



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CUATRO ESCUELAS FUNDADORAS DE LA TERAPIA SISTÉMICA

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

MÓNICA ISABEL MARTÍNEZ OLIVOS

TUTOR: LIC. PEDRO VARGAS AVALOS

JURADO: LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ
LIC. VICENTE CRUZ SILVA
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ



MÉXICO D. F.

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.

Índice

Resumen	1
Introducción	4
CAPÍTULO I.....	7
EPISTEMOLOGÍA CIBERNÉTICA.....	7
Epistemología cibernética	8
Principales autores y cronología de los hechos históricos.....	8
Principales conceptos de la epistemología cibernética.....	12
Modelo Comunicacional de Bateson.....	14
CAPÍTULO 2.....	17
TERAPIA BREVE DEL MRI.....	17
Terapia Breve del MRI.....	18
Principales Exponentes y ubicación geográfica.....	18
Formación del problema.....	18
El cambio o la solución.....	20
Técnicas y procedimientos.....	22
Caso.....	25
Lectura de los conceptos cibernéticos.....	29
Lectura de distingos del Mental Research Institute (MRI):.....	31
CAPÍTULO 3.....	33
ESCUELA ESTRATÉGICA.....	33
Escuela Estratégica.....	34
Principales Exponentes y ubicación geográfica.....	34
Explicación de la formación de problemas.....	34
El cambio o la solución.....	35
Principales técnicas de intervención.....	36
Caso.....	38
Distingos de la terapia estratégica de Jay Haley:.....	42
CAPÍTULO 4.....	44
ENFOQUE DE SOLUCIONES.....	44
Enfoque de soluciones.....	45
Principales exponentes y ubicación geográfica.....	45
Explicación de la formación de problemas.....	45
Explicación del cambio o la solución.....	46
Principales técnicas y procedimientos.....	47
Caso.....	49
Premisas identificadas.....	49
Lectura de distingos del enfoque de Soluciones de O'Halon.....	54
CAPÍTULO 5.....	55
TERAPIA DEL GRUPO DE MILÁN.....	55
Terapia del Grupo de Milán.....	56
Principales exponentes y ubicación geográfica.....	56
Explicación de la formación de problemas según el grupo de Milán.....	57
Explicación del cambio o la solución.....	58
Principales técnicas y procedimientos.....	60
Caso.....	63
Lectura de distingos de la Escuela de Milán.....	68

Análisis y conclusiones.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	74

Resumen

El presente trabajo describe diferentes elementos que integran la base teórica y práctica del Diplomado de Terapia Familiar Sistémica, proporcionado por parte de la FES Zaragoza (UNAM). Este provee de una explicación de la Epistemología Cibernética como base fundamental de este tipo de Terapia, abordando posteriormente cuatro de sus principales escuelas: El Mental Research Institute (MRI), Modelo Estratégico, Escuela de soluciones y la Escuela de Milán. De la misma manera vislumbra una ilustración de caso por parte de cada escuela en la que fue aplicada respectivamente dentro del ejercicio de la Psicoterapia.

Introducción

El presente trabajo tiene como eje central lo que es la Terapia Familiar Sistémica a modo de reconocer el que es una alternativa terapéutica que busca cumplir con las expectativas de proporcionar bienestar a distintas problemáticas o situaciones que tanto como el individuo, la pareja o la familia presenta en cierto punto de su historia, estas proyectadas a mantener lo que es la salud mental y estabilidad emocional.

Este enfoque nos ofrece nuevas posibilidades para considerar a los sistemas de relación humanos en conjunto, permitiendo la reflexión sobre los supuestos básicos de las condiciones y posibilidades de un comportamiento social y en consecuencia de una psicoterapia.

La difusión de este tipo de terapia en México se encuentra en proceso, puesto se empieza a promover este modo de trabajo en algunos programas a nivel de instituciones de salud pública, agregando la existencia de instituciones que ofrecen dicha formación, pero estas son de carácter privado y publico, predominando más las primeras.

La participación de la Universidad Nacional Autónoma de México en proyectos de salud pública y de salud mental es esencial para el desarrollo del país, por lo que toma parte significativa en el desarrollo de proyectos de beneficio hacia la población. En algunas escuelas de la UNAM existen grupos de profesores que han sido parte del desarrollo de dichos proyectos con el fin de difusión de esta aproximación. Dentro de planes y programas de estudio de actualización o formación profesional no existe un proyecto orientado al desarrollo de habilidades profesionales para el ejercicio de dicha terapia Sistémica. En la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza se cuenta con la Academia de Terapia Sistémica que

publica periódicamente un Boletín especializado y una página en el WWW. Esta misma Facultad imparte el “Diplomado en Terapia Sistémica” cuyo propósito es la actualización del profesional de la psicoterapia con una orientación sistémica, permitiendo otorgar atención a nuestra población, y que el terapeuta desarrolle una actitud cibernética en el estudio y abordaje de los problemas humanos. Se busca que los profesionistas que se incorporen dominen un conjunto de técnicas propias para enfrentar problemas de interacción en los grupos humanos, así como de un marco epistemológico que permita contextualizar dicha práctica.

Esta perspectiva es una nueva forma de conceptualizar los problemas humanos, de entender, comprender el desarrollo y otorgar importancia de tener herramientas como individuos para llegar a soluciones. Se basa en una epistemología que hace referencia a la noción de información, organización y a los procesos de comunicación que ocurre dentro de los sistemas. Lleva a otra manera de pensar sobre la naturaleza del orden y la organización de los sistemas vivientes, arrojando una teoría sobre la biología y el estudio de la conducta.

Las siguientes características que se presentan a continuación han tenido un fuerte impacto en la práctica terapéutica: 1) su forma de conceptualización del proceso del cambio hace posible el proceso terapéutico en términos temporales definidos y comúnmente breves, 2) su aproximación a los problemas humanos es no-patologizante y propicia la atención a una población clínica diversa., 3) la capacitación para practicar este enfoque puede ser definida con objetivos precisos y en plazos definidos.

Es de suma importancia dejar claro que la Terapia Sistémica comprende no solo al individuo, ni a sus problemas como tal, sino que ambos se encuentran sumamente estrechados a sistemas recíprocos que son más amplios, y el principal es la familia, de manera que se destaca el *funcionamiento familiar*, no se trata al individuo como el paciente que ha sido identificado con el síntoma dentro de su contexto, sino que se

va más allá, se busca trabajar con la familia de manera que no se genere o se manifieste la conducta sintomática en otro integrante del sistema.

La sintomatología surge en las dificultades y crisis que la familia presenta en su ciclo vital, considerando que tanto el individuo como su sistema de origen cuentan con capacidades y recursos para ayudarse entre sí a superar o retomar situaciones que son validas para los integrantes.

La exposición de los temas del presente, se encuentran organizados en capítulos que hablan de las escuelas principales de la Terapia sistémica (MRI, Enfoque Estratégico, Enfoque de Soluciones y la Escuela de Milán), describen respectivamente la ubicación geográfica en que ha sido su origen y difusión y a la vez sus principales exponentes, el modo de explicar el problema y posteriormente del como explican la solución dentro de su perspectiva, principales técnicas de intervención y su justificación epistemológica, finalmente una ilustración de caso (trabajo con pacientes) en la que se trabajo con los supuestos de cada escuela dentro del diplomado.

En el primer capítulo hace referencia a lo que es la Epistemología cibernética, el trabajo de Bateson y como fue que se desarrollaron ideas en las Conferencias Macy , base fundamental para comprender el origen de conceptos y desarrollo de las Escuelas Sistémicas, y a la vez del pensamiento cibernético . Del segundo capítulo le corresponde al Mental Research Institute (MRI), el tercer capítulo expone de La escuela Estratégica de Jay Haley, el cuarto capítulo aborda el Enfoque de Soluciones y finalmente el quinto capítulo esta dedicado a la Escuela de Milán.

Por último realizo un análisis y planteo mis conclusiones en base a la exposición teórica, la práctica y la experiencia dentro de la psicoterapia que el Diplomado me ha proporcionado.

**CAPÍTULO I
EPISTEMOLOGÍA
CIBERNÉTICA.**

Epistemología cibernética

Principales autores y cronología de los hechos históricos.

El desarrollo de la terapia familiar en los últimos años denota algo más que la aparición de un nuevo método y algo más que un cambio del tamaño de la unidad social con la que el terapeuta siente debe de trabajar. En realidad, ese cambio del tamaño de la unidad conlleva una nueva epistemología. (Bateson, 1999)

Keeney (1993) sostiene que la terapia familiar sistémica, es una perspectiva que se orienta a tratar pautas que conectan la conducta problema de una persona, con las conductas de otras. Cuando decimos que la terapia se organiza en función de pauta, es importante saber que nos referimos a Gregory Bateson, llamo "espíritu" [*mind*]. La organización cibernética de procesos vivos, se trate de amebas, araucarias, seres humanos, grupos sociales o planetas enteros, especifica esta definición de espíritu. <<Espíritu>> en la terapia designa entonces la organización cibernética de sucesos, que es encarnada por terapeutas y clientes. Esta pauta de organización vincula terapeuta y cliente de una manera que lleva a bordar logradamente así el cambio corrector como la estabilidad. Entender <<espíritu>> como sinónimo de sistema cibernético es una intelección rectora que trae profundas consecuencias para la comprensión y la práctica de las terapias familiares sistémicas.

De esta manera a partir de los años '50, una nueva epistemología se fundamenta en el concepto de información basado en la 2º ley de la termodinámica. Sus bases, surgen de la Cibernética: se habla sobre orden y desorden, entropía negativa y positiva y causalidad circular, por lo tanto, de naturaleza retroactiva, y la información constituye el nódulo central que se orienta a procesos de comunicación más amplios y más complejos como los sistemas humanos. La Cibernética (Wiener 1954), tuvo como objetivo de estudio los procesos de

comunicación y control en los sistemas naturales y artificiales. Es definida por el autor como la ciencia de la comunicación y el control en el hombre y la máquina.

La Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Bertalanffy es la exploración científica del todo y de sus totalidades, en yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista. Aplicada en el marco conceptual de la terapia familiar, nos permitirá obtener una nueva visión respecto de la conceptualización de funcionabilidad y patología; modificando la unión lineal o reduccionista, por una sistémica o contextual. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Después de la Segunda Guerra Mundial comienza a consolidarse, en distintos lugares y en diferentes campos científicos un pensamiento cada vez más totalizador y menos fragmentado. Los trabajos de Cannon sobre "homeostasis" (1929 y 1932), la Teoría General de los Sistemas, de Ludwig von Bertalanffy (1968), la Teoría de la Comunicación, la Cibernética, Wiener (1948), y los fundamentales aportes del antropólogo Gregory Bateson.

En 1950 es uno de los promotores de la Conferencia Macy sobre retro-alimentación que reúne a Wiener y un grupo de neurofisiólogos, físicos y matemáticos, pioneros del movimiento cibernético norteamericano. Bateson "...cree que la explicación cibernética constituye el avance intelectual más importante y fundamental de los últimos dos mil años".

Después del encuentro con Don Jackson y otros investigadores en la Conferencia Macy, dedica con ellos varios años a estudiar la comunicación. La célebre y controvertida "Teoría del doble vínculo" es el producto de esta etapa. De dicha teoría surge "...la hipótesis del doble vínculo que proveyó un marco de referencia para la descripción formal de los síntomas esquizofrénicos y la experiencia del esquizofrénico en su familia".

Después de la Conferencia Macy de 1950, Bateson emprende la tarea de introducir la cibernética en las ciencias sociales. Al recibir fondos de la Fundación Macy para estudiar la comunicación en los animales, tema que le interesaba para elaborar una teoría general de la comunicación, organiza un grupo integrado por John Weakland, Jay Haley, Virginia Satir, Jules Riskin, William Fry y Paul Watzlawick, al que luego se integra el psiquiatra Don Jackson, quien interesado en el concepto de "homeostasis familiar" propone considerar a la familia como un sistema homeostático, en equilibrio interno por medio de mecanismos de retroalimentación negativa. El artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" (1956), es producto de este trabajo interdisciplinario en el que desarrollan la famosa y controvertida "Teoría del Doble Vínculo".

En 1967 se publica "Pragmática de la Comunicación Humana. Un Estudio de Patrones Interaccionales, Patologías y Paradojas" (en español, Teoría de la Comunicación Humana). Sus autores son Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin. Esta obra, que presenta las nuevas ideas sobre comunicación fundadas en la cibernética y la teoría general de los sistemas es considerada hasta hoy un clásico en el campo de la terapia sistémica. En ella, los autores se refieren fundamentalmente a la comunicación como comportamientos o conductas que afectan a las personas en su interacción, y plantean en forma de axiomas algunas de las ideas surgidas de su trabajo con Bateson. La imposibilidad de no comunicarse; el concepto de información e instrucción, aportado por Mc. Culloch, los dos niveles componentes de toda comunicación, el primero referido al contenido del mensaje, y el segundo, a la definición de la relación; la puntuación de la secuencia de hechos, organización de los hechos de acuerdo a las distinciones que traza cada participante, de modo que uno o el otro tiene la iniciativa en esa secuencia, lo que determina distintas lecturas de una misma situación; la diferenciación entre los dos componentes de toda comunicación, digital y analógico, verbales y no verbales respectivamente ,la relación simétrica y

complementaria entre los participantes, conceptos tomados de la clasificación que hace Bateson sobre cismogénesis simétrica y complementaria, que se utilizan independientemente del proceso cismogénico y caracterizan como simétricas las interacciones en las cuales los participantes igualan sus comportamientos recíprocos.

En 1959 Jackson, interesado en aplicar las investigaciones del grupo a la psicoterapia y estudiar a la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas, funda el Mental Research Institute. El grupo está integrado por Jules Riskin, Virginia Satir, y se incluyen luego Paul Watzlawick, John Weakland, Jay Haley, Richard Fisch y Arthur Bodin. El M.R.I., o grupo de Palo Alto, como se lo conoce internacionalmente, se transforma en uno de los principales centros de investigación, formación y asistencia en el campo de la terapia familiar.

Norbert Wiener (1954), de un principio hace referencia a un mecanismo que reintroduce en el sistema los resultados de su desempeño. De esta manera la información sobre los efectos retroactúa sobre las causas convirtiendo el proceso de lineal en circular. Para que se pueda producir este movimiento de control es necesario tener un sensor que de información respecto a la posición actual del sistema en relación al estado deseado, de manera tal que los mecanismos de corrección de la desviación entre uno y otro puedan actuar. Wiener consideró que el principio de corrección del error es el mismo en las máquinas y en los seres humanos. Este principio está basado en los mecanismos de activación y corrección del error. Wiener lo denominó "Control y comunicación en el animal y la máquina".

En esta etapa se consideraba que los procesos de corrección de la desviación (feedback negativo) permitían mantener la organización y que los procesos de ampliación de la desviación llevaban a la desorganización, el caos y la destrucción

del sistema. Por lo tanto, la homeostasis como pro-ceso autocorrectivo era el concepto predominante.

Segunda Cibernética.- Fue Maturana (1963) quien definió esta etapa como "segunda cibernética". El consideró que todo sistema viviente depende para su supervivencia de dos procesos: "morfoestasis" y "morfogénesis". El primero se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de retroalimentación negativa. El segundo, por el contrario, a la desviación, variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva. Según Maturana, en cada situación, los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente.

En 1967 se publica "Pragmática de la Comunicación Humana. Un Estudio de Patrones Interaccionales, Patologías y Paradojas" (en español, Teoría de la Comunicación Humana). Sus autores son Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin. Esta obra, que presenta las nuevas ideas sobre comunicación fundadas en la cibernética y la teoría general de los sistemas es considerada hasta hoy un clásico en el campo de la terapia sistémica. En ella, los autores se refieren fundamentalmente a la comunicación como comportamientos o conductas que afectan a las personas en su interacción, y plantean en forma de axiomas algunas de las ideas surgidas de su trabajo con Bateson. La imposibilidad de no comunicarse; el concepto de información e instrucción, aportado por Mc. Culloch, los dos niveles componentes de toda comunicación, el primero referido al contenido del mensaje, y el segundo, a la definición de la relación; la puntuación de la secuencia de hechos, organización de los hechos de acuerdo a las distinciones que traza cada participante, de modo que uno o el otro tiene la iniciativa en esa secuencia, lo que determina distintas lecturas de una misma situación; la diferenciación entre los dos componentes de toda comunicación, digital y analógico, verbales y no verbales respectivamente, la relación simétrica y complementaria entre los participantes, conceptos tomados de la clasificación que

hace Bateson sobre cismogénesis simétrica y complementaria, que se utilizan independientemente del proceso cismogénico y caracterizan como simétricas las interacciones en las cuales los participantes igualan sus comportamientos recíprocos.

En 1972 Bateson, publica "Pasos para una ecología de la mente", una compilación de sus ensayos que se inicia con los famosos "Metálogos" diálogos imaginarios entre un padre y una hija, y temas tales como "Forma y pauta en antropología", "Forma y patología en las relaciones", "Biología y evolución", "Epistemología y ecología" y "Crisis en la ecología de la mente".

En 1972, la presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, Margaret Mead, pronuncia un discurso titulado "Cibernética de la cibernética". Es el Profesor Heinz von Foerster quien sugiere cambiar este nombre por "Cibernética de Segundo Orden" o "Cibernética de los Sistemas Observantes" diferenciándola de la Cibernética de Primer Orden definida como Cibernética de los Sistemas Observados.

La epistemología tradicional considera que la realidad existe independientemente de quien la observa. El pensamiento científico se basa en esta premisa al considerar que la objetividad en la ciencia es fundamental.

Principales conceptos de la epistemología cibernética.

Según Keeney (1991), el comprender a Bateson exige comprender la cibernética, así pues en términos simples, esta forma parte de una ciencia general de la pauta y la organización, el adoptar una concepción cibernética es ingresar en un mundo radicalmente distinto de lo habitual, para ello se precisa el manejar con certeza los conceptos que Bateson (1979) propone, empezando por el de **epistemología** el cual refiere a la manera en que los organismos o agregados de los organismos particulares *conocen, piensan y deciden*" (p. 27). Posteriormente propone el concepto

de **Distinción**, manifestando que es un “mandato básico, obedecido consciente o inconscientemente, es el punto de partida de cualquier acción, decisión, percepción, pensamiento, descripción, teoría y epistemología” (p. 33) . De la misma forma se hace presente lo que es la **Puntuación**, a lo que Goguen y Varela (citados en Keeney, 1991), proponen como “ el empleo de la distinción para crear la indicación es una manera de definir la puntuación” (p.40)., o en otras palabras se maneja a la puntuación como una distinción que opera sobre sí misma (p.64).

Continuamos con el concepto de **Marco** manifestándose como “segmentos puntuados de un sistema de interacción, de modo que pueda surgir un marco de referencia o encuadre [*frame*]” (p.41). De estos conceptos marcados en el discurso de Bateson se desprenden los siguientes, indicando que son herramientas para el análisis epistemológico, tal es el caso de **Tipos lógico**, en el que Bateson adoptó la tipificación lógica como instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de de la comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres (p.46). Posteriormente se maneja lo que le corresponde a la **Recursión** como el “establecimiento de distinciones trazadas sobre otras distinciones” (p.47), o bien como la “Re-ejecución de la misma pauta de organización” (p.71). La **Doble descripción** refiere a la combinación simultánea de sus respectivas puntuaciones (dos personas en interacción) da un vislumbre de la relación total” (p.53), que a su vez se maneja como “herramienta epistemológica que nos permite generar y discernir diferentes órdenes de pautas” (p. 54) y finalmente se maneja lo que es la **Complementariedad cibernética**, en la que según Varela (1976, citado en Keeney 1991), es el abarcar diferentes ordenes de recursión, que demuestran de qué manera las “parejas (polos, extremos, modalidades, lados, aspectos) se relacionan y sin embargo permanecen distintas”(p.110).

Otros conceptos manejados dentro de la **Epistemología Cibernética** es la **Retroalimentación**, que Winer, (1954/1957,) la definió como un método para

controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado (p.83). Destacando que toda regulación simple o compleja. Se desprende de esta la **Retroalimentación negativa** como 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 en el siguiente” (p.83), por otro lado se encuentra a la **Retroalimentación positiva**, a lo que según Bateson (1972), llamada también “desviación amplificada” es, entonces, un arco de círculo o secuencia parcial de un proceso de retroalimentación negativo más abarcador” (p.89).

Finalmente el concepto de **Cambio**: se define como el empeño por mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio”(p.85).

Modelo Comunicacional de Bateson

Los axiomas de la Comunicación Humana, (establecidos por Watzlawick, Beavin y Jackson), son esenciales para el entendimiento de la comunicación, el primer axioma es el que “es imposible no comunicar” en un sistema, puesto todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás. El segundo axioma trata que “en toda comunicación cabe distinguir entre aspectos de contenido (digital) y relaciones (analógico)”, el primero hace referencia al contenido semántico de la comunicación, mientras que el nivel analógico cualifica la manera en como se ha de entender el mensaje. El tercer axioma indica que “la definición de una interacción está condicionada por la puntuación de las secuencias” de comunicación entre los participantes. Los sistemas abiertos se caracterizan por patrones de circularidad, sin un principio ni un final claro. Así, la definición de cualquier interacción depende de la manera en que los participantes en la comunicación dividan la secuencia circular y establezcan relaciones de causa-efecto. Por ultimo axioma se entiende que “toda relación es simétrica o

complementaria”, según se base en la igualdad o en la diferencia respectivamente. En este sentido cuando la interacción simétrica se presenta se habla de escalada simétrica; y cuando se presenta la interacción complementaria se habla de complementariedad rígida.

Según Keeney y Ross (1993) Bateson sostiene que son descripciones múltiples, y no descripciones singulares, las que nos permiten construir una concepción sistémica del vínculo y la interacción de los seres humanos. Cuando dos personas interactúan, cada uno de los miembros tiene una visión particular de su flujo de interacción. Si un observador las combina a ambas, surgirá una percepción del sistema total. Bateson llamo “descripción doble”, así pues llego a la conclusión de que “combinar diversas piezas de información” define una vía de acceso a las “pautas que conectan” y prescribió una particular metodología científica <la modalidad de búsqueda de la ciencia llamada “epistemología”> .supone la comparación de visiones múltiples, de esta manera esta idea de visiones múltiples se puede extender, en terapia, a la tarea de comprender y organizar la comunicación.

Cuando se trata de comunicación múltiple en terapia se incluye como referencia la labor clínica de Milton JH. Erickson, observador de la interacción humana, descubrió que pautas diferentes de conductas, como movimientos del cuerpo, el ritmo de respiración, la tonalidad de la voz, lo mismo que el habla, indicaban que las personas siempre formaban parte de un sistema, organizado de diversas comunicaciones.

La comunicación múltiple en terapias sistémicas se edifica sobre las ideas y las técnicas propuestas por Bateson y Erickson. Esto nos permite establecer que las comunicaciones múltiples se estructuran en función de distinguos y de complementariedad recursiva.

La terapia se puede considerar como una comunicación particular que puede ser vista como mitad de un par, dualidad o distingo. En general todos los distingos proponen comunicaciones múltiples. No se puede mencionar el cambio sin connotar la estabilidad; ni la autonomía va sin la interdependencia, ni las partes sin el todo, ni la competencia sin la cooperación. Cuando se establece una diferenciación, son siempre posibles dos maneras a considerarse, pues se puede hablar de su distingo o de su conexión.

Un observador entonces, puede percibir todos los distingos de la terapia como 1) una dualidad de opuestos que se excluyen, o 2) una complementariedad recursiva de lados que están referidos a ellos mismos. <Complementariedad recursiva> denota la consideración de un distingo en un orden superior, con el acento puesto en la interacción entre sus diferentes lados. Para interactuar los dos lados, es preciso que mantengan una diferencia, al tiempo que su interacción los conecta como sistema total. Entonces la complementariedad recursiva indica la manera en que los diferentes lados de una relación participan en una conexión complementaria, sin embargo de permanecer distintos.

El distingo entre semántica y política se presta a una complementariedad recursiva en los casos en que un significado semántico provee de pautas de organización político, que después reconducen a un significado semántico. Así, semántico y político se nutren la una a la otra. Las terapias se construyen por medio del trazado recursivo de distingos y de distingos sobre distingos. De esta manera ideas, pautas y sistemas mentales globales participan de marcos de referencia en deslizamiento perpetuo. Hacer terapia es ir en busca de marcos semánticos y políticos, interrelacionados como complementariedades recursivas.

Vistos desde la perspectiva de comunicación múltiple, los sistemas cibernéticos proporcionan comunicaciones tanto de cambio como de estabilidad. En terapia, el sistema perturbado se puede describir así: comunica un mensaje que demanda

estabilidad para la identidad o supervivencia del sistema, al tiempo que comunica otro mensaje que demanda cambio para la particular manera en que a sí mismo se mantiene.

Según Ross Ashby (1956) y Gregory Bateson (1979) (citados en Keeney y Ross, 1993), todo cambio adaptativo necesita de una fuente de “novedad”, de la que se pueden extraer diferentes conductas, opciones, estructuras, pautas. A lo que Ashby y Bateson llamaron “azar” a esta fuente de novedad, es importante tener en cuenta que no todas las fuentes de azar o de ruido son eficaces en la terapia. Es preciso que los clientes, lo mismo que los terapeutas, crea que hay ahí una comunicación no solo nueva para ellos, sino que tiene *significado* por lo que se le prefiere llamar “ruido significativo”, este mismo denota una comunicación puntuada por un sistema observador. Un sistema cibernético demanda tanto un cambio del cambio, cuanto una nueva modalidad de estabilizar su estabilidad. Para conseguirlo se necesita una tercera comunicación que proporcione una pauta de organización diferente y adaptativa.

Hasta aquí se ha revisado los aspectos de la epistemología cibernéticas, considerando los personajes que han sido fundamentales para su concepción en una secuencia histórica, los principales conceptos que se manejan y finalmente el modelo comunicacional de Bateson, por lo que ahora se abordaran en cada capítulo una escuela sistémica. Se dará inicio con la escuela de terapia breve del MRI.

CAPITULO 2
TERAPIA BREVE DEL
MRI

Terapia Breve del MRI

Principales Exponentes y ubicación geográfica.

Como antecedentes del origen del MRI, según Fisch y Schlanger (2002) se tiene que “en los años cuarenta, Gregory Bateson, junto con el psiquiatra Jurgen Ruesch, se habían interesado por el abordaje de los problemas psiquiátricos desde un punto de vista comunicacional. Bateson, junto con Don Jackson, Jay Haley y John Weakland hicieron nuevas aportaciones al estudiar modelos comunicativos en las familias de personas diagnosticadas como esquizofrénicas. Su trabajo fue precursor de la terapia de la familia.

Antes del trabajo de Bateson y sus colegas, Milton Erickson, un psiquiatra de Phoenix había trabajado varios años con pacientes de una manera que excluía el concepto de psicopatología individual. Enfocaba los problemas de sus pacientes de una forma más humana, concibiéndolos como esfuerzos en la vida cotidiana comprensibles pero que les habían salido mal. Fue el hombre que más influyó ya que atrajo su costumbre de asignar tareas o <<deberes>> a los pacientes y el hecho de que entablara un diálogo activo con ellos...

En 1959, se fundó el Centro de Terapia Breve, (llamado también el Grupo de Palo Alto), en manos de Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir.

Formación del problema.

Un problema es una conducta que el paciente considera claramente indeseable, más que una manifestación patológica. Así la persona no se queja por una conducta, no tiene ningún problema. En este sentido, las ideas (del MRI) se alejan de los conceptos de normalidad y anormalidad y, en cambio, se basan en la *queja*. No se juzga la legitimidad de una queja; cada uno tiene su propia escala de valores para definir lo que es una conducta aceptable o inaceptable igualmente se acepta

la palabra de un paciente cuando sostiene que cierta situación, por muy terrible que nos parezca, para él o para ella no representa ningún problema. (Fisch y Schlanger ,2002)

Nardone y Watzlawick (1995) afirman que en la perspectiva del MRI, el problema está determinado por el mecanismo de acciones y retroacciones desencadenado y mantenido por las <<soluciones ensayadas>> que el paciente o los pacientes han utilizado al hacer frente a los trastornos o síntomas actuales.

En esta óptica se considera fundamental la conceptualización que el paciente o los pacientes logran de su problema y lo que han intentado hacer, basados en esta misma, para resolver el problema.

En otros términos, el terapeuta debe de hacerse con una clara descripción del problema, o de las <<soluciones ensayadas>> y de las reacciones al mismo. A lo que Watzlawick (1995) aporta que el principio de *más de lo mismo* no produce <<sorprendentemente>> el cambio deseado, sino que por el contrario, la <<solución>> contribuye en gran medida a aumentar el problema.

Ochoa (1995) agrega que en cuanto a la persistencia en una solución intentada ineficaz lleva al agravamiento y al mantenimiento del problema. Contrariamente a las expectativas de la familia, los intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas, en el seno del sistema, necesarios para solventarlo. Los integrantes del MRI han establecido una tipología de las soluciones intentadas por los pacientes y sus familias: forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente; dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante coacción; conseguir sumisión a través de la libre aceptación; y confirmar sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Presuponen que alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática, produciéndose así el cambio terapéutico.

Fisch y Schlanger (2002) expresan que en cierto modo, la solución consiste en conseguir que un problema se disipe en lugar de hacer un esfuerzo de superarlo, sin embargo, también se ofrece alternativas partiendo de que no se puede dejar de hacer algo sin intentar otra cosa, se parte del supuesto de que una persona que persiste con una actitud contraproducente no tiene nada de especial. Si intentamos averiguar cuales son las soluciones intentadas, en general, salvo raras excepciones; vemos que suelen ser fruto de la lógica cotidiana o del sentido común.

De la misma forma se enfatiza que las personas que están en contacto continuo se influyan las unas a las otras. Esta creencia es un elemento básico en el pensamiento interactivo, un pensamiento que es intrínseco a esta visión de la persistencia de los problemas. Así las interacciones giran en torno a la queja manifestada.

El cambio o la solución.

Fisch y Schlanger (2000) hacen referencia a que el cambio favorece más cambios, a lo cual agrega que los problemas requieren un esfuerzo continuo (la solución intentada) para persistir, cuando hay un cambio mínimo pero estratégico, creemos que se producirán más cambios en forma de onda expansiva o del efecto dominó. Es decir, en cuanto la persona deja de realizar lo que hace que persista el problema, empezara a ver un resultado positivo, y eso, a su vez, la animará a desviarse un poco de la solución intentada, y así sucesivamente. Esta reacción de onda expansiva es uno de los elementos que permiten que el tratamiento sea breve. Agregando que el hecho de pedirle ala gente que sólo piense en las señales de un cambio, incluso de un cambio pequeño, puede ser una intervención útil. Por que si el paciente piensa en una mejoría, significa que ha aceptado la premisa de que las

cosas pueden cambiar o de que cambiaran; eso a su vez le permite tener una visión más optimista sobre el resultado de la terapia, cuando la gente está más esperanzada u optimista, a veces reduce los esfuerzos desesperados que hacían para luchar contra el problema y eso puede provocar un cambio en el problema.

Este mismo autor enfatiza que este modelo requiere que el terapeuta piense en términos de una *descripción* de la conducta del paciente y de los intentos de llegar a una solución. Básicamente, el modelo evita poner una etiqueta a una conducta no deseada y, en cambio, pretende averiguar cómo y en qué contexto *se lleva a cabo* la conducta no deseada.”

La tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de modo distinto su problema o dolencia. Pero el cómo influyamos sobre otro individuo depende en gran medida de a quién intentamos influir., se trata de la manera en que se enmarca cualquier sugerencia que se haga. Así, la *postura* es importante porque es una forma sucinta de indicar un valor con el cual el cliente se halla comprometido y que se ha manifestado abiertamente. El hecho de saber cual es la posición del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que sea probable que el cliente acepte. Por lo que respecta al tratamiento, el terapeuta ha de estar atento a la postura del paciente en relación con su dolencia y en relación con el tratamiento y/o el terapeuta. (Fisch, 1988)

Por otro lado Nardone y Watzlawick (1995) manifiestan que la comunicación y la interacción paciente - terapeuta representa, una contribución al cambio. De hecho a veces, la sola comunicación que se da entre paciente y terapeuta, puede producir efectos terapéuticos. Es necesario *aprender el lenguaje del paciente* y presentar la intervención en este mismo lenguaje o sistema representativo, de la misma forma es provechoso centrar la atención del paciente en cambios aparentemente triviales, en pequeños detalles de la situación. Se persigue con ello no dar la sensación al

paciente de que se le somete a exigencias excesivas en lo que se refiere a la percepción de sus propios recursos personales, evitando así una posible resistencia suya al cambio. Agregan que en cuanto a la eficacia de una estrategia depende mucho del marco de sugestión con que se la presenta al paciente para inducirlo a una gran, y a veces involuntaria, colaboración terapéutica, esto es, a una predisposición para el cambio.

Para aprender este ambiente, Fisch (1988), refiere que una cosa es saber cual es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra muy distinta tener la *libertad* de actuar en la forma que uno considere más adecuada o, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado para el transcurso del tratamiento. A esta libertad se le llama << *capacidad de maniobra del terapeuta* >>, por que libertad es un termino que indica un estado de relativa pasividad que permanece constante. En cambio, la capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten.

El terapeuta necesita mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia, modificando su curso de la forma necesaria durante el curso del tratamiento.

Pero ¿Cómo lograr, pues, la máxima capacidad de maniobra para el terapeuta? Esta depende de la correspondiente ausencia de capacidad de maniobra del paciente, el terapeuta – para decirlo sin ambages – necesita conservar sus propias opciones, limitando al mismo tiempo las del paciente. La base fundamental de dicha maniobrabilidad reside en que el terapeuta sabe que el paciente lo necesita más de lo que él necesita al paciente. Cualquier cosa que haga un terapeuta, al intervenir en un problema o al dirigir el curso del tratamiento, descansa sobre la simple opción de ser capaz de poner fin al tratamiento.

Otro punto esencial dentro del modelo es el “establecer los *objetivos terapéuticos*, ya que estos son planteados por el paciente junto con el terapeuta de acuerdo con la realidad narrativa del paciente” (Sánchez, 2000), a lo que Ochoa (1995) añade que el MRI pide a los pacientes y a sus familias que definan las metas concretas que quieren conseguir con el tratamiento, de forma que el trabajo terapéutico se oriente, tanto por parte del terapeuta como por parte de los pacientes, a la consecución de dichos objetivos, así la concreción permite que ambas partes sepan cuando finalizar la terapia – cuando se alcancen las metas – y tengan una referencia de su eficacia. En cuanto a las *estrategias* que debe seguir el terapeuta se mencionan las siguientes:

- 1.- Definición operativa de los objetivos que se pretende lograr con el tratamiento;
- 2.- elección de un cambio mínimo, seguido de una planificación que facilite el inicio de un efecto de irradiación. Dicho efecto supone una generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovidas por la intervención terapéutica ;
- 3.- la estrategia efectiva se aparta de los 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces ;
- 4.-b Utilización de la postura del paciente – su lenguaje, sistema de valores, actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta – y
- 5.- el terapeuta busca permanentemente una posición << inferior >>, evitando la confrontación, que le posibilite intervenir en cualquier condición que presente el paciente, ya que remarcar la superioridad del terapeuta favorece la creación de resistencias en la generalidad de los pacientes.

Técnicas y procedimientos

En cuanto a técnicas de intervención se tienen:

-*La reestructuración.* Es una de las más sutiles técnicas de persuasión. Reestructurar quiere decir codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura. No se

cambia el valor semántico de lo que la persona expresa, sino que se cambian los marcos en los que se inserta este significado. La realidad queda determinada por el punto de observación desde donde la mira el sujeto; si se cambia el punto de observación, cambia también la misma realidad.

-*El uso de la paradoja.* La paradoja es un tipo de trampa lógica en la que tropieza toda la lógica racionalista. Posee la propiedad de desquiciar los círculos viciosos y recurrentes de <<soluciones ensayadas>>, que el paciente presenta de forma obstinada, por la simple razón de que pone en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella.

-*Prescripciones directas.* Son aquella clase de indicaciones directas y claras de acciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los progresivos objetivos para el cambio. Este tipo de intervención es útil cuando se trata de personas muy colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio, para las que resulta suficiente darles la clave de la resolución del problema, prescribiéndoles la manera de comportarse frente a la situación problemática para que logren desactivar los mecanismos que la mantiene operante.

-*Prescripciones indirectas.* Son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo. Es decir, mediante ellas se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito. Este tipo de prescripciones utiliza la técnica hipnótica del desplazamiento del síntoma: por lo general, se atrae la atención del paciente hacia alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado.

-*Prescripciones paradójicas.* Ante un problema que se presenta como espontáneo e irrefrenable, por ejemplo, coacciones de repetición, obsesiones o comportamientos compulsivos, resulta muy eficaz prescribir el comportamiento sintomático mismo,

ya que de esta manera se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar. También en este caso, la ejecución voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, que en calidad de tal ha de ser algo espontáneo e incontrolable.

-Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico. Esta estrategia comunicativa posee la prerrogativa de permitir la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que, por lo común, una persona pone en práctica ante los personajes y las diversas situaciones de un relato. Esta modalidad de comunicación terapéutica minimiza la resistencia, en cuanto la persona no es sometida a exigencias directas o a opiniones directas sobre su modo de pensar y comportarse. El mensaje llega en forma velada y bajo apariencia de metáfora. (Nardone y Watzlawick, 1995)

Según Ochoa (1995) el MRI ha diseñado algunas intervenciones estandarizadas, útiles en problemas caracterizados por sus tipos de soluciones intentadas. La denominación de cada intervención está rotulada por el intento de solución del paciente o familia.

1.- *Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente.* Abarca problemas como insomnio, tics, dolores de cabeza, rendimiento sexual o tartamudeo, en los cuales el paciente define fluctuaciones normales del funcionamiento corporal o mental como problemas y toma medidas para corregirlas y para que no reaparezcan. La intervención consiste en pedirle al sujeto que fracase en su intento de superar el problema. La técnica de persuasión para <<vender>> la tarea se basan en dos razones: 1) se dice al paciente que debe de provocar el síntoma deliberadamente para que pueda observarlo sin la angustia de luchar contra él, de manera que en la siguiente sesión traiga más información detallada de lo que le ocurre; 2) el terapeuta argumenta que el sujeto necesita entrenarse para lograr un control

definitivo de la conducta sintomática y explica que el paso inicial del proceso de aprendizaje consiste en provocar el síntoma.

2.- *Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* El impulso básico del paciente es dominar con antelación una tarea para no fracasar, lo que le lleva a nunca enfrentarse a ella. La intervención implica exponer al cliente al acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar con la tarea con éxito.

3.- *Llegar a un acuerdo mediante coacción.* Es una solución común en padres de adolescentes conflictivos. El objetivo de la intervención es que adopten una postura de inferioridad denominada <<sabotaje benévolo>>. La tarea se basa en el supuesto de que al eliminar la actitud dominadora, desaparecerá la conducta provocadora e inductora de rebeldía que los progenitores han estado empleando involuntariamente.

4.- *Conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Se trata de lograr una respuesta espontánea del otro que coincida con los deseos de uno mismo. La petición se fundamenta en la necesidad de hacer peticiones directas, una vez redefinida la benevolencia de quién manda algo (<< quiero que lo hagas, pero no quiero que lo hagas si no te sientes feliz haciéndolo >>) como algo intencionalmente destructivo a largo plazo, y las solicitudes directas como algo beneficioso aunque difícil de poner en práctica en un principio.

Caso

T.- Terapeuta

P.- Patricia (paciente)

Premisas identificadas:

Lenguaje del paciente:

T.- *Cuál es el problema que te trae por aquí?*

P.- *No... es que necesito... mmm... apoyo... por que... lo que pasa es que me siento muy triste... y hay días en que no... y despierto y digo ¿qué hago aquí?*

T.- *Hay días en los que te sientes así... triste, y esa tristeza que tu manejas, con que frecuencia la tienes?*

P.- *(silencio) no es diario, es por temporadas, por que a veces puede ser por tres días seguidos o más...*

T.- *Bien, y esas temporadas, desde cuando empezaron?*

P.- *emm... lo resentí desde que mamá se fue a vivir a los Estados Unidos, y desde entonces se supone que vivimos con mi papa, mi hermana y yo...*

T.- *¿Se supone?*

P.- *Si, se supone por que, llega en la noche y no pregunta ni como estas ni nada...*

T.- *¿El se da cuenta si ustedes están presentes? O mejor dicho tu como lo percibes?*

P.- *Como... así! Que están ahí verdad!!!*

T.- *Les hace comentarios?*

P.- *No.*

Solución intentada:

T.- *Haber, de estos periodos de tristeza, hay alguien más que lo sabe?*

P.- *No... si acaso me dice mi hermana.*

T.- *Y ella, que te dice de la situación?*

P.- *Que ella está con migo, que no estoy sola, que estaremos juntas y con mi mamá...*

T.- *Ahora necesito que me digas, ¿qué es lo que tu haces cuando tu hermana te responde de esta forma?*

P.- *Pues, lo tomo, por que en algún momento pienso que no debo de dejarla para nada, le cuento todo...*

T.- *¿Y has hecho algo para que en esos periodos de tristeza que tu me dices, o esos dias en que te sientes triste... aminore tu sentir?*

P.- *Si.*

T.- *¿Qué es lo que has hecho?*

P.- *Distraerme en cosas.*

T.- *Necesito que me describas que son esas cosas.*

P.- *No se... estar con mis amigos, en el relajo?... en el estudio, con mis amigos puedo hacer muchas actividades, no solo el relajo...*

T.- *¿Y tus amigos se han dado cuenta?*

P.- *Si...*

T.- *¿Qué te dicen?*

P.- *Que no este así, que no les gusta, sonrío...*

Objetivos terapéuticos:

T.- *Haber, vamos a ver...si estoy bien, si me equivoco, me corriges. Tu vienes aquí por que desde hace tres años se te presentan periodos de tristeza, desde que se fue tu mama, la única persona con la que cuentas ahora es tu única hermana, tu papá prácticamente no lo ves y no*

hay comunicación. Esta tristeza te enfada y has buscado soluciones que es como el distraerte en otras cosas como el estar con los amigos y dedicarte a diferentes actividades y ala escuela, vamos bien?

P.- Si.

T.- ¿Tu qué esperas de la terapia, estando aquí? Trabajando juntas...

P.- Que logre dominar esa tristeza...

T.- ¿Cómo te darías cuenta que la estas dominando?

P.- Estando feliz...

T.-¿ Qué más?

P.- Disfrutando...

T.- cuando disfrutas... ¿Cómo te gustaría que fuera?

P.- Hay ocasiones en que si... y digo que bonito!, pero hay ocasiones en que no me siento complacida, disfrutar en que... en que... vivir esos momentos, que no regresan y te quedas con eso...

T.- cuando mencionas eso de estar feliz, ¿a qué te refieres?

P.- Al estar feliz disfruto y... me acuerdo de todo, o sea desde el momento que vivo...

T.- Entonces al decir que un objetivo del que por que estas aquí, es dominar esa tristeza, ¿tu la manifestarías estando feliz? ¿Cierto?

P.-Si, y ya no pensaría en mamá, papá, estar con mi hermana en momentos lindos...

T.- Entonces, cuando tu veas que en un futuro el resultado ya no piensas tanto en la situación de papá , mamá y que disfrutes más el tiempo con tu hermana y de tus actividades, entonces habrá un avance?

P.- Si...

Postura del paciente:

T.- ¿Qué estás dispuesta a hacer tu, para ser feliz?, ¿Qué tanto estás dispuesta a cooperar?

P.- Puedo hacer... todo... despejar mi mente.

T.- Haber, pero ¿qué tanto estas dispuesta a hacer?

P.- Todo y en todo!(muestra una actitud segura de si misma)

T.- Hay alguna otra situación que te incomode en este momento?

P.- No. Con mi hermana no, con mi papá... es costumbre, y pues con mi mamá...esta allá. Iré con ella, muy pronto...

Técnicas utilizadas:

Prescripción directa

T.-...todos estos detalles que me das, nos permiten saber más de cómo se da esta situación.

P.- Si.

T.- Ahora necesito que ya que estas dispuesta a trabajar, quisiera que te llevaras una tarea en la que tendrás que poner de tu parte y nos ayudará a cumplir los objetivos del por qué estás aquí...

La actividad correspondiente es que vas a hacer un registro, un tipo diario en el que registraras si te llega algún pensamiento que te lleve a sentirte triste y lo vas a anotar,

obviamente el día, la hora, con quién estás, que tipo de pensamientos te llegan, esto te lo pido de manera que seas muy específica de aquí para la próxima sesión que vengas y sabremos más de cómo se da esta situación y sabremos que terreno estamos pisando... ¿Qué es lo que haces?, como reaccionas ante este momento y si estás con alguien más, como es que ella reacciona. Alguna duda?

P.- No.

Prescripción paradójica:

A la siguiente sesión, lleve a cabo esta técnica, dándole como indicación a la paciente que escogiera un lugar y un horario específico (que fuera de 60 minutos, únicamente) para estar triste y extrañar a su mamá y que era válido incluir algún sentir hacia su papa. Señalándole que era el tiempo que le iba a dedicar exclusivamente a su sentimiento. Y que no era válido hacerlo fuera de ese horario. De la misma forma destaque que como es muy importante expresar su sentir, lo tenía que hacer con dedicación y esfuerzo.

Lectura de los conceptos cibernéticos.

De acuerdo con Keeney (1993) “definimos cibernética como el estudio de una particular complementariedad recursiva que atañe a la interrelación de estabilidad y cambio. Esta concepción es apresada por un comentario de Gregory Bateson (1972): “Todo cambio admite ser entendido como el empeño en mantener cierta constancia, y toda constancia, como mantenida por el cambio”(…) pero en cibernética no se puede separar estabilidad de cambio, que son lados complementarios de una moneda recursiva” (p.60).

Un sistema cibernético, se puede definir así:

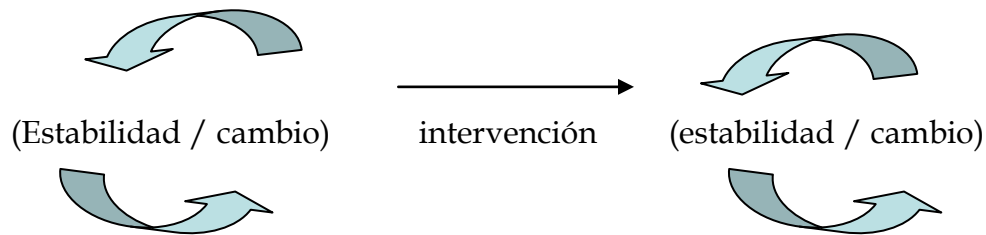


Sistema cibernético = (estabilidad/cambio)

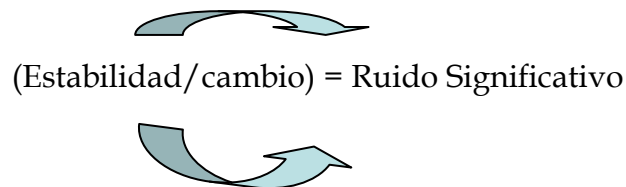


Lo que lo especifica es la complementariedad recursiva entre estabilidad y cambio. En consecuencia, los sistemas cibernéticos son pautas de organización que mantienen estabilidad por medio de procesos de cambio.

Una manera de resumir esta visión es suponer una comunicación acerca del “cambio del cambio”:



Donde el sistema en el tiempo 2 es más adaptativo que en el tiempo 1. en efecto, el sistema demanda o procura un camino para cambiar su manera de cambiar a fin de estabilizar su organización como sistema más adaptativo. Es preciso que los clientes, lo mismo que los terapeutas, crean que hay ahí una comunicación no solo nueva para ellos, sino que tiene significado: “ruido significativo”, este denota una comunicación puntuada por un sistema observador.



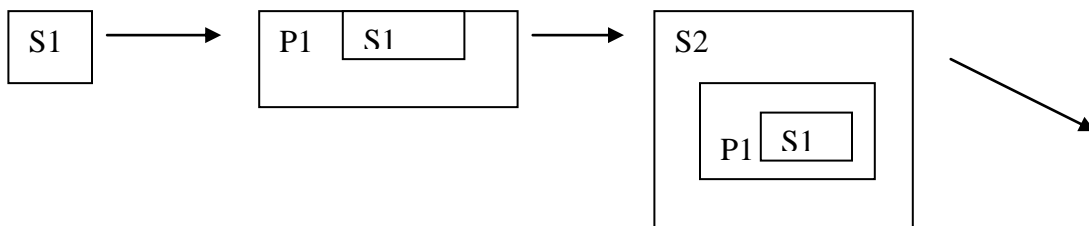
Entre otra manera de pensar el cambio y la estabilidad, el distingo se traza entre cooperación y resistencia. En este caso la conducta de los clientes se puede dividir en las acciones en que se ve una cooperación con los intentos del terapeuta por promover el cambio, y las que hacen resistencia a las propuestas de cambio. Esta palabra de “resistencia” se reencuadra ahora como propuesta sistémica de

estabilidad., no son más que lados de la complementariedad cibernética:
estabilidad y cambio.

Lectura de distinguos del Mental Research Institute (MRI):

Comienza prescribiendo distinguos: 1) el problema, 2) la historia de soluciones intentadas y 3) el marco de referencia que el cliente emplea para considerar y conceptualizar sus problemas y soluciones.

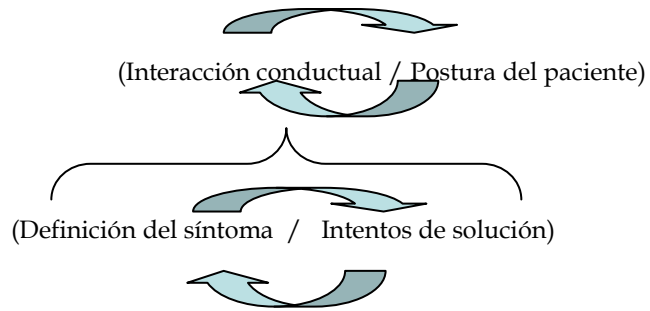
En cuanto a los marcos semánticos y políticos: 1) se construye un marco semántico (S1) que defina conductualmente el problema-queja por elaborar, y la especificación de la meta de la terapia, 2) construir un marco político (P1) que defina todas las soluciones intentadas, 3) construir un marco semántico (S2) que defina la manera en que el cliente imparte significado a su situación problema.



Intervención

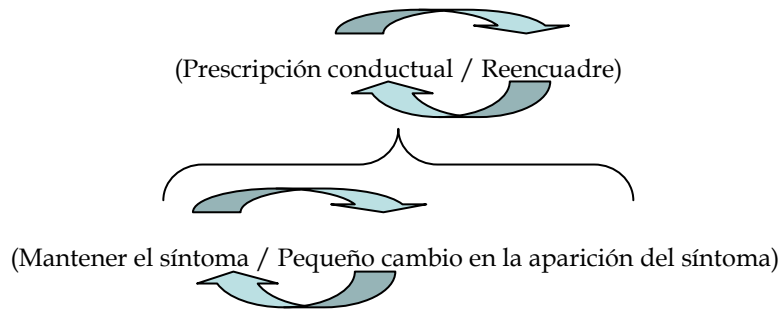
Mapa del proceso terapéutico.

Este mapa muestra que dentro del nivel conductual se encuentra lo que es definir el problema y aclarar cuales han sido los diferentes intentos de solución por parte del paciente, permitiendo pasar a un nivel más complejo, el de cognición, que nos aprobará a depender de la estrecha relación que existe entre lo que es el problema y la postura que el paciente adopte para la elaboración de soluciones o la disponibilidad que este tenga para realizar tareas.



Mapa de la intervención.

El siguiente mapa de intervención describe que dentro del nivel conductual se encuentra el mantener el síntoma, el hacer más de lo mismo, lo que nos va a llevar a observar y registrar pequeños cambios o a discernir diferencias en el síntoma, que este a su vez lleva a seguir manteniendo el síntoma. Nos permite pasar al nivel de cognición en el que se permite al paciente generar cambios puesto se establece que la prescripción conductual esta basada en el reencuadre que establece el terapeuta con el paciente y a su vez permite llevar a cabo las prescripciones conductuales.



De esta manera se ha abordado en este primer capítulo quienes destacaron en el

trabajo del MRI, donde fue su origen, como se explica la formación del problema y como se maneja el cambio o la solución, se distinguen las técnicas que se utilizan dentro de este enfoque y un caso que ilustra el manejo de estas, de modo que concluye con el mapa del proceso terapéutico y el de intervención. Como siguiente punto a tratar será lo relativo al enfoque Estratégico.

CAPITULO 3
ESCUELA
ESTRATÉGICA

Escuela Estratégica

Principales Exponentes y ubicación geográfica.

La terapia familiar estratégica se desarrollo a partir de la terapia estratégica de Milton Erickson. Este enfoque asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente.

Para Jay Haley, fue entrenado y supervisado por Erickson, de esta manera para 1952 se inicia el proyecto de la comunicación en la esquizofrenia, con la colaboración de G. Bateson, Weeksland, J. Fry. Haley abandona el equipo y se traslada a Filadelfia donde trabajo con Minuchin y Braulio Montalvo.

Para 1967 se crea el Instituto de la Familia de Washington, Jay Haley y Cloe Madanes dirigen dicho instituto.

Explicación de la formación de problemas.

Según Madanes (1989) el terapeuta establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado. No aplica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia específica para cada problema. Como la terapia se centra en el contexto social de los dilemas humanos, la tarea del terapeuta reside en programar una intervención en la situación en la que se halla el cliente.

“Se define a un problema como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas” (Haley, 1976, citado en Madanes, 1989) , síntomas como las “depresiones” o las “fobias” son entendidos como contratos entre seres humanos y , por consiguiente, como adaptados a las relaciones que ellos mantienen. El terapeuta está incluido en tales relaciones, puesto es él quien define el problema. Este enfoque destaca la diferencia entre: 1) identificar un

problema presentado en la terapia, y 2) crear un problema mediante la aplicación de un diagnóstico o una determinada caracterización de un individuo o familia.

Por su manera de conceptualizar un problema el enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico. Se presume que el problema de un niño o el síntoma de un adulto son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás.

Una característica de la terapia estratégica es que esta basada en un plan de acción y en una clara definición de aquello que se quiera lograr con el tratamiento terapéutico por parte del paciente, cliente, familia y personas a la que involucra el síntoma. Destacando la esencial participación del terapeuta, ya que las intervenciones dadas al paciente deben de ser creativas, manteniendo una economía terapéutica que en su desarrollo vayan produciendo cambios establecidos en los objetivos de la terapia.

Haley (1987, citado en Ochoa, 1995) manifiesta que la *conducta sintomática* es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder de sus miembros, con la finalidad de aclarar posiciones dentro de la jerarquía. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas integradas en la secuencia sintomática.

De la misma forma Madanes también se centra en las incongruencias jerárquicas, en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Agrega que aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su motivación básica es ayudarse, manifestando que probablemente como partes de un organismo más amplio - el sistema familiar- reaccionen frente a las señales de dolor que presentan en cualquier lugar del mismo.

El cambio o la solución.

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conductas inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias.

Madanes (1989) sugiere que el foco de la terapia está puesto con frecuencia en la modificación de analogías y metáforas. Erickson, cambia las analogías del paciente narrándole historias que guardan similitud con su problema. Haley sugiere que se le puede pedir a un paciente que diga padecer un síntoma que en realidad no tiene, de modo que la verbalización cumple el mismo propósito metafórico del síntoma.

Los objetivos de la terapia son el impedir la repetición de secuencias e introducir complejidad y alternativas. Para alcanzar los objetivos propuestos, se programan varias etapas en la terapia. Se define a cada problema como abarcando a no menos de dos personas y habitualmente a tres. Lo primero que debe discernir el terapeuta es quiénes están involucrados en el problema presentado, y de que manera. Luego, resolverá como deberá de intervenir a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario. Por lo común el cambio se planea en etapas; de manera que el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro cambio en la relación y luego otro más, hasta que toda la situación cambie.

Se deben de establecer los objetivos de la terapia, definiendo cambios deseados por la familia, que sean resolubles y claros, Madanes, 1984 (Ochoa, 1995) propone que una vez establecidos los objetivos se deben de diseñar una estrategia terapéutica en la que se impartan nuevas directivas basadas en nuevas definiciones del problema que el terapeuta planeará con todo cuidado, motivándoles a que

hagan lo que sugiere y que la particular combinación de intervenciones necesarias para producir el cambio es distinta para cada familia.

Principales técnicas de intervención.

Las *técnicas de intervención* son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema, éstas tiene como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas y redefiniciones, tareas directas, tareas paradójicas, tareas basadas en la simulación, ordalías y metáforas.

Connotaciones positivas y redefiniciones: . Haley insiste en la necesidad de diferenciar entre identificar el problema por el que una familia acude a terapia y crear un problema como consecuencia de un diagnóstico, así un cometido del terapeuta es redefinir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble. Para Madanes su meta es cambiar la definición de un problema para que pueda solucionarse. (Haley 1980, en Ochoa, 1995)

Directivas. Las intervenciones dentro de esta escuela, se dan a manera de directiva o tareas impartidas a los individuos y familias, según Haley (1980) tienen varias finalidades: 1) El objetivo de la terapia es que la gente se comporte de manera diferente, las directivas son un modo de provocar esos cambios.

2) Se emplean para intensificar la relación entre cliente y terapeuta: al decirles a aquellos qué deben hacer, el terapeuta entra a participar en la acción y adquiere importancia, por que el individuo debe hacer o no hacer lo que él le dice.

3) Se usan para obtener información. La manera en que se reacciona la gente al recibir una directiva es esclarecedora con respecto a ellos mismos y a cómo responderán a los cambios deseados.

Todo en cuanto se haga en terapia puede ser visto como una directiva y toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo; en ese sentido está impartiendo una directiva. (...) Hay dos maneras de impartir directivas: 1) decirle a la gente qué debe de hacer con el propósito de que lo cumplan, y 2) decírselo con el propósito de que no lo cumplan, o sea, de que cambien por la vía de la rebelión.

En este sentido es de suma importancia *motivar* a la familia a cumplir las directivas, puesto motivar a alguien a hacer algo significa persuadirlo de que extraerá algún beneficio de esa acción. El terapeuta puede ejercer autoridad de diversas formas. Por lo general, al motivar a la familia deberá valerse de su posición como experto conocedor de lo que hay que hacer, pues así tendrá más probabilidades de ser obedecido.

Las directivas paradójicas son empleadas cuando se quiere que los miembros de la familia se resistan y de ese modo cambien. Estas tareas pueden parecerles paradójicas a los clientes porque, habiéndoles dicho que se desea ayudarlos a cambiar, al mismo tiempo se les está pidiendo que no cambien. Este enfoque se basa en la idea de que algunas familias que acuden pidiendo ayuda rechazan la que se les brinda. (Haley, 1980)

Están establecidas de manera que depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien siga hasta un extremo absurdo, negándose a partir de ahí, a continuar cumpliéndolas. (Ochoa, 1995)

Ordalía. Esta técnica consiste en imponer una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez, más severa que ese problema. Así como un castigo debe adecuarse al crimen que pena, del mismo modo el requisito principal de una ordalía es que provoque zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma (...) conviene que la ordalía beneficie a la persona.

Debe de ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda oponer objeciones válidas. Dentro de estas características, la ordalía puede ser tosca, como un instrumento sin filo, o ingeniosa y sutil. (...) hay casos en que la persona debe pasar reiteradamente por una ordalía para curarse del síntoma; en otros, la simple amenaza de una ordalía basta para curarla. (Haley, 1984)

Metáforas: Haley (1980) propone que la formulación explícita de lo que el terapeuta desea que acontezca en una familia, o de lo que quiere que hagan sus integrantes, no siempre es el enfoque más acertado, pues a veces la gente estará más dispuesta a cumplir una directiva si no tiene conciencia de haberla recibido. Un modo de impartir este tipo de directivas consiste en expresarse en metáforas. Así pues una metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es la relación de analogía entre una cosa y otra.

Ochoa (1995) afirma que el cambio se basa en una estrategia general tendiente a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí como a la organización familiar o/y social que constituyen su contexto. Por consiguiente, se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. En todo momento se trata de evitar confrontaciones con la familia, por lo que la terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias, generadas para cada caso, que faciliten un cambio rápido y concreto.

Caso

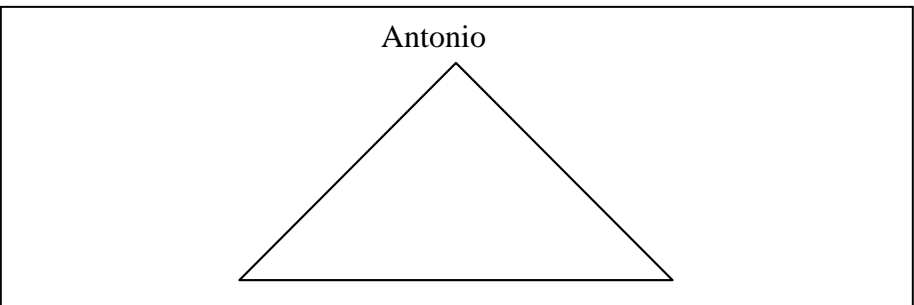
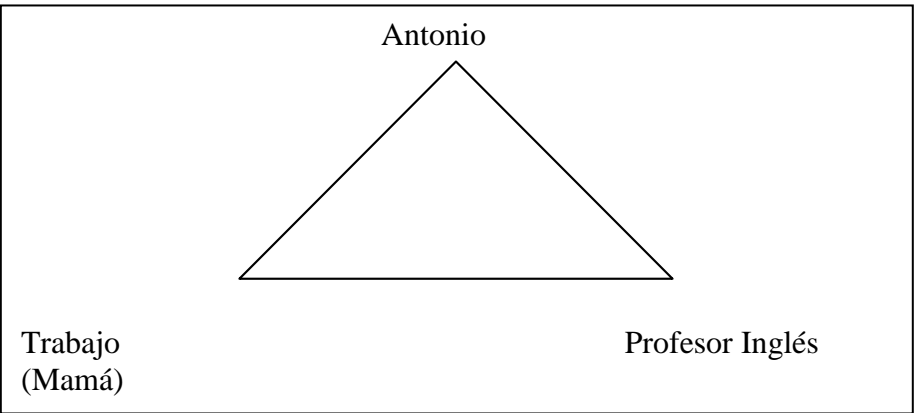
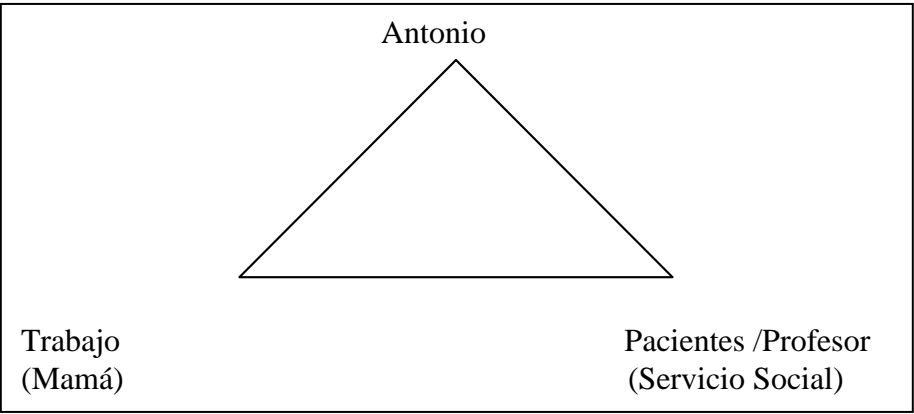
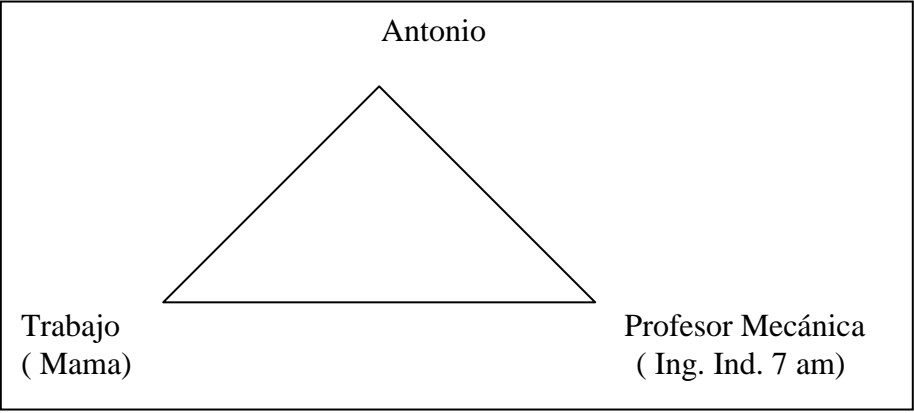
a) Descripción de la pauta y / o triangulaciones:

Descripción de la pauta:

Las actividades de Antonio se distribuyen de la siguiente forma:

Se levanta comúnmente entre las 5:30 a 6 AM, se baña, se arregla y toma un ligero desayuno. Sale de su casa y se dirige a UPIICSA, puesto su horario de entrada es a las 7 AM. , llega tarde a su primera clase (Mecánica) , termina ésta, se dirige a la 2da., y posteriormente a la 3ra. Desocupándose ala 1 ó 2 de la tarde, sin embargo si tiene tarea que hacer se dirige a la biblioteca, o bien saca fotocopias, esto ya le provoca demorarse para dirigirse a su casa a comer. Llegando a casa come, y deja sus cosas, toma otro material que necesite y se dirige a la clínica Tamaulipas, (aproximada mente le lleva 40 minutos llegar) puesto su hora de entrada es alas 4 PM. En ocasiones también llega tarde, y le desagrada la situación y más si tiene paciente esperando para que lo atienda. Terminando su labor en la clínica (aproximadamente a las 6: 30 ó 7 PM) se dirige a UPIICSA a cursar Inglés (su hora de entrada es alas 7 PM.) , por supuesto que si las condiciones en cuanto al transporte no son favorables llega tarde, dependiendo del profesor lo deja pasar o no. Antonio afirma que si ha tenido dificultades con algunos de ellos puesto no son flexibles. El curso termina alas 9 PM, ya concluido éste, sale de UPIICSA y se dirige a su casa nuevamente, llega, cena y se va a trabajar al taller de bordado, termina de trabajar entre alas 11:30 PM a 12 AM. Se dirige a descansar. Antonio manifiesta cierto compromiso con su madre al trabajar y apoyarla en el taller, puesto considera que ella lo ha apoyado y es la única que ha confiado en el debido a su “fracaso” escolar cuando lo corrieron del CECYTEM, además que el apoyarla en el trabajo es su fuente de ingresos y su apoyo para realizar otras actividades. Las actividades que Antonio maneja le causan cansancio y esto le provoca que se levante y llegue tarde a UPIICSA y de la misma forma su distribución de tiempo no ha favorecido su puntualidad.

Triangulaciones:



b) Descripción de las intervenciones:

Metáfora:

La metáfora manejada con Antonio fue:

“Recuerdo que alguna vez vi una película que se llama el “Samurai”, en la que un grupo de hombres, samuráis, por cierto querían cazar a un león, este estaba acorralado, sabia que no tenía un escape, este león me parece que se daba cuenta de su situación y de las intenciones de los hombres, cuando lo atacaban, el león comenzó a dar zarpazos bajo la presión en que se encontraba., pero después este león fue muy inteligente y astuto, puesto se hizo el enfermo, de tal forma que no respondía a las condiciones, a fin de cuentas, que los samuráis le abrieron la jaula y fue así que pudo salir. Se me vino a la mente por que de cierta forma los zarpazos del león lo relaciono con la presión que te ha llevado querer hacer muchas cosas para conseguir tu objetivo., en el caso del león su objetivo era salir de la jaula, hasta que ideo otro plan para lograrlo.”

Anécdota:

“ Alguna vez me he sentido presionada con migo misma al querer hacer muchas cosas, como parte de mis metas, tanto a corto y largo plazo, te contare que cuando estaba estudiando la licenciatura, yo también tenia más actividades como estudiar en niveles avanzados inglés en UPIICSA . Era demasiada presión, puesto exámenes semanales del idioma, y obtener mas de 80 como acreditación, aparte trabajos e investigaciones en la

facultad. Ya lo termine y logre obtener mi acreditación en ambas escuelas a su tiempo. Sin embargo yo quiero una segunda carrera en letras inglesas y pude haberla metido en octavo semestre, pero me puse a analizar mi situación y mi prioridad fue terminar lo que he comenzado, pues es mi estilo, preferí titularme primero en Psicología, a la vez ayudar en casa, para posteriormente seguir con una maestría o la segunda carrera, y así dedicarle el tiempo necesario y debido, hacerlo con calidad y así obtener el reconocimiento y la satisfacción con migo misma de que puedo obtener todo lo que quiera siempre y cuando considere todos los puntos de los que dependen mis planes. Y a pesar que estoy en proceso de cumplir con mi meta, aprovecho el tiempo para seguir en proceso de mi formación, por eso estoy en este diplomado.”

Ordalía:

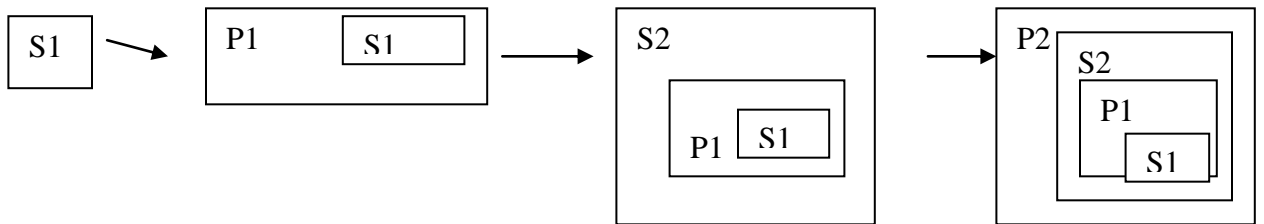
La ordalía consistió en que cada vez que Antonio llegara tarde a cualquier compromiso, ya sea una clase, una consulta, al inglés, etc. , el debería trabajar en el taller de bordado media hora más, aparte de su jornada laboral. Después de las 12AM. Así, pues si tuvo tres retardos en un día , tendría que trabajar de 12 a 1:30 AM , sin embargo si no había trabajo pendiente en el taller, bien podría ayudar a su madre a algún quehacer de casa.

c) Resultados obtenidos:

- ❖ *Decidió que lo favorable a su situación fue distribuir tiempo y darse cuenta en base a la ordalía que no tenía por que fatigarse más, pudiendo hacer las cosas con dedicación y con un tiempo adecuado.*
- ❖ *Se dio de baja temporal por un año en UPIICSA, dejando la carrera y el inglés en lo que termina de ejecutar todas sus actividades correspondientes a la carrera de Psicología con la intención de titularse.*
- ❖ *Rinde más en su trabajo.*
- ❖ *Obtiene descanso deseado al no presionarse por realizar todas las actividades que tenia.*
- ❖ *Obtiene satisfacción de hacer sus actividades con la dedicación merecida.*

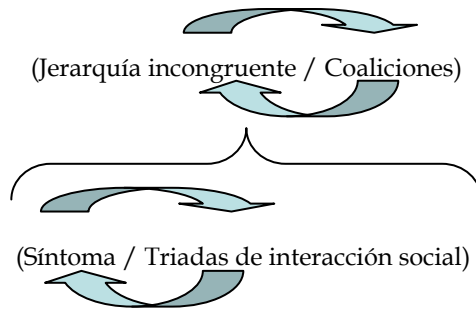
Distingos de la terapia estratégica de Jay Haley:

Comienza prescribiendo distingos: 1) el problema, 2) identificación de pautas, 3) discernir relaciones triádicas. Haley utiliza sus distingos básicos para construir un laberinto de marcos de referencia, semánticos y políticos, para la terapia. Comienza abordando un marco semántico: la especificación del problema, que al cabo se configura en un significado conductual bien definido. Este marco político de referencia, que toma en cuenta la secuencia social que hace de contorno al problema: quién-hace-qué-a quién- cuándo.



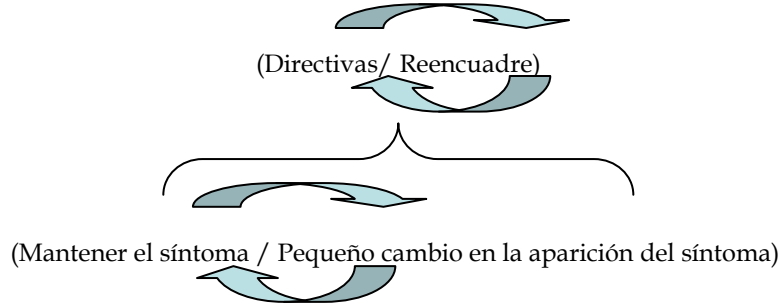
Mapa del proceso terapéutico.

Se representa en dos niveles diferentes, en los que los elementos que lo integran mantienen una relación que permiten generar cambios, ya se muestra que en el nivel conductual aparece el síntoma en conjunto con las triadas de interacción social, ambas dependen de sí, para que puedan existir, permitiendo pasar al nivel cognitivo, en el que permite entender como es que funcionan las triadas en la dinámica familiar, encontramos a una jerarquía incongruente en conjunto a lo que son las coaliciones.



Mapa de intervención.

Se muestra en el siguiente mapa, el nivel conductual donde se encuentra la manifestación del síntoma en interacción con un pequeño cambio en la aparición del síntoma, permitiendo pasar a un nivel significativo en el que se apliquen directivas que a la vez van generando un reencuadre del terapeuta con el paciente.



A modo de resumen, el presente capítulo abordó a los principales exponentes y la ubicación geográfica del enfoque, como es que explican tanto el problema como la solución, las técnicas de intervención que le son características incluyendo un caso en el que las ilustra y finalmente una lectura de los distinguos identificados en el enfoque estratégico. A continuación el siguiente capítulo describirá el enfoque de Soluciones.

CAPITULO 4

ENFOQUE DE

SOLUCIONES

Enfoque de soluciones

Principales exponentes y ubicación geográfica.

El Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) en Milwaukee es la sede impulsora de este enfoque terapéutico en Soluciones dentro de la Postura de la Terapia Sistémica.

Según O'Halon (1900), existió una evolución desde el enfoque de resolución de problemas, centrado en los problemas, hasta un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. El equipo dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja a interrumpir la secuencia del problema, muy en la tradición del MRI, para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de identificar y amplificar estas secuencias de solución. El modelo de terapia desarrollado en el BFTC se denomina terapia breve centrada en soluciones. Steve de Shazer mantiene que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos. Es más importante la naturaleza de las soluciones.

Explicación de la formación de problemas.

Su forma de trabajar está totalmente sesgada por una intención clara de favorecer las condiciones que faciliten el cambio, por lo que en la entrevista emplean el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean. Por el contrario, el énfasis recae en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, es decir cuales son las excepciones a la misma. (Ochoa, 1995)

Al preguntar sobre las *excepciones* no sólo estamos intentando redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona, sino también orientándoles respecto a lo que nosotros pensamos que es importante saber y sobre que es importante hablar en terapia. Los clientes dan habitualmente poca importancia estos cambios, puesto que los considera casualidades. Sin embargo, si los clientes son capaces de reconocer que ya han empezado a resolver sus dificultades antes del tratamiento, entonces los objetivos de la terapia pueden simplificarse mucho.

Explicación del cambio o la solución.

Dentro de este enfoque se manejan premisas que según O'Halon (1900), aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes puesto se centran en los recursos y posibilidades, estas son: a) *Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, b) el cambio es constante, c) el cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio, d) habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla, e) No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla, f) Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema, g) Los clientes definen sus objetivos, h) El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos, i) No hay una forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos, y j) Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.*

Otro aspecto de suma importancia es como se lleve a cabo la *conversación para el cambio*, puesto el lenguaje ofrece la posibilidad de reificar, solidificar, ciertos puntos acerca de la realidad y es el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable. Se utilizan las *presuposiciones* que son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente, introducen a la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio. En medida que como terapeuta se adapte al lenguaje del cliente se obtiene mayores

ventajas y habitualmente se llega a creer que entendemos, aprendemos y nos identificamos con experiencias subjetivas. Nos resulta útil encauzar el lenguaje, alejándolo de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas, y llevándolo hacia descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano. La utilización cuidadosa de los tiempos verbales puede crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro. (O'Halon, 1900)

El objetivo de la sesión es centrar la atención de nuestros clientes en las excepciones, soluciones y recursos todo lo posible. En cuanto a los *objetivos* por parte del cliente, es su responsabilidad decirnos que cambios quieren que ocurran, como terapeuta se adopta el papel atractivo de asegurarse que los objetivos sean alcanzables y, esperamos lo bastante concretos como para saber cuando los hemos alcanzado. Este procedimiento de definición de objetivos es, desde luego, un proceso cooperativo de negociación. Una regla fundamental para empezar a definir objetivos es empezar por cosas pequeñas. El empleo de *elogios* es aprovechar cada oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. (O'Halon, 1900)

Un desarrollo interesante del grupo BFTC es su declaración de la muerte de resistencia, su punto de vista es que no existe. Asumen que los clientes quieren cambiar realmente. Es cierto que los clientes no siguen siempre las sugerencias del terapeuta, cuando esto sucede los clientes están simplemente enseñando a los terapeutas cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar.

Principales técnicas y procedimientos

Se asume que cada cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación. Por ejemplo si se da

una tarea directa y el cliente responde siguiendo las instrucciones, estaría indicada otra tarea directa en sesiones posteriores para seguir avanzando sobre los cambios producidos. En otras palabras es probable que ese cliente en particular siga una sugerencia directa.

Si el cliente responde a una tarea modificándola de alguna forma, se recomienda que el terapeuta use ese patrón ofreciendo tareas fácilmente modificables, con varias alternativas o que contengan cierto grado de ambigüedad. Si los clientes no hacen las tareas, no se les da ninguna tarea específica. En vez de ello se pueden contar durante la sesión metáforas o historias de cómo otras personas resolvieron problemas similares. Los clientes de este grupo a menudo eligen una de las soluciones y las emplean por sí mismos.

El equipo advirtió la sorprendente efectividad de las prescripciones y una tarea específica, la "tarea de de la primera sesión", la cual es:

"Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos gustaría que observaras, de modo que pudieras describirnoslo la próxima vez, lo que ocurre en tu (familia, vida, matrimonio, relación, etc.) que quieres que continúe ocurriendo".
(De Shazer, 1985, citado en O'Halon, 1900)

Fue diseñada para centrar la atención del cliente en el futuro y para crear expectativas de cambio. Reorienta a la persona o familia a fijarse en las cosas buenas de su situación y observar más las cosas que van bien; parece producir aun más cosas positivas.

El equipo del BFTC se dio cuenta de que si las soluciones eran más importantes que el problema, ¿Por qué no centrarse más en los aspectos de la situación relacionados con la solución? Esto llevó al desarrollo de dos elementos de su enfoque, "la pregunta del milagro" y la "pregunta excepción".

La pregunta básica del milagro es: “Supón que una noche, mientras duermes, hubiera un milagro y este problema se resolviera. ¿Cómo te darías cuenta? ¿Qué sería diferente?” (De Shazer, 1988, ha dicho que adoptó esta técnica de Erickson: “pseudos-orientación en el tiempo” / bola de cristal). Reflexionar sobre esta pregunta parece hacer más real, y por lo tanto, más probable, un futuro sin el problema. Además el terapeuta recibe directrices e información concretas para ayudar al cliente a encaminarse directamente a un futuro más satisfactorio.

La pregunta de la excepción lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tendrán. Al ampliar la descripción de estas ocasiones, puede que los clientes descubran soluciones que habían olvidado o en las que no habían reparado, o los terapeutas pueden encontrar claves sobre las que construir soluciones futuras.

A menudo, tras elicitación una breve descripción del problema, los terapeutas del BFTC preguntan inmediatamente: “Bien, ¿qué es diferente en las ocasiones en que las cosas van bien?” Las respuestas de los clientes a estas preguntas proporcionaron al equipo más pruebas de que hay poca necesidad de saber mucho acerca del problema para generar soluciones. (O’Halon, 1900)

Respecto al uso de la *escala*, según Kim Berg (1996), mantiene que en los números hay algo mágico. Cuando se le pide al paciente que clasifique según la escala numérica sus problemas, prioridades, éxitos, compromisos emocionales y nivel de autoestima, el terapeuta tiene acceso a una mejor evaluación de las cosas que desea saber, y las preguntas formuladas están destinadas a informar al terapeuta y sirven para motivar, alentar y fomentar el proceso del cambio.

Caso

E: Paciente

T1 Terapeuta 1 Mónica

T2 Terapeuta 2 Natalia

Premisas identificadas

a) Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas

T1: ...muy bien, cuéntanos que te trae por aquí...

E: ¿Que me trae por aquí? Bueno.. es un problema sobre mi impuntualidad. No soy del todo impuntual en mis citas, siempre me atraso 20 minutos y nos soy tan puntual y eso quiero manejar e esta terapia.

T2: Y como logras tenerlo presente?

E: Emm... pues a lo mejor pensando siempre en esa cita, o sea saber que no se me olvide la cita, cada vez que llegue a algún lado., diga: "Mañana voy a hacer esto, y ya... y a cada rato lo estoy reafirmando.

b) El cambio es constante.

c) El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.

T1: Pero haber cuéntanos más detalles, o sea, en si lo que necesitamos es que nos enseñes en las ocasiones en las que has llegado a ser puntual, como lo has hecho?...desde que te levantas... que es lo que pasa?Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.

d) No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.

- e) Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- f) Los clientes definen sus objetivos.

T1: ...¿Por qué vale la pena que tu estés aquí en este momento?

E: Por que vale la pena?...por que...por que... por que quiero cambiar algo, quiero cambiar el modo de calificar mis citas, o sea, todas las citas son...todo el tiempo es importante y ...o sea para mí y para mucha gente, es importante, y creo que es grosero no llegar a tiempo a algún lugar.

- g) El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.

T2: ¿ Y tú cómo le harías para ser más rápido?

E: JA...Teniendo una alarma a lado de la computadora para hacer y dejar de hacer...una alarma que me diga" hasta aquí" ...

- h) No hay una forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.

T2: ...nos gustaría que nos describieras cuáles son los pasos que nosotras tendríamos que hacer para poder llegar temprano, si también utilizáramos el reloj para adelantar...

E: Bueno hay tres formulas... (risa) no, no... la formula del reloj es este... es más o menos engañarte así mismo, es más o menos... espantarte y decir ya es tarde, pero no, todavía tienes tiempo...

- i) Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

Procedimientos y técnicas utilizadas:

Construir una relación terapéutica:

Comprador

T2: *¿Cómo le haces para tomar las cosas más en serio?*

E: *Por que me gusta hacer las cosas...que me apasionan*

T1: *¿Así te das cuenta?*

E: *Si, así me doy cuenta, o no es que tenga muchas ganas de hacerlo, si no de repente alguna entrevista de trabajo y... tengo presente y no ni siquiera si me vaya a gustar, pero es como, como que tengo que hacer algo, que necesito hacer para sentirme bien, yo creo que necesito formalizar mis citas para llegar a tiempo, vaya... que me gusten, más que...más que...pensar que son bastante formal para poder tomarlas más en serio y con la demás gente.*

Construir un objetivo

T1: *...¿Por qué vale la pena que tu estés aquí en este momento?*

E: *Por que vale la pena?...por que... por que... por que quiero cambiar algo, quiero cambiar el modo de calificar mis citas, o sea, todas las citas son... todo el tiempo es importante y... o sea para mí y para mucha gente, es importante, y creo que es grosero no llegar a tiempo a algún lugar.*

Enfocarse en la solución, posibilidad:

Construir un cambio mediante: el resumen

T1: *Bien, bueno haber te voy a mencionar más o menos lo que nos has dicho... tu vienes aquí por que quieres ser puntual en algunas citas o compromisos y te has dado cuenta de que los has llegado a ser y te has dado cuenta de algunos recursos con los que cuentas,*

estos son, por ejemplo: el valorar la responsabilidad que tienes ante tal evento o también identificar que tipo de citas tienes presente, mmm... bien,

Reconocimiento de recursos

E: ¿Qué es lo que pienso?

T2: ...si, para que digas: tengo que llegar temprano.

E: mmm... sentir que tengo una responsabilidad, que la gente realmente tiene un tiempo específico para mí, y cuando eso pasa yo no tengo que echar a perder el tiempo de la gente, y ser respetuoso, cuando es una fiesta y es un poco más informal, no es tanto... por que me esperan a mi, y así como puede ser a mi, pueden ser tantos, pero digamos que cuando es más puntual una cita, personal, es cuando me siento más responsable, con más responsabilidad...

La conversación

Identificar, crear o modificar patrones

Enseñar a producir la solución intentada:

T1: Bien, y... ¿has utilizado algún otro recurso para recordar o tener presente el llegar a tiempo?

E: Ahh! Si!. He adelantado mi reloj, el de mi celular esta adelantado 10 minutos y el del coche esta adelantado 20 minutos... entonces cuando voy en el coche y voy manejando veo: ay! Todavía me falta, pero no... ya estoy sobre el margen...

Empleo de preguntas

T1: Te vamos a hacer una pregunta...

T2: Yo tengo una rara y quizás difícil pregunta que hacerte, una pregunta que necesita algo de imaginación, supón, que después de que nosotros terminamos aquí y te vas a tu casa y haces lo que usualmente haces, no sé... ves la tele o haces tus quehaceres normales... se termina el día...y te acuestas a dormir y mientras estás durmiendo, un pasa un milagro... y el problema que te trajo aquí se resuelve, simplemente así!... pero esto pasa mientras estas durmiendo, así que no puedes saber que ha pasado... una vez que té despiertas por la mañana, ¿ Cómo harás para descubrir que este milagro ha sucedido?

E: Despierto y en mi buró tengo una agenda ya con todas las citas programadas y ya... me hablan por teléfono y me dicen ya levántate por que hay que ir a esta... ¿no? ahí voy...

T1: Nos gustaría que nos describas tu día, desde que te levantas, que haces, adonde te diriges, con quién, con que recursos cuentas...

E: ok, Ok, me levanto con mi despertador...

T2: ¿ qué hora es?

E: Son las 6 de la mañana...

Uso de escala

T1: Ahora, aquí la pregunta es... es una escala, el cero es así como llegaste a la cita, en que nos planteas tu situación y el 10 es la situación en la que estas dentro del milagro, donde eres puntual, identificando que recursos te pueden ser o son útiles, vaya... la organización de tu tiempo, mayor disciplina en tus actividades al como las ejecutas, ahora en que número, en la escala del cero al 10, en que número te encuentras en este momento?

E: en un 7...

T2: ¿Cómo le hiciste para llegar al 7?

E: Pues tener presente mis actividades en el día, o tener distracciones, cosas que sabes que debes de hacerlas...

Prescripción de tareas

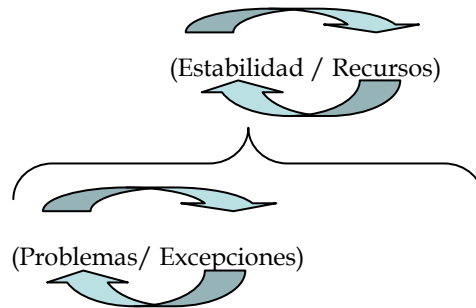
T2: Se ve que eres una persona responsable, comprometida con lo que haces, por lo que estas aquí, por que quieres ser puntual y bueno...queremos dejarte unas tareas... y la primera es que hagas más de lo que te sirve, para ser puntual...como hasta la fecha...y la segunda es que prestes atención cuando seas puntual, que paso, quien se dio cuenta, etc...

T1. Y la última tarea es así como tú lo mencionaste, vamos a manejarlo como un experimento: el uso de la agenda, tal vez puedes comprar una o hacerla, como tu gustes y manejarla como nos lo que nos diste en tu descripción, haber que pasa... además por que no usar una alarma al igual y como lo indicaste, tal vez una a lado de la computadora, en tu buró, que te vaya marcando tiempo, etc.

Lectura de distingos del enfoque de Soluciones de O'Halon

Mapa de intervención

Dentro de este mapa de intervención en el primer nivel (conductual) se encuentra lo que es el problema y la búsqueda de excepciones, permitiendo generar en el nivel cognitivo la demanda de estabilidad en relación a los recursos encontrados por el paciente. En el primer nivel se destaca que el tiempo a que se hace referencia es el presente y el pasado, en cambio en el segundo nivel se proyecta a futuro.



Resumiendo lo anterior se procuró cubrir el enfoque de Soluciones tratando a los principales exponentes y donde desarrollaron sus ideas de la psicoterapia, la explicación del problema y de la solución, que técnicas de intervención son las que le hacen singulares y de la misma forma un caso. Se realizó una lectura de los distingos identificados en la Escuela de Soluciones, de la misma manera la última escuela ilustrativa del enfoque Sistémico, dentro del trabajo será la Escuela de Milán, la cual se tratara en el siguiente capitulo.

CAPITULO 5
TERAPIA DEL GRUPO
DE MILÁN

Terapia del Grupo de Milán

Principales exponentes y ubicación geográfica.

La terapia sistémica de Milán es un modelo basado en las teorías de Gregory Bateson. Originalmente se aplicaba en terapia familiar, posteriormente fue utilizado en terapia individual y grupal.

El grupo de Milán estuvo compuesto por Mara Selvini Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata y Luigi Boscolo.

El Centro para el Estudio de la Familia inició su actividad en Milán, Italia en mayo de 1967. (Palazzoli, Boscolo, Checcin, 1991). En 1967, Boscolo y Cecchin se incorporaron a un grupo de ocho psiquiatras, organizado por Mara Selvini Palazzoli, analista de niños, - que para entonces había fundado el Instituto de la Familia en Milán- En 1972, el grupo quedó impresionado por los informes acerca del tratamiento y la investigación de familias, que se realizaban en los Estados Unidos bajo la inspiración del antropólogo Gregory Bateson. Durante la década de 1950, Bateson participó en un proyecto sobre la comunicación, en Palo Alto (California) , que en el decenio siguiente se transformó en el Mental Research Institute (MRI), dirigido por el psiquiatra Don D. Jackson. Sobre el grupo de Milán influyó enormemente la obra del MRI, en particular el libro de Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin *Pragmatics of human communication*. (Boscolo y cols. 1987)

De dicho libro, el grupo de Milán adoptó el concepto de que la familia era un sistema, donde su comportamiento sintomático se mantenía bajo los patrones de homeostasis. Determinaron el equilibrio de un sistema (familia) entre la homeostasis y su propia capacidad de transformación; y en este período

describieron por primera vez, la estructura de sus sesiones de terapia familiar. (Boscolo, 1987, citado en Sánchez, 2000)

Según Boscolo y cols. (1987), cada sesión se dividía en cinco partes, conforme a un plan: reunión previa, entrevista, intervalo para debate, intervención, y debate final. En la reunión previa, el equipo formulaba una hipótesis preliminar acerca del problema queja de la familia. Sólo dos miembros del equipo entrevistaban a esta. Durante la entrevista propiamente dicha, los integrantes del equipo confirmaban, modificaban o sustituían la hipótesis. Al cabo de unos cuarenta minutos, el equipo en pleno se reunía a solas para discutir la hipótesis y llegar a una intervención. Luego, los terapeutas que trataban a la familia regresaban junto a ella y pronunciaban la intervención, que podía consistir en una connotación positiva de la situación problema, o en un ritual que la familia debía cumplir; este último retomaba la situación problema y tenía como fin introducir un cambio en ella. Finalmente el equipo se reunía para analizar las reacciones de la familia y programar la próxima sesión.

Explicación de la formación de problemas según el grupo de Milán.

Influídos por Bateson, en el año de 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares, de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado - creencias - y nivel de acción - patrones conductuales. La piedra angular de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el *~ juego familiar ~*, concepto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de los otros, de sí mismos y de la familia en conjunto.

Lo patológico es el juego familiar, concepto definido de forma poco precisa por el Grupo de Milán que incluye: el mapa de relaciones familiares - alianzas y exclusiones-la regla que parece presidir esas relaciones - que esta y que no esta

permitido - y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar.

El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla 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 la discrepancia entre las conductas, que constantemente están sometidas a variaciones, y las creencias que permanecen inalteradas por que los componentes de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento. El síntoma puede servir para no enfrentar un cambio que amenaza con desequilibrar el sistema familiar o para reclamar la necesidad de que se produzca. Con el fin de obtener información sobre el juego, el Grupo de Milán se interesa por saber entre otras cuestiones: ¿Cómo ve cada miembro de la familia el problema?. ¿Cómo percibe las relaciones entre otros integrantes del sistema en el momento actual y en momentos pasados o futuros importantes, en torno a los cuales tuvieron lugar - o podrían producirse - variaciones en la conducta sintomática o en las alianzas familiares?, etc. (Ochoa, 1995)

Explicación del cambio o la solución.

En consecuencia, para cambiar las conductas problemáticas el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente.

Por tanto, se tiene por objeto conocer cual es el juego familiar - sobre el que se establece una hipótesis inicial de trabajo - juego en que los sistemas que presentan

una patología deja de ser adaptativo para facilitar un buen funcionamiento familiar como sucede en las familias no patológicas. Lógicamente, las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas por otras más flexibles y complejas.

La **entrevista** comprende una serie de procesos básicos como son: la generación de hipótesis, la obtención de información, la validación de hipótesis, cierta “elaboración” del problema por parte de la familia y la validación de la intervención. (Tomm, 1984, citado el Ochoa, 1995)

Mediante la **entrevista circular**, el terapeuta perturba la epistemología familia abriendo posibilidades en un área determinada o sugiriendo conexiones diferentes entre los datos obtenidos. Después deja que la familia elabore los cambios por sí misma, tal vez en un nivel no consciente, sin la necesidad perentoria de impartir una intervención familiar.

De acuerdo con Sánchez (2000), la **hipótesis** es descrita como el elemento para organizar la información que le servirá al terapeuta al delinear su trabajo; la información del paciente podrá ser cierta o falsa, y podrá ser usada o no. La hipótesis servirá al terapeuta para buscar más información, confirmar su planteamiento y establecer los patrones de intervención sistémica para con la familia; como guía de la intervención, establecerá información y estructura en el sistema familiar. Los propósitos de la hipótesis serán: a) relacionar al comportamiento familiar con el problema y su interacción, b) ordenar el planteamiento de las preguntas sistémicas y circulares, c) Introducir a la familia en el encuadre sistémico de la terapia. De la misma forma para que sirva como guía, la hipótesis deberá: a) Relacionarse o enfocarse a la preocupación o al problema central de la familia, b) Ser útil, c) Configurar, analizar y confirmar la hipótesis de la familia y del terapeuta sobre la verdad problema, d) Plantear nuevas hipótesis

de acuerdo con los planteamientos y la evolución de la interacción terapéutica, y e) No se deberá indicar a la familia la hipótesis del terapeuta.

Las hipótesis pueden abarcar distintos niveles de comprensión. El nivel 1 tiene en cuenta el papel que juega el síntoma en la relación de pareja, el juego se conceptúa en términos de qué es lo que se da y qué es lo que se recibe. El nivel 2 considera las alianzas existentes entre la familia nuclear. El nivel 3 se centra en la familia extensa y la función que tiene el mito familiar, y finalmente el nivel 4 establece cuál es la relación entre la familia nuclear y las instituciones implicadas a consecuencia del síntoma del paciente identificado.

Boscolo L., Cecchin G, Hoffman, L. y Penn, P. (1987) proponen que el elaborar una hipótesis es un proceso constante que evoluciona conjuntamente con el movimiento de la familia y produce muchas permutaciones a medida que se desarrolla la entrevista terapéutica, por que a medida que las respuestas de la familia alas preguntas que se le formulan modifican o alteran una hipótesis, el terapeuta elabora otra sobre la base de los datos específicos proporcionados por la nueva retroalimentación.

La capacidad del terapeuta de confirmar o falsar una hipótesis a partir de la información elicitada en la familia, se denomina **circularidad**. De acuerdo con Boscolo y cols. (1987), esta misma se funda en la idea de que las personas se conectan entre sí, alo largo del tiempo, según pautas particulares a las que identificamos como <<familias>>. Los miembros de las familias 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.

De la misma forma el equipo de Milán considera a la **neutralidad**, como una 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. Los terapeutas nunca pueden saber de antemano cómo debería ser una familia; por lo tanto deben de actuar como un estímulo o perturbación que active la capacidad de esa familia de generar sus propias soluciones. La posición de la neutralidad presenta un doble mensaje a la familia: viene a decir que la solución que sus miembros encontraron ha sido perfecta hasta ahora pero, a partir de ese instante, ha entrado en interacción (terapia) que les permitirá, a ellos y al terapeuta, inventar juntos otras posibilidades de las que pueden surgir nuevas soluciones.

Cuando los terapeutas se mantienen neutrales, quedan exentos de los rótulos de <<buenos>> y <<malos>> que les ponen las familias.

Principales técnicas y procedimientos.

La técnica principal para la Escuela de Milán está constituida por **las preguntas**, puesto que estas, entregan al otro la tarea de atribuir los significados de cuánto ha sido dicho, reduciendo por naturaleza el tono autoritario que está frecuentemente presente en la conversación terapéutica.

El fin de las preguntas es proporcionar respuestas en la familia que permitan al terapeuta saber más del problema, estableciendo distinciones de las experiencias conductuales y epistemológicas de sus miembros, generando de esta forma explicaciones útiles respecto a sus problemas.

Ochoa (1995) aporta que los grandes apartados de preguntas son:

- *Preguntas lineales.* Estas se emplean para conocer la definición y la explicación que la familia le 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. Por ejemplo: ¿Cuál es el

problema?, ¿Desde cuándo ocurre lo que me comentan?, ¿Pasó algo que pueda explicar su aparición?, etc.

- *Preguntas circulares.* Se caracterizan por una curiosidad general acerca de los posibles nexos de eventos que incluyen el problema; más que por una necesidad específica de conocer los orígenes precisos del mismo. El terapeuta formula preguntas para poner 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 de cambio se ubique dentro de la familia.

La información que obtiene el terapeuta con las preguntas circulares es recursiva: ya sea para los clientes o para el mismo terapeuta, quienes a través de estas preguntas, escuchan y cambian constantemente su propia comprensión sobre la base de la información que ofrece el otro. Traen consigo noticias de diferencias, nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos. Estas nuevas conexiones pueden contribuir a cambiar la epistemología, en otras palabras, las premisas personales, los asuntos inconscientes de los miembros de la familia. (Bateson, 1976)

- *Preguntas estratégicas.* 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. Por ejemplo: ¿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?.
- *Preguntas reflexivas.* Su cometido es capacitar a la familia para que genere por sí misma nuevas percepciones y conductas que faciliten la solución de sus problemas. Es una forma neutral de investigar, ya que supone un mayor respeto por la autonomía familiar. El procedimiento consiste en activar intencionadamente 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.

Boscolo y Bertrando (2000) hacen referencia a las **preguntas circulares en la terapia individual llevando a la presentificación del tercero**, a lo cual dice: “en la terapia de la familia, las preguntas circulares, especialmente las triádicas, tienen entre otros efectos el de poner a cada familiar en la situación de observador de los pensamientos, emociones y comportamientos de los otros, creando así una comunidad de observadores. Esto se puede reproducir en la terapia individual, al < presentificar > en la sesión a terceras personas significativas, pertenecientes al mundo externo y al interno (<<voces>>), creando una <<comunidad>> que participa en el desarrollo de diversos puntos de vista. Entre otros efectos, esta modalidad puede desafiar el egocentrismo del cliente, a quien se pone en la situación de tener que reflexionar o formular hipótesis sobre pensamientos y emociones de otras personas y no sólo sobre los propios. Se trata de un procedimiento que permite al cliente experimentar y tener una visión de un hecho o de una relación significativa desde un ángulo diferente, en cierto sentido se crea un contexto en el cual el cliente hace, con ayuda del terapeuta, un análisis de sí mismo y de su sistema significativo. Esta dinámica crea la situación de deuteroprendizaje (aprender a aprender) que conduce al cliente a nuevas opciones y soluciones.”

Otros recursos técnicos propuestos por el grupo de Milán son las *intervenciones cognitivas*, de las cuales su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma, y por consiguiente afectan al tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto las causas del problema o con respecto a las intenciones de las conductas de los demás. Las principales son:

- **Redefinición:** modifica la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia.
- **Connotación positiva:** se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta como debido a razones altruistas - sacrificio o amor - por parte del paciente identificado y por parte del resto de los componentes del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para las cuales el síntoma es en realidad una solución. Así se resalta que la familia tiene un alto grado de cohesión y se restituye la credibilidad en sí misma para que intente resolver sus problemas de una forma más satisfactoria. (Ochoa, 1995). La connotación positiva va dirigida a las tendencias de de automantenimiento del sistema global, el síntoma es relacionado con su contexto social, al servicio de la << homeostasis >> familiar. (Boscolo y cols. 1987)

Los **rituales y las prescripciones ritualizadas** son técnicas creadas por los terapeutas de Milán. Un objetivo del ritual sería evidenciar el conflicto entre las reglas verbales de la familia y las reglas analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento, en vez de una reformulación hablada con un posible *insight*. El valor de ritualizar el comportamiento prescrito es el crear para la familia un nuevo contexto, de orden superior a aquello de la simple prescripción verbal del terapeuta. Las características del ritual terapéutico pueden ser sintetizadas de la siguiente manera:

Pone a la familia en la condición de tener que comportarse en forma distinta a la manera que los ha llevado al sufrimiento y a los síntomas (pasar del “pensar” al “hacer”).

Pone a todos los miembros de la familia al mismo nivel en el acto de realizar el ritual. Esto crea una experiencia colectiva que puede dar nuevas perspectivas compartidas.

Favorece la armonización de los tiempos individuales y colectivos, a veces incluso introduciendo secuencias de comportamiento que habían sido canceladas.

No transporta literalmente contenidos; el objetivo en el formular un ritual está en el actuar sobre los procesos: cuenta más la forma que el contenido del ritual. Por eso el ritual debe de ser críptico, de tal manera que la familia pueda atribuirle significados.

Es notoriamente distinto de la vida cotidiana de los clientes. Por ello, es necesario que se prohíba hablar entre ellos de lo que sucedió en el curso del ritual, sino hasta cuando estén de nuevo en la próxima sesión.

Los rituales especifican ya sea los aspectos formales como los de contenido y por lo tanto son únicos e irrepetibles. La prescripción ritualizada, en cambio, especifica los aspectos formales de la prescripción pero no el contenido, proporciona de esta manera una estructura formal utilizable con muchas familias en muchas circunstancias diferentes. (Boscolo y Bertrando)

Caso

T1 .- Terapeuta 1 Gabriel

T2.- Terapeuta 2 Adrián

L .- Lulú (Madre de familia)

E .- Eduardo (Padre de familia)

S.- Sonia (hija mayor)

F.- Fabiola (hija menor)

Premisas identificadas:

Elaboración de hipótesis:

Al presentarse la oportunidad de tratar el caso, la información obtenida era mínima para trabajar con el equipo, esta fue proporcionada por una compañera terapeuta que manifestaba que percibía cierta urgencia por parte de la madre de familia llamada Lulú, -quién solicitó el servicio-, ya que ella insistía en ser atendida con todo y su familia, debido a constantes conflictos entre sus dos hijas. Los datos obtenidos, llevaron a que como equipo manifestáramos que la urgencia y la insistencia que destaca la señora Lulú, probablemente es su estilo de vida de "prisa" y que esto no le ayuda a resolver sus problemas. De la misma forma se propuso como una hipótesis que *el conflicto generado entre las hijas está relacionado con la alianza que cada una sostiene con alguno de sus padres*. Los padres manejan antecedentes de violencia y lucha de poder.

Otra hipótesis planteada es que *el papel intermediario que desarrolla alguna hija está ligado a establecer alguna alianza con alguno de sus padres*, de la misma forma también se propuso como hipótesis que *la madre mantiene la expectativa de que al venir a terapia, se pudiera venir a expresar*.

Técnicas utilizadas

Preguntas lineales:

T2.- *¿Cuál es la situación que los trae el día de hoy aquí?*

L.- *Lo que pasa es que mis hijas se pelean pero machismo..., se pelean por cualquier cosa...*

T2.- *¿y que tan constantes son estas peleas por día?*

L.- *mmm... dos o tres veces...*

T2.- *...¿ y por que son estas peleas?*

L.- *...por todo...*

T2.- *De estas peleas, que trae consigo preocupaciones, que ya había mencionado antes... hay consecuencias?*

L.- *Pues si..., por que su papá siempre dice que yo tengo la culpa, y ¿el que no se hace responsable?*

T2.- *¿ Y usted que tiene que decir?*

E.- *Bueno, es que yo siempre me la paso trabajando, no tengo tiempo para cuidar de ellas, entonces ella se tiene que hacer a cargo... (...) de todas las peleas dadas..Ella (señala a Sonia) ya vive con su abuela... y aun así hay discusiones.*

T1.- *entonces por esto estamos entendiendo que te fuiste de tu casa temporalmente?*

S.- *Si... estoy tratando de evitar peleas y de discusiones de mis papas...*

Peguntas circulares:

S.- *... nosotras necesitamos cosas..Mi papa nunca está... yo quiero regresar a casa por mis mamá, por que ella sobrelleva todas las discusiones...*

T1.- *¿Qué piensas de lo que dice tu hermana?*

F.- *Yo creo que pi papá siempre está, el tiene que darnos de comer, el nos compra cosas... a lo mejor no nos compra todo, pero si lo que necesitamos... nos saca todos los fines de semana...*

L.- *no todos los fines, a veces esta, pero no ayuda...*

E.- *Ya ves? Así es siempre..., es lo mismo, llego cansado, fastidiado del trabajo y ellas no lo saben... todo lo que me pasa...entonces que hago?*

S.- *Todos tenemos problemas...*

Preguntas reflexivas:

T1.- *Hace rato mencionaste (dirigiéndose a Fabiola) que Sonia no te quiere, y mencionaste que por que discuten por cosas, por ropa, por el teléfono, etc., entonces me podrías decir si el concepto de amor lo retomas en cosas materiales?*

F.- *...mmm... no... es que simplemente , siempre estamos peleando...*

Preguntas estratégicas:

S.- *Yo creo que lo que pasa es que a Fabiola le faltan límites...*

E.- *en cuanto a límites...le corresponde a su mamá...*

L.- *imagínese...si a mí no me hace caso...por que ve que ni su papa lo hace... por ejemplo, con la camisa, llega y la deja...*

E.- *es que el cesto esta hasta la recamara y yo llego cansado.*

L.- *no lo puede ni levantar...hasta quiere que le quite los zapatos.*

S.- *Cualquier problema: "no es que yo trabajo"... no te puedes quitar la responsabilidad de ser padre por que trabajas...*

T2.- *y ¿cuál es el principal motivo de por que discuten ustedes dos? (dirigida a los padres)*

L.- *por ellas...*

T2.- Dentro del equipo surge una inquietud...es lo siguiente... si en caso suyo (a Eduardo), levantara la camisa que deja en el piso y la lleva al cesto, o hiciera ese tipo de detalles... cree que cambiaría algo?

E.-...no... por que esto es por ellas, no por la camisa...

S.- Claro que cambiaría, por que como cree que tiene tres mujeres, tiene que ser así.

T2.- ¿Tu crees que cambiaria en algo?

F.- Pues si... a lo mejor con eso quedarían más conformes.

T1.- y con tu mamá?

F.- pues también, por que le daría gusto que recogiera yo, mis cosas... y no es que no quiera... si no que tengo tarea...

T1.- ¿consideras que si cambiaría?

F.- pues si...por que yo también recojo.

Redefinición:

T2.- Ustedes ya están cambiando la situación, puesto los roles se están variando un poco... puesto están retomando que se puede apoyar en lo que podamos, obviamente sin descuidar nuestras responsabilidades, tu Fabiola, tienes que estudiar en la escuela...y así cada uno sabe lo que tiene que hacer...

F.- bueno, si, de hecho mi mamá me dice eso... Sonia... pero si lo hago, aunque la tarea...no siempre... pero se que lo puedo hacer.

Connotación positiva:

T1.- *la mayoría de las discusiones entre ustedes es por la ropa, el equipo comenta, que esto es un vínculo y que de alguna manera el ponerse la ropa de la otra les ha resultado el tener esta relación así... cada quién ha seguido un parámetro de comportamiento, tu (Fabiola) con tu papa, Sonia con su mamá... Habría una posibilidad de llevar una relación fraternal viable?*

s.- *pues como yo lo dije: entiendo la parte de compartir siempre y cuando Fabiola se haga responsable de cómo toma las cosas y que así las deje...*

T1.- *y tu que dices?*

F.-... *pues que está bien... aun que tengo tarea... pero tiene razón, aunque también me enojo...pero si...*

Presentificación del tercero:

T2.- *Quiero compartir que el equipo quedó impresionado... pues noto algo importante con respecto a cada uno de ustedes y reconocemos el esfuerzo que hace papá para mantener las cosas, el esfuerzo que hace Fabiola para aceptar las cosas aunque le cueste trabajo... el esfuerzo que haces tu Sonia... pues cada uno hace el esfuerzo, de formar una familia...de las distintas formas de ver el mundo, que han sido capaz, como personas piensan, sienten, viven diferente y que han sido capaz de lograr algo... a pesar de sus diferencias, su logro es su casa.*

Han creado en sus hijas el espíritu de compartimiento, han hecho es esfuerzo de comprar dos cosas distintas, ...han funcionado como padres al enseñar a compartir, a no ser egoístas... como pareja, han logrado que sean capaces de unirse...todos... por lograr un objetivo, que es ser feliz por su casa. En ese sentido hemos visto que que la casa es un esfuerzo de todos y de cada uno de ustedes y precisamente por eso nos damos cuenta, merece estar cuidada, merece estar pidiendo de ustedes, necesita estar bien, necesita cuidados, necesita de ayuda, apoyo de esas cuatro personas que viven en ella, a pesar de sus diferencias, todo por el bienestar y la salud de ustedes.

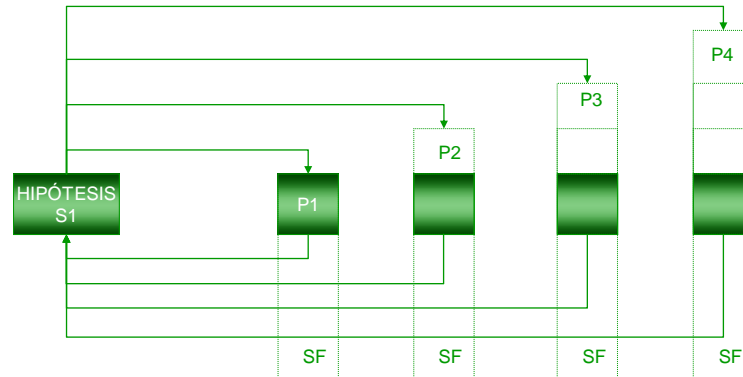
Les pedimos que se vayan a su casa y se queden con una pregunta, que no la contesten con palabras, si no con actos... ¿Qué está dentro de mis fuerzas, posibilidades, para que mi casa esté bien?

Lectura de distingos de la Escuela de Milán.

El abordaje de Milán se organiza desde la perspectiva de un marco de referencia semántico, así que su principal interés es la semántica no la política, se orientan a descubrir significados posibles de lo que sucede en la familia. Su abordaje no es una terapia con foco principal en el síntoma o el problema, aunque toma en consideración esas comunicaciones. Se orienta al contexto de significado, que encuadra u organiza los síntomas. El propósito es descubrir la pauta de significado contextual, que sirva para concurrir a que el sistema perturbado se reorganice a sí mismo.

En una estrategia de Milán, el distingo de principio se dirige a construir hipótesis sobre el sistema familiar, que es modificada en respuesta a informaciones ulteriores que la familia produce; y a veces esa hipótesis es representada a la familia a modo de intervención.

MODELO DE MILÁN: MARCOS POLÍTICOS Y SEMÁNTICOS



P1: ORGANIZACIÓN SECUENCIAL DE LA CONDUCTA PROBLEMA Y DE OTRAS CONDUCTAS IMPORTANTES

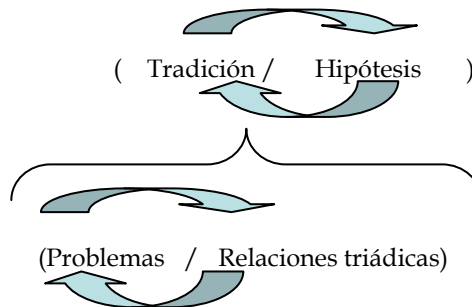
P2: PAUTAS DE COALICIÓN ACTUAL

P3: PAUTAS DE VÍNCULO CON CONTEXTOS DE REFERENCIA

P4: PERSPECTIVAS SOBRE PAUTAS DE COALICIÓN PASADAS Y FUTURAS CON EL COMIENZO DEL PROBLEMA

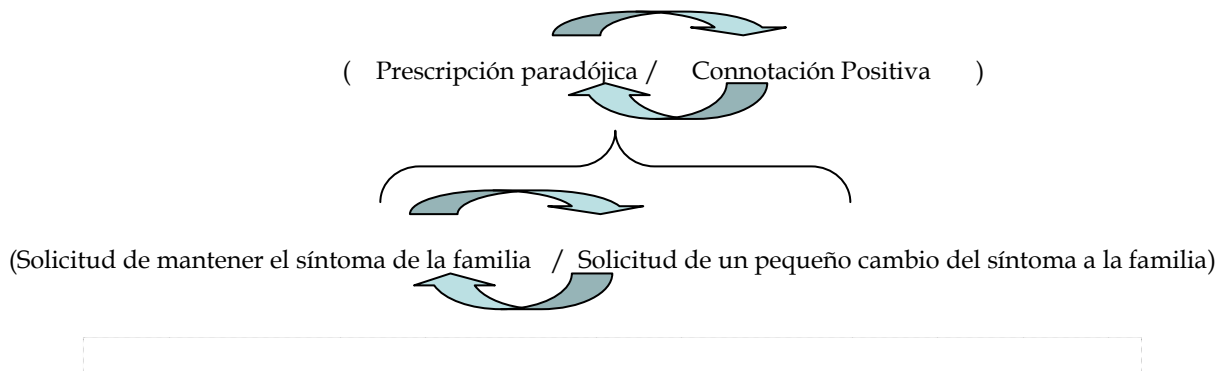
Mapa del proceso terapéutico

En el siguiente mapa se manifiesta que en el primer nivel se encuentra al problema y como es que se relaciona con las relaciones triádicas dentro de la familia, mostrando en el segundo nivel que la generación de una nueva hipótesis circular permite vislumbrar la relación familiar diferente. Es de suma importancia que las hipótesis generadas vayan conectadas y se traten de comprobar de una manera parcial.



Mapa de intervención

En este mapa podremos observar que en el primer nivel se solicita mantener el síntoma de la familia a manera que se genere un pequeño cambio en el síntoma dentro de la misma familia, permitiendo abordar un segundo nivel en el que se encuentra una prescripción paradójica que va conectada con la connotación positiva.



Para concluir este capítulo, la recapitulación de la información que aporta es la siguiente: principales exponentes y donde fue que destacó, la explicación de la formación del problema y de la solución, que técnicas de intervención le fueron desarrolladas y el caso clínico que describe su utilización, terminando con la lectura de los distingos de la Escuela de Milán. Finalmente el siguiente punto a tratar es un análisis y las conclusiones del presente documento.

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

Análisis y conclusiones

El Diplomado en Terapia Familiar Sistémica proporciona herramientas de gran utilidad para poder ejercer dentro del campo de la Psicoterapia. Aunque aborda solo cuatro escuelas, estas muestran tener los elementos para proporcionar un servicio eficiente con el paciente, además que permite que la relación terapeuta - paciente este enfocada en un proceso de terapia breve.

Es interesante el encontrar una opción de estudio que vaya más allá de lo que dentro de la carrera de Psicología se pueda enseñar, ya que lo que busque en esta experiencia fue el reforzar, - sino es que incrementar - conocimientos, habilidades para ejercer con mayor profesionalismo mi carrera.

Considero que fue de utilidad el abordar todos los temas desde una perspectiva histórica, ya que los datos que se van proporcionando van mostrando un esquema o al menos una idea de cómo es que han surgido diferentes propuestas en la Psicoterapia y el como es que esta evolucionando este campo dentro de la investigación. Sin dejar a un lado que los principales representantes son esenciales para comprender todo el proceso por el que esta pasando este nuevo tipo de Psicoterapia, tal es el caso del aporte que dejo Gregory .Bateson y Milton H. Erickson. Me parece que un detalle que puedo destacar de la experiencia de mi aprendizaje en el Diplomado fue el comprender conceptos sistémicos que se manejan, discerniendo como es que se utilizan estos mismos en cada escuela, la importancia de aclarar el problema y objetivos en una sesión, con que herramientas cuenta cada escuela y la función que buscan estas intervenciones.

Destaco que lo que fue la maniobra del terapeuta me fue de gran ayuda, para poder llevar una sesión en espera de resultados más óptimos, así como cada

escuela me dejó como llevar a cabo sus técnicas de intervención, que en mi vida personal y obviamente profesional me han llegado a funcionar.

Es interesante que la base de la Terapia Sistémica sea la Epistemología Cibernética, buscando ver a la psicoterapia desde una perspectiva diferente a lo que comúnmente se ha abordado bajo otros enfoques a través de la historia de la psicología clínica. Esta herramienta permite comprender como es que uno como ser humano que se es, se piensa, se percibe y actúa, descubriendo el como mantenemos hábitos de cognición, y no solo los dejamos en una base conductual, si no que va más allá.

Es de suma importancia que lo que se busca es llegar a encontrar un equilibrio entre las cosas, obteniendo mejores relaciones en nuestro entorno con los sistemas de los que somos parte llegando a una ecología.

Dentro de esta perspectiva encontramos que uno como ser humano somos parte de un todo, pero a la vez somos parte complementaria de ese todo, llevándolo a términos de interacción, lo que quiero decir es que así sea una mínima conducta o manifestación, este repercutirá en los sistemas que estamos integrando, va más allá de lo conductual, pasa a un nivel cognitivo. Esto nos enseña a que como terapeutas se tiene que ser cuidadoso con lo que se le proporciona al paciente, y que este, utilice lo que considere necesario para llegar a encontrar sus propias soluciones y / o herramientas.

En cuanto a las intervenciones terapéuticas que se llevaron a cabo dentro del diplomado, me proporcionaron habilidades para saber como ejecutar ciertas técnicas de intervención, cuan importante es el llevar la terapia bajo los objetivos que se establezcan, de la misma manera el comprender que ciertas técnicas, distingos o conceptos son pertenecientes a una escuela y que estos tienen un fin, y que es conveniente respetar un estilo de trabajo con cada paciente, de acuerdo a

sus necesidades por ese momento. Concluyendo que la guía que proporcionaron los profesores a través del desarrollo del Diplomado fue benéfica para mi aprendizaje.

Los temas y la organización que mantiene el Diplomado en Terapia Sistémica valen la pena para quien busca enriquecer sus conocimientos y habilidades en la psicoterapia, buscando cubrir necesidades de la población a la que pertenecemos, con el fin de encontrar mejor calidad y estabilidad en las relaciones de nuestros sistemas y actividades.

BIBLIOGRAFÍA

- Bateson, G. (1976). **Pasos hacia una ecología de la mente**. Buenos Aires: Carlos Lohle.
- Bateson, G. (1999). **Una unidad sagrada**. España: Gedisa.
- Berg, I. K. Y Miller, S. (1996). **Trabajando con el problema del alcohol**. Barcelona: Gedisa.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006). **Terapia sistémica de Milán**. En: A. Roizblatt (edit). *Terapia familiar y de pareja*. Chile: Mediterráneo. Pp. 226-244
- Boscolo L. y Bertrando P. (2000). **Terapia sistémica individual**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo L., Cecchin G, Hoffman, L. y Penn, P. (1987). **Terapia familiar sistémica de Milán**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). **Cambiando lo incambiable**. Barcelona: Herder
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). **La táctica del cambio**. Barcelona: Herder.
- Haley, J. (1980). **Terapia para resolver problemas**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984) **Terapia de ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keeney, B. (1991). **Estética del cambio**. Barcelona: Paidós.
- Keeney, B. y Ross, J. (1993). **Construcción de terapias familiares**. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Madanes, C. (1989). **Terapia familiar estratégica**. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1995). **El arte del cambio**. Barcelona: Herder.
- O'Halon, W. H. y Weiner- Davis, M. (1993). **En busca de soluciones**. Buenos Aires: Paidós. 2da. Ed.
- Ochoa de Alda, I. (1995). **Enfoques en la terapia familiar sistémica**. Barcelona: Herder.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). **Terapia familiar: modelos y técnicas**. México: Manual Moderno.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata G. (1991) **Paradoja y contraparadoja**. México: Paidós.
- Watzlawick, P. (1989). **El lenguaje del cambio**. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1995). **Cambio**. Barcelona: Herder.