuesto en el cuerpo teórico, se entiende el valor que conllevan estos aspectos, por lo que se considera un hecho importante el haber podido presentar los mismos, ejemplificándolos con el material presente en la historia clínica. Sin embargo, en lo que respecta al abordaje de las intervenciones implementadas a lo largo del proceso terapéutico, y teniendo en cuenta que las reformulaciones expuestas surgieron de una clasificación efectuada por la terapeuta, se considera pertinente exponer algunas consideraciones a ese respecto. En efecto, un análisis pormenorizado de los ejemplos citados en el punto en cuestión, permite entrever que muchos de los mismos no se presentan como cabales ejemplos de la categoría a la cual corresponden, teniendo en cuenta los planteamientos teóricos relevados a este respecto. Sin embargo, más allá de este hecho, los ejemplos a los que se hace referencia fueron tomados debido a que configuraban parte importante del cuerpo de información disponible para la realización del presente trabajo. Además, en lugar de tomarse como un aspecto negativo, es posible considerar los mismos como un paso para poder abordar de manera crítica los aspectos trabajados.

Por último, cabe destacar que fue posible exponer claramente la manera en que se fueron sucediendo los cambios en la pareja consultante durante el tratamiento. Para facilitar su comprensión y brindar una mayor claridad en lo que respecta a este punto, es que los cambios fueron presentados siguiendo el orden real de las sesiones. De este modo, se considera que se presenta al lector una clara imagen de la manera gradual en que los mismos se fueron sucediendo en función de lo trabajado en las sesiones. En resumen, se considera que el abordaje satisfactorio de los diversos objetivos planteados en el inicio del trabajo, se debió tanto a la calidad como a la cantidad de información

presente en los instrumentos utilizados. Sin embargo, es importante reconocer que si bien se contó con amplia información, la misma fue recopilada mediante la lectura de la historia clínica, incluyendo las entrevistas de admisión y seguimiento. Posiblemente, el contenido general del desarrollo presentado hubiese resultado más minucioso de haber podido contar con información de otras características, como entrevistas video-grabadas u observación de sesiones en vivo. Podría pensarse que este hecho representa una suerte de limitación del presente trabajo, dado que una información de tales características hubiese representado una base importante para abordar aspectos específicos, como ser las intervenciones efectuadas. De igual modo, una entrevista con la terapeuta a cargo del tratamiento hubiese brindado mayor información sobre aspectos puntuales, permitiendo además contrastar la visión dada por los pacientes en la entrevista de seguimiento, con la perspectiva propia del proceso percibida por la terapeuta. Para concluir, resulta importante mencionar que la práctica realizada consistió en una experiencia sumamente enriquecedora, marcada por un amplio aprendizaje tanto teórico como clínico. Además, favoreció el desarrollo de una mayor capacidad crítica para discernir cuestiones inherentes al trabajo del psicólogo en el ámbito clínico en general, y respecto al abordaje de determinadas cuestiones en particular. El presente trabajo ha culminado dejando un importante aprendizaje. Su elaboración, sumada a la experiencia de la práctica pre-profesional, representan una suerte de puente que permite unir en cierto modo las herramientas teóricas adquiridas durante la carrera, con los aspectos prácticos que hacen al trabajo del psicólogo en el ámbito clínico.

Por último, cabe destacar que se considera de importancia el hecho de que el presente trabajo permite discernir una cuestión muchas veces pasada por alto en la práctica con modelos de terapia breve. Se hace referencia a que en la teoría, diversas cuestiones inherentes a modelos de intervención como el abordado, llevan a considerar que la práctica puede resultar fácil y sumamente eficaz si se respetan los pasos pautados como base, mas aún teniendo en cuenta la clara estructura que muchas veces subyace a los mismos. Sin embargo, el abordaje del caso clínico expuesto, al igual que las consideraciones respecto a la implementación de determinadas maniobras de cambio, permiten considerar que, en efecto, la práctica en el área clínica es una tarea difícil y desafiante en muchas ocasiones. Sin importar el bagaje teórico desde el cual se aborden las problemáticas, es de vital importancia tomar conciencia del hecho de que la experiencia y la formación, en determinado modo, configuran el camino a seguir en el trabajo clínico. Teniendo en cuenta estas consideraciones, se entiende que la práctica

puede adentrar a los profesionales en un terreno desconocido, opacando en ocasiones la facilidad que determinados modelos de abordaje terapéutico puedan llegar a representar para quien los implemente.

## Bibliografía

- Beavin, J., Jackson, D. & Watzlawick, P. (1997). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona, España. Herder. Berezovsky, I., Ferraro, A., Figueroa, E., Giordano, R., Hirsch, H. & Licitra, Y. (1987). Maniobras para el cambio. En H. Hirsch & H. Rosarios (Eds.), *Estrategias psicoterapéuticas institucionales: La organización del cambio* (pp. 99 – 182). Buenos Aires: Nadir editores.
- Bernales, S., Campos, S., Erazo, R., Fuentes, X., Sanchez, S. & Tapia Villanueva, L. (2002). Primera entrevista en terapia de pareja. *Revista de familias y terapias*, 16, 1 - 13.
- Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós Ibérica. Beyebach, M. & Rodríguez Mojerón, A. (1994).
- Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En J. García & M. Garrido (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 241 – 289).
- Valencia: Promolibro. Budman, S. H. & Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford Press. Casabianca, R. & Hirsch, H. (2009). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Santa Fé: Universidad Católica de Santa Fé. Ceberio, M. R. & Watzlawick, P. (2008). *Ficciones de la realidad, realidades de la ficción: Estrategias de la comunicación humana*. Paidós Ibérica: Barcelona.
- Ceberio, M. R. (1998). *Epistemología y psicoterapia: Hacia la construcción de un nuevo paradigma*. Recuperado el 03 de Marzo de 2012 de [www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/20.pdf](http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/20.pdf)
- Cheung, S. (2005). Strategic and solution-focused couples therapy. En M. Harway (Ed.), *Handbook of couples therapy* (pp. 194-210). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cleary, A. A., Rohrbaugh, M. J. & Shoham, V. (2008). Brief strategic couple therapy. En A.S. Gurman (Ed.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 299-322). New York: Guilford Press.
- De Shazer, S. (1995). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós Ibérica. Fisch, R., Segal, L. & Weakland, J. H. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder. García, T. & Wittezaele, J. J. (1994). *La escuela de Palo Alto: Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder. Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2012). *Family therapy: An overview*. California: Books/Cole.
- Guevara, L. (2007). Consideraciones sobre la ayuda profesional a parejas humanas y la noción de “diálogos sustentables”. *Sistemas familiares*, 23 (2), 5-18.
- Kaufman Quick, E. (2008). *Doing what works in brief therapy: A strategic solution-focused approach*. California: Elsevier Inc. Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*.

Barcelona: Paidós Ibérica. Nardone, G. & Watzlawick, P. (2007). *El arte del cambio*.

Barcelona: Herder. 50

-Nelson, T. S. (2010). Explanation and description: An integrative, solution-focused case of couple therapy. En A. S. Gurman (Ed), *Clinical casebook of couple therapy* (pp. 44 – 66). New York: Guilford Press.

Szprachman de Hubscher, R. (2003). *Terapia breve: Teoría de la técnica*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Vargas Ávalos, P. (2004).

-Antecedentes de la terapia sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. L. Eguiluz (Ed.), *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 1 – 27).

México D.F: Paz México.

Wainstein, M. (2006a). *Comunicación: Un paradigma de la mente*. Buenos Aires: JCE Ediciones.

Wainstein, M. (2006b). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE Ediciones.