



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**ESCUELAS DE TERAPIA SISTÉMICA: FORMACIÓN TERAPÉUTICA
Y PRÁCTICA CLÍNICA**

**TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER ÉL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A**

ROSA DE CASTILLA RAMÍREZ

DIRECTORA: MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ

**JURADO: LIC. PEDRO VARGAS AVALOS
MTRO. SERGIO CARLOS MANDUJANO VÁZQUEZ
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ**



FEBRERO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

A:

Dios: Porque me ha dado la vida y la posibilidad de realizar mis metas y sueños anhelados y me permite ver cada día un nuevo amanecer.

Mis Padres: Guadalupe y Domingo.

Por todo su apoyo, amor, ternura, comprensión y por sembrar en mi un espíritu de superación personal y profesional, gracias por ser tan maravillosos.

Mi esposo: Enrique.

Que haz estado conmigo brindándome todo tú apoyo y amor en cada momento de mi vida.

Mis Hijas: Wendy, Athala y Heidi.

Por ser para mi lo más grande e importante en mi vida, mil gracias por existir, por toda su comprensión, apoyo y amor y por ser el motor que me mueve día a día, las amo, espero que esta sea una muestra de entereza, perseverancia y amor hacia la vida, la familia y el trabajo y que siempre estemos juntos como la familia que somos en armonía para apoyarnos moralmente y afectuosamente siempre.

Mis hermanos: Guillermina, Reyna, Inés, Juan, Angel y Blanca.

Que los quiero tanto por estar conmigo en esos momentos más hermosos de mi vida y darme su amor.

A mi tutora: Mtra. LIDIA BELTRÁN RUIZ

Por su esfuerzo y dedicación en dirigir el presente trabajo de una manera única y profesional.

Mis maestros del diplomado: Lidia, Pedro, Sergio, Vicente y Mario Alberto.

Por compartir todas sus experiencias sus amplios conocimientos y por ser excelentes maestros y seres humanos.

A mis amigos: Miriam, Antonio y Alfonso.

Quienes me han manifestado su apoyo incondicional y a quienes estimo y aprecio.

Índice

Resumen	2
Introducción	5
1.Epistemología Cibernética	7
1. 1.Resumen	7
1. 2.Cronología histórica de la Epistemología Cibernética en relación con la Terapia Familiar.....	7
1. 3.Principales autores de la epistemología cibernética	10
1. 4.La epistemología cibernética y de la postura comunicacional de Bateson	11
1. 4. 1. Es imposible no comunicarse.....	12
1. 4. 2. Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación	12
1. 4. 3. La puntuación de la secuencia de hechos	12
1. 4. 4. Comunicación digital y analógica	12
1. 4. 5. Interacción simétrica y complementaria	13
1. 5.Conceptos básicos de la Epistemología Cibernética	13
1. 5. 1. Distinción	13
1. 5. 2. Puntuación	14
1. 5. 3. Marco	15
1. 6.Herramientas de la Epistemología Cibernética	15
1. 6. 1. Tipos lógicos	15
1. 6. 2. Recursión	15
1. 6. 3. Doble descripción	16
1. 6. 4. Complementariedades cibernéticas	16
1. 7.Conceptos de la cibernética	16
2.Mental Research Institute (MRI)	18
2. 1.Principales exponentes del modelo MRI	18
2. 2.Premisas teóricas utilizadas por MRI.....	18
2. 3.Explicación de la formación de problemas (MRI)	19
2. 4.Características de la terapia MRI	19
2. 5.Cómo se explica el cambio o la solución (MRI)	20
2. 6.Principales técnicas y procedimientos del MRI	21
2. 7.Intervenciones Generales	23
2. 8.Reporte de caso	24
2. 9.La estrategia del Mental Research Institute	28
2. 10.Pautas cibernéticas de intervención del MRI.....	28
2. 11.La estructura de los distinguos en complementariedades cibernéticas para el proceso terapéutico e intervenciones del MRI	28
3.Modelo Estratégico	30

3. 1.Principales exponentes del modelo Estratégico	30
3. 2.La terapia estratégica (Madanes, 1984)	30
3. 3.Principales técnicas y procedimientos del modelo de la escuela estratégica	32
3. 4.Reporte del caso	34
3. 5.Estrategia de Haley	39
3. 6.Comprensión de las estrategias de Jay Haley y de Salvador Minuchin	39
3. 7.Las pautas cibernéticas de intervención	39
3. 8. La estructura de los distinguos en complementariedades cibernéticas para el proceso terapéutico e intervenciones de la terapia estratégica de Jay Haley	40
4.Terapia Centrada en Soluciones (TCS)	41
4. 1.Grupo de Milwaukee: Terapia centrada en soluciones (TCS)	41
4. 2.Explicación de la formación de problemas (TCS)	41
4. 3.Explicación del cambio o la solución (TCS)	41
4. 4.Principales técnicas y procedimiento del modelo TCS	41
4. 5.Premisas utilizadas en este modelo (TCS)	42
4. 6.Terapia orientada a soluciones (TOS)	
43	
4. 7.Explicación de la formación de problemas (TOS)	43
4. 8.Explicación del cambio o solución (TOS)	43
4. 9.Principales claves utilizadas en este modelo (TOS)	44
4. 10. Reporte de caso	45
4. 11. Terapia Familiar Enfocada a Soluciones	49
4. 12.La estructura de los distinguos en complementariedades cibernéticas del proceso terapéutico de la escuela de Soluciones	50
5.Escuela de Milán	51
5. 1.Principales exponentes de la Escuela de Milán	51
5. 2.Cómo se explica la formación del problema	
51	
5. 3.Cómo se explica el cambio o la solución	51
5. 4.Premisas teóricas	52
5. 4.1. Características de esta terapia	
53	
5. 5.Principales técnicas y procedimientos terapéuticos del grupo de Milán	53
5. 6.Procedimientos del grupo de Milán	55
5. 7.Intervenciones	56
5. 8.Reporte de caso	57
5. 9.La terapia de Milán	59
5. 10. Pautas cibernéticas de intervención	60
5. 11.La estructura de los distinguos en complementariedades cibernéticas para el proceso terapéutico e intervenciones de la terapia de Milán	61

Análisis y conclusiones	62
Referencias Bibliográficas	63

Resumen

Se describen los fundamentos básicos de las principales escuelas del modelo sistémico, así como de su entendimiento cibernético, denotando los distinguos necesarios que hacen posible el sustento teórico del modelo. Enseguida, se estudia la modificación del nexo recursivo entre problemas e intentos de solución que desarrollan ampliamente los fundadores del *Mental Research Institute*. Luego, la estructura de la orientación estratégica que nos dirige sobre el análisis de la relación entre el síntoma y las relaciones triádicas y demás interacciones sociales que determinan la jerarquía incongruente y las coaliciones familiares. Posteriormente se describe la Escuela de Soluciones y se enfatiza el proceso terapéutico basado en las excepciones al problema, dirigiendo la atención hacia los recursos del paciente. Se adhieren las contribuciones de la escuela italiana de Milán, principalmente en su construcción de hipótesis a partir de la conjetura de arcos parciales explicativos que descubren el juego familiar. Para cada escuela, se presentan fragmentos de casos clínicos donde se demuestra la aplicación de los procedimientos terapéuticos y finalmente se concluye sobre la experiencia de formación en el modelo.

Palabras clave: epistemología cibernética, escuelas de terapia sistémica.

Introducción

La idea del presente trabajo surge como resultado de la experiencia teórica-práctica, del Diplomado en Terapia Sistémica, Una de las características del programa es el de conocer distintas escuelas de terapia, identificadas con el enfoque sistémico, ya que actualmente la «terapia familiar» engloba numerosas formas de hacer terapia a las que le sigue el apelativo de «familiar». Así encontramos, entre otras, la terapia familiar psicoanalítica, la terapia familiar gestáltica, la terapia familiar conductual y la terapia familiar sistémica. Esta última modalidad va a ser el eje central del presente trabajo.

El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia se precisa tener en cuenta el funcionamiento del paciente identificado, al que se considera portador de un problema. En este sentido la terapia familiar sistémica realiza una labor preventiva para que, una vez despojado el paciente de su problema, no haya otro miembro de la familia que sustituya generando a su vez otra conducta problemática.

Por otra parte Milton Erickson trabaja bajo un concepto nuevo de hipótesis y es reconocido en muchos países por el empleo de la paradoja terapéutica, técnica donde el terapeuta “fomenta un síntoma mientras sutilmente introduce un cambio”.

Otro de los pioneros es el psiquiatra y analista Don Jackson, quien junto con su colega Weakland, Haley y Watzlawick del Instituto de Investigación de Enfermedades Mentales (Mental Reseca Institute, MRI) de Palo Alto, California (equipo comandado por Gregory Bateson), se interesó en las relaciones comunicacionales, entre el paciente esquizofrénico y su familia pudiendo descubrir el fenómeno empírico de la secuencia que recurrentemente cambia y con esta observación pudieron derivar posteriormente la hipótesis de la doble atadura (también nombrada como doble vínculo), con lo que el grupo fue ampliamente conocido.

En el sistema familiar suelen situarse algunas dificultades y crisis a las que se ven sometidos los grupos familiares en su devenir vital. Las familias acuden a terapia cuando se ven impotentes, en parte porque perciben su problema como irresoluble a pesar de sus esfuerzos para solucionarlo. De Shazer (1988) afirma que las personas tienen sus propios recursos para resolver sus problemas, pero a veces las personas cansadas de no obtener buenos resultados acuden a visitar al terapeuta familiar y a veces el terapeuta familiar se convierte en una persona que asiste a la familia en momentos de crisis, razón por la cual es sumamente importante que observe las facetas fuertes y los recursos que poseen sus miembros para generar una expectativa de lugar de control interno del cambio, de forma que por sí mismo puedan resolver los problemas que les aquejan. Por consiguiente, no se debe contemplar a la familia como un agente nocivo para la persona que porta el síntoma, como un estorbo al que se culpa de la situación del paciente, sino más bien al contrario, como un grupo humano con capacidades y recursos para ayudar a sus componentes a superar los problemas e incluso salir renovados de la crisis. Por todo ello el terapeuta orientado a

terapia familiar debe transmitir claramente a la familia que necesita su cooperación y ayuda para obtener buenos resultados en el trabajo que van a realizar conjuntamente.

El presente trabajo ofrece a aquellas personas interesadas en la terapia familiar, que están cursando sus estudios de psicología o comenzando su entrenamiento como terapeutas, un análisis de algunos de los enfoques más importantes dentro del amplio movimiento de la terapia familiar sistémica. A lo largo de los capítulos abordamos un caso terapéutico analizando desde cada uno de los enfoques terapéuticos. Al finalizar cada capítulo se presenta la estructura de los distinguos en complementariedades cibernéticas para el proceso terapéutico e intervenciones del MRI, Estratégico, Milán y Soluciones.

La epistemología cibernética es la ciencia que se encarga del estudio, análisis de la pauta y la organización (Keeney, 1987) que responde a niveles más allá de toda nuestra comprensión y es por ello que esta ciencia nos hace mas concientes como terapeutas para así podernos ajustar ala experiencia de las personas para poder ir siguiendo el modelo terapéutico con el paciente.

La importancia del Diplomado en Terapia Sistémica desde mi perspectiva y experiencia tuvo gran repercusión ya que retroalimentó mi práctica terapéutica, la que se ha visto influida por las ideas leídas, extraídas, redactadas de los autores con enfoque sistémico, así mismo por los profesores que impartieron el diplomado, ya que fue muy enriquecedor el contenido y las formas pedagógicas de enseñanza-aprendizaje puestas en práctica por ellos. El diplomado me ha dado nuevas formas y criterios, conformando un estilo propio de hacer terapia, pero sobretodo, también ha contribuido a dar congruencia entre lo que pienso y lo que hago en terapia.

**CAPÍTULO I
EPISTEMOLOGÍA
CIBERNÉTICA.**

Epistemología Cibernética

Resumen

El MRI y el Centro de Terapia Breve (CTB). En 1959, Jackson funda el Mental Research Institute en Palo Alto y Bateson permanece en la periferia. La llegada de Paul Watzlawick, en 1960, al Mental Research Institute hace que adquiera una categoría internacional, se convierte muy pronto en el abanderado del grupo de Palo Alto, entonces se convierte en la historia de la evolución de una concepción de la terapia sistémica influenciada por las prácticas de Erickson. La trama general de la intervención terapéutica llega a su versión más concisa con el nacimiento del Centro de Terapia Breve a finales de los años sesenta. El MRI rebasa el contexto de la psicoterapia para extenderse a muchos otros sectores de la vida social. A Palo Alto, además de atribuirle la paternidad de la terapia familiar, se le asocia a la «nueva comunicación» a la cibernética, a la sistémica y, más recientemente al constructivismo. Se lo considera a veces como el abanderado de la epistemología sistémica y se relacionan con él unos nombres que, tomados cada uno de ellos separadamente, son ya unos monumentos: Gregory Bateson, Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fish, Don Jackson, Milton Erickson, Heinz Von Foerster, Jay Haley, Virginia Satir y Brandford Keeney... Pero, dicho esto; los conceptos de Bateson como el equipo del MRI fundan sus trabajos tienen los mismos orígenes cibernéticos y sistémicos; dirigen todos la misma mirada sobre el comportamiento humano. Entonces trazar la historia del grupo de Palo Alto es determinar un episodio de la historia de las ciencias humanas y exponer la aparición y la evolución de la «epistemología sistémica» en este campo particular del conocimiento (Wittzelae y García, 1994).

Junto con el desarrollo de la epistemología cibernética se dio causa a la comprensión de los procesos humanos por lo que la formación de un terapeuta desde este enfoque implica el los teóricos que han contribuido con sus ideas a esta nueva perspectiva por lo que en este apartado se describen de manera específica estos aspectos: Cronología histórica de la epistemología cibernética en relación con la terapia familiar, principales autores de la epistemología cibernética, la postura comunicacional de Bateson, conceptos básicos y herramientas de la epistemología cibernética.

Cronología histórica de la Epistemología Cibernética en relación con la Terapia Familiar

Figuras principales de la cibernética son: Gregory Bateson, B. Keeney.

Los principales autores de cibernética simple son: Norbert Wiener, Walter Pitts, Julian Bigelow, Aruro Rosenblueth y John Von Neuman.

Los principales autores de cibernética de segundo orden: Heinz Von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela y Gordon Pask.

Cibernética del griego *Kybernetikée*, es un término que significa el arte de gobernar, en sentido amplio "la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización" (Keeney, 1987) se han desarrollado en un nivel de complejidad, una cibernética de primer orden y la cibernética de segundo orden.

Margaret Mead acuñó por primera vez la frase "cibernética de la cibernética" y von Foerster desarrolló la idea más allá pasando de la cibernética (en la que el observador solo entra en el sistema para estipular su propósito o finalidad.) a la cibernética de la cibernética (en la que el observador entra en el sistema afirmando su propio propósito) (von Foerster, 1991).

Si un sistema observa separado del universo se dice que esta operando en primer orden pues su actividad en relación con lo observado es sólo denotativa, pero si el sistema observa a partir de distinciones este construye un conocimiento referencial pues lo externo está siendo indicado, operación binaria, para que el sistema se auto reproduzca, auto regenere y mantenga su organización a partir de procesos constantes.

El conocimiento a partir de la construcción paradójica entre sistema y entorno es necesario e imprescindible porque como sistema depende de su continuo y permanentemente exitosa adaptación con el entorno.

La cibernética de segundo orden en cuanto al conocimiento se refiere, en forma adaptativa de la inteligencia que construye realidades a partir de la observación del observador.

A von Foerster se debe la explicación de los procesos cognitivos, el problema de la percepción, del conocimiento de los objetos y la naturaleza del lenguaje, para lo cual incursiona en las matemáticas, la neurofisiología, la computación y la cibernética, reflexionando sobre las nominalizaciones, los silogismos lógicos, las paradojas, la causalidad y las explicaciones, para desarrollar los conceptos de recursividad, autor referencia, auto-organización, complejidad y autonomía de los sistemas vivos.

Foerster, el neurofisiólogo Warren Mc. Culloch y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela constituyen los pilares sobre los que se ha configurado el territorio de la cibernética de segundo orden. Nos introducen en la observación del observador. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando sus propia observación, cibernéticamente hablando la cibernética se transforma en cibernética de la cibernética, o cibernética de segundo orden (Eguiluz, 2001). La observación debe ser entendida como una operación mediante la cual un sistema es capaz de distinguir e indicar. De esta manera, el sistema opera diferencias bajo la forma distinción / indicación.

Foerster concibe la cognición como un mecanismo de construcción de realidades de segundo orden que permiten la adaptación del agente cognitivo a su entorno. Todo conocimiento es producto del cálculo recursivo de descripciones sucesivas realizadas por observadores que distinguen e indican. El sistema es un observador que opera distinciones, esto es descripciones, y auto genera su propio ambiente reintroduciendo constantemente las descripciones (observaciones) anteriores.

El conocimiento es una construcción producto de las distinciones operadas por diferentes observadores de segundo orden donde cada construcción lleva la responsabilidad de asumirse limitada por su horizonte de posibilidad y donde la realidad, cualquiera que sea su estatuto ontológico, lleva la función negativa de discriminar aquellas construcciones que se ajustan a ella.

El impacto de la Cibernética de Segundo Orden genera en el campo de la psicoterapia la idea de que el terapeuta forma parte un sistema, que él suponía operaba y no influía, esta idea dio origen a investigaciones sobre el comportamiento neutral o multiparcial del terapeuta, los efectos de las preguntas circulares, el coro griego y el equipo reflexivo y algunos esbozos de investigaciones sobre el comportamiento del terapeuta.

La incorporación de la terapia familiar al posmodernismo requirió el desarrollo de nuevos modelos y lenguajes, para poder abarcar el complejo conjunto co-construyente del proceso terapéutico visto como totalidad, considerando la idea que el conocimiento es un producto social, y la realidad se construye en las interacciones entre los individuos.

En seguida se resume en orden cronológico lo más relevante, en cuestión de la epistemología cibernética se fue incursionando en el campo de la terapia familiar, con aquellos autores que fueron desarrollando su marco conceptual.

De la década 1940 y 1950, Gregory Bateson y von Foerster compartieron el caldero conceptual de esta época, con la serie de conferencias cerradas de la Josiah Macy' s Foundation, en las que participaban, además de Bateson, la famosa antropóloga Margaret Mead, el fundador de la cibernética Norbert Wiener, el creador de la teoría de juego John von Neumann, los psiquiatras Roy Grinker, el neurofisiólogo y filósofo Warren McCulloch y otros más (von Foerster, 1991).

En 1945 se crea la Teoría General de los sistemas, desarrollada por el biólogo Ludwig von Bertalanffy, que desde 1930, logro describir las leyes generales de los sistemas, independientemente de su encarnación concreta en organizaciones biológicas, sociales, etcétera; una meta afín a lo que la cibernética estaba desarrollando. Es así como se argumenta que a Gregory Bateson y Margaret Mead se ocuparon de llegar a esta red de nociones al campo de las ciencias sociales. De esta manera llegaría a la terapia familiar a través de los contactos de Bateson con el grupo que fundaría el Mental Research Institute, después de varios trabajos en el campo de la comunicación humana y la psiquiatría. Se inquiera que el adjetivo “sistémica” , que se ha aplicado a las terapias informadas por la red conceptual, da cuenta de esa interacción entre cibernética y teoría general de los sistemas, si bien la cibernética tuvo primacía en esa confluencia, porque se asevera, que su desarrollo se dio con gran fertilidad en el campo de las ciencias sociales, a diferencia de la teoría de los sistemas, que quedó más limitada al mundo de la ingeniería de los sistemas artificiales (von Foerster, 1991).

En 1948 Norbert Wiener con su artículo “Conducta, propósito y teleología” , es considerado seminal para la que quedaría bautizada oficialmente como cibernética, tras la publicación por Wiener del texto fundacional de la disciplina.

Entre 1958 y 1974 Heinz von Foerster, dirigió el Laboratorio de Computación Biológica en la Universidad de Illinois en Urbana, en la que era profesor de biofísica y de ingeniería electrónica. El laboratorio llegó a ser un centro mundial de la cibernética, por donde pasaron los pensadores más fecundos de los últimos treinta años, y donde no solo las ideas nacían o se desarrollaban sino que se probaban en el particular modo de funcionamiento, de interacción, de los que allí trabajaban, así como en sus no tradicionales modos de experimentar en el campo de la enseñanza-aprendizaje, que evolucionaban juntamente con las nociones que iban desarrollando.

En 1978 Paul Watzlawick fue quien estableció el primer puente directo entre este profesor emérito, para entonces semirretirado en su casa situada en los cerros de Santa Cruz, California, siempre a la búsqueda de nuevos modelos para enriquecer su vocabulario, nuevos paradigmas para difundir su visión. Von Foerster fue invitado en 1978 a dictar una conferencia en el transcurso de un congreso del MRI. Como lo afirma (Sluzki citado en von Foerster), la riqueza conceptual y la magnética capacidad de contacto de von

Foerster lo transformaron, casi instantáneamente, en oráculo, cosa que a su vez transformó su vida, ya que lo involucró activamente en la interfase entre cibernética y terapia familiar como invitado de cursos, conferencias y congresos, y lo estimuló a reincorporarse intensamente al diálogo de la comunidad científica de los epistemólogos de la cibernética y de las ciencias sociales. Fue a partir de esta conferencia en Palo Alto que el campo de la terapia familiar se apropió de von Foerster y le ofreció una posición privilegiada. Y es así como se argumenta, que la terapia familiar pudo acompañarlo y enriquecerse inmensamente, en especial a partir de las contribuciones de este maestro a la cibernética de segundo orden, la puerta regia al constructivismo, nuevo lenguaje de las terapias sistémicas (Sluzki, citado en von Foerster, 1991).

Principales autores de la epistemología cibernética

Presentamos a los autores más importantes del movimiento cibernético:

Norbert Wiener, el fundador de la cibernética Matemático y filósofo. Sentó las bases de la Cibernética y de aplicación de las matemáticas a la acción humana, de los animales y de las máquinas en Columbia (Maryland) en 1894 y mostró tener desde su infancia un cerebro privilegiado. A los 18 años se doctora en Filosofía en la Universidad de Harvard, y en 1919 es nombrado profesor en el Instituto Tecnológico de Massachusetts. Se le deben dos libros fundamentales de la cibernética: *Cybernetics, or Control and Communication in the Animal and the Machine* (Nueva York 1948), y *Cybernetic and Society* (1950). En el primero estudia los problemas de transmisión de información en los organismos vivos y en las máquinas; en el siguiente, las técnicas de la telecomunicación; en diversas aplicaciones, fundamentalmente sociales. Es llamado «el padre de la cibernética», ciencia del control y del gobierno, designación que tomó de la palabra griega que encierra ese significado. Murió en Estocolmo, en 1964.

Gregory Bateson (1904-1980). Antropólogo, biólogo, filósofo, estudioso de la conducta y de la experiencia virtualmente en todas las esferas de la vida humana. Se asevera, que fue uno de los pensadores más penetrantes del siglo XX. Tomó parte en una expedición biológica realizada en las islas Galápagos, hizo trabajos de antropología en distintos lugares. Así mismo Bateson se convirtió en una de las primeras figuras del nacimiento de la cibernética y de la teoría de sistemas. Por la misma época se trasladó a California y comenzó a estudiar el campo de la psiquiatría, de lo cual resultaron dos libros, *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría* y *La narración de Perceval: una descripción por un paciente de psicosis*. Trabajos que culminaron en la teoría del doble vínculo de la esquizofrenia, por lo cual obtuvo el premio de Frieda Fromm-Reichmann sobre Investigación de la Esquizofrenia (Bateson, 1976).

Se asevera que uno de los aportes más importantes de Bateson fue su definición de la “mente” como sistema cibernético. Desde esta perspectiva, la mente es un agregado de partes interactuantes, dotado de una estructura de retroalimentación. La complejidad de estos sistemas va desde la retroalimentación simple a lo que Bateson denomina una “ecología de la mente” . Así concebido, el tema de limitar la mente a lo contenido dentro de un cráneo pierde sentido; en lugar de ello, allí donde haya retroalimentación se pondrán en evidencia características propias de una mente. Keeney lo que afirma es que la concepción cibernética pone de relieve que la unidad de la terapia no son los individuos, parejas, familias, vecindarios o sociedades; la cibernética se centra en el proceso mental. En la terapia, la mente puede ser inmanente a toda una amplia variedad de unidades sociales, y abarcar individuos, subsistemas familiares y familias completas.

Heinz von Foerster nació en Viena en 1911 y estudio física en Viena y Breslau. Se asevera que son varias las influencias a considerar en su enfoque particular de la física. En primer lugar su familia muy apegada a la filosofía, en particular, el idealismo alemán, Kant, Schopenhauer, y su incorporación de la tradición aristotélica. Expuesto a esas influencias y lecturas desde su adolescencia, en la década de 1930, se acerca al Círculo de Viena. Con esto intentaba llevar adelante el programa del positivismo lógico, a saber presentar todo problema filosófico válido en términos lógicos. A través del Círculo de Viena, Foerster conoció el Tractatus Lógica-philosophicus de Wittgenstein. El contacto con Wittgenstein afianzaría aun más su interés por la articulación rigurosa entre ciencia, lógica y filosofía, y su atención por el lenguaje, tan central en Wittgenstein. Estas influencias múltiples lo llevarían a un interés temprano en los procesos mentales.

Humberto Maturana, Nace en Chile en 1928, biólogo Ph. D. Harvard (1958). Estudia medicina (Universidad de Chile) y luego biología en Inglaterra y Estados Unidos. Sus trabajos iniciales los desarrolla estrechamente ligado con Francisco Varela, quien publica en conjunto el notable ensayo De máquinas y Seres Vivos (Editorial Universitaria 1972, Santiago de Chile) y luego su obra más maciza El Árbol del Conocimiento (Editorial Universitaria, Santiago de Chile 1985). La fecundidad de su obra creativa y la originalidad de sus ideas le valieron recibir el Premio Nacional de Ciencias en 1994. Su orientación epistemológica lo pone cerca de los radicales constructivistas tales como von Foerster, Piaget, von Glaserfeld, sin embargo él se califica así mismo de determinista, no cree que un sistema pueda especificar una multiplicidad de mundos. Es sin lugar a dudas uno de los más connotados fundadores de la Escuela de Santiago.

Francisco Varela, neurobiólogo chileno nace en 1946. Estudió en el Verbo Divino de Santiago. En 1967 obtuvo la licenciatura como biólogo en la Universidad de Chile y luego se doctoró en biología en la Universidad de Harvard. Al volver a Chile, en 1970, trabajó con Humberto Maturana, en la generación de la teoría de la autopoiesis (que define a los seres vivos como máquinas autónomas, que producen sus propios componentes y cuya dinámica está determinada fundamentalmente, por sus relaciones

internas), que presentaron inicialmente en el libro “De máquinas y seres vivos” y más tarde en la década de los 80 en la difundida obra “El árbol del conocimiento”. Allí desarrollaron una teoría epistemológica centrada en el rol del observador y expusieron el concepto de autopoiesis para definir lo vivo; es decir, es autopoietico un sistema que genera la red de componentes que lo integran. Varela exploró, a lo largo de treinta años de investigación, las características de la vida, las bases biológicas del conocimiento y el lenguaje. Realizó aportes a la comprensión de la epilepsia y se interno en la frontera de la neurociencia y la psicología cognitiva. Varela murió en París a los 54 años, víctima de un cáncer hepático.

La epistemología cibernética y de la postura comunicacional de Bateson

La epistemología es más básica que cualquier otra teoría particular, y se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana. De este modo, los paradigmas de la comunicación que se precisan desde esta perspectiva son:

Es imposible no comunicarse

Bateson nos señala que hay una propiedad de la conducta que no podría ser más básica por lo cual suele pasársela por alto: no hay nada que sea lo contrario de conducta. En otras palabras, no hay no-conducta, o, para expresarlo de modo aún más simple, es imposible no comportarse. Ahora bien, si se acepta que toda conducta en una situación de interacción 1 tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mu-chp que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican

Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación

El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa», válida, no válida o indeterminable. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, y, por ende, en última instancia, a la relación entre los comunicantes.

La puntuación de la secuencia de hechos

La siguiente característica básica de la comunicación que deseamos explorar se refiere a la interacción — intercambio de mensajes— entre comunicantes. Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que ha sido llamado por Bateson y Jackson la "puntuación de la secuencia de hechos". Estos autores afirman: "La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes".

Comunicación digital y analógica

En el sistema nervioso central las unidades funcionales (neuronas) reciben los llamados paquetes cuánticos de información a través de elementos conectivos (sinapsis). Cuando llegan a las sinapsis, estos "paquetes" producen potenciales post-sinápticos excitatorios o inhibitorios que la neurona acumula y que provocan o inhiben su descarga. Esta parte específica de actividad nerviosa, que consiste en la presencia o ausencia de su descarga, transmite, por lo tanto, información digital binaria. Por otro lado, el sistema humoral no está basado en la digitalización de información. Este sistema comunica liberando cantidades discretas de sustancias específicas en el torrente circulatorio. Asimismo, se sabe que las modalidades neuronal y humoral de comunicación intraorgánica no sólo existen la una junto a la otra, sino que se complementan y dependen mutuamente a menudo de manera muy compleja. Estos dos modos básicos de comunicación aparecen también en el campo de los organismos fabricados por el hombre: hay computadoras que utilizan el principio del "todo o nada" de los tubos al vacío o los transistores a las que se llama digitales, porque básicamente son calculadoras que trabajan con dígitos; y hay otra clase de aparatos que manejan magnitudes positivas discretas —análogas a los datos— por lo cual se los llama analógicos.

Interacción simétrica y complementaria

Los dos patrones descritos han llegado a utilizarse sin hacer referencia al proceso cismogénico, y en la actualidad se los suele denominar simplemente interacción simétrica y complementaria. Puede describirse los como relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, y así su interacción puede considerarse simétrica. Sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de esas áreas. En el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt y recibe el nombre de complementaria. Así, pues, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia.

En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria. Estos términos son de igual utilidad en tanto no se los identifique con "bueno" o "malo", "fuerte" o "débil". Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural (como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno), o ser el estilo idiosincrásico de relación de una díada particular. En cualquiera de los dos casos, es importante destacar el carácter de mutuo encaje de la relación en la que ambas conductas, disímiles pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan.

Conceptos básicos de la Epistemología Cibernética

Distinción

El acto básico de la epistemología es la creación de una deferencia. Sólo al distinguir una pauta de otra somos capaces de conocer nuestro mundo. Las distinciones establecidas entre terapeuta y cliente, intervención y síntoma, solución y problema.

Toda distinción es establecida por un observador.

En consecuencia, conocer un mundo implica siempre un contexto social, integrado como mínimo por dos sistemas de observación. Ahora bien, ¿por qué establece la distinción el observador? Ocurre que un observador observa estableciendo distinciones. En otros términos, lo que percibimos es siempre subsiguiente al acto de establecer una distinción o como dice Heinz Foerster (1991): "Sí deseas ver, aprende a actuar".

Distinción. Es un mandato básico obedecido conscientemente o inconscientemente, es el punto de partida de cualquier acción, decisión, percepción, pensamiento, descripción, teoría y epistemología (Keeney, 1987).

El punto de partida de la epistemología es, entonces: El observado que establece distinciones a fin de observar; y lo que el observador observa puede ser descrito. Se inaugura así una recursión: Establecemos distinciones a fin de observar, y luego establecemos distinciones a fin de descubrir lo que observamos. Esta operación recursiva de establecer distinciones en las distinciones vuelve a apuntar hacia el mundo de la cibernética, en donde la acción y la percepción, la descripción y la prescripción, la representación y la construcción están entrelazadas.

Los trabajos antropológicos de Bateson (1976) ofrecen lineamientos aplicables a la terapia.

El terapeuta sólo puede comprender la experiencia de un individuo observando de qué manera es puntuado su contexto social, el terapeuta debe contar con un método para puntuar su puntuación.

El primer paso consiste en recordar que la cultura o familia que se observa puede categorizar su propia experiencia de una manera totalmente distinta que el observador (o terapeuta). Como dice Bateson: "Ellos mismos tienen su propio modo de cortar las tajadas", y "si alguien quiere reflexionar acerca de sus categorías, debe contar con una epistemología más abstracta que las categorías en que ellos dividen la vida". O sea, debe poseer una epistemología que tome en cuenta como puntúan ellos su vida en categorías.

Bateson propuso crear una "epistemología clínica" esta nueva disciplina indagaría la manera en que los clientes adquieren su particular forma de conocer el mundo; una epistemología referida a la forma en que los demás llegan a puntuar y a conocer su mundo.

Puntuación

Puntuación. El empleo de la distinción para crear la indicación es una manera de definir la "puntuación" (Keeney, 1987).

Bateson (1976) dice que su proyecto es un "entrelazamiento de tres niveles de abstracción". Desmenuza los niveles inherentes a la propia tentativa de comprender un fenómeno es un método epistemológico aplicable a la terapia. Implica que el terapeuta puede identificar sus tres modalidades básicas de trazar distinciones.

El primer nivel concreta de los datos etnográficos, traza ciertas distinciones primarias para discernir lo que puede llamarse "datos elementales".

El segundo, más abstracto, el del ordenamiento de los datos a fin de crear "diversas imágenes de la cultura". El terapeuta salta a otro nivel de abstracción y traza distinciones que ordenan esos datos elementales, procurando establecer pautas que los conecten.

El tercero, más abstracto aún: "Un análisis concienzudo de los procedimientos mediante los cuales se arman las piezas del rompecabezas". Por último, una vez que ha trazado esas distinciones ara poner de relieve sus datos y las pautas, puede dar un paso atrás y examinar lo que ha hecho.

Marco

Watzlawick (1987) sugiere que: "En la raíz de innumerables discordancias en las relaciones personales está la discrepancia acerca del modo de puntuar la secuencia de sucesos". Watzlawick da el siguiente ejemplo de una pareja: "Me retraigo porque me fastidias" y "Me fastidio porque te retraes". El problema de la pareja deriva de la premisa epistemológica, compartida por ambos, según la cual el comportamiento de cada uno es la respuesta al estímulo previo del comportamiento del otro. La labor del terapeuta consistirá en rebajar los segmentos así puntuados de ese sistema de interacción; y, de modo tal que pueda redesignarse diciendo que ellos indican hasta qué punto cada esposo se interesa por el otro. Watzlawick y sus colaboradores han brindado mapas y técnicas para cumplir esta tarea que ellos llaman reencuadre. Watzlawick (1987) afirmó que: "El ordenamiento de las secuencias de uno u otro modelo crea lo que, sin exagerar, podemos denominar realidades diferentes" (Keeney, 1987) señala que **Marco**: Segmentos puntuado de un sistema de interacción, de modo tal que pueda surgir un marco de referencia o un encuadre.

Herramientas de la Epistemología Cibernética

Tipos lógicos

La "teoría de los tipos lógicos" se convirtió en una "regla" de la lógica, según la cual para evitar las paradojas había que indicar siempre la tipificación lógica de los enunciados. De ese modo no se confundían niveles lógicos distintos.

Batenson, adoptó la tipificación lógica como instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de la comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los seres humanos. La teoría de los tipos lógicos era descriptiva más que preceptiva; la consideraba: "Una tentativa de ejemplificación a través de la analogía", la tipificación lógica podía concebirse simplemente como una manera de trazar distinciones; y, desde esta perspectiva, utilizarla para poner de relieve la autoreferencia y la paradoja en lugar de ocultarlas. De esta manera **Tipos lógicos**: Es un instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de la comunicación que subyace en la experiencia y la interacción entre los hombres (Keeney, 1987).

Recursión

Nuestro mundo de experiencias está estructurado en forma jerárquica. Aun que en calidad de observadores puntuemos nuestra experiencia en función de una jerarquía de niveles lógicos no debemos olvidar que esta jerarquía está estructurada en forma recursiva. Cada vez que el círculo se recorre a sí mismo puede indicarse una diferencia. Si tomamos en cuenta la recursión, podemos decir que estamos siempre ante la misma serpiente, a la par que indicamos el orden de reciclaje. Y refiriéndonos a distintos órdenes de recursión, esto nos permite emplear de otro modo la tipificación lógica a fin de dar plena cuenta de la índole del proceso recursivo. Con la perspectiva de la recursión, la tarea básica del epistemólogo consiste en marcar las órdenes de resursión que se invocan en cualquier descripción-explicación. **Recursión**: Un proceso vuelve a su comienzo a fin de marcar una diferencia que permita al proceso volver a su comienzo (Keeney, 1987).

Doble descripción

Cada vez que dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de la interacción. Si un observador combina los puntos de vista de ambos individuos, comienza a surgir una idea sobre el sistema total. Hay muchas maneras de conceptualizar una descripción holística de esta índole. Ante todo puede presentarse la puntuación de cada persona en forma de secuencia, siendo la serie total una representación del sistema diádico. Por ejemplo, si se ven en su conjunto las dos descripciones siguientes: "El me fastidia y yo me retraigo" y "Ella se retrae, yo la fastidio", se obtiene una rápida vislumbre del sistema de interacción. Esta vislumbre equivale, en alguna medida, a sacar una serie de fotografías instantáneas de cada persona a lo largo del tiempo y luego poner lado a lado las fotografías. Una vez que el observador presenta estas diversas puntuaciones a modo de secuencias obtenemos una doble descripción (Keeney, 1987), se refiere a la **Doble descripción**: Es la combinación simultánea de puntuaciones que da un vislumbre de la retroalimentación.

Complementariedades cibernéticas

Las complementariedades cibernéticas: Son reencuadres de las distinciones que trazan las personas en funciones del proceso de recursión (Keeney, 1987).

Conceptos de la cibernética

- **Retroalimentación.** Es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado (Keeney, 1987).
- **Niveles de retroalimentación.** La retroalimentación puede referirse al éxito o fracaso de un acto simple, o bien producirse en un nivel más alto, en el cual se retroalimenta la información correspondiente a toda una modalidad de conducta o pauta de comportamiento, permitiendo así al organismo cambiar la planificación estratégica de su acción futura (Keeney, 1987).
- **Retroalimentación positiva.** Lo que a veces se denomina retroalimentación positiva o desviación amplificada es, entonces, un arco de círculo o secuencia parcial de un proceso de retroalimentación negativo más abarcador (Keeney, 1987).
- **Retroalimentación negativa.** Es una sucesión circular de acontecimientos causales, con un eslabón en cierto lugar de esa cadena en virtud del cual cuanto mayor cantidad de determinada cosa haya en el circuito, menor cantidad habrá de la siguiente (Keeney, 1987).
- **Estabilidad.** Las partículas “homeo” y “dinámica”, en conjunto, proporcionan una doble descripción de la conexión cibernética entre la estabilidad y el cambio (Keeney, 1987).
- **Cambio.** Puede entenderse todo cambio como el empeño para mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio (Keeney, 1987).

En este enfoque se maneja una concepción cibernética de la comunicación múltiple en la intervención terapéutica. Bradford Keeney (1987) menciona que la cibernética es la organización de sistemas de comunicación que se ocupan tanto del cambio como de la estabilidad. Menciona que esta concepción cibernética lleva a comprender la manera en que intervenciones terapéuticas logradas hacen jugar en complementarias las demandas de cambio y de estabilidad provenientes de un sistema familiar. La organización cibernética de la comunicación múltiple proporciona una visión de más fino enfoque. Se empleará esta última a fin de poder discernir con mayor claridad la estructura sistémica de las propias intervenciones terapéuticas.

Lo anterior señalado es de suma importancia para comprender el siguiente capítulo que abordara las características de la terapia MRI.

CAPÍTULO II
MENTAL RESEARCH
INSTITUTE (MRI)

Mental Research Institute (MRI)

Principales exponentes del modelo MRI

En 1967, Richard Fisch propuso a Jackson, la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Ese proyecto dio origen al Brief Therapy Center, al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo desarrolló el Modelo de Palo Alto conocido también como el modelo de Terapia Breve centrada en los Problemas, generando un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio. Fijando arbitrariamente un límite al número de sesiones, Al mismo tiempo, decidieron atender a todos los consultantes en cámara Gessell. A partir de la discusión de los casos clínicos con esta modalidad surgieron los trabajos más importantes del grupo.

Premisas teóricas utilizadas por MRI

Para conformar las bases teóricas de este modelo Watzlawick, Weakland y Fisch (1986) estudian, analizan y critican las teorías ya existentes acerca de la persistencia y del cambio, mismas que había y han sido estudiadas de manera independiente, e incluso se les considera opuestas. Estos teóricos se interesaban en responder la interrogante de ¿cómo persisten los problemas en la situación? Y descubrir ¿qué es preciso hacer para cambiar? Para dar respuesta a estas interrogantes hacen uso de dos teorías de la lógica-matemática; la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos.

La teoría de los grupos ofrece una analogía que permite ilustrar el hecho de que ciertas acciones y actitudes, que se supone aportan un cambio benéfico no hacen más que poner en marcha unos mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior. Lo que se resume con "es más de lo mismo".

La teoría de los tipos lógicos, permite, apreciar el cambio que se produce en el interior de un conjunto que en sí parece invariable. Por el contrario, existen cambios que conciernen al conjunto del sistema, a la norma de su funcionamiento. Para explicar este cambio de estructuras, es necesario recurrir a esta teoría, que toma en cuenta los elementos pero también el conjunto del sistema. La teoría de los tipos lógicos permite tener una doble mirada y puede, explicar el proceso de trascendencia del marco de referencia de los pacientes. Esta teoría no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir entre sus miembros, pero nos proporciona una base para considerar la relación existente entre un miembro y la clase. Su axioma: "Cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tienen que ser un miembro de la misma clase". Este axioma hace la distinción entre miembro y clase y el hecho de que una clase no puede ser un miembro de sí misma.

Entonces, el cambio constituye un paso de un tipo lógico a otro, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Retomando estas propiedades, todo grupo son responsables de la creación de la particular interdependencia entre persistencia y cambio dentro del grupo, no son por sí mismas miembros del grupo. Las reglas en combinación permiten observar son invariantes al nivel de cambio 1 (es decir al nivel del cambio de un miembro a otro, nivel en el que cuanto más cambian las cosas, más siguen permaneciendo igual), pero que están abiertas al cambio al nivel del cambio 2, es decir, a cambios en cuanto a las reglas que gobiernan su estructura o su orden interno (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1986) la terapia del MRI considera que los problemas comienzan con motivo de alguna dificultad de la vida cotidiana, pero para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad: 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma "Solución".

Estas formulaciones ayudan a los terapeutas a conocer si los intentos de las personas para dar solución a sus problemas son cambios de tipo 1, con dicha informador, el terapeuta podrá disertar cambios de tipo 2 (estrategias).

Explicación de la formación de problemas (MRI)

De acuerdo con este modelo, las personas se enfrentan a dificultades, de cualquiera de estas tres formas: a) negando el problema, b) esforzándose en modificar una dificultad que es inalterable o inexistente o c) interviniendo en un nivel equivocado (queriendo un cambio completo de actitud, cuando sería suficiente un cambio de conducta), las llegan a convertir en problemas (Ochoa, 1995).

Esta propuesta definitoria está regulada por una causalidad circular, el síntoma mantiene los intentos de solución a la vez que estos mantienen el síntoma. El tratamiento requiere de paciente y su familia la fijación de una meta a conseguir, y que sea lo más concreta posible.

El síntoma se derivaría de la necesidad de un nuevo tipo de solución (cambio 2) lo que supone una "clase" de soluciones distintas a las ensayadas, la aparición del cambio 2 es considerada corrientemente como algo incontrolable e incluso incomprensible, como un salto cuántico que haga reducir o desaparecer la sintomatología (Ochoa, 1995).

Características de la terapia MRI

Este modelo del MRI no considera indispensable la presencia de toda la familia en terapia, pero su abordaje forma parte de esta visión sistémica, considerando que las parejas y las familias pasan por distintas etapas, debido al desarrollo de sus integrantes y también a los cambios o a las pérdidas que la vida impone. En cada una de estas etapas las costumbres deben cambiar y mientras se está produciendo este cambio pueden ocurrir crisis entre ella: Cambios de transición a etapas, cambios de trabajo, de horarios, mudanzas, enfermedades etcétera, esto muy parecido a lo planteado en la escuela estratégica, pero con la distinción, de que se encuentran atoradas en la solución y no en la tríada.

Aquí, se trabaja con el cliente, el cual es, el que expresa la mayor preocupación acerca de la conducta, acciones, pensamientos o sentimientos desarrollados por él o por alguna otra persona de la familia y es quien se haya significativamente comprometido.

Se define al paciente como aquel que refiere tener un problema, y a un cliente como aquel que considera que otro significativo tiene una conducta inadaptada, en algunas ocasiones paciente y cliente son la misma persona.

Este modelo elimina la idea de patología individual, señala que la patología ya no se presenta en el marco individual sino de interacción. Es decir, los problemas se eliminan, si se transforman en patrones de interacción Su terapia se basa en presente, y se le llama de terapia breve por su tratamiento de 8 a 10 sesiones. Por consiguiente no es una terapia de crecimiento personal, es un modelo de solución de

problema. Otra idea fundamental del modelo es que no hay resistencia y que un pequeño cambio produce los grandes cambios.

Cómo se explica el cambio o la solución (MRI)

El terapeuta es un agente activo de cambio, debe lograr una visión de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla. El terapeuta debe ser buen vendedor, utilizando todo lo que trae la familia (creencias, posturas, ideas, tradiciones, etcétera) y utilizarla; en su beneficio para crear el cambio.

La terapia inicia, una vez, que el terapeuta ha recaudado los datos de la entrevista telefónica, y cuenta con las herramientas necesarias para mantener su capacidad de maniobra, deberá tener una idea sobre las creencias y valores del cliente. En las primeras sesiones se enfrenta a la tarea de recoger la adecuada información sobre los factores considerados esenciales para cada caso como son: naturaleza de la enfermedad, como se esta afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, etcétera. Por información adecuada se entiende como aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conducta, es decir que hacen y dicen los individuos concretos cuando se da el problema y cuando se intenta afrontarlo, esta ayuda a realizar las intervenciones.

Watzlawick, Weakland y Fisch (1986) produjeron una guía muy útil para reunir información acerca de la familia, a través de preguntas transaccionales y sistémicas que se formulan a los clientes o familias con respecto al problema y a las soluciones intentadas por la familia.

Bergman (1986) menciona que estas preguntas le ayudan al terapeuta a obtener una imagen de la percepción que los miembros de la familia tienen en ese momento acerca de la forma en que están organizados alrededor del problema las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuándo ocurre, en dónde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etcétera. El grupo de Palo Alto afirma que la manera en que la familia se organiza alrededor del problema y de sus intentos de solución, son una metáfora de la manera en que la familia se organiza en general.

De Shazer (1994) menciona que mientras mayor sea la similitud entre el lenguaje empleado en la tarea y del cliente, más probabilidad habrá que cumpla con la prescripción y mientras más cumpla esto, hay más posibilidades que el sistema cambie. Las metas de terapia se definen en relación a cambios concretos que se desean lograr, comenzando con cambios pequeños en los subsistemas los cuales acarrearán grandes y notorios cambios que repercuten en todo el sistema. Precisemos estas etapas:

- a) Definición del problema. Este modelo no concede mucha importancia a la historia de los problemas, la indagación está enfocada a la dolencia o las dolencias principales de quienes buscan ayuda, en términos de conducta "¿Quién está haciendo esto (lo que representa un problema)? ¿Para quién y cómo constituye tal conducta un problema? ¿Qué esperan ustedes que pueda ayudarles? ¿De quién fue la idea de venir hoy? ¿Qué es lo que hace? o ¿Dice? ¿Cómo explica Usted esto? ¿Qué hacen los otros?, todas estas interrogantes ayudan a la definición del problema.

- b) Identificar el intento de solución. Sugiere indagar qué es lo que han estado haciendo para solucionar o afrontar el problema todas aquellas personas íntimamente relacionadas con él. (Amigos, compañeros de trabajo, profesionales, etcétera) y centrarse en conductas reales ¿Qué es lo que las personas hacen y dicen en sus intentos de evitar que se plantee el problema, o de hacerle frente cuando se presenta? ¿Qué ha hecho Usted? ¿Qué han hecho los otros? ¿Qué de todo esto le ha funcionado?

- c) Meta mínima. En esta etapa se esclarecen los objetivos mínimos hacia la meta. Explorará sentimientos, acciones y pensamientos nuevos. Las metas deben ser pequeñas, conspicuas para el cliente, descritas en términos conductuales específicos y concretos, asequibles desde una perspectiva realista, se perciben como una empresa difícil que requiere un trabajo arduo, se describen como el comienzo de algo NO como el fin de algo (De Shazer, 1994).

Teniendo clara la filosofía del modelo, y la definición del problema en términos concretos, se hace necesaria una investigación clara de las soluciones hasta ahora intentadas por el y cliente, prosigue una definición del cambio concreto a realizar, la formación puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1986)

Principales técnicas y procedimientos del MRI

El grupo del MRI ha desarrollado un gran número de técnicas de intervención, algunas en términos de programas para problemas específicos. La eficacia de este enfoque no reside sólo en los recursos técnicos directamente relacionados con el cambio de la solución intentada, sino también en un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia para que lleven a cabo las entrevistas y consta fundamentalmente de una redefinición a la que se suman tareas para realizar en casa. Existen dos categorías de intervenciones. Las principales y las generales las primeras se utilizan después de haber recogido los datos mencionados anteriormente y tienen como objetivo dar un giro a los intentos de solución y las segundas pueden utilizarse en cualquier momento del tratamiento y son bastante amplias para usarse en una gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1986).

Intervenciones principales: Categorización de los intentos que perpetúan los problemas:

1. *Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.* En esta categoría, la dolencia es relativa al mismo paciente, ejemplos: Problemas de funcionamiento corporal o rendimiento físico, rendimiento sexual (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, coito doloroso, apatía sexual, funcionamiento intestinal (estreñimiento y diarrea), función urinaria (urgencia, frecuencia imposibilidad de orinar). Temores y tics, espasmos musculares, problemas de apetito, tartamudeo, dolor dificultades respiratorias insomnios, sudor excesivo, problemas de carácter (depresión.), obsesiones y convulsiones, bloqueos creativos y de la memoria.

Intervenciones: Renunciar a los intentos de auto coacción y dejar de esforzarse, ordalías, prescripción del fracaso, prescripción del síntoma, redefinición del síntoma, rituales.

2. *Intento de dominar un acontecimiento temido, aplazándolo.* Hace referencia a estados de terror o de ansiedad: Fobias, timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento: hablar en público, miedo a los exámenes, etcétera.

Intervenciones: Directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exige una ausencia de dominio o un dominio incompleto,

3. *Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Incluyen todos los conflictos en las relaciones interpersonales centrados en temas que requieren una mutua colaboración: riñas conyugales, padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, disputas entre compañeros de trabajo y problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada.

Intervenciones: Hacer que el cliente se coloque en una actitud de inferioridad, en una postura de debilidad para lo cual el terapeuta reestructurará la situación para que al mismo tiempo el cliente se sienta en una posición de autoridad; el terapeuta debe procurar una buena formulación de la tarea.

4. *Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Lo que constituye una sencilla petición de sumisión a la cual podría responderse mediante una simple manifestación de rechazo o de aceptación se transforma en un intercambio generador de problemas, a la petición indirectas se le contesta con un rechazo indirecto y cada persona trata de convencer a la otra de que expresarse de modo directo es inútil,

La *intervención* consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud la formule de modo arbitrario, el terapeuta tiene que influir sobre el cliente con objeto de llevar esta variación.

5. *Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.* Juego del acusador y el defensor: Se encuentran acusaciones de infidelidad, dificultades en las relaciones laborales

Intervenciones: Esta intervención recibe el nombre de interferencia, y con ella se reduce el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales al no haber modo de saber si realmente se está refiriendo a los hechos en cuestión, ejemplo: "Tienes razón no soy divertido". Estructura la tarea de modo que sea imposible discriminar si se ha hecho o no, ejemplo: A un adolescente indigno de confianza, se le pide que haga algo que sus padres aprobarían sin decirle a ellos en que consiste.

Intervenciones Generales

- *No apresurarse.* Se aplica para pacientes que argumentan la necesidad de ver cambios rápidos. Donde resulta fundamental, no aceptar por sentirse presionado, porque se pierde capacidad de maniobra. Por ejemplo, puede sugerírsele que "necesitamos averiguar paso a paso el porcentaje del cambio óptimo "noción que no tiene que coincidir con el máximo", "los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren demasiado pronto.
- *Los peligros de una mejoría.* Se aplica a determinadas clases de resistencia del paciente, se expone algún posible inconveniente para el cliente o para alguien allegado a él, de la mejoría.
- *Un cambio de dirección.* Implica un cambio de postura, de directriz o de estrategia que hace el terapeuta cuando comprende que a pesar de sus sugerencias no está avanzando el cliente hacia la solución del problema. Se sugiere que en respuesta a una queja del cliente el terapeuta adopte una posición de simulada inferioridad y agradece al paciente que le haga abandonar esa línea de trabajo y lo conduzca a una más adecuada.
- *Cómo empeorar el problema.* Hace que el paciente/cliente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia del problema, puede preguntarse ¿sabe cómo lograr que el problema empeore? esto resulta útil en dos casos: Al principio de la terapia con clientes ambiguos o que ofrecen resistencia o cerca ya del final para reforzar el proceso obtenido.

Sus técnicas han resultado eficaces, en el tratamiento de los problemas señalados. Sin embargo esta escuela encuentra también sus limitaciones, no ofrece suficiente apoyo a los pacientes que deben reaprender a enfrentarse a las realidades de la vida cotidiana.

Reporte de caso

Planteamiento del problema

El padre de Francisco refiere que la asesora lo mandó llamar porque Francisco está presentando problemas de conducta, se golpeó con uno de sus compañeros y empezó a reprobando materias, además de que es muy rebelde y no obedece.

Terapeuta: ¿Cuál es el problema?

Padre: El problema es que mi madre y yo vivimos con mi hijo Francisco, pero yo me tengo que ir a trabajar dejando a mi madre a cargo de mi hijo, ella no puede controlar a mi hijo. Él la desobedece, no le hace caso; y, en la escuela ya empezó a fallar, y yo ya no sé qué hacer con mi hijo y estoy verdaderamente preocupado.

Terapeuta: ¿Cuándo se produce el problema?

Padre: Hace diez meses que empezó el problema a partir de ese momento empezó a bajar su rendimiento académico, empezó a desobedecer a su abuelita y a mi.

Terapeuta: ¿Desde cuando se presenta este problema?

Padre: Hace diez meses que Francisco empezó a desobedecer, se sale a la calle con sus amigos, llega tarde y no hace tareas.

Terapeuta: ¿Dónde aparece el problema?

Padre: El problema aparece en la casa, particularmente cuando a Francisco se le manda hacer su tarea y el quehacer y no hace nada, pone pretexto y dice: “ahorita voy a ver a mis amigos”.

Terapeuta: ¿Cuáles son las acciones que hace Francisco?

Padre: Se levanta y no quiere tender su cama, se baña y se pone gel en su cabeza, baja a desayunar, mi madre le pregunta ya tendiste la cama y el dice no y se va después regresa ya muy tarde se quita el uniforme y se sale a la calle a jugar con sus amigos regresando muy tarde y no hace tarea.

Mi madre le pide que la ayude en las actividades domésticas y no obedece y no hace nada, pero se pone a jugar nintendo y a ver televisión ya después de mucho tiempo que se cansa de jugar pide de comer.

Terapeuta: ¿Cómo es la conducta de Francisco?

Padre: Con mi mamá y conmigo e notado que se ha abierto una brecha, el se ha alejado mucho de mi mamá y de mí.

No entiendo que le pasó en la primaria el estudiaba y yo, no tenia problemas con el por eso, puedo decir que era un buen estudiante que no causaba ningún problema.

Terapeuta: ¿Con quién se produce el problema?

Padre: El problema se presenta en su casa particularmente con la abuela el padre y el hijo, ya que solo viven ellos tres en casa.

Terapeuta: ¿Frecuentemente en donde ocurre esto, en algún lugar específico, en todas partes, en donde ocurre con más frecuencia?

Padre: Cuando estamos en la casa y no obedece.

Terapeuta: ¿Más o menos a que hora?

Padre: Cuando llego de trabajar y veo que no ha llegado Francisco por estar con sus amigos y no ha hecho la tarea.

Terapeuta: ¿Con quiénes se presenta esto, qué otras personas saben al respecto de este problema?

Padre: Todos los días cuando llego de trabajar le pregunto a mi mamá ¿Cómo se porto mi hijo? Y ella me contesta que muy mal, ella me comenta que le explica Francisco las actividades que tiene que hacer y no las hace sólo se limita a decirle a horita, déjame ver a mis amigos y después lo hago, mi hijo condiciona las ordenes que se le dan y contesta de manera altanera.

Padre: En la escuela con la asesora.

Terapeuta: ¿De qué forma se presenta el problema en la escuela con su asesora?

Padre: Se peleó con un compañero en la escuela, no lleva tareas y la asesora me mandó llamar por su mala conducta y su mal rendimiento escolar.

Terapeuta: Me gustaría saber qué han intentado hacer para evitar estos problemas con Francisco.

Padre: Lo hemos hablado y le he hecho sentir que lo quiero mucho y que lo amo, que como mi hijo que es me preocupa mucho lo que le pase, que si a veces le digo cosas y soy así, es porque le quiero evitar muchos problemas cuando lo mandan llamar, le digo: si faltaste ahí estoy siempre contigo.

Mi madre, la abuela de Francisco ha hablado también con él, le ha dicho que ya se porte bien, que ella quiere que él no tenga problemas a futuro, que sea un buen chico.

Terapeuta: ¿Qué le dice exactamente?

Padre: Le digo que a mí me gustaría que se superara que fuera un hombre de provecho, que se porte bien porque se necesita que estemos unidos los tres él su abuela y yo.

Terapeuta: ¿Qué exactamente le dice su abuela?

Padre: Mi madre también habla con él, le dice que le eche ganas que se apure a estudiar porque ella lo quiere mucho.

Terapeuta: ¿Qué es lo que han dejado de hacer ustedes dos con relación a lo que me comentan?

Padre: A veces sólo quiere, Francisco ver la televisión y estar con sus amigos, me enojo con él, le prohíbo ver televisión y a sus amigos; y, le dejo de hablar, y él me deja de hablar, y yo me siento mal pues yo sé que no es una manera correcta de solucionar este problema

Terapeuta: ¿De qué otra forma ha tratado de resolver el problema?

Padre: Trato de ganarme a mi hijo veo con el televisión, veo con el fútbol, le digo hijo si quieres unos tenis yo te los compro y me lo llevo a comprarle los tenis.

Terapeuta: ¿Qué actividades quedan excluidas?

El padre de Francisco ha dejado de hacer cosas en su trabajo por llegar temprano a su casa para ver a Francisco y cuando está en su casa se preocupa y se pone a pensar que no hizo lo que debería de hacer en el trabajo.

Padre: Me gusta el básquetbol y quisiera estudiar pero no lo hago por estar pendiente de Francisco. Yo quiero tiempo para mí y no lo hay sólo para Francisco.

Objetivo:

Disminución de la rebeldía de Francisco respecto, a su abuela su padre, compañeros de la escuela, que tenga un mejor rendimiento escolar.

Terapeuta: ¿Qué esperaría usted de la terapia?

Padres: El padre de Francisco expresa: quiero ser ayudado para que él pueda entender a su hijo ya que me encuentro muy ocupado porque no quisiera que sus amigos lo influenciarán a un extremo en el cual se volviera un vago, alcohólico y drogadicto. Entiendo a los adolescentes y pienso que son rebeldes pero Francisco rebasa la rebeldía. No quiero pegarle a Francisco porque considero que sería más rebelde. Mis hermanos me dicen que ya es hora de marcarle un alto a Francisco.

No sé si esto es normal o no, no sé si todos los padres pasan por esto, a veces me canso pero no pierdo la fe. Espero que usted me ayude y pueda salir yo adelante con Francisco y mi madre.

Terapeuta: ¿Cuándo Francisco hace algo bien como le demuestra su agrado?

Padre: Las mujeres son más cariñosas, yo soy más analítico y frío y sólo me da gusto decirle: "Me da gusto por ti."

Su abuelita le da besos y abrazos y le compra chocolates, papitas cuando hace algo bien.

Intervención:

Formulación de estrategias para el cambio

Se pedirá al padre de Francisco que sea más claro al dar órdenes a su hijo, y que deba de manejar límites y consecuencias cuando Francisco no realice las actividades demandadas por su padre.

Para ello tendrá que traer por escrito que es lo que más le agrada y lo que menos le agrada a su hijo. Ya que si Francisco no realiza lo que le ordene el padre él deberá de aplicar una consecuencia para su mala acción, por más difícil que esto sea para el padre tendrá que hacerlo en beneficio para su hijo.

El padre tendría que actuar con mayor firmeza y autoridad al ordenarle a su hijo que realice alguna actividad.

Pronóstico

El pronóstico será positivo dado que la preocupación y desesperación del padre de Francisco es tan grande que realizará las actividades que se le soliciten ya que esto apoyará a lo que el padre esta demandando una buena relación con su hijo.

La estrategia del Mental Research Institute

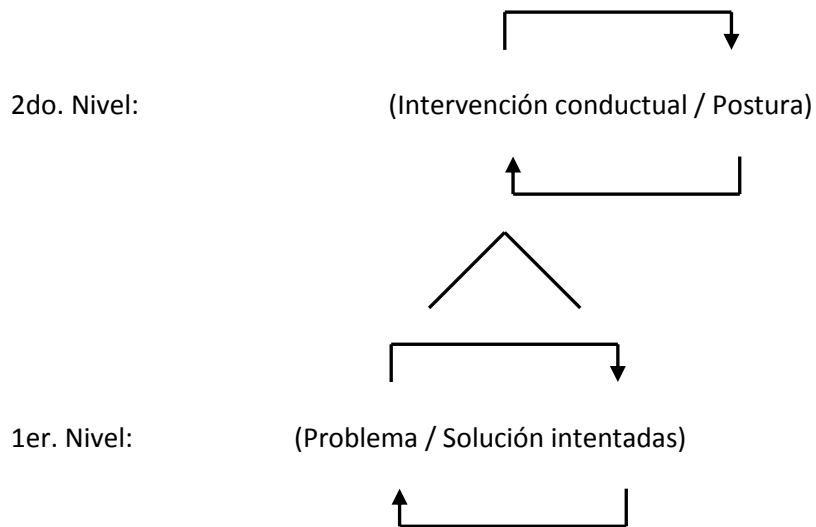
La estrategia prescrita por Watzlawick, Weakland y Fisch de solución de problemas, comienza prescribiendo distinguos que permiten al terapeuta individualizar: 1) el problema; 2) la historia de las soluciones que para él se intentaron; y, 3) el marco de referencia que el cliente empleo para considerar y conceptuar sus problemas y soluciones (Keeney y Ross, 1985).

Pautas cibernéticas de intervención del MRI

Para modificar un problema, dentro de esta perspectiva hace falta modificar el nexo recursivo entre problemas y soluciones. De esta manera, el foco de tratamiento consiste en un problema más las soluciones que para él se han intentado. Modificar la organización de este nexo impone abordar el marco cognitivo que el confiere significado, Las intervenciones terapéuticas del MRI, en consecuencia, se construye la manera de abordar la siguiente estructura (Keeney y Ross, 1985).

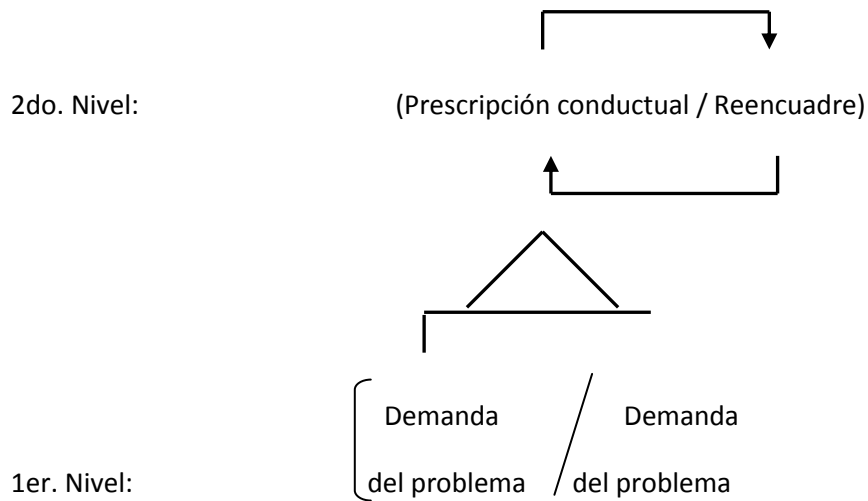
La estructura de los distinguos en complementariedades cibernéticas para el proceso terapéutico e intervenciones del MRI

Modelo del proceso terapéutico del MRI



El mapa del proceso terapéutico del MRI nos muestra en el primer nivel una complementariedad cibernética a partir de la definición del problema y los intentos de solución, ambos en el nivel de la interacción conductual. En un segundo nivel esta complementariedad se incluye en una distinción mayor llamada interacción conductual, que a su vez es complementaria con respecto de la postura del paciente.

Modelo de intervenciones del MRI



El mapa de la intervención del MRI nos muestra en el primer nivel que el terapeuta hace distinciones para generar una complementariedad cibernética a partir de la definición clara de la demanda de presencia del problema y la demanda de un cambio pequeño del problema, ambos en el nivel de la intervención conductual. En un segundo nivel esta complementariedad se incluye en una distinción mayor llamada prescripción conductual que a su vez es complementaria de un reencuadre.

CAPÍTULO III

MODELO ESTRATÉGICO

Modelo Estratégico

Principales exponentes del modelo Estratégico

El modelo estratégico nace del estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo clínico de Milton Erickson (Nardone y Watzlawick, 1980).

Haley (1980), dice que la terapia familiar estratégica, también surge a partir del examen del poder de las relaciones entre terapeuta y cliente y entre los integrantes de una familia.

Haley no es sólo uno de los autores principales de la terapia familiar sino también un personaje que contribuyó de manera importante en el desarrollo del campo de la Terapia Familiar y de la Terapia Breve. Se dedicó por 20 años al estudio y explicación del trabajo de Milton H. Erickson (Haley, 1980) Siendo el primero en mostrar el extraordinario trabajo de Erickson.

Es sin lugar a duda Haley el autor más relevante en el desarrollo del campo de la terapia familiar y del pensamiento sistémico estratégico.

La terapia estratégica no es una concepción o una teoría particular sino un nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas (Nardone y Watzlawick, 1990).

La terapia estratégica (Madanes, 1984)

El terapeuta estratégico plantea estrategias para resolver el problema ya que el arte de este enfoque estratégico consiste en el uso de reglas muy claramente organizadas con visitas a una terapia de la creatividad, esta creatividad debe ser utilizada para poder producir cambios. El objetivo de este modelo es ayudar a los pacientes a superar la dificultad que presentan e identificar problemas solubles y fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque ya que la eficacia del terapeuta se mide en términos de los resultados de su terapia.

Para lograr este objetivo el terapeuta puede indicar directivas.

La primera entrevista puede durar media, una o varias horas. El terapeuta puede proponer enseguida un cambio o, quizá proceder pausadamente y no solicitar de inmediato ninguna acción.

El principio se refiere a tener una meta un objetivo alcanzable de modo que sepamos hacia donde dirigir la terapia. La meta u objetivo también permite saber al terapeuta estratégico que si logro tal cosa.

Una vez que el terapeuta tiene una meta necesita una forma de envolver como regalo las sugerencias. Puede hacerlo usando una metáfora, una anécdota, un cuento, una paradoja; la prescripción de un síntoma, un símbolo, una intervención no verbal la solución de alternativas entre otras muchas técnicas.

A continuación mencionare las etapas de una primera entrevista propuesta por Haley (1980). La primera entrevista puede conducirse de manera tal que provea la máxima información e inicie un cambio.

- 1) Etapa social: Consiste en utilizar los primeros minutos de la sesión para relajar a la familia en una conversación inicial observa como actúa y se comporta cada uno de los miembros de una familia.
- 2) Etapa del planteamiento del problema: Después de la etapa social como primer paso se pide a cada miembro su opinión respecto del problema que las trae a terapia, dando claras indicaciones de quién debe de hablar primero y quién después.
- 3) Etapa de Interacción: Se observan jerarquías y coaliciones de la familia para establecer futuras estrategias.
- 4) Etapas de fijación de metas: Se le pide a la familia que especifique cuales son las metas que desean alcanzar, las cuales deben ser claras e identificables.

Una vez ya pasando por cada una de las etapas de la entrevista se ha mantenido un dialogo social con la familia que puede ser muy breve o bien prolongarse durante algunos minutos, pero es preciso de esta etapa a la de la terapia lo que nos lleva a el planteamiento del problema.

Según Jay Haley "Si una terapia es exitosa es aquella que resuelve los problemas de un cliente, entonces el terapeuta debe saber como formular un problema y como resolverlo".

Si el terapeuta ha de resolver una variedad de problemas no debe de adoptar un enfoque rígido y estereotipado con respecto a la terapia Se necesita flexibilidad y espontaneidad, aunque todo terapeuta debe aprender de su propia experiencia y repetir aquellos métodos que hallan dado buen resultado, la probabilidad de éxito aumenta si se combina los procedimientos ya conocidos con técnicas innovadoras, ya que para una terapia termine adecuadamente debe comenzar adecuadamente, esto es, establecido el (contrato) en torno de un problema resoluble y descubriendo la situación social que por necesidad lo genera. El acto terapéutico empieza por la manera de examinar el problema, el acto de intervención saca a la luz los problemas y las pautas de relación de modificar.

Un terapeuta hábil se acercara a cada individuo pensando que esa persona esa situación social en particular bien puede requerir un procedimiento único en su género. Las variables son muchas, pero la mayoría caen en las categorías de tiempo, lugar, horarios, numero de personas, involucradas y directivas especiales necesarias para iniciar el tratamiento.

Las intervenciones del modelo estratégico son breves, orientadas a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema o problemas presentados por el paciente o pacientes. Este planteamiento no es reducible a una terapia superficial sintomática sino que es una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad de las relaciones comportamentales derivadas del paciente o pacientes.

Según (Nardone Watzlawick 1990). Se parte de la convicción de que la resolución de los problemas requiere la ruptura del sistema circular de retroacción que mantiene la situación problemática la redefinición de la situación y la modificación de las percepciones y de las concepciones del mundo que lleva a las personas a respuestas disfuncionales.

Principales técnicas y procedimientos del modelo de la escuela estratégica

Los objetivos de la terapia son ante todo impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas por lo tanto uno de los principales aspectos de la terapia desde el enfoque estratégico es su estilo terapéutico basado en las directivas, estilo creado y desarrollado por M. Erickson.

Jay Haley (1987) plantea que las directivas o tareas impartidas a los individuos y familiares tienen varias finalidades:

- 1) El objetivo principal de la terapia es hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes. La directiva es el medio para provocar el cambio.
- 2) Se emplean para intensificar la relación entre clientes y terapeutas. El pedirle al paciente que siga instrucciones específicas implica una labor previa de parte del terapeuta para lograr su cooperación.

Todo cuanto se haga en terapia puede ser como una directiva. Puede ser directa o implícita (por una inflexión de la voz, un ademán, un gesto o, inclusión, un silencio oportuno).

Hay dos formas de dar una directiva una forma es decirle al paciente que debe hacer, con el propósito de que lo cumpla, ya sea:

A.- Ordenándole que deje de hacer algo.

B.- Pedirle que haga algo diferente.

Para lograr que alguien abandone su comportamiento habitual, la directiva utilizada debe ir a poyada de otros mensajes, repetirla a menudo, magnificarla o lograr la cooperación de otros miembros de la familia.

Haley (1984) sostiene que la ordalía, además de ser una técnica terapéutica puede ser considerada como una teoría universal del cambio: La ordalía es la causa real del cambio en todas las terapias contemporáneas ya que si a un individuo, o a toda una sociedad se le pide que cambie, la ordalía será el elemento central del proceso de transformación.

Por otra parte Haley (1984) nos dice dentro de las técnicas y procedimientos desarrollados para promover el cambio en los pacientes, destaca la técnica ordalía cuya premisa es que si hacemos

que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo, esa persona renunciara a su síntoma.

Para aplicar esta técnica necesitamos tomar en cuenta los siguientes aspectos.

- A.- La ordalía debe de ser adecuada a la persona que desea cambiar y ser más severa que el problema.
- B.- Sino es lo suficiente rigurosa para extinguir el síntoma, se puede aumentar su magnitud hasta que lo sea.
- C.- La ordalía debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda poner objeciones validas.
- D.- Debe beneficiar a la persona, no le debe causar daño, a ella o a cualquier otra persona.

Se puede presentar como tarea directa, como intervención paradójica, tomando al terapeuta como ordalía y cuando se involucran a dos o más personas hay una amplia gama de posibilidades, el objetivo es que el terapeuta proponga al paciente una tarea de tal naturaleza que prefiera renunciar a su conducta sintomática antes que ejecutar la ordalía.

Para prescripción de la ordalía se deben considerar cuidadosamente los siguientes aspectos según Hayle (1984).

- Definición claro del problema:
- La persona debe comprometerse a superar el problema.
- Seleccionar la ordalía. Si se hace participar al paciente, habrá mayores posibilidades de éxito.
- La directiva debe de ir acompañada de una explicación lógica.
- La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema.
- La ordalía esta inversa en un contexto social. "La importancia de comprender la función que el síntoma desempeña dentro de la organización social del paciente".

El terapeuta estratégico después de haber realizado cada una de las prescripciones como los son: La Metáfora, Anécdota, Cuento, Paradoja, Ordalía, tendría que proceder a realizar un reencuadre y felicitar al paciente por la capacidad y esfuerzo que ha demostrado al realizar cada una de las prescripciones.

Por otro lado el terapeuta puede dar por concluida la terapia, cuando el paciente indique que el objetivo que se definió en terapia ha sido alcanzado. Entonces se da de alta y es citado dentro de un mes para revisar como va, o en su defecto se le hace una invitación ha una cita abierta.

Reporte del caso

A) Descripción del caso.

Trata de un joven de 30 años de edad, casado y sin hijos el que dice haber estudiado la carrera de psicología y actualmente estudia un diplomado, el trabaja de mecánico.

Comenta que lo que más le gusta en la vida es sentirse experto en mecánica armando y desarmando los motores de los microbuses. Le gusta ir dos veces por semana a bailar con su esposa y esto le hace sentirse muy feliz y lo disfruta mucho.

Por otra parte lo que más le desagrada de la vida es el desorden y que su casa este sucia.

Preguntándole en que se le podía ayudar, refiere que decidió acudir al servicio de psicología porque tiene problemas en relacionarse con su mamá ya que cuando está con ella el se siente incomodo.

B) Descripción de la pauta.

Cuando está en casa.

1. Refiere el paciente que al llegar de trabajar todos los días, como a la 1:30 p.m. aproximadamente, habré la puerta de su casa, la cierra y se dirige hacia su casa.
2. De pronto escucha el grito de su mamá preguntándole: ¿Vas a comer?
3. Él se dirige hacia la cocina desde el lugar de donde provienen los gritos.
4. E inmediatamente él pregunta a su mamá: ¿Qué hiciste de comer? o ¿qué tienes para comer?
5. Ella le responde lo que guisó; y, si le agrada el guiso se queda a comer en la casa de su mamá, pero si no le agrada se va para su casa.
6. Para esto, él indica que su mamá trata de hacer guisos que a él le gustan.
7. Cuando hace guisos que a él no le gustan no le pregunta nada y deja que el continúe su camino.
8. Refiere que si acepta comer con ella se sienta a comer.
9. Su mamá le atiende, poniendo en la mesa todo lo necesario para que él coma. De tal manera de que él no pueda pedir nada ya que todo se encuentra en la mesa.

10. Ella esta en la cocina pero lavando, siempre procura estar ocupada haciendo algo: limpiando la cocina, limpiando trastes, o acomodando despensa, pero siempre atenta y pendiente por si se le ofrece, algo más.

Planteamiento del Problema:

Al preguntar al paciente cuál es el problema por el cual se encuentra aquí, él indica que es porque tiene muy poca comunicación con su mamá desde hace 25 años, para lo cual el dice: "Un problema muy viejo", me siento incomodo cuando estoy con ella siento pena, pues tal vez quisiera yo hacer un comentario y me quedo sin hacerlo, terminó saliendo de donde estamos y me lamento de no haberle hecho el comentario.

Planteamiento de los objetivos:

El paciente indica que le agradaría cambiar su situación actual y mejorar su relación con su mamá teniendo una mayor y mejor comunicación tanto física como verbal, es decir lograr abrazarla, besarla y sostener una platica con ella sin que esto le cause incomodidad y pena.

C) Descripción de las Intervenciones.

Prescripción Directa:

A partir de este día, cuando llegues de trabajar a tú casa pasarás dos vedes por semana, es decir, un día si el siguiente no. La saludarás con un abrazo y un beso muy cálido, acto seguido tendrás que realizar una charla amena con ella, preguntarás tal vez; para iniciar: ¿Cómo te fue por la mañana? Y posteriormente lo que tú desees preguntar, la charla tendrá que durar por lo menos veinte minutos.

Paradoja:

Me he dado cuenta de que para ti es importante tener una mayor relación, más estrecha con tú mamá, pero que al estar tan cerca de ella te provoca incomodidad y pena, por ello es necesario dedicarle ciertamente un tiempo a observar las sensaciones que experimentas en tú casa con tú mamá por treinta minutos, tendrás que permitirte sentir todo el malestar, con respecto a la relación con tú mamá, sólo treinta minutos.

Reencuadre:

Tú eres un hombre que haz tenido grandes logros en la vida, haz logrado concluir una carrera en psicología, eres un mecánico eficiente y responsable, el cual actualmente se supera día a día intelectualmente y tiene un matrimonio exitoso, todos esos logros me llevan a pensar que eres una persona que puede tener todos los logros que se proponga haciendo todo lo necesario para que tengas éxito, de esa misma manera me atrevo a pensar que tú lograrás mejorar la relación con tú mamá en el momento que tú lo decidas.

Anécdota:

Quiero compartir esto contigo:

Hace algunos días estaba yo desayunando en mi casa con mi familia ¡Cuándo de pronto sonó el teléfono! Yo acudí a contestar la llamada, era mi hermano, el cual me llamaba para darme una muy triste y mala noticia, el me dijo que mi mamá se encontraba muy mal, que en ese día por la mañana ella había perdido el conocimiento y la razón, ella no conocía a nadie no sabía quién era, ni a dónde iba, ni quién era su familia, mi sobrino, quien entonces se encontraba con ella, se espantó pues ella no quería irse con él porque no lo conocía y él la asustaba, ella pensaba que él quería lastimarla, mi sobrino como pudo la subió a un taxi y la llevo a casa, al llegar a casa empieza a recobrar el sentido y se ubica.

Le hacen estudios a mi mamá y le detectan Alzheimer. Yo estallo en llanto al saber que ya tengo muy poco y contado el tiempo para convivir con mi mamá para poderla abrazar y besar y platicar con ella con plena conciencia de que me reconociera como su hija.

Sé que llegará un momento en que ya no me ubicará como su hija por su problema que está avanzando y esto hace que me entristezca queriendo, ganarle tiempo a la vida, y a la misma enfermedad que afecta a mi madre.

Ordalía:

Se le indica al paciente que en vista de la importancia que representa para él un acercamiento más cálido y firme con su mamá, y esto reduce la desaparición de su problema, tendrá que ir lo antes posible a convivir con su mamá para llevar a cabo una convivencia. Y para cumplir con este objetivo: “a partir de mañana, y cada dos días que transcurran y continúe postergando la decisión de ir a convivir con su mamá”.

En caso de que Luis no realizará su ordalía tendría que salir con su mamá a tomar un helado e ir platicando con ella todo el camino hacia la heladería y de regreso a casa.

Metáfora:

"No te quedes con los brazos cruzados porque la persona más grande del mundo murió con los brazos abiertos".

No esperes con los brazos cruzados a que pase otros 25 años o más y tal vez ella o tú ya no estén para abrazarse.

Cuento:

Te quiero compartir esto, que en este momento me vino a la mente.

El chico estará muerto a la mañana.

El año pasado en agosto, escuché que tres médicos le decían en el cuarto contiguo a mi madre: "El chico estará muerto a la mañana".

Como yo era un muchacho normal eso me afectó. Nuestro médico rural había llamado en consulta a dos hombres de Chicago y ellos le dijeron a mi madre., " El chico estará muerto a la mañana.

Yo estaba furioso. ¿A quién puede ocurrírsele decirle a una madre que su hijo estará muerto a la mañana? ¡Es una barbaridad!

Al rato mi madre entró a la pieza, imperturbable. Pensó que yo tenía ideas delirantes porque le insistí que moviera de lugar un gran baúl que había en el cuarto, colocándolo en un ángulo distinto en relación con la cama. Ella lo puso junto a la cama de una cierta manera, y yo volví a pedirle que lo moviera aquí y allá, hasta que quedé satisfecho.

Ese baúl me tapaba la ventana, ¡Y maldita la gracia que me hacía morir sin ver el crepúsculo! Sólo pude verlo a medio día.

Morirme sin poderle decir a mi madre cuanto la amo compartir con ella muchas charlas, "No le dije nada a mi madre y ella no me dijo nada".

D) **Resultados Obtenidos.**

En la primera sesión el paciente se mostró accesible e interesado en cambiar lo que no le gustaba, es decir la falta de contacto físico y verbal con su mamá. Al presentarse en la segunda sesión se mostró aún más interesado en el cambio que él tendría que hacer para lograr lo que él quería, aunque se seguía sintiendo incomodo al relacionarse con su mamá ya que le era más atractivo cambiar el tipo de relación que la preocupación de hacerlo, al realizar las tareas que se le dejaron había disminuido su problema y esto le sirvió para darse cuenta de que él podía solucionar su problema, pero que tendría que ser de una manera más gradual para no sentirse tan incomodo.

Prescripción Directa:

El paciente, llevó a cabo todas las indicaciones que se le pidieron que hiciera y dijo sentirse bien al comunicarse con su mamá.

Paradoja:

En la sesión siguiente, después de aplicar la paradoja, manifestó el paciente que en verdad él no había tomado en cuenta que fuera él quien ponía las trabas para no tener una buena relación con su mamá al asumir una actitud totalmente negativa, y de rechazo que al hacer cosas positivas para coadyuvar a mejorar su relación le hizo darse cuenta de lo que él hacía.

Reencuadre:

Después del reencuadre expresó que escuchar el reconocimiento por parte de la terapeuta le hizo sentirse satisfecho con los logros obtenidos hasta este momento de su vida y que se ha dado cuenta de que él puede lograr todo lo que se propone, y él podría lograr cada vez más una buena comunicación con su mamá.

Anécdota:

Se mostró muy interesado y escuchaba con gran atención la narración sin perder ni un detalle. Al finalizar la anécdota expreso cooperaré más día a día en lo que sea necesario para aumentar la relación con su mamá.

Ordalía:

Después de la primera sesión donde se aplicó la técnica de ordalía, se observaron cambios importantes en la vida del paciente, de los cuales él refiere que estaba contento por haber tenido un cambio y acercamiento más estrecho con su mamá y que había dejado de sentir la incomodidad que le ocasionaba acercarse a ella.

Metáfora:

Se pudo observar en el semblante del paciente su sorpresa y al mismo tiempo interesado en todas las emociones que la metáfora le ocasionó.

Ya que expresó que no se quedaría con los brazos cruzados a esperar que pasarán otros veinticinco años más de su vida para relacionarse con su mamá.

Cuento:

El cuento lo sensibilizó de tal manera que inmediatamente su respuesta fue que no esperaría que le pasara lo del personaje, así que él tomaría las medidas pertinentes para que esto no le pasara, y él empezaría hoy mismo a intercambiar y compartir con su mamá afectos y todo lo inimaginable.

Estrategia de Haley

Según el propio Jay Haley el abordaje terapéutico en que la unidad mínima se define como una triada. Haley y Salvador Minuchin han contribuido a la comprensión y organización de terapias sistémicas en función de relaciones sociales (triádicas). Haley comienza por fijar un foco claro sobre el problema que se ha de tratar. Uno de los distinguos básicos que Haley prescribe es la individualización del problema, la primera sesión se lo articule en una progresión metafóricamente, después la descripción específica en función conductual y, por último, confeccionar un breve resumen de específicos cambios en cuyo logro ha de trabajar la terapia. Hay que hacer que la familia o el grupo social interactúe frente al terapeuta, el terapeuta procura traer la acción problema al seno de la reunión. Con esa escenificación, el terapeuta puede distinguir la organización secuencial de su conducta social (Kenney y Ross, 1985).

Comprensión de las estrategias de Jay Haley y de Salvador Minuchin

Haley señala que el terapeuta estratégico trata problemas con la mira de modificar pautas de coalición como camino que lleva a alterar la estructura de la familia. Por otra parte Minuchin hace especificaciones sociales triádicas: 1) Triangulación, en que «cada progenitor demanda que el niño se ponga de su parte contra el otro progenitor»; 2) desvío, en que «la negación de las decisiones entre los esposos por la vía del hijo concurre a mantener el subsistema del de los cónyuges en ilusoria armonía»; y 3) coalición estable, en que «uno de los progenitores participa con el hijo en una coalición intergeneracional bien destinada contra el otro progenitor» (Keeney y Ross, 1985).

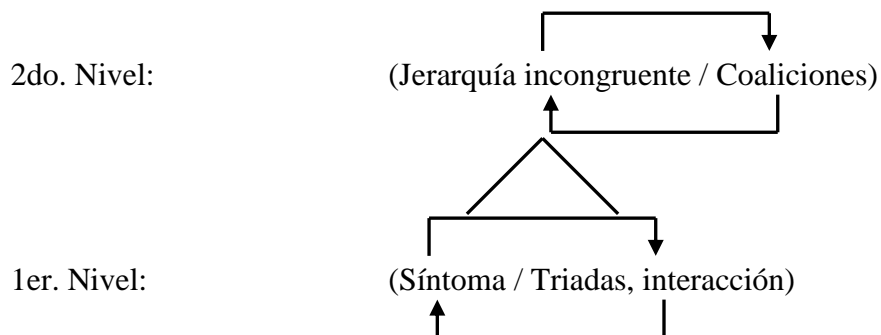
Las pautas cibernéticas de intervención

En la práctica de la terapia de los terapeutas se organizan para abordar dos operaciones: 1) entrar en copartición con la familia; y, 2) reestructurar esta. Para entrar en coparticipación con un sistema familiar. Minuchin menciona varias categorías de operaciones de reestructuración:

- Ejecución en vivo de una secuencia familiar de acción en la propia entrevista.
- El trazado de distinciones que unan y/o separen a miembros de la familia.
- La asignación de tareas.
- La utilización de síntomas.
- La alteración de secuencias sociales.
- La alteración directa de pautas de coalición (Keeney y Ross, 1985).

La estructura de los distinguos en complementariedades cibernéticas para el proceso terapéutico e intervenciones de la terapia estratégica de Jay Haley

Modelo del proceso terapéutico de Haley



En el mapa del proceso terapéutico de Haley en el primer nivel que el terapeuta hace distinciones para generar una complementariedad cibernética a partir de la definición del síntoma y las triadas de interacción conductual. En un segundo nivel esta complementariedad se incluye en una distinción mayor llamada “jerarquía incongruente”, que a su vez es complementaria con relación a las coaliciones que hay en la estructura familiar.

Modelo de intervenciones de Haley

2do. Nivel: (Directivas / Reencuadre)

1er. Nivel: Demanda Demanda de
 de presencia un cambio pequeño
 del síntoma del síntoma

El mapa de intervención de Haley no muestra en el primer nivel que el terapeuta hace distinciones para generar una complementariedad cibernética a partir de la demanda de presencia del síntoma y la demanda de un cambio pequeño del síntoma, ambos en el nivel de la intervención conductual. En un segundo nivel de la intervención conductual se incluye en una

distinción mayor llamada “directivas” que a su vez es complementaria con respecto a el reencuadre.

CAPITULO IV
TERAPIA CENTRADA EN
SOLUCIONES (TCS)

Terapia Centrada en Soluciones (TCS)

Grupo de Milwaukee: Terapia centrada en soluciones (TCS)

Los principales exponentes del modelo Terapia Breve Centrada en Soluciones (TCS) son Steve de Shazer e Insoo Kim Berg. El grupo de Milwaukee encabezado por Steve de Shazer, quien es el fundador del Centro de Terapia Familiar Breve (CTFM). Él es el iniciador del Modelo de Terapia Breve Centrada en la Solución. Su esposa Insoo Kim Berg, fue la Directora Ejecutiva del Centro de Terapia Familiar Breve en Milwaukee; y, fue la organizadora del Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones.

Explicación de la formación de problemas (TCS)

Steve de Shazer asume que los clientes quieren cambiar realmente. Y es por ello que los autores del modelo de soluciones no siempre establecen una línea base del problema, ya que su interés no es evaluar el síntoma sino iniciar en cuanto antes la solución. Así por ejemplo, si ha habido algún cambio pretratamiento en el intervalo entre la concentración de la cita y la primera entrevista, no se centran en el problema sino en la solución ya existente (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Explicación del cambio o la solución (TCS)

Para el modelo Terapia Centrada en Soluciones, siempre el lenguaje se centra en la solución, es un lenguaje orientado hacia las posibilidades y hacia el futuro, que busca crear descripciones concretas, específicas, interaccionales y en positivo de las metas y aspiraciones de los clientes. Además se promueve constantemente la cooperación con el cliente al que se trata de ayudar a asumir una posición de control del proceso del cambio.

Básicamente la TCS trata de hablar acerca de lo que los clientes ya hacen bien respecto de sus problemas (excepciones) y cómo puede hacer para explicar estas ideas y conseguir alcanzar nuevas metas en el futuro. Su principio de pasos pequeños se refiere a que éstos producen grandes cambios.

Principales técnicas y procedimiento del modelo TCS

En resumen, el elogio y las tareas son unas de las principales técnicas que aplica el modelo de TCS, así mismo, dentro de este modelo hay varias técnicas ya establecidas, las cuales se mencionan a continuación:

1. **Establecimiento de una relación terapéutica:** A través del inicio de la sesión se puede determinar si la persona que se encuentra busca solucionar el problema a través de actuar él mismo, o desea que otros actúen sin que él tenga que hacer nada.

2. **La terapia inicia sólo cuando se cuenta con una persona dispuesta ha hacer algo.**
3. **Búsqueda de excepciones:** Es indagar en la vida de la persona, a través de sus palabras para conocer qué pasa cuando el problema no se encuentra. Hay tres tipos de excepción:
 - 1) Cuando el problema no está presente.
 - 2) Cuando la persona resuelve el problema o logra influir en él.
 - 3) Cuando el problema está presente y la persona sabe cómo lograrlo y/o influir en él.
4. **Pregunta por el Milagro:** Es una pregunta en la que la persona imagina que ya ocurre lo que ella desea, donde el problema no se encuentra más. A través de esta pregunta se busca que la persona dé un patrón de las cosas que haría y que ocurrirían para que el problema no se encuentre.
5. **Resumen:** El resumen consiste en recapitular lo que ha dicho el paciente a lo largo de la sesión, usando su propio lenguaje y su propia postura ante la vida. Generalmente el resumen se utiliza para modificar el rumbo de la sesión, cambiando la secuencia de las preguntas o para enumerar lo que ocurre en la vida de la persona; y, entonces focalizarse en la solución.
6. **Elogio:** No es otra cosa más que reconocer las capacidades y recursos que tienen las personas para actuar y lograr el cambio que buscan.
7. **Escala:** Además de usarse para establecer una calificación cuantitativa del proceso de cambio, por lo general también se usa después del *resumen* del terapeuta o de la *pregunta por el milagro*, ya sea para que la persona se dé cuenta de las cosas que ya está haciendo y que le están ayudando a resolver su problema o para construir prescripciones.

Premisas utilizadas en este modelo (TCS)

- Énfasis en la salud mental.
- Utilización.
- Visión atórica/no normativa/ determinada por el paciente.
- Parquedad.
- El cambio es inevitable.
- Orientación hacia el presente y el futuro.
- Cooperación: Actitud general de cooperación, trabajar junto con el otro.
- Filosofía central:

1. Si no está roto, ¡No lo compongas!
2. Una vez que sepa usted que es lo que funciona, ¡Haga más de lo mismo!
3. Si esto no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡Haga algo diferente!

Terapia orientada a soluciones (TOS)

Principales exponentes del modelo TOS

Los principales exponentes del modelo de Terapia Breve Orientada a Soluciones (TOS) son: Bill O'Hanlon, Ben Furman y Tapi Ahola. Bill O'Hanlon es uno de los principales exponentes de la Terapia Orientada a Soluciones.

Explicación de la formación de problemas (TOS)

La Terapia Orientada a Soluciones (TOS) toma también una fuerte posición contra la idea de que la gente es ambivalente con sus problemas; ellas asumen que el cliente quiere cambiar. Además, De Shazer afirmó: "Se ha muerto el concepto de resistencia... Cuando la familia no sigue los lineamientos del terapeuta para cooperar, la familia le indicará al terapeuta la mejor forma de ayudarlos. La mayoría de los esfuerzos del terapeuta será trabajar sobre la solución del problema o problemas, los que se forman sin analizar la etiología de estos" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

El modelo (TOS) sugiere que el terapeuta mantenga deliberadamente con sus pacientes conversaciones orientadas hacia la solución de los problemas.

La Terapia Orientada a Soluciones toma la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer lo que el cree que es normal a sus clientes. Al contrario, el terapeuta sólo deberá preocuparse por solucionar las quejas que presenten sus clientes y no debe creer que existe una sola correcta y válida forma de vivir la vida (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Explicación del cambio o solución (TOS)

En este enfoque toda terapia exitosa intenta siempre encontrar soluciones haciendo que las personas hagan algo diferente o vean las cosas de otro modo. Entonces, desde este punto de vista, se supone que los clientes tienen recursos y competencias para introducir los cambios que desean. Por lo tanto la tarea del terapeuta consiste en crear un contexto dentro del cual los clientes tengan acceso a sus recursos y su competencia.

Los terapeutas orientados hacia las soluciones pueden hacer mucho para influir sobre las percepciones de los clientes respecto a la inevitabilidad del cambio y lo que debería suceder durante la sesión. Dado que el enfoque parte de la idea de que todas las personas ya disponen de

habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas. Es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas. Ya que a menudo los clientes, abrumados por las dificultades de la vida, pierden de vista sus recursos de solución de problemas. Tal vez sólo necesitan que se les recuerden las herramientas con las que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Principales claves utilizadas en este modelo (TOS)

- Romper el patrón del problema.
- Encontrar y utilizar patrones de soluciones.
- Reconocer nuestro comportamiento en el presente o en el futuro.
- Dirigir la atención.
- Imaginar un futuro que nos conduzca a las soluciones en el presente.
- Cambiar historias problemáticas por historias orientadas a las soluciones.
- Usar la espiritualidad para trascender o resolver el problema.
- Utilizar palabras de acción para resolver el problema de relación.
- Celebrar rituales de resolución para resolver los asuntos pendientes del pasado.
- Desarrollar rituales de estabilidad y conexión, para prevenir problemas y generar conexiones (O'Hanlon, 2003).

Reporte de caso

Retomando fragmentos de lagunas sesiones de un caso de las intervenciones enfocadas a soluciones.

Ficha de identificación:

Nombre: Mario Alfonso López Molina
Edad: 43 años
Ocupación: Empleado federal
Estado civil: Casado

Se presenta a consulta el Sr. Alfonso de 43 de edad, quien expresa desconcierto ante su nerviosismo, pues refiere que suele ponerse nervioso en reuniones de trabajo, familiares y con sus amigos, a lo cual señala que le sudan las manos, tartamudea y él quisiera dejar de sentir esto, motivo por el cual él acude a su primera sesión terapéutica.

En los fragmentos se simbolizara de la siguiente manera:

T: Terapeuta

C: Clientes

En la primera parte de la sesión explica su problema y los síntomas y las relaciona con el que la gente no le da un “respeto”.

Primera Sesión:

- Pregunta para saber cual es la queja, (Premisa habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla).

T: Sr. Alfonso me gustaría que me dijera qué es lo trae por aquí.

C: Un problema que me inquieta cada vez más “Soy nervioso” ya ha afectado toda mi relación con mi nerviosismo, mi medio con mis compañeros de trabajo, con mi familia, con mis amigos quisiera ya darle una solución una respuesta ¿qué es lo que se puede hacer? Para que esto desapareciera o minimice, por eso estoy aquí para que usted me ayude.

Todo esto conlleva a que mi núcleo y mi entorno estén afectados, me sudan las manos, por ejemplo en este momento, no es fácil estar aquí. Siento nervio me sudan las manos, tartamudeo demasiado y a veces pierdo la concentración de la conversación o del tema que se este tratando.

- Pregunta para poner en práctica la premisa hacer más de lo que funciona y encontrar excepciones.

T: ¿Cómo resolviste esta situación?

C: Pueda decirse que fue algo indirecto, no sé de donde yo saqué unas armas, pero las iba yo utilizando, sin querer cuando quería llorar en público, lo que hacía era tomar una respiración profunda o unos segundos hasta llegar al máximo.

De medio minuto entonces era así que yo participaba. O con los amigos decía un chiste, una anécdota eso hacía que yo rompiera la barrera que yo tenía ante el grupo. Con la familia también hago algo similar, respiro o cuento hasta el diez o tengo que enfrentarme a mi situación.

- Esto da para que la terapeuta realice la técnica de el (resumen)

T: Permíteme ver si estoy entendiendo, me dice que se siente mejor si mantiene una respiración, la cual te relaja y tal vez cuando un chiste esto te haría sentir mas relajado, más tranquilo y más respetado.

C: Si, si, si claro esto es lo que me ha resultado hasta ahora.

- Hacer pregunta para tratar de investigar acerca de las excepciones del problema

T: Si esta terapia resulta útil para usted, que cosas estará haciendo o pensado sobre su vida.

C: No lo sé, esto es algo que siempre me pasa, pero creo que podría seguir siendo así o mejorar.

T: Eso es interesante, ¿Cómo era antes de que esto pasara?

C: Alegre, entusiasta y esto me funcionaba muy bien. En mi trabajo logre subir de puesto y tengo gente a mi cargo.

- Continúa preguntando para seguir investigando excepciones.

T: ¿Esto que usted dice, esto de ponerse nervioso en que momento no le sucede?

C: Cuando estoy con mis amigos, ellos me dan una confianza, ellos me permiten que me exprese con tranquilidad no como en la escuela, el que no levanta la mano primero o no levanta la voz, no tiene oportunidad de expresarse, que es ahí donde a mi me sacan, no me dan oportunidad, no me dan un respeto, me gustaría que me dieran confianza y respeto, me gustaría que me dieran confianza y respeto para que yo pueda expresar lo que siento y estuviera yo a la par de ellos.

- Pregunta para exaltar la (premisa: lo clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas).

T: ¿Me podría explicar qué cosas hace cuando no está nervioso?

C: En el trabajo tengo un pequeño grupo de compañeros a mi cargo. Yo los tengo coordinarlos si me encuentro bien eso me permite llevar a cabo todas mis actividades con ellos, logro comentarles qué se va a hacer e incluso planear todo el trabajo logro que ellos me escuchen, me atienden, me hagan caso y que todo marche muy bien.

- Esto da pie para que el terapeuta pueda realizar la Técnica de Elogio

Lo felicito por esta preocupación que ha manifestado acerca de su situación el que usted esté aquí es señal de que quiere ver que se puede hacer, esto habla muy bien de usted, por que usted está preocupado por querer sentirse bien y estar bien.

- Pregunta para generar foco en la solución.

T: ¿De qué manera el que no te pongas nervioso hace que las cosas vayan mejor?

A: Comentaba con mis compañeros en la escuela en el trabajo que todos cuando uno fuese a hablar lo respetamos, “el respeto” porque a veces nos encontramos tres platicando pero dos se enfrascan y uno queda afuera y ese soy yo, ahí es donde yo entro en mi problema en mi situación, me pongo nervioso y ya no participo totalmente me quedo en cero.

- Pregunta para señalar la premisa: el cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.

T: Me gustaría invitarte a que en este momento pensaras e imaginaras qué más podría hacer para evitar ponerte nervioso.

A: Tal vez realizar respiraciones, sería una de ellas, e incluso mantener la calma, y el no arrebatarme al hablar, porque en este momento lo estoy haciendo con más calma, con más tranquilidad, porque por lo regular siempre me adelanto y hablo con rapidez, eso es lo que me produce el nerviosismo, cosa que en este momento no me está sucediendo.

- Intervención (Tarea) Este tipo de tarea llamadas de fórmula, pueden utilizarse en cualquier etapa de la terapia; se sugieren en la primera sesión para propiciar en el cliente la identificación de aspectos o situaciones positivas en su vida.

T: Son muchas las cosas diferentes que están ocurriendo con usted, en su vida, en su estilo de manejar las cosas. Quisiera pedirle, si esto es una buena idea para usted, que en estos días en que no nos vamos a ver, que observara y pensara en cuáles son las cosas y/o situaciones que quiere seguir manteniendo.

C: No había pensado en eso, pero voy a hacerlo.

Segunda sesión:

- Las siguientes preguntas que hace la terapeuta son para exaltar la premisa: el cambio es inevitable.

T: ¿Cuáles son los cambios que observó en estos días?

C: Me he sentido mejor, ya no me pongo nervioso, ni con mis compañeros de trabajo, ni con mi familia, ni con mis amigos y creo que lo estoy superando, pero aún no me queda claro que rumbo voy a dar a mi vida.

T: Realmente es interesante todo lo que le ha pasado; me gustaría preguntarle algunos detalles.

- Pregunta para identificar patrón de la solución empleada-

T: ¿Qué es lo que decidió hacer en lugar de ponerse nervioso?

C: Simplemente ya no me dan ganas.

T: Platíqueme un poco más de eso.

- Excepciones.

C: ¿Se acuerda que en el acto de platicar con alguien me ponía nervioso? En primer lugar, tome una respiración, conté del uno al diez y estuve en calma, después salí a caminar un poco a respirar aire fresco. Tal vez tengan que pasar otras cosas, pero creo que estoy un poco mejor.

- Esta respuesta dio pie a la terapeuta para seguir profundizando en las excepciones y por medio de la intervención (pregunta por el milagro).

T: Usted empezó a hacer algunos cambios, pero quiere más, obviamente. Supongamos que hoy en la noche, mientras duerme, ocurre un milagro al respecto. Usted no se daría cuenta ya que estaría dormido mientras el milagro ocurre. Al despertar, mañana ¿qué cosas sería diferente? ¿Qué se ve haciendo? ¿Qué estaría pasando?

C: ¿Si ocurriera el milagro? Mmmmm, bueno regresaría otra vez a mis actividades cotidianas y les tomaría otra vez gusto, estaría contento, alegre, tendría planes.

T: ¿Cómo habría logrado regresar a sus actividades cotidianas y les tomaría otra vez gusto?

A: En la forma en que yo participaré, porque tiempo atrás las cosas no las realizaba como debería de hacerlas, me tardaba más tiempo o no las realizaba las posponía, entonces ahora sería lo opuesto. Ellos se darían cuenta de que tengo mi plan de trabajo, lo llevo acabo, y participo más con ellos, mis compañeros de trabajo ven ese cambio en mí y el equipo en general se vería beneficiado.

T: ¿Y tú como te sentirías con este cambio?

C: De maravilla, alegre, contento y con mas ganas de realizar más actividades y proyectos.

T: ¿Qué otra cosa sería distinta?

C: Tal vez aceptaría la ayuda de mi familia, no me sentiría vulnerable...

Terapia Familiar Enfocada a Soluciones

Este movimiento se dio en el Instituto de Terapia Breve de Milwaukee. El grupo inicial de fundadores incluía a Steve De Shazer, quien había trabajado anteriormente en el MRI y dedicaba todo su tiempo a la investigación y a la teoría, así como a Insoo Berg, quien enfatizó sus esfuerzos en preparar terapeutas.

La terapia orientada a soluciones toma también una fuerte posición contra la idea de que la gente es ambivalente con sus problemas; ellos asumen que el cliente quiere cambiar. Además, De Shazer afirmó: “Se ha muerto el concepto de resistencia... Cuando la familia no sigue los lineamientos del terapeuta cooperar, la familia le indicará al terapeuta la mejor forma de ayudarlas. La mayoría de los esfuerzos del terapeuta será trabajar sobre la solución del problema o problemas, los que se toman sin analizar la etiología de estas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

William Hudson O’Hanlon, quien radica en Omaha, Nebraska, nunca se asoció al Centro de Milwaukee, pero fue preparado por Milton Erickson. Él, junto con Weiner-Davis, en relación con terapia enfocada a soluciones.

La terapia enfocada a soluciones toma de constructivismo la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a su cliente. Al contrario el terapeuta sólo deberá preocuparse por solucionar las quejas que presentan sus clientes y no deberá creer que existe sólo una correcta y válida forma de vivir la vida (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Este pensamiento los llevó a desarrollar dos postulados para la terapia enfocada a soluciones que son la “pregunta milagrosa” y la “pregunta de excepción”. Lo importante de este modelo es ver qué han hecho como intentos de solución y si les ha dado buenos resultados. En suma, se buscan las EXCEPCIONES de la conducta rígida del paciente. Este modelo recae en la cibernética de segundo orden. Ya que el paciente es quien determina los objetivos a seguir en la terapia. En el modelo enfocado a soluciones, el terapeuta está preparado para no etiquetar patologías. Un aspecto muy importante en este modelo es el lenguaje que utiliza el terapeuta, el cual va ligado a la neutralidad constructivista, donde el terapeuta no impone o maneja un lenguaje metafórico, sino que utiliza el lenguaje del paciente o una retórica, libre de tecnicismos, dando a sus pacientes mayor confianza y seguridad (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

En el proceso terapéutico se deberá “alterar la forma de actuar” y “la forma de ver” el problema, para lo cual se deberán realizar tres cosas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

1. Cambiar la manera de actuar en la situación que se percibe como problemática. Por lo general, todo síntoma se acompaña de una o varias rutinas: El objetivo es cambiar las acciones e interacciones que intervienen en el problema; los pacientes tratarán de romper estas pautas repetitivas que lo acompañan, cambiar esta forma de actuar hará desplazar conjuntamente al problema.
2. Cambiar la percepción del paciente respecto del problema. Erickson consideraba a la psicopatología como habilidades y la llamó: “mecanismos mentales”, los que podían usarse tanto para curar como para producir problemas, de tal modo convertía a ventaja lo que parecía desventaja. Comentaba que lo interesante de sus pacientes era cómo habían tratado de corregir sus problemas no cómo los habían causado. Cuando los pacientes llegan a consulta, con frecuencia sienten que están cargando en sus espaldas una losa que pesa toneladas; si el terapeuta percibe la losa como una minúscula piedra, los pacientes se sentirán más ligeros y podrán interactúan con menor peso.
3. Evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la situación percibida como problemática; creer que las personas poseen los recursos para solucionar sus problemas, recordando que en el mismo problema esta la solución.

Todos los pequeños cambios en el paciente se reforzarán a través de connotaciones positivas o elogios (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

La estructura de los distinguos en complementariedades cibernéticas del proceso terapéutico de la escuela de Soluciones

Modelo del proceso terapéutico de Soluciones

2do. Nivel: (Estabilidad / Recursos)

1er. Nivel: Problema / Excepciones)

En el mapa del proceso terapéutico de Soluciones nos muestra en el primer nivel que el terapeuta hace distinciones para generar una complementariedad cibernética a partir de la definición del problema y la búsqueda de excepciones, ambos en el nivel de la interacción conductual. En un

segundo nivel esta complementariedad se incluye en una distinción mayor llamada “estabilidad” que a su vez es complementaria con los recursos del paciente.

CAPÍTULO V

ESCUELA DE MILÁN

Escuela de Milán

Principales exponentes de la Escuela de Milán

El grupo de Milán que se gestó en el Centro de Estudios de la Familia en Milán, Italia en mayo de 1967, estuvo compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo. El grupo parte de una orientación psicoanalítica en el año 1967, cuando sus integrantes comenzaron a tratar familias con pacientes anoréxicos y psicóticos. En 1971 adoptan el enfoque de Palo Alto y desarrollan la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influído por Bateson, en el año de 1975, modifican su concepción de los síntomas familiares de predominantemente homeostático a predeominantemente cambiante y diferencian entre el nivel de significado-creencias —y el nivel acción-patrones conductuales— (Ochoa, 1995).

Cómo se explica la formación del problema

La piedra angular del grupo de Milán ha sido y sigue siendo «el juego familiar», concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismo y de la familia en conjunto. El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia y puede incluso heredarse de generaciones anteriores. El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. En otras palabras, la sintomatología es fruto de una discrepancia entre las conductas que constantemente están sometidas a variaciones de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento (Ochoa, 1995).

Cómo se explica el cambio o la solución

El abordaje de Milán no es una terapia con foco principal en el sistema o el problema, aunque toma en consideración esas comunicaciones. Se orienta al contexto de significado que encuadra los síntomas. Así, desde este modelo, el síntoma es la representación de un sistema gobernado por reglas y un ambiente comunicacional de doble vínculo y de normas rígidas. El cambio se define por el lenguaje o la narrativa de la familia para crear su nueva realidad (Sánchez y Gutiérrez, 2000). El propósito es descubrir una pauta de significado contextual que sirva para concurrir a que el sistema perturbado se reorganice a sí mismo (Keeney y Ross, 1985).

Para cambiar las conductas problemáticas de la familia, el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente (Ochoa, 1995).

Premisas teóricas

- Cada sistema viviente es gobernado por dos funciones fundamentales y en apariencia contradictorias: la tendencia homeostática y la capacidad de transformación. El efecto de ambas tendencias mantienen el equilibrio del sistema y garantiza su evolución de tal forma que en los sistemas patológicos hay una tendencia rígida a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis.
- Parte de un abandono de la posición mecanicista causal y adopta una posición sistémica. En la cual el terapeuta es capaz de considerar a los miembros de la familia como elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional alguno sobre el conjunto.
- Las personas se influyen mediante el carácter de mensaje que tiene su comportamiento (modos de confirmación o descalificación en su relación). Entre diversos fenómenos comunicacionales exponen el de las paradojas. Las paradojas relacionales tienen como efecto la creación de una situación insostenible.
- Toda conducta es comunicación (del MRI).
- Las familias se organizan según pautas de coalición (de Bateson).
- Orientación hacia descubrir significados posibles que sucede en la familia.
- Su principal interés está en la política y no en la semántica.
- La terapia de Milán es una dialéctica entre la hipótesis del terapeuta y las respuestas de la familia.
- La pauta que organiza el interrogatorio se ve plasmada por las pautas de coaliciones actuales en la organización de la familia.
- Al final de la sesión se suele construir una intervención diferente orientada a connotar positivamente la tendencia homeostática del sistema poniendo de relieve la contribución positiva de cada miembro a la organización familiar.
- La terapia de milán no hace foco en el síntoma o problema sino en el contexto de significado que encuadra u organiza los síntomas. Siendo el propósito descubrir una pauta de significado contextual en la que se busca la autorregulación del sistema para disparar a la familia en la búsqueda de su solución.
- En la estrategia de Milán el distingo original se orienta a construir una hipótesis acerca del sistema familiar. Esta hipótesis se va modificando de acuerdo al tipo de información que va surgiendo en la sesión. En ocasiones esta hipótesis se presenta como intervención. La hipótesis inicia aún antes de ver a la familia con base en la información obtenida de la derivación o contacto telefónico. Las hipótesis iniciales suelen ser parciales porque

regularmente abordan sólo partes del sistema. Se llama hipótesis de arco parcial. En el marco de la hipótesis inicial (marco semántico) se construyen otros que dan cuenta de informaciones significativas que se construyen en marcos políticos de referencia. Consiguientemente estos marcos se entretajan y su abordaje supone complementariedades recursivas. Por lo tanto la organización secuencial de la conducta problema y otras conductas importantes forman parte de las coaliciones actuales, las cuales se organizan dentro de contextos de referencia; y estos niveles de proceso alojados entre sí están organizados por las perspectivas temporales que la familia tiene sobre los relatos históricos y sobre sus predicciones. Estos arrojan toda la información sobre el contexto de significado que sostiene la familia, el cual permite avanzar isomórficamente con la hipótesis formulada modificada.

- Las preguntas se formulan en referencia a: conducta interactiva específica en situaciones específicas; diferencias de conducta; jerarquías de conducta y cambios en ella o el vínculo antes y después de un suceso.
- La pauta cibernética de la organización de la terapia consiste en el cambio de hipótesis en armonía con la información que surge de la exploración de los marcos de referencia.

Características de esta terapia

El abordaje de Milán no es una terapia con foco principal en el sistema o el problema, aunque toma en consideración esas comunicaciones. Se orienta al contexto de significado que encuadra los síntomas.

Así desde este modelo el síntoma, es la representación de un sistema gobernado por reglas y un ambiente comunicacional de doble vínculo y de normas rígidas.

El propósito es descubrir una pauta de significado contextual que sirva para concurrir a que el sistema perturbado se reorganice a sí mismo (Keeny y Ross, 1985).

El equipo descubrió que la alternativa para influir sobre los síntomas es cambiar las reglas.

Principales técnicas y procedimientos terapéuticos del grupo de Milán

La tarea del terapeuta es en primera instancia la elaboración de una hipótesis

La hipótesis de corte Milán, consiste en elaborar una hipótesis sobre el sistema familiar, que es modificada en respuesta a informaciones ulteriores que la familia produce; y, a veces, esa hipótesis es presentada a la familia a modo de intervención. La construcción de una hipótesis la inicia aún antes de ver a la familia sobre la base de la información obtenida de la fuente de derivación o del contacto telefónico.

A continuación mencionaré las principales técnicas del grupo de Milán:

- **Preguntas lineales.** Este tipo de preguntas, el terapeuta las hace al comienzo de la entrevista, para orientarse sobre lo que ocurre en torno al síntoma y de ese modo unirse a la familia a través de sus puntos de vista. Por ejemplo, puede preguntarse: ¿Cuál es el problema? ¿Desde cuándo ocurre lo que me comentan? Principalmente se emplean para la definición y la explicación que la familia da al síntoma, ya que la epistemología familiar se construye en torno a una causalidad lineal, en la que un determinado evento origina el problema en un momento dado.
- **Preguntas circulares.** Éstas se caracterizan por una curiosidad general acerca de los posibles nexos de eventos que incluyen el problema. El terapeuta formula preguntas para obtener de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos, siempre bajo los supuestos de causalidad circular y neutralidad. Son preguntas que pueden ejercer efectos liberadores y posibilitar que la expectativa de lugar de control del cambio se ubique dentro de la familia.
- **Preguntas estratégicas.** Se dice que su objetivo es principalmente correctivo. Se recurre a ellas cuando es preciso ser más directivo para movilizar un sistema atascado y/o para impedir que la familia siga por el mismo camino problemático. Algunos ejemplos de estas preguntas son: ¿Por qué no habla usted con él acerca de sus preocupaciones en vez de con los niños? ¿Se da cuenta de que su retraimiento desilusiona y frustra a su mujer? (Tomm 1988, citado en Ochoa 1995).
- **Preguntas reflexivas.** Su meta es capacitar a la familia para que genere por sí misma nuevas percepciones y conductas que faciliten la solución de sus problemas. El procedimiento consiste en activar intencionalmente las reflexiones, es decir, de las conexiones jerarquizadas entre los significados del sistema de creencias de la familia. El cambio se produce como resultado de las alteraciones en la organización y estructura del sistema de significados (Ochoa, 1995). En resumen como lo comenta Ochoa, las preguntas que el terapeuta utiliza durante la entrevista se clasifican en lineales, circulares, estratégicas y reflexivas, donde las preguntas lineales y circulares, se emplean principalmente para evaluar, mientras que las preguntas estratégicas y reflexivas tienen una intención clara de cambio.
- **Preguntas triádicas.** Consiste en pedir a un miembro de la familia que haga comentarios sobre el vínculo diádico de otros dos. Por ejemplo, se preguntará a la madre sobre la interacción entre padre e hijo, o se pedirán a un adolescente comentarios sobre la relación de la madre y el padre. Las preguntas triádicas pueden ir dirigidas también a pautas de interacción más complejas, como por ejemplo. Se preguntará a un niño: ¿Cuando tu madre y tu padre riñen? ¿cuál de tus hermanos o hermanas es el que participa más o menos? La administración cuidadosa de este abordaje hace aflorar pautas de coalición, no sólo en la percepciones que refiere tener el que responde, sino, lo que es más importante, en las reacciones que esto precipita en los demás, se trate de un fruncimiento de cejas, una mirada penetrante, una sonrisa o un cambio de postura (Keeney y Ross, 1985).
- **Preguntas orientadas al futuro.** Estas preguntas insinúan un mapa familiar diferente y, por lo común se emplean ya más avanzada la entrevista, una vez, recogida la información descriptiva de las actuales secuencias de hechos que envuelven al problema y de las coaliciones existentes en la familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

- **Rituales.** Se trata de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Se comenta, en efecto, para ser eficaz el ritual tiene que implicar a toda la familia, y debe de ser precisado por el terapeuta, a menudo por escrito: la modalidad a la que debe responder su realización, horario, ritmo de repetición, quién debe pronunciar las fórmulas verbales, con qué secuencia, etcétera.

- **Connotación positiva.** Surge inicialmente por la necesidad de llegar a una intervención paradójica: la prescripción del síntoma al paciente designado, con la finalidad de promover la cohesión, el cambio y la participación, así como dar otra percepción del problema y disminuir la resistencia de la familia al tratamiento. En conclusión, el grupo de Milán asevera, que el acceso al modelo sistémico les resulta posible sólo si connotan positivamente tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros del sistema familiar (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1987).
 - Surge como paso necesario para la prescripción del síntoma como una intervención paradójica.
 - Para evitar relacionar de forma causal-lineal los comportamientos de la familia con el síntoma (buenos y malos)
 - Acceder al modo sistémico (los comportamiento inspirados por el deseo común de manera la cohesión y unión de la familia)
 - Se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no a las personas.
 - Aliarse momentáneamente con el sistema con su idea homeostática y su temor al cambio.

Tiene dos finalidades terapéuticas:

- Definir la relación sin el riesgo de la descalificación.
- Definir el contexto terapéutico.

Procedimientos del grupo de Milán

Los procedimientos utilizados por el grupo de Milán, consiste en que un equipo se reúne con la familia y un miembro del equipo conversa con ésta, mientras los otros siguen la conversación desde detrás de un espejo de una sola dirección. La persona que habla con la familia tiene una idea preliminar de cómo puede entenderse el problema, es decir, tiene una hipótesis que orienta la entrevista. En ésta, el entrevistador se aparta de la familia y se reúne con el resto del equipo para discutir interpretaciones posibles. Después el entrevistador regresa con la familia para transmitirles la nueva comprensión de todo el equipo y esto se llama la intervención (McNamee y Gergen, 1992).

- **Construcción de hipótesis.** Es un proceso constante que evoluciona conjuntamente con el movimiento de la familia y produce muchos cambios a medida que se desarrolla la entrevista terapéutica. Por tanto, es el acto inicial de cualquier sesión y se irán modificando a medida que las respuestas de la familia a las preguntas formuladas las vayan alterando. Por consiguiente el terapeuta elabora otra sobre la base de los datos específicos proporcionados por la nueva realimentación.
- **Circularidad.** La circularidad se funda en la idea de que las personas se conectan entre sí, a lo largo del tiempo, según pautas particulares a las que se identifican como familias. Los miembros de la familia ponen de manifiesto su conexión en tanto comunican información en forma de un lenguaje verbal y no verbal. Este lenguaje describe el intercambio de mensajes que, en los sistemas problema, son a menudo confusos o inaceptables para la familia. Por tanto, las preguntas circulares definen y aclaran estas ideas confusas y conductas cuestionables, además de reintroducir información en la familia en forma de nuevas preguntas.
- **Neutralidad.** Es la posición terapéutica en la que el entrevistador acepta las soluciones adoptadas por la familia como las únicas posibles, lógicas y congruentes para ella en ese momento. Cuando los terapeutas se mantienen neutrales, quedan exentos de los rótulos de "buenos" y "malos" que les ponen las familias (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Intervenciones

Las intervenciones terapéuticas en la familia, han aparecido como un proceso de aprendizaje por ensayo y error. Se afirma, cómo los errores son un componente esencial de ese proceso de aprendizaje que es la terapia de familia, y especialmente de aquella que establece relaciones esquizofrénicas. Por consiguiente se comenta, que en efecto, puesto que todo aprendizaje superior al aprendizaje cero procede por ensayo y error, resultan ambos indispensables para proveer, a través de las reacciones de la familia, informaciones cada vez más importantes (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1987).

Rituales terapéuticos

Es una forma terapéutica el ritual es una estrategia para cambiar las reglas del juego y la epistemología familiar. Es producto colectivo, un fenómeno sistémico orientado al mantenimiento de la homeostasis familiar.

- Es la prescripción de una forma de proceder en la cual participa toda la familia.
- Todos ellos están de acuerdo y comparten opiniones afines respecto a su significado.
- Es de carácter simbólico.
- Posee un matiz referencial.
- Su forma conductual es el de un patrón con poca variación.
- Puede ser repetitivo o único pero siempre da en situaciones altamente significativas.

La paradoja como intervención

Para Milán el concepto de paradoja es sólo un recurso para explicar las situaciones contradictorias.

Las paradojas terapéuticas son tácticas y maniobras que en apariencia se oponen a los objetivos de la terapia pero que en realidad se adoptan para alcanzarlos.

Las interacciones terapéuticas paradójicas son aquellas que:

- Prescriben explícitamente el síntoma.
- Recurren a elogiarlo.
- Lo connotan positivamente.
- Fomentan el síntoma.
- Se muestra preocupación porque pueda desaparecer muy pronto.

Reporte de caso

Ficha de identificación

Familia Barrios Zorrila

Fecha: 9 de Junio de 2007

Madre: Melissa Zorrilla y Avelino. Escolaridad, secundaria. Ocupación, comerciante.

Hija: Iveth de 24 años. Escolaridad, secundaria.

Hijo: Leopoldo de 20 años. Escolaridad, 4to. Semestre de bachillerato.

Hija: Itzel Jimena de 14 años. Escolaridad, 2do. Grado de secundaria.

Hipótesis Terapéutica.

La hipótesis va cambiando según el desarrollo de la sesión terapéutica, quedando de la siguiente manera:

1ra. Hipótesis: La familia tiene como filosofía el agredirse mutuamente para salir adelante.

2da. Hipótesis: La familia sino pelea duro piensa que no les va a ir bien en la vida. Esto es una manera de confirmarse.

3ra. Hipótesis: La familia tiene la idea de que están muy solos a causa de la ausencia paterna y de que con esa ausencia no pueden ser felices.

4ta. Hipótesis: La familia ha sufrido a todo lo largo de la historia de su vida familiar una .
ausencia masculina.

5ta Hipótesis: Las mujeres han sido mujeres fuertes y valientes que han sabido luchar y sacar
adelante a sus hijos.

Trascripción de fragmento de la sesión

Terapeuta: Rosa, Coterapeuta: Sonia, Mamá: Melissa, Hija mayor: Iveth, Hijo: Polo, Hija menor:
Jimena. Para identificación se utilizará, primera letra del nombre de cada miembro de la familia
Equipo: (E).

Síntoma Familiar

Se trata de una familia en donde el paciente identificado es el hijo de 20 años llamado Polo, ya
que él siempre argumenta que para él no representa ningún problema el que esté o no esté con
ellos el padre. Mientras que para las mujeres de esta familia es importante la figura paterna. Pero
hacen todo lo posible por atacar a esta figura masculina cuando la tienen y este es el juego
familiar que va de generación en generación, esta familia pertenece a la tercera generación, en
donde el género masculino ha sido excluido por su adicción al (alcoholismo), repitiendo la misma
historia en este juego familiar, en particular, las mujeres de esta familia manifiestan verbalmente
la necesidad de tener un apoyo de la figura masculina y al mismo tiempo atacan a el género
masculino, en este caso al paciente identificado (Polo) en este juego familiar es él que mantiene
el síntoma.

Pregunta lineal

CT: ¿Cuál es el problema que los trae por aquí?

M: Somos una familia sola, se puede decir en el sentido de que estamos solos, yo me quede sin
trabajo...

Pregunta circular

T: Además de ellas que están aquí presentes, ¿Quién más te presiona porque no
trabajas?

P: Como reproche no me lo dicen. Me dicen tienes que estudiar, tienes que echarle ganas, mis
tías, mi abuelo...

Pregunta estratégica

T: ¿Cómo interviene usted, cuando ellos pelean?

M: Calmo a uno y calmo al otro.

Pregunta reflexiva

E: Que si yo me fuera de la casa (Polo), para todas he, así como Hugo en los Estados Unidos, ¿Cómo serían las cosas en la casa, sin mí pues, en la casa?

M: Seguiría todo normal económicamente.

J: Pues sí, difícil porque pues...

M: Económicamente igual, porque no genera ningún ingreso. Este... en el puesto sí se me dificultaría porque se me caerían las manos...

Connotación positiva

T: Sí, con respecto a lo que hablábamos, sobre el carácter que tienen ustedes y la fortaleza, también le reconocemos mucho a Polo esta situación que se le ha presentado en cuanto a pues estar viviendo en esta misma familia donde desaparece la figura masculina y él muestra toda su cooperación y un apoyo, él nos dice: yo hago todo lo que puedo, yo he...trabajado, yo esto; incluso usted lo menciona como he...que sin él se le dificultarían mucho las cosas, en cuestión de apoyo y sobre todo la parte sensible que tiene Polo, para darles este apoyo, que él entiende perfectamente la situación en la que ustedes están pasando. Entonces creo que es importante también, el reconocerle toda esta situación a las que Polo se esta afrontando Veíamos que tanto la sensibilidad de Polo, igualmente de su hija y el carácter que tienen ustedes, hace este equilibrio, porque sería muy diferente si todos tuvieran un carácter fuerte. Entonces esto ayuda a estabilizar a la familia, y que efectivamente esta retroalimentación que ustedes le dan constantemente a Polo, de que se esfuerce más, les preocupa en general de que sea un buen hombre, para terminar con la historia que ustedes han tenido, con esta repetición...no Polo, de que los hombres, han sido alcohólicos en general, desde su padre y sus dos esposos, y así sucesivamente, que no han sido responsables. Además como que existe la necesidad por parte de ustedes mujeres, de poner a Polo en otra situación, de que se termine no, con esta situación que se ha presentado; ellas mismas incluso dicen no: esperamos encontrar en un hombre todas estas actitudes que buscan que tú de algún modo adquieras para tu propio bien, que cuando tú encuentres a una mujer; no la quieren para beneficio de ellas, sino, que cuando tú encuentres una mujer, bueno...puedas darle esta seguridad, seas un buen hombre, en palabras de tu mamá, que le des un futuro. Entonces, toda esta situación es para asegurarse, de que todo esto no vuelva a repetirse, es una preocupación que existe por parte de tus hermanas y de tu mamá y te dicen: adelante, perteneces a esta familia, sigue con nosotros. Pero quédate y quédate para seguir creciendo como hombre, como esto que te va ayudar a ti mismo. Y bueno reiterar esta no, que Polo lo entiende...este muy bien y la parte de su sensibilidad, en realidad hacia ustedes no, que estaba haciendo un apoyo muy fuerte para ustedes que no habían tenido en otras circunstancias.

La terapia de Milán

La contribución de Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, todos ellos son los miembros de Milán, son psiquiatras con formación psicoanalítica, que a fines de la década de 1970 decidieron intentar el tratamiento de familiar enteras. No es sorprendente que sus enunciados teóricos incluyan ideas afines a las de Haley y del MRI. Es frecuente en ellas señalar que toda comunicación y que las familias se organizan según pautas de coalición. Pero su abordaje para la conducción de la terapia familiar difiere señaladamente de las modalidades de Haley y del MRI (Keeney y Ross, 1985).

Pautas cibernéticas de intervención

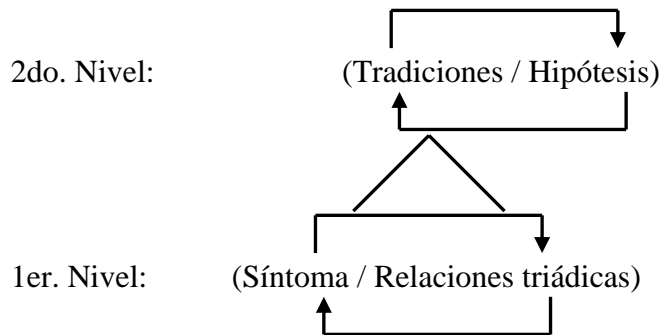
En cierta etapa del curso de la sesión las interrogaciones confirman o corrigen la hipótesis de trabajo. Es frecuente que esta distinción lleve a reconstruir la hipótesis para ajustarla a todo lo averiguado. La hipótesis tiene que considerar la manera en que cada uno de los miembros concurre a la organización actual de aquella.

Hacia un final de sesión, el equipo de Milán en ocasiones decide construir un orden de intervención diferente, orientado sobre todo a connotar de manera positiva. El terapeuta de Milán, connota de manera positiva la lógica con arreglo a la cual un sistema problemático permanece estable, lo hace señalando que el problema de los miembros de la familia es de hecho una solución. Esto sugiere la posibilidad de que otras soluciones (más adaptativas) pueden amenazar la estabilidad de su sistema. De hecho la lógica da a entender la manera en que la familia se estabiliza; lo que el equipo de Milán llama la homeostasis de la familia. Por referencia a nuestra definición cibernética del cambio terapéutico (Keeney y Ross, 1985).

La terapia de Milán connota de manera positiva la lógica con arreglo a la cual un sistema problemático permanece estable, lo hace señalando que el problema de los miembros de la familia es de hecho una solución. Esto sugiere la posibilidad de que otras soluciones (más adaptativas) pudieran amenazar la estabilidad del sistema. Y cada sesión nueva comienza de la misma manera: hipótesis-preguntas-intervención.

La estructura de los distinguos en complementariedades cibernéticas para el proceso terapéutico e intervenciones de la terapia de Milán

Modelo del proceso terapéutico de Haley



En el mapa del proceso terapéutico de Milán nos muestra en el primer nivel que el terapeuta hace distinciones para generar una complementariedad cibernética a partir de las definiciones del síntoma y las relaciones triádicas. En el segundo nivel esta complementariedad se incluye en una distinción mayor llamada “tradiciones”, que a su vez es complementaria con respecto a la hipótesis sistémica.

Modelo de la intervención de Milán

2do. Nivel: (Prescripción paradójica / Connotación positiva)

1er. Nivel:

Demanda del síntoma a la familia	Demanda de un cambio en la presencia del síntoma a la familia
----------------------------------	---

El mapa de la intervención de Milán nos muestra en el primer nivel que el terapeuta hace distinciones para generar una complementariedad cibernética a partir de la demanda del síntoma a la familia y la demanda de un cambio en la presencia del síntoma a la familia, ambos en un nivel de la interacción conductual. En el segundo nivel esta complementariedad se incluye en una

distinción mayor que es la prescripción paradójica y que a su vez es complementaria con respecto a una connotación positiva.

ANALISIS Y CONCLUSIONES

Análisis y conclusiones

Mi formación académica en el diplomado se ha caracterizado por el aprendizaje de diferentes modelos con enfoque sistémico como lo son: MRI, Estratégico, Soluciones, Milán, acerca de cómo se debe de hacer terapia. Como parte del proceso de aprendizaje, se extrajeron y discutieron muchas ideas muy interesantes, acerca de los supuestos filosóficos y teóricos que sustentan múltiples procedimientos muy ingeniosos e importantes, que empleados con habilidad suficiente, pueden provocar grandes cambios en la persona. También fueron examinados en cada modelo ejemplos de casos clínicos acerca de cómo es que funcionan tales (modelos); además escuche a menudo de los grandes genios, casi intangibles, que revelan verdades fundamentales, con el fin de «llegar a la comprensión de la realidad». En mi práctica terapéutica me esforcé por hacer una réplica —por lo menos aproximada— de sus trabajos terapéuticos.

Entonces, para mi fue más fácil distinguir los procedimientos correctos de los incorrectos; las intervenciones inteligentes de las preguntas obvias, las verdades de las falsedades, los pensamientos, las acciones, los sentimientos y las normas morales apropiadas de las inapropiadas, pues la propia teoría iba marcando estas distinciones.

Hasta ese momento también tenía claro que el terapeuta se desempeñaría como el experto para resolver los problemas de los pacientes; aquel que fundamentaría la razón, quien plantearía unilateralmente las intervenciones, quién decidiría los objetivos, el proceso y el momento en que estos se logran.

Contemplaba que las primeras sesiones terapéuticas tendrían como objetivo el comprender los problemas de la gente, para después seleccionar una serie de recursos que parecieran adecuados, y de esta manera buscar enseñarles a superar esas dificultades, mi papel como psicoterapeuta en formación consistió en tratar de reproducir en el espacio terapéutico lo que se me había indicado, lo que había aprendido y lo que había leído.

Fue de una importancia fundamental el haber cursado el Diplomado en Terapia Sistémica, logré obtener una actualización profesional de la psicoterapia con una orientación sistémica, que me permitirá abordar en mi práctica profesional la problemática emocional de nuestra población por medio de las principales técnicas y procedimientos; y, premisas teóricas de cada uno de los modelos aprendidos: MRI, Soluciones, Estratégico, Milán, Epistemología Cibernética, en la Academia para la Formación, Investigación y Práctica de la Psicoterapia Sistémica (AFIPPI).

Mi experiencia profesional a partir del diplomado ha sufrido una metamorfosis muy positiva en mi práctica como una alternativa de posibilidades terapéuticas al considerar un acercamiento a los sistemas de relación humanos en conjunto.

Mi trabajo terapéutico a partir del diplomado ha sido orientado por un enfoque terapéutico sistémico.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliográficas

Anderson, H. (1997). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades*, Argentina: Amorrortu.

Bateson, (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*, Buenos Aires: Carlos Lohle.

Bergman, J. L. (1986). *Pescando Barracudas. Pragmática de la Terapia Sistémica Breve*. Buenos Aires: Paidós.

Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.

De Shazer, S. (1994). *En su origen las palabras eran magia*. Buenos Aires: Gedisa.

De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.

Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica*. México: Pax.

Haley, J.(1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.

Haley, J (1984). *Terapia de ordalía*. Buenos aires: Amorrortu.

Haley, J (1987). ***Estrategias en psicoterapia***. Buenos aires: Amorrortu.

Keeney, B. y Ross, J. (1985). ***Construcción de terapias familiares sistémicas***. Buenos Aires: Amorrortu.

Keeny, B (1987). ***Estética del cambio***. Barcelona: Paidós.

McNamee, S. y Gergen, K. (1992). ***La terapia como construcción social***. Barcelona Paidós.

Nardone, G., Watzlawick. P. (1990). ***El arte de la terapia estratégica***. Barcelona: Herder.

O'Hanlon, B. (2003). ***Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida***. México: Paidós.

O'Hanlon, H. y Weiner-Davis, M. (1989). ***En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia***. Barcelona. Paidós.

Ochoa, I. (1995). ***Enfoque en terapia familiar sistémica***. Barcelona: Herder.

Sánchez y Gutiérrez (2000). ***Terapia familiar modelos y técnicas***. México: El manual moderno.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1987). ***Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica***. Barcelona: Paidós.

Von Foerster, H. (1991). ***La semilla de la cibernética***. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1987). ***Teoría de la comunicación humana***. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Weakland, H. J., Fisch, R. (1986). ***Cambio***. Barcelona: Herder.

Wittzalee, J y García, T . (1994) ***La Escuela de Palo Alto, Historia y Evolución de las Ideas esenciales***. Barcelona: Herder.