



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

APRENDIENDO SOBRE LA TERAPIA SISTÉMICA A TRAVÉS DE LA
EXPERIENCIA

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

BLANCA ANDREA SALVADOR AVELAR

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. PEDRO VARGAS AVALOS
MTRO. SERGIO CARLOS MANDUJANO VÁZQUEZ
LIC. VICENTE CRUZ SILVA
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ



MÉXICO D. F.

MAYO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por haberme dado una hermosa familia y amigos que me apoyan todo el tiempo y por haber puesto en mi camino todas las experiencias y personas que necesitaba para aprender.

A mis padres por todos esos largos días de trabajo, cansancio, desvelo y preocupaciones para darme la oportunidad de estudiar a mí y a mis hermanos.

A mis hermanos por estar siempre que los necesito y por trabajar muy duro para tener lo que necesitamos.

A mi familia porque todos y cada uno de ellos me han apoyado de una u otra forma para seguir adelante.

A Salvador García Martínez por transmitirme el interés y admiración por el trabajo del Dr. Milton H. Erickson, lo que dio inicio a mi interés por la terapia sistémica.

A mi tutor por el tiempo que siempre encontró para apoyarme en la elaboración de este trabajo.

A los profesores del Diplomado de Terapia Sistémica por todo el crecimiento profesional y personal que tuve gracias a sus enseñanzas.

Gracias.

ÍNDICE

Agradecimientos	
Resumen	
Introducción.....	1
Capitulo 1. Epistemología Cibernética.....	4
1.1 Las Conferencias de Macy.....	4
1.2 El Proyecto Bateson.....	7
1.3 El Laboratorio de Heinz von Forester.....	8
1.4 Conceptos básicos.....	9
1.5 Intervención Terapéutica.....	13
Capitulo 2. Terapia del Mental Research Institute.....	17
2.1 Técnicas.....	20
2.1.1 El paciente difícil.....	21
2.1.2 Planificación de caso.....	25
2.2 Intervenciones.....	27
2.3 Mapa de Intervención.....	29
2.4 Caso clínico.....	30
Capitulo 3. Escuela estratégica de Haley.....	32
3.1 Elementos estratégicos.....	33
3.2 Entrevista inicial.....	34
3.3 Intervenciones.....	36
3.4 Mapa de Intervención.....	42
3.5 Caso clínico.....	43
Capitulo 4. Escuela de Soluciones.....	47
4.1 Terapia Centrada en Soluciones.....	48
4.1.1 Principios y supuestos.....	49
4.1.2 Relación paciente- terapeuta.....	50

4.1.4 Mapa Central.....	52
4.1.5 Fijación de objetivos.....	53
4.1.6 Componentes, tipos y administración de las intervenciones terapéuticas.....	54
4.1.7 Desconstrucción: un modo de desarrollar el foco.....	58
4.2 Terapia orientada a las Soluciones.....	59
4.2.1 Premisas de la terapia orientada a las soluciones.....	61
4.2.2 Los componentes de la entrevista orientada en soluciones.....	62
4.2.3 La intervención.....	64
4.2.4 Prescripciones para el cambio	65
4.3 Mapa central.....	66
4.4 Caso clínico	67
Capitulo 5. Escuela de Milán.....	77
5.1 Principios para la conducción de la sesión.....	82
5.2 Técnicas.....	84
5.3 Proceso terapéutico.....	88
5.4 Mapa central.....	90
5.6 Caso clínico.....	91
Capitulo 6. Análisis y conclusiones.....	96
Referencias.....	101

Aprendiendo sobre la terapia sistémica a través de la experiencia.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo principal desarrollar los puntos fundamentales de la terapia sistémica, puntos que han hecho de esta alternativa una opción viable y sobresaliente. Hablaremos, en principio, de sus orígenes, mostrando la cronología histórica de la epistemología cibernética y los principales autores que desarrollaron su marco conceptual. También se hablará de los modelos que componen al Enfoque Sistémico como lo son: el modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute ó MRI, La Escuela Estratégica de Jay Haley, La Escuela de Soluciones, haciendo la diferencia entre la Escuela Centrada en Soluciones y la Escuela Orientada a las Soluciones, finalizando con la Escuela de Milán. Dentro de cada escuela se hablará de sus principales exponentes, de cómo explican la formación de los problemas y de las diferentes técnicas de intervención para éstos. Además de ejemplificar algunas de sus técnicas y procedimientos por medio de casos clínicos y de la construcción de los mapas de intervención de cada uno de los modelos. Y finalmente, se explicará la experiencia de aprendizaje a nivel individual y profesional.

Introducción

En el mundo actual, el deterioro del comportamiento adaptativo constituye el componente principal de muchos problemas de salud pública. Mi interés en tomar parte activa, de alguna manera, en la solución de estos problemas es lo que me llevo a estudiar psicología, especialmente psicología clínica.

En la etapa de psicología clínica conocí el trabajo del Dr. Milton H. Erickson y me sorprendió la manera “mágica” en la que resolvía los problemas de sus pacientes. Empecé a leer sobre su trabajo, pero me quedaban muchas dudas acerca del por qué aplicaba tal o cual intervención. Para mí era necesario el A B C de sus técnicas y entonces descubrí la Terapia Sistémica como una manera de acercarme más a él.

Mi objetivo al entrar al diplomado fue entender el trabajo del Dr. Milton Erickson, conocer las escuelas que conforman el modelo, poder hacer distinciones entre ellas, tener más herramientas para mi práctica clínica y poder aplicar esas herramientas de una manera consciente (saber qué, por qué y para qué), para obtener resultados breves y eficaces.

Durante la experiencia del diplomado encontré que la Terapia Sistémica ofrece nuevas posibilidades para el trabajo terapéutico al considerar un acercamiento a los sistemas de relación humanos en conjunto, permitiendo la reflexión sobre los supuestos básicos acerca de las condiciones y las posibilidades de un comportamiento social y en consecuencia de una psicoterapia.

La Terapia Sistémica no es simplemente un método de tratamiento, es una nueva forma de conceptualizar los problemas humanos, de entender y de comprender su desarrollo, así como sus soluciones. Ésta ofrece otra forma de pensar sobre la naturaleza del orden y la organización de los sistemas vivientes, un cuerpo unificado de teoría tan global que arroja luz sobre todas las esferas particulares de la biología y el estudio de la conducta.

El modelo es una manera diferente de mirar el mundo, lo que en términos generales se refiere a la noción de información y organización, y a los procesos de comunicación tal

cual ocurren dentro de los sistemas. Permite un proceso educativo de investigación por medio del diálogo, cuya perspectiva es una ampliación y precisión de los significados asimilados y la apertura hacia metas más satisfactorias.

Con la realización de este trabajo pretendo mostrar la experiencia positiva (tanto en el ámbito profesional como en el personal) obtenida por medio del diplomado, los principales puntos de las escuelas que se abordaron en éste y las bases epistemológicas del modelo de la siguiente manera:

En el capítulo 1 se revisarán las bases epistemológicas de la Terapia Sistémica, y los trabajos más importantes en el desarrollo de la epistemología cibernética como son: las Conferencias de Macy, el proyecto Bateson y el Laboratorio de Heinz von Foerster. También los conceptos básicos de la misma y el mapa principal para la intervención Terapéutica.

Se hablará de las escuelas o modelos terapéuticos que conforman a la Terapia Sistémica y al final se analizará un caso clínico, de acuerdo a los puntos expuestos en la teoría, esto a partir del segundo capítulo.

En el capítulo 2 se verán los puntos importantes de la Terapia del Mental Research Institute ó MRI incluyendo: las técnicas del modelo, el trabajo con el paciente difícil, la planificación de caso, las intervenciones utilizadas por el modelo y mapa de Intervención.

El capítulo 3 está dedicado a la Escuela estratégica de Haley y en el cual se tratarán temas como: los elementos estratégicos, la entrevista inicial, las Intervenciones que emplea el modelo y el mapa de Intervención.

El capítulo 4 trata la Escuela de Soluciones. En éste, se hace la división del enfoque al hablar primero de la Terapia Centrada en Soluciones representada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, sus principios, supuestos, la relación paciente- terapeuta, el mapa central que guía al modelo, la fijación de objetivos, los componentes, tipos y administración de intervenciones terapéuticas. La segunda parte del capítulo expone la Terapia Orientada a las Soluciones de O'Hanlon, abarcando las premisas que guían su

trabajo, los componentes de la entrevista, la intervención, las prescripciones para el cambio y el mapa central del enfoque.

En el capítulo 5 se habla de la escuela de Milán, de sus principios para la conducción de la sesión, la técnicas y finalmente el proceso terapéutico.

Finalmente en el capítulo 6 se hará un análisis del trabajo, una reflexión epistemológica y finalmente se presentarán las conclusiones del trabajo, tanto a nivel individual, como a nivel profesional.

CAPITULO 1. Epistemología Cibernética.

La cibernética forma parte de una ciencia general de la pauta y la organización. Adoptar una concepción cibernética es ingresar en un mundo de descripción radicalmente distinto de lo habitual. Puede decirse que la cibernética es un procedimiento formal para examinar los procesos y métodos de cambio. Según esta perspectiva, el síntoma forma parte de la lógica organizativa de su propia ecología. Los terapeutas que adoptan esta concepción prefieren hablar del lenguaje del cliente, su particular modalidad de comunicación sintomática. Hay un punto importante que a veces no se destaca lo suficiente: la comunicación sintomática siempre marca el rubro del cambio terapéutico. En cierto sentido, todo lo que hace el terapeuta es suministrar un contexto del cual el cliente puede utilizar los propios recursos para lograr el cambio o los cambios necesarios (Keeney, 1994).

La terapia familiar surge en torno a los años 1952 a 1962, impulsada por circunstancias clínicas y de investigación (Ochoa de Alda, 2004). La importancia de la cibernética como terreno común para las ciencias de la época es el concepto que lleva a la convocación de las conferencias de Macy. Resulta fascinante para el lector interesado atar todos los cabos sueltos de cómo todos los <<grandes personajes>> de la época se conocieron y tomaron parte de dichas conferencias (Schlanger y Watzlawick en Wittezaele y García, 1994).

1.1 Las Conferencias de Macy

La Josiah Macy Jr. Foundation es una fundación norteamericana que ha concedido subvenciones, de 1930 a 1960 aproximadamente, por la organización de conferencias, de coloquios o de simposios en el campo de las ciencias humanas. Los organizadores convocaban a expertos en diversas disciplinas. Para comprender lo que llevaba a los diferentes investigadores a querer encontrarse, hemos de remontarnos un poco hacia atrás.

Al comienzo del siglo XX, Claude Bernard había observado la analogía entre el proceso de regulación de la máquina de vapor y el de los organismos vivos frente a cambios externos que podían perturbar su metabolismo. Había observado que ciertas sustancias del cuerpo conservaban un índice de conservación muy estable, lo que lo condujo a postular la estabilidad del <<medio interno>>(Bernard citado en Wittezaele y García, 1994) como una de las condiciones elementales de la vida. Walter Cannon dará el nombre de <<homeostasis>> a esta tendencia a mantener el equilibrio interno (Cannon citado en Wittezaele y García, 1994); ésta se hace posible gracias a los procesos autorreguladores complejos que garantizan una constancia relativa del nivel de concentración del azúcar en la sangre, de la presión osmótica, de la temperatura del cuerpo, etcétera.

En ésta época, Weiner participa en las investigaciones que permitirán la creación de ordenadores modernos. Los progresos de la aeronáutica, y en especial el aumento de la velocidad de los aviones, han dejado anticuadas las piezas de artillería antiaérea. Se encarga a Weiner que estudie la cuestión. El se da cuenta de que es <<necesario *integrar en el aparato de control* el tratamiento de todas las operaciones necesarias>>. Así, con la ayuda de Bigelow, Weiner llegó a la conclusión de que un factor muy importante de la actividad voluntaria es lo que los ingenieros de control llaman *feed-back* (o retroacción)>> (Weiner citado en Wittezaele y García, 1994). Cuando se desea que un movimiento siga un modelo dado, la *desviación* entre ese modelo y el movimiento realmente efectuado es utilizado como un nuevo dato (*feed-back*) para hacer que la parte que se desplaza siga una trayectoria más próxima al movimiento previsto por el modelo.

Muy pronto, Weiner y Bigelow comparan este tipo de fenómeno con los movimientos voluntarios en el hombre. Por eso, cuando los ingenieros se dan cuenta de que el *feed-back* debe responder a ciertas condiciones, principalmente de esperas pero también de amplitud (en efecto, todo *feed-back* demasiado brusco corre el peligro de hacer que la parte regulada efectúe una desviación más importante en otra dirección y así continuamente hasta entrar en una oscilación salvaje), se dirigen al doctor Rosenblueth para preguntarle si, en sus pacientes, no ha observado algunas de las <<patologías>>

con las que tienen que enfrentarse los mecanismos de *feed-back*. La respuesta va totalmente en el sentido entrevisto por Wiener: efectivamente, unos pacientes afectados de ciertas lesiones o malformaciones del sistema nervioso tienen comportamientos análogos a los de las máquinas descritas por Wiener. Los investigadores se entusiasman con estos indicios prometedores, desean confrontar los datos de que disponen y continuar sus intercambios metodológicos con otros científicos interesados por cuestiones referentes a los procesos circulares. Dentro de este marco en 1942 la Fundación Macy organiza su primera conferencia sobre el tema de la <<inhibición cerebral>>.

Además de los citados anteriormente, participan en el encuentro: los matemáticos John von Neumann (el inventor de la <<teoría de los juegos>>) y Walter Pitts, el neurofisiólogo (y matemático) Warren McCulloch, el psicólogo Lawrence Franck, el psicoanalista Laurence Kubie los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson. Se discute mucho de la hipnosis durante esos dos días; en efecto, Laurence Kubie ha invitado también al hipnoterapeuta Milton H. Erickson, cuyos métodos de trabajo admira.

La segunda guerra mundial pone fin momentáneamente a estos encuentros interdisciplinarios que no volverían a emprenderse hasta 1946.

El grupo de Harvard y los otros participantes en la conferencia de 1942 desean profundizar en la vía de investigación que parece dibujarse. La Fundación Macy se encarga de nuevo de organizar una serie de encuentros que debían desembocar en el establecimiento de una *ciencia de control*: la cibernética. Shannon acudirá a exponer su teoría de la información y a participar en la reflexión.

En 1946, el primer encuentro recibe el título de <<Mecanismos teológicos y sistemas causales circulares>>. Además de algunos de los primeros participantes en la conferencia de 1942, también están invitados físicos, matemáticos, ingenieros en electrónica, fisiólogos, neurólogos, psicólogos (entre ellos Kurt Lewin y Donald Marquis), psiquiatras, sociólogos y antropólogos. Todos los miembros del grupo comparten la creencia según la cuál se puede y debe intentar comunicarse más allá de

las fronteras que separan las diferentes ciencias. Esta esperanza de dialogo interdisciplinario estaba unida al efecto unificador de ciertos problemas clave que preocupan a todos los participantes: los problemas de comunicación y los mecanismos de causalidad circular.

Habrán dos reuniones en 1946, después el grupo (cuyos participantes siguen siendo los mismos) constituye el núcleo de un simposio formal sobre los <<Mecanismos teológicos>> organizado por la New York Academy of Sciences. En 1947, la tercera conferencia y después la cuarta y la quinta, en 1948, se mantienen el mismo título. La quinta trata sobre todo de consideraciones sobre la estructura del lenguaje.

En 1948, Weiner publica su obra *Cybernetics* que se trata de una síntesis de numerosas investigaciones en los campos más diversos, y la obra expone, principalmente los resultados de las primeras conferencias Macy. Por eso, cuando se proyecta una nueva conferencia Macy en la primavera de 1949, esta palabra se impone a todos como un símbolo de sus investigaciones comunes y los participantes deciden por unanimidad adoptarla como título de la conferencia y de las otras tres que seguirán. También en 1949 Heinz von Foerster, un joven físico austriaco apenas desembarcado de Europa, entra en el restringido círculo de los contertulios.

Estas conferencias suscitarán un entusiasmo excepcional en todos los participantes, que dirán, después que todos ellos tenían la impresión de participar en un acontecimiento histórico: la creación de <<un nuevo marco de referencia conceptual para la investigación científica de las ciencias de la vida>> (Lawrence Franck, citado en Lipset, 1980; citados en Wittezaele y García, 1994). Bateson está entusiasmado por las perspectivas.

1.2 El Proyecto Bateson

Según Ochoa de Alda (2004), en 1952 se inicia el Proyecto de investigación sobre la comunicación de Gregory Bateson, quien se interesa por los procesos de clasificación de los mensajes y por la forma en que pueden dar lugar a las paradojas. La paradoja se

produce cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros mensajes de manera conflictiva. En 1954 Bateson se asocia con Don Jackson –quien se hallaba muy influenciado por la <<psiquiatría interpersonal>> de Sullivan- comenzando a estudiar la comunicación de los psicóticos, y desarrolla la teoría del doble vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. La expresión <<doble vínculo>> alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson, 1956). La contribución de Bateson propuso la <<emancipación>> del psicoanálisis, ya que define la locura y otros síntomas psiquiátricos como conductas comunicativas entre las personas y no como fenómenos intrapsíquicos.

Posteriormente, Jay Haley y John Weakland pasan a formar parte del proyecto Bateson, que se divide en un enfoque experimental y un proyecto de terapia familiar hasta su finalización en 1962. El trabajo experimental se orienta a estudiar en detalle las situaciones de doble vínculo, buscando las diferencias entre las comunicaciones disfuncionales de las familias sintomáticas y no sintomáticas. Los autores concluyen que aunque la situación del doble vínculo es un componente necesario de la esquizofrenia, no es suficiente para buscar la etiología de la misma. A partir de ese momento, la teoría del doble vínculo deriva hacia una teoría más general sobre la <<comunicación>> que revierte en la experiencia clínica, ya que un gran número de las primeras familias sometidas a tratamiento eran aquellas que tenían un paciente identificado diagnosticado de <<esquizofrénico>> (Ochoa de Alda, 2004).

1.3 El Laboratorio de Heinz von Foerster

Antes de instalarse en Estados Unidos después de haber huido de la guerra y de la persecución de los judíos, von Foerster había escrito un artículo teórico sobre la memoria, en el que decía que la memoria debe de tener una base molecular. Había desarrollado esta noción molecular sobre unas bases cuánticas; esta teoría cuadraba bien con sus ideas sobre el funcionamiento de la memoria (Wittezaele y García, 1994). En 1949, recién llegado a Estados Unidos, von Foerster fue contactado por Warren McCulloch para dar una conferencia sobre su teoría de la memoria en la Universidad

de Chicago. Después de esa conferencia Warren lo invitó a dar la misma conferencia en Josiah Macy Foundation conference (Wittezaele y García, 1994). Von Forester encuentra entonces una disciplina preparada para cobijar a alguien cuyas influencias e intereses tempranos habían preparado, a su vez, para unirse a la empresa cibernética. Von Forester se une al grupo de las conferencias de Macy y se transforma en su compilador. En ese momento y en 1958, se “adueña” del lenguaje cibernético para comenzar a expresar su pensamiento, por entonces dedicado a la indagación de los mecanismos de la homeostasis (las estrategias de acción de los organismos para mantener una metaestabilidad, más allá del cambio permanente de las interacciones entra sus componentes y más allá del flujo permanentes de esos componentes en el caso de los organismos vivientes o supraindividuales) (von Forester, 1991).

A partir de 1958, Heinz von Forester no sólo ya “es” un ciberneta, sino que comienza su periodo de contribución personal a la disciplina .Si, como él mismo ha dicho, la epistemología fue la cosecha de la cibernética, fue él mismo quién sembró buena parte de las semillas que dieron lugar a esa cosecha. Tanto esa voltereta epistemológica como un paso previo a ella en el desarrollo de la disciplina, a saber, el interés por los fenómenos de autoorganización, estuvieron íntimamente ligados a la creación del *Laboratorio de computación Biológica* (Biological Computer Lab), que Heinz von Forester dirigió entre 1958 y 1976. El laboratorio llegó a ser un centro mundial de la cibernética por donde pasaron los pensadores más fecundados y dónde no sólo las ideas nacían o se desarrollaban sino que se aprobaban en el particular modo de funcionamiento, de interacción, de los que allí trabajaban, así como en sus no tradicionales modos de experimentar en el campo de la enseñanza-aprendizaje, que evolucionaban justamente con las nociones que iban desarrollando (von Forester, 1991).

1.4 Conceptos básicos

La cibernética podría proporcionar la base epistemológica y un lenguaje apropiado para referirse al cambio personal y social. Definida en términos muy simples, la cibernética forma parte de una ciencia general de la pauta y la organización. Adoptar una concepción cibernética es ingresar en un mundo de descripción radicalmente distinto de

lo habitual; y para ello, el clínico precisa de un bosquejo sistémico del pensamiento cibernético.

Definiciones

Para ingresar en el mundo del pensamiento cibernético es menester, ante todo, comprender con más claridad qué significa “epistemología”. Si no se entiende adecuadamente este término, puede muy fácilmente cometerse el error de interpretar la cibernética como un mapa teórico más, y no como una cosmovisión radicalmente distinta.

Bateson (1979), en su libro *Espíritu y Naturaleza*, nos dice que la **epistemología** “Procura establecer de que manera los organismos o agregados de organismos particulares *conocen, piensan y deciden*”. (p. 242)

La epistemología cibernética es una manera de redescubrir la naturaleza biológica de nosotros mismos, de nuestras relaciones interpersonales y de nuestro planeta; es un camino para entender nuestra propia naturaleza.

A continuación se presentan los conceptos básicos de la epistemología cibernética:

Keeney (1994), menciona que la **distinción** es un “Mandato básico, obedecido consciente o inconscientemente”. (p. 33)

El acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia. Sólo al distinguir una pauta de otra somos capaces de distinguir nuestro mundo. Puede decirse que el aporte histórico de la terapia familiar consistió en brindar una manera diferente de prescribir distinciones, estableciendo el límite de un síntoma en torno de la familia y no del individuo. Esta distinción dio origen a una multitud de estilos y prácticas terapéuticas.

El punto de partida de la epistemología es el observador que establece distinciones a fin de observar y lo que el observador observa puede ser descripto. Aquí surge una situación interesante, a saber: las distinciones mismas consisten en establecer distinciones en lo que observamos. Se inaugura así una recursión: establecemos

distinciones a fin de observar, y luego establecer distinciones a fin de describir lo que observamos. Esta operación recursiva de establecer distinciones en las distinciones vuelve a apuntar hacia el mundo de la cibernética, donde la acción y la percepción, la descripción de la prescripción, la representación y la construcción, están entrelazadas.

Keeney (1994), maneja las siguientes definiciones de **puntuación**:

- “El empleo de la distinción para crear la indicación”. (P. 40)
- “Distinción que opera sobre sí misma”.(P. 64)
- “Se traza una distinción que distingue la distinción que la trazo”. (P. 76)

Una idea básica para comprender la epistemología es que cada cual percibe y conoce deriva en gran medida de las distinciones que traza.

En cuanto **marco**, Keeney (1994), nos dice que son “Segmentos puntuados de un sistema de interacción”. (p.41)

En la raíz de innumerables discordias en las relaciones personales está la discrepancia acerca del modo de puntuar la secuencia de sucesos. La labor del terapeuta consistirá en rebajar los segmentos así puntuados de el sistema de interacción, de modo que pueda surgir un marco de referencia o reencuadre.

La **retroalimentación** es definida por Weiner (1964), en su libro El uso humano de los seres humanos, y nos dice que es un “Método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado”. (p.84)

Todas las familias corporizan procesos de retroalimentación que permiten la estabilidad de la organización de la familia en su conjunto. La familia puede permanecer unida gracias al control de los fragmentos intensificados de conducta, los temas de interacción y las pautas complejas de la coreografía. Se dice que un sistema familiar que perdura es “autocorrectivo”.

Este es un concepto de la cibernética simple, que es en la cual el observador ingresa en el sistema sólo al estipular la finalidad de este.

Según Keeney (1994), la **autorreferencia** “Situa al observador en el seno de o observado”

(p.94)

Este es un concepto de la cibernética de la cibernética, que fue propuesta originalmente por Margaret Mead (citada en Keeney, 1994), y que es una manera de señalar la incjusión y participación del observador en el problema.

La **mente**, Keeney (1994) es un “Agregado de partes interactuantes” (p.107) Este es un concepto que engloba todos los anteriores.

Para Keeney (1994), la **autopoyesis** es un “Orden de proceso que genera y mantiene la autonomía o totalidad de las células biológicas” (p. 101)

La capacidad de los sistemas vivientes para desarrollar y mantener su propia organización, en cuyo caso la organización desarrollada y mantenida es idéntica, en cuyo caso la organización desarrollada y mantenida es idéntica a la que cumple las acciones de desarrollo y mantenimiento.

Herramientas epistemológicas

Keeney (1994), maneja las siguientes definiciones de **tipos lógicos**:

- “Instrumento descriptivo para discernir las pautas formadas de la comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres”. (p.46)
- “Manera de ttrazar distinciones”. (p.46)

La “teoría de los tipos lógicos” de Russell (Whitehead y Russell citados en Keeney, 1994) se convitió en una regla de la lógica, según la cual para evitar las paradojas había que indicar siempre la tipificación lógica de los enunciados.

La **recursión** es definida por Keeney (1994), de la siguiente manera:

- “La re-ejecució de la misma pauta de organización”. (p.71)
- “Un proceso vuelve a su comienzo a fin de marcar una diferencia que permite al proceso volver a su comienzo”. (p.76)

En cuanto a la **doble descripción**, Keeney (1994), nos da las siguientes definiciones:

- “Combinación simultánea de puntuaciones”. (p.53)
- “Una herramienta epistemológica que permite generar y discernir diferentes órdenes de pautas” (p.54)

Cada vez que dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa un flujo de interacción. Si un observador combina los puntos de vista de ambos individuos, comienza a surgir una idea sobre el sistema total. Una vez que el observador presenta esas diversas puntuaciones a modo de secuencia, puede luego procurar discernir la pauta que las conecta

La doble descripción es fundamentalmente una herramienta epistemológica que nos permite generar y discernir diferentes órdenes de pautas.

Las **complementariedades cibernéticas** según Keeney (1994), son “Reencuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de recursión”. (p.111)

La epistemología cibernética propone que se abarquen ambos lados de cualquier distinción trazada por un observador. Una complementariedad cibernética nos ofrece otro marco de referencial para estudiar las distinciones. Esta visión concibe todo proceso mental y viviente como recursivo y complementario. La opción consiste en fragmentar el mundo en innumerables dualismos que nos separan de las diversas partes de nuestra experiencia.

1.5 Intervención Terapéutica

Para Keeney y Ross (1985), las terapias se construyen por medio del trazado recursivo de distinguos y de distinguos sobre distinguos. De esta manera, ideas, pautas y sistemas mentales globales participan de marcos de referencia en desplazamiento perpetuo. Hacer terapia es ir a la caza de marcos semánticos y políticos, interrelacionados como complementariedades recursivas.

Definimos cibernética como “el estudio de una particular complementariedad recursiva que atañe a la interrelación de estabilidad y cambio” (Keeney y Ross, 1985, pág. 60). Desde la perspectiva de la descripción doble, el cambio y la estabilidad se ven como dos lados de una complementariedad cibernética: en las familias no se puede describir un cambio sin miramiento por su estabilidad, y a la inversa.

Lo que especifica un sistema cibernético 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.



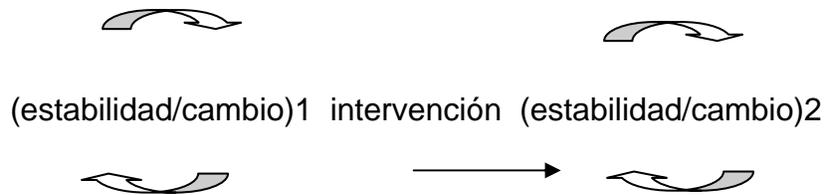
Sistema cibernético = (estabilidad/cambio)



Tradicionalmente en cibernética se ha llamado <<realimentación>> esta pauta de complementariedad recursiva. Retroalimentación “es un método que permite *estabilizar* un sistema por la vía de reciclar en su interior los cambios de ejecución pasada” (Keeney y Ross, 1985, pág. 61).

Vistos desde la perspectiva de la 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 en sí mismo se mantiene.

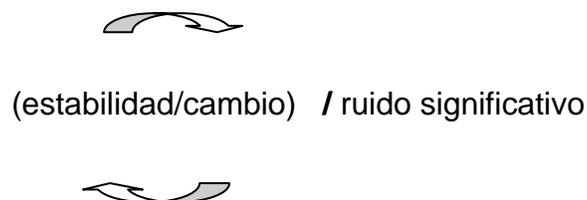
Una manera de resumir esta visión doble del cambio terapéutico es que supone una comunicación acerca del <<cambio del cambio>>. Específicamente se puede confeccionar este mapa del cambio terapéutico:



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.

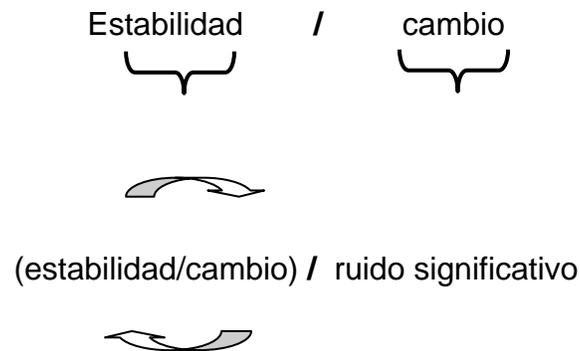
Según Ross Ashby (citado en Keeney y Ross, 1985) y Gregory Bateson (citado en Keeney y Ross, 1985), todo cambio adaptativo, necesita una fuente de <<novedad>> de la que se puedan extraer diferentes conductas, opciones, estructuras, pautas. Si bien Ashby y Bateson llamaron <<azar>> a esta fuente de novedad, 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, *crean* que hay ahí una comunicación no solo nueva para ellos, sino que tiene *significado*. Por eso se prefiere designar a esta comunicación <<ruido significativo>>. ¹

El término <<ruido significativo>> denota una comunicación puntuada por un sistema observador. Lo <<significativo>> proviene de la acción de un observador. Las descripciones y explicaciones propuestas o demandas por los propios clientes son las mejores guías para elegir el ruido más servicial. En este punto podemos esbozar un modelo más completo del cambio terapéutico:



¹ En una obra anterior (1983) Keeney lo llamo <<Rorschach significativo>> a esta comunicación. Keeney cambio este termino por <<ruido significativo>> porque la palabra <<Rorschach>> evoca connotaciones distractoras.

El lado izquierdo de la expresión indica un sistema cibernético que modifica su manera de cambiar, por el recurso de construir pautas diferentes, que toma del ruido significativo. En consecuencia esta expresión no es más que una recursión de la complementariedad cibernética primitiva entre estabilidad y cambio:



Una concepción cibernética de la intervención terapéutica propone que el terapeuta espeje las comunicaciones múltiples que la familia perturbada presenta. Con arreglo a esto, el terapeuta puede instruir a la familia para que cambie y se estabilice. Así, a continuación se presentan los modelos de cambio terapéutico de cada escuela.

Como los modelos de distinguir cambio y estabilidad son tantos cuantos puede generar la imaginación del terapeuta, es importante destacar que la elección práctica de comunicaciones clínicas en función del cambio y de estabilidad supone miramiento por su proclividad a intervenciones posibles. Desde esta perspectiva, se buscan comunicaciones por si sugieran cómo *prescribir* tanto estabilidad como cambio.

CAPTULO 2. Terapia del Mental Research Institute

“La terapia breve se desarrolló a partir de una investigación que intentaba precisar y sistematizar las condiciones que conducen a las personas a cambiar.”(Wittazaele y Garcia, 1994) La terapia breve, nacida en Palo Alto, California; se trata de un enfoque de terapia breve creado en torno al año 1968, después de la muerte de Don D. Jackson, quien funda el Mental Research Institute en 1959. Watzlawick, Weakland, Fisch y Segal han sido los pilares del *Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto*.

Para Ochoa de Alda (2004), su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Apuestan por terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones espaciadas semanalmente, basada en estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores mantenedores del problema que motiva la consulta. Las estrategias se apoyan en una hábil utilización de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento. En este sentido es notoria la influencia de las técnicas de hipnoterapia gestadas por el genio creador de Milton Ericsson de quien son deudores muchos de los autores que configuran el movimiento de la terapia familiar sistémica.

En la terapia breve “Lo que importa es que el paciente pueda comportarse de otro modo, que los síntomas desaparezcan, aunque nadie, ni el paciente, ni el terapeuta haya <<comprendido>> verdaderamente la causa del origen de los síntomas”. (Wittazaele y Garcia, 1994) y para eso hay que hacer uso de varias herramientas que se describen en el presente trabajo y que son presentadas por Fisch, Weakland y Segal (1988), en su libro *La táctica del Cambio*. Pero antes hablaremos de las generalidades de la terapia que nos describe Haley (1963; citado por Wittazaele y Garcia ,1994) y en las cuales nos indican la dirección en la que buen número de los miembros del MRI² investigaban en aquel momento. Haley nos ofrece una especie de

² Principalmente Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch.

“eslabón que falta” que une los trabajos de Erickson³, la terapia breve y la terapia estratégica tal como fue conseguida por Haley.

- *Definir el objetivo de la intervención:* Ataca unos síntomas claramente definidos.
- *Papel activo del terapeuta:* El terapeuta breve trata de inducir cambios desde la primera sesión. Cuando está todavía en el estadio de recoger información, utiliza ya unas maniobras que preparan el terreno para el cambio.
- *Concentración sobre la situación presente más que sobre el pasado:* No se trata de negar el dolor de una experiencia pasada, ni de borrar el recuerdo, se trata de comprender sus repercusiones en la vida cotidiana del paciente y actuar de modo que ya no se interfiera en su modo de adaptación en su entorno social.
- *Cambio de comportamiento, más que toma de conciencia:* Lo que importa es que el paciente pueda comportarse de otro modo, que los síntomas desaparezcan, aunque nadie, ni el paciente, ni el terapeuta haya “comprendido” verdaderamente la causa o el origen de los síntomas.
- *Estimular la motivación del paciente:* Llevar a el paciente a entrever él mismo la posibilidad de un cambio, aunque sea mínimo, y a poder así reconocer las modificaciones que se producirán en su situación.
- *La utilización del lenguaje imperativo:* Según la técnica utilizada en la hipnosis, el terapeuta deberá dar unas consignas, que si el paciente las sigue, lo conducirá a experimentar unas conductas nuevas.
- *Utilización de las técnicas paradójicas:* Controlar un comportamiento sintomático del paciente estimulándolo, crear así una situación paradójica, para entonces cambiar de dirección.

³ Hay que subrayar que la interpretación que hacen los miembros del grupo de Bateson y algunos miembros del MRI del trabajo de Erickson es suya propia, Erickson interpretó sus intervenciones con unas pautas diferentes, pero sin haber refutado nunca la versión de Haley o del CTB.

En tanto al la terapia netamente del MRI, Fisch et al. (1988), nos dicen que cualquier contacto con el cliente puede afectar el tratamiento. Por lo tanto, hay que tener en muy cuenta los siguientes puntos:

- *Citas por terceras personas:* Ya que el solicitante es el que mejor colabora en el tratamiento, el terapeuta tratará de establecer la primera cita con éste.
- *Información precedente de un terapeuta anterior:* El paciente puede pedir que antes de la cita, el terapeuta vea la información que le manda el terapeuta anterior. El terapeuta debe de dar una apertura diferente al tratamiento y decirle al paciente que le gustaría verlo primero sin haber revisado la información, para tener una primera idea de los conceptos básicos con respecto al problema y después de esto no tendrá inconveniente en revisar las observaciones de el terapeuta anterior.
- *Terapia por teléfono:* Algunas veces el paciente tratará de hablar sobre su problema por teléfono, pero si el terapeuta acepta, el paciente dará por sentado que éste es un medio legítimo para la terapia. En este caso el terapeuta deberá, de una manera cordial pero con firmeza, concretar una cita.
- *Peticiones de asesoramiento familiar:* En este caso el terapeuta debe de preguntar al padre en la llamada inicial ¿Cuál es el problema?, si la respuesta es vaga, el terapeuta debe preguntar ¿Esta usted preocupado por usted mismo, pos su esposa, o por uno o varios de sus hijos?, y con esto citar solamente a las personas involucradas en el problema.
- *Peticiones de tratamiento específico:* Algunas veces el paciente llama al terapeuta pidiendo alguna modalidad específica de terapia, a esto el terapeuta debe de decir que no se pueden tomar decisiones por teléfono y que si el después lo considera conveniente, lo hará. En caso de que el paciente solicite algún enfoque que el terapeuta no maneja, no hay que vacilar y decírselo y si el paciente se encuentra interesado en resolver algún problema aunque no sea con ese enfoque, se pueden entrevistar.
- *Problemas al concretar la entrevista:* Los solicitantes intentan fijar la hora de las entrevistas de un modo imperativo, si el terapeuta acepta después no le será posible planificar el tratamiento.

- *Peticiones de información:* Si el paciente pide información acerca del terapeuta y del tratamiento, el terapeuta puede brindarle la información pertinente, de modo concreto y sucinto. Si a lo largo de la conversación el terapeuta se siente incómodo, puede dar por terminada la conversación con la rapidez y cortesía que considere más oportunas.

2.1 Técnicas

Una de las cosas más importantes en la terapia del MRI es que el terapeuta sea capaz de poner en práctica lo que juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento, es decir *libertad*. Ésta implica emprender acciones dotadas de *un propósito*, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. Fisch et al. (1988), nos mencionan los siguientes medios para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta.

- *Oportunidad y ritmo:* El terapeuta ha de ajustar la oportunidad y ritmo de sus comentarios a los valores, opiniones y prioridades del paciente, esto es, no debe “dispararse” hasta que se hayan comprobado cuales son las opiniones del paciente, y a ir dando, a lo largo del tratamiento, pequeños pasos al tiempo que se evalúa el modo en el paciente admite cada paso.
- *El tiempo necesario:* La capacidad de maniobra depende de que el terapeuta no se presione para actuar ya que debe de salvaguardar su posibilidad de tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar.
- *Lenguaje condicional:* El terapeuta debe de manifestar que el éxito dependerá del esfuerzo que el paciente haga, más que en la sugerencia por sí misma.
- *El cliente debe de concretar:* Ya que la capacidad de maniobra del terapeuta dependerá de la falta de capacidad de maniobra del cliente, éste último debe de especificar los objetivos de la terapia y cómo es que se notaría un cambio.
- *Actitud igualitaria:* El éxito del tratamiento depende de la capacidad del terapeuta para que el paciente le comunique información estratégica y ya que, son más bien raros los clientes que responden positivamente a la autoridad, una actitud igualitaria servirá al menos para no obstaculizar a los pacientes que se hayan dispuestos a cooperar.

- *Sesiones individuales o conjuntas*: El terapeuta se debe ocupar primordialmente de la interacción que tiene lugar en torno a la dolencia, recordando que lo que se pretende es eliminar de los participantes la conducta que mantiene vivo el problema, por lo tanto se hacen las sesiones individuales o con dos o tres individuos seleccionados. Si es que la solución se encuentra en modificar la conducta de uno de los individuos, se trabaja con aquel que está más interesado en resolver el problema. Pero si dos o más miembros se hallan afectados por un problema pero se encuentran en conflicto mutuo, las sesiones individuales aumentarán la capacidad de maniobra ya que posee la libertad de constituirse en abierta coalición con cada persona implicada.

2.1.1 El paciente difícil

Un *paciente difícil* es el que amenaza con que la terapia ni siquiera inicie su andadura y según Fisch et al. (1988), existen dos categorías de pacientes que con frecuencia ponen ciertos obstáculos a la capacidad de maniobra del terapeuta, e incluso al propio tratamiento: 1) los pacientes que inician el tratamiento por coacción y 2) los pacientes que tratan de poner restricciones inaceptables a la terapia.

El *“comprador fingido”* es un paciente que inicia el tratamiento por coacción, es decir obligado. En este caso el terapeuta puede utilizar determinadas tácticas que permita que se inicie el tratamiento y que se logre el resultado final positivo:

- Brindarle al paciente la oportunidad de tratar una dolencia diferente y en la que realmente él esté interesado en cambiar, si no quiere trabajar sobre ninguno, se le menciona al cliente que si tiene un problema, y que este es librarse de quien lo obligó a ir a terapia.
- Trabajar con el cliente, ya que el afectado suele ser quien coacciona al paciente para que se someta al tratamiento y es probablemente quien haga el esfuerzo más apreciable para solucionar el problema.
- Consiste en lograr que el *“comprador fingido”* se decida a comprar, esto es adoptar la postura del paciente, según el cual el tratamiento resulta probablemente

desaconsejable y darle la oportunidad de convencer al terapeuta de lo mucho que le convendría hacer algo con su problema. Si ninguna es factible o no tiene éxito, entonces no hay razón para mantener al cliente en tratamiento.

El paciente restrictivo: Algunos clientes amenazan con sabotear el tratamiento desde el principio, para lo cual suelen intentar establecer condiciones terapéuticas que si se aceptan, limitarían la libertad del terapeuta para actuar de modo constructivo, esto es efectuar comentarios, señalar entrevistas y marcar el ritmo del tratamiento. No es necesario que lo intenten *ex profeso*. Por lo general, esta dificultad surge de una creencia rígida acerca de una condición terapéutica que se presenta como absolutamente necesaria.

Algunos pacientes piden al terapeuta formar parte de una conspiración de silencio en contra de otro miembro de la familia. Podría ser que:

El paciente le dice al terapeuta que le gustaría revelar algo pero si promete no contárselo a tal persona

- En éste caso el terapeuta debe de interrumpir y decirle que si no le puede conceder esa libertad, será mejor que no le diga nada hasta que lo haya pensado un poco.

En ocasiones el paciente ya ha revelado algo y de igual manera pide que esto no sea comunicado a la otra parte, aquí el terapeuta debe de solicitar también la libertad de decisión, pero si el paciente insiste se presentan dos posibles opciones:

- El terapeuta puede decir al paciente que las ventajas de ver al otro miembro de la familia quedarían anuladas por la conspiración de silencio y que, en consecuencia, no desea ver a la otra persona hasta que el paciente haya tenido tiempo de pensarlo mejor.
- La otra opción consiste en llegar al compromiso del paciente y decirle que “Me limitaré a decirle a el/ella que usted me ha confiado algo que no puedo decirle: si el/ella quiere saberlo, tiene que ser directamente por boca de usted” (p. 67).

- Otros pacientes quieren restringir la libertad del terapeuta para entrevistarse con miembros de la familia cuya implicación podría ser decisiva para la solución del problema, en lo cual el terapeuta puede:
- Puede comentar que tal negativa es algo legítimo, pero que la participación de tal persona es importante y que, por lo tanto el paciente se esta creando dificultades a sí mismo para resolver el problema y que se trabajará “lo mejor que se pueda”.
- Se puede ejercer presión y cuando el paciente haga referencias con respecto a esta persona, se sugerirá que se deje el tema de lado, puesto que sin ver a la persona, el terapeuta no puede saber en realidad como afrontar esa situación.
- Pueden espaciarse más las sesiones aludiendo a que como no quiere que se entreviste con tal persona, esta sea una señal elocuente de que no se quiere resolver el problema con excesiva rapidez
- Si fracasan todas las demás entonces habrá que amenazar con poner fin al tratamiento.

Se plantea una restricción más grave cuando el paciente trata de intimidar al terapeuta apelando a una explosión de ira como respuesta a los comentarios o a las preguntas que éste haya formulado, en este caso:

- El terapeuta ha de comunicarle al paciente que debe cesar dicha intimidación, o el tratamiento será abandonado.
- Si por el contrario, el paciente considera que se está expresando a sí mismo y que por lo tanto interpreta el comentario como un hostigamiento, el ultimátum se plantea de una manera vaga y tal vez se estimule la disponibilidad del paciente, esto es, decirle que se siente incapaz de soportar tales expresiones ya que se paraliza, y así no sirve para nada.
- La otra restricción por intimidación consiste en la amenaza de agresión física, y de igual manera necesitan ser informados acerca de la posibilidad de dar por terminado el tratamiento si continúan las amenazas e intimidaciones, esto es reconocer que se siente intimidado por la actitud del paciente.

Se han mencionado los cuatro tipos más frecuentes de restricciones que algunos de los pacientes tratan de imponer a terapeuta. Pueden darse otros tipos, que deben afrontarse de modo similar.

El objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista inicial consiste en recoger la adecuada información (clara y precisa, manifestada en términos de conductas) sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso: naturaleza de la enfermedad, como se está afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente y actitud y lenguaje del cliente. Además de centrarse en lo que está sucediendo ahora, en su dolencia actual (qué, quién, a qué y cómo). Al finalizar esta sesión se debe tener claro cual es el problema, y cual es el objetivo de la terapia; así como cual es el cambio mínimo que el paciente tendría al notar que está cambiando.

Es importante mencionar que una terapia consiste en afrontar siempre de modo efectivo aquello que plantea cada cliente en particular, y esto nunca podrá predecirse y prepararse con antelación.

Y como la tarea general de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia, por lo tanto, hay que enmarcar cualquier sugerencia que se haga ya que los pacientes también son personas, y poseen sus propios valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidados, y que determinan el modo en que actuarán o no actuarán. La postura es un valor con el cual el cliente se haya comprometido y el terapeuta puede evaluarla escuchando lo que dice el paciente: las palabras concretas que emplea, y el tono y el énfasis con que se expresa. Aquí hay que hacer una distinción importante: El cliente es la persona que busca ayuda del terapeuta y el paciente es la persona que el cliente describe como persona desviada o perturbada. Las personas se definen a sí mismas como enfermo o como víctima, y ésta se considere o no como paciente, el cliente puede asumir una de estas dos posturas o bien el problema es manifestamente doloroso por el cual el cambio se vuelve urgente por necesidad, o bien el estado de las cosas es indeseable pero no incomodo en exceso y no se necesita un cambio, o por lo menos, no con urgencia.

Por lo que se refiere a la terapia por sí misma, los pacientes suelen asumir una de estas tres posturas: se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta; a la inversa, toman a su cargo activamente el tratamiento, utilizando al terapeuta como caja de resonancia pasiva; o bien buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíproca entre ellos y el terapeuta. En lo que a su actividad se refiere, los pacientes consideran que el proceso terapéutico o bien requieren unos debates y atención considerables o bien exigen determinada acción por su parte.

Ésta sirve al terapeuta para no traer complicaciones en la relación terapeuta-paciente, ya que un terapeuta puede formular comentarios que irriten a los pacientes o reduzcan la credibilidad de las ideas del mismo terapeuta; y para solucionar más rápido el problema puesto que en la fase del tratamiento el terapeuta habrá formulado una tarea o alguna actividad que, si son llevadas a cabo por el paciente, servirán para incrementar la posibilidad de solución del problema y la tarea se debe formular de manera coherente con la postura del paciente haya venido transmitiendo.

2.1.2 Planificación de caso

Planificar es imprescindible para aplicar con eficacia la propia influencia y para resolver los problemas con rapidez. Si no se dedica a la planificación el tiempo necesario, disminuyen notablemente las posibilidades de éxito y el tratamiento se convierte en una aventura prolongada y el terapeuta termina renunciando, o bien el paciente pierde el interés y abandona el tratamiento. Para planificar, según Fisch et al. (1988), tenemos una serie de acciones:

- *Establecer el problema del cliente:* esto es, aclarar el objetivo de la terapia.
- *Establecer la solución intentada por el cliente:* Se debe de buscar la solución presente, ya que ésta solamente es una variación de las anteriores y lo que se busca es encontrar el intento básico.

- *Decidir que se debe evitar:* Dejar bien claro que hay que apartarse del “campo minado”, esto es el impulso principal de los esfuerzos realizados por el cliente. Si se sabe que evitar, por lo menos no se colaborara en el mantenimiento del problema.
- *Formular un enfoque estratégico:* En un caso sólo se puede avanzar cuando el terapeuta actúa guiado por su estrategia de tratamiento. Las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente, no existen posturas o estrategias neutrales y que al mismo tiempo resulten de utilidad.
- *Formular tácticas concretas:* El terapeuta debe apartarse en mayor grado a la solución intentada y saber que acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, que se incorporaría con mayor facilidad al problema y por último, quien desempeñaría el papel más estratégico para la persistencia del problema (quién solicitó la ayuda)
- *Encuadrar la sugerencia en el contexto:* Conseguir que el paciente lleve a cabo las tareas hace necesario el planear el como inducir la para que el paciente la acepte, por lo tanto hay que trabajar con el marco de referencia de éste, también puede utilizarse la “metapostura” para darle un consejo negativo, y para un paciente que manifiesta una postura de “desafío pasivo” quizá se haga necesario expresar de modo explícito una actitud de “desafío agresivo”.
- *Formular objetivos y evaluar el resultado:* El indicador más importante de éxito consiste en la declaración del paciente, según la cual se encuentra satisfecho y esto puede ser por dos causas: 1) porque la conducta perturbada haya cambiado, y 2) Porque haya cambiado su evaluación de tal conducta.

La terapia breve pretende influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste. Dicho objetivo puede conseguirse por dos vías: impidiendo que el cliente o quienes le rodean, lleven a cabo una conducta que permitiría la perturbación del problema, o, en los casos adecuados, rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

2.2 Intervenciones

Para Fisch et al. (1988), existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas. La primera comprende las intervenciones principales, que se utilizan después de haber recogidos los datos suficientes y haberlos integrado en un plan de caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta y son las siguientes:

- *Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo:* En esta categoría el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Pertenecen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento físico, ya que las medidas del paciente acostumbran a implicar un esfuerzo deliberado por asegurar un rendimiento normal o efectivo. Al realizarlo, el paciente potencial se ve atrapado por la dolorosa solución de tratar de imponerse un rendimiento que sólo puede obtenerse de modo espontáneo e “irreflexivo”. En esta clase de problemas es probable conseguir la solución cuando el paciente sencillamente renuncia a sus intentos de autoacción y deja de esforzarse demasiado.
- *El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Estas dolencias son también autorreferenciales: el paciente experimenta él mismo el malestar y los estados de terror o ansiedad pueden surgir y mantenerse sin necesidad de que intervenga nadie más. Esencialmente el intento básico de solución del paciente consiste en prepararse para el acontecimiento temido, de modo que este acontecimiento pueda ser dominado con antelación. Se requieren directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al mismo tiempo que exigen una ausencia del dominio (o un dominio incompleto) de ella.
- *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición:* los problemas vinculados con esta solución implica un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. Aquí la solución ensayada asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fueran superiores. Un modo de impedir esta solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir en una postura de debilidad.
- *Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación:* Esta solución, que es una imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la

premeditación, puede resumirse en la siguiente afirmación: “Me gusta lo que hiciste, pero todavía me gustaría más que quisiese hacerlo.” La estrategia consiste en que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario (utilizar la benevolencia del cliente para redefinir como beneficioso lo que el cliente considera destructivo).

- *La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa:* Cuando hay alguien que sospecha de otra persona realiza un acto que ambos consideran equivocado. En este caso el terapeuta termina con el juego del acusador y el defensor.

En comparación con las intervenciones principales, las intervenciones generales poseen un ámbito de aplicación mucho mayor. Fisch et al. (1988), nos dicen que éstas pueden utilizarse casi en cualquier momento del tratamiento, y son bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente.

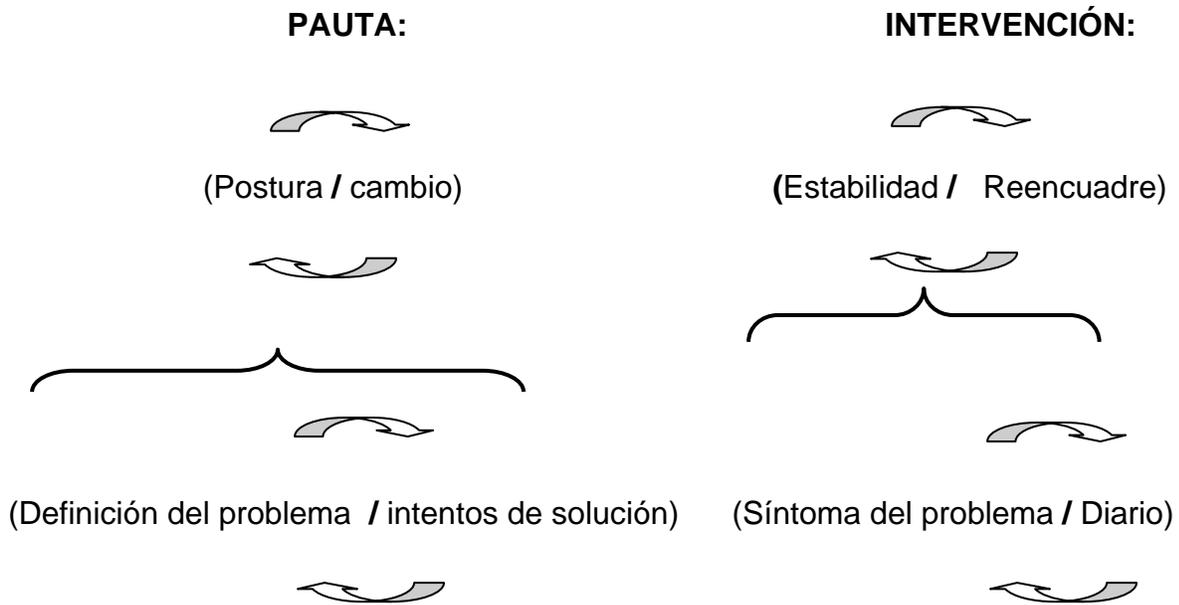
- *No apresurarse:* Al cliente se le dice que no haga nada y, por supuesto, nada concreto. La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa; el cambio aunque sea para mejor, exige una adaptación.
- *Los peligros de una mejoría:* Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros existentes, no obstante el terapeuta siempre puede exponer algún posible inconveniente, para el cliente o para alguien que se halle próximo a él, de la mejoría.
- *Un cambio de dirección:* El terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, de hacerlo, le ofrece una explicación al cliente de dicha variación. Este cambio se debe de dar cuando 1) el terapeuta empieza a discutir con el cliente y no se da cuenta del fenómeno, y 2) el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero que más tarde se muestra como no productivo.
- *Cómo empeorar el problema:* A veces es posible causar un mayor impacto en el paciente si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. Esto suele ser cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. Al mismo tiempo, el

hecho de sugerir específicamente en que forma puede lograrse que el problema empeore hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya como el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

A menudo se prepara el paciente para la terminación del tratamiento pero en las terapias breves no se considera a la terminación como un acontecimiento especial por la brevedad de la terapia. Pero en la mayoría de los casos será el terapeuta quien sugerirá el momento adecuado para la finalización del tratamiento, esperando en general que el cliente esté de acuerdo. Existen dos razones para terminar el tratamiento: 1) cuando se ha resuelto el problema o cuando el cliente percibe una mejoría que hace que su situación ya no sea un problema, y 2) cuando el tratamiento no ha sido resuelto, pero el límite de sesiones se ha acabado y en la mayoría de los casos el cliente es quien propone la terminación de los casos por insatisfacción por el tratamiento.

2.3 Mapa de Intervención

En el mapa de intervención del MRI encontramos, del lado de la pauta, un primer nivel y manteniendo la estabilidad del sistema a la definición del problema, y del lado del cambio a los intentos de solución; éstos a su vez inmersos en un segundo nivel dentro de la postura manteniendo así la estabilidad de esta complementariedad cibernética. En cuanto a la intervención, en el primer nivel encontramos a la unidad de mantenimiento del problema manteniendo la estabilidad y del lado del cambio tenemos la elaboración de un diario. Éstos a su vez, inmersos dentro de la pequeña demanda de estabilidad, formando la complementariedad cibernética en el segundo nivel.



2.4 Caso clínico

Ana Rocio ⁴, de 24 años de edad, se presentó a terapia diciendo que su problema es “No saber decir que no”, lo cual se le pide que describa con conductas (como si estuviera en un video) para entenderlo mejor.

El problema de la paciente es que cuando le hablan dos de sus ex novios, ella no puede decir que ya no quiere que le hablen porque cree que si se los dice sería “grosera”. Cuando le hablan a su casa por teléfono, ella contesta en la sala, no hay nadie junto a ella, y el chico que le habla empieza a hablar de temas generales y ella contesta cortantemente (Solo la información que le es requerida). Llega un momento en que el chico la invita a salir y ella piensa “¡Oh no, ya va a empezar otra vez!”, y para no salir empieza a poner pretextos, una de las soluciones intentadas, y el chico le empieza a decir que tiene razón en odiarlo, pero que quiere que se lo diga, después de un momento, él se despide y le dice que se cuide.

Las soluciones que ella ha intentado es negarse a contestar las llamadas, esto es, que sus familiares digan que no está, pero a veces él marca y da otro nombre y ella

⁴ Se cambió el nombre de la paciente.

contesta, pero le reconoce la voz y aquí empieza el jueguito nuevamente. Otra solución es decirle que tiene novio, pero no sirvió.

La paciente dice que esto es un problema como son del mismo ambiente, ella ha perdido contacto con amigos, trata de no acercarse de los lugares que antes tenían en común y utiliza una metáfora en la que dice que se siente como un animalito (un leopardo, específicamente) que se tiene que ir de su habitación natural.

Aquí se hizo un reencuadre tomando en cuenta el lenguaje del paciente, se le dice que si los leopardos desde que nacen saben enfrentarse a los demás, y ella contesta que no, entonces se le dice que si no cree que ellos tengan miedo, y contesta que si, pero se enfatiza que ellos aprenden y que no siempre saben enfrentarse a otros, pero que como todos, ellos *aprenden*. Por lo tanto no es extraño que tengan miedo a enfrentar las primeras veces.

Lo que se hizo aquí fue desechar las ideas de que no podía decir que no, con el lenguaje que ella utilizó acerca del leopardo, además de saber que va a aprender y que necesitamos de tiempo para que cambie su conducta.

El objetivo de la terapia es que ella pueda decirle que no la llamen a sus ex novios y el objetivo mínimo es que las llamadas ya no tengan la longitud de antes, es decir, si duraban dos horas, ahora duraran 30 minutos y que si habla ella guíe la plática y no tener esa actitud pasiva.

CAPITULO 3. Escuela estratégica de Haley

El enfoque sistémico tiene sus orígenes en la década de los 50's. Este movimiento terapéutico da origen a diversas escuelas que trabajan bajo el mismo marco epistemológico. Una de ellas es la escuela estratégica de Haley.

La terapia estratégica son intervenciones terapéuticas en las que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas y en la cual Haley (1976), tomó como base su trabajo principalmente en las técnicas hipnóticas de Milton Erickson.

El pensamiento sistémico se interesa por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia entre individuos en los mismos términos de percepción y relación que todo individuo vive consigo mismo, con los demás y con el mundo que lo rodea.

El modulo estratégico nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizada por el grupo de Palo Alto dirigido por Bateson y Jack, y el trabajo clínico de Milton Erickson (Nardone y watzlawick, 1990).

Haley (1984; 1989), dice que la terapia familiar estratégica, también surge a partir del examen del poder de las relaciones entre el terapeuta y el cliente, y entre los integrantes de la familia.

Además de lo anterior es importante mencionar algunas fechas significativas:

De 1952 en adelante, marca el inicio para Haley ya que, por un lado, como terapeuta, es entrenado por Milton H. Erickson en hipnosis, y por el otro, desde esa fecha Haley era supervisado por Erickson hasta antes de que este muriera (1980).

En 1952 se inicia el proyecto de la comunicación en la esquizofrenia, cuyos integrantes son G. Bateson, J. H. Weakland, W. F. Fry y J. Haley. Este equipo trabajo de 1952 a 1962.

En 1967 Haley abandona al equipo de Bateson y se traslada a Filadelfia donde trabajó con Salvador Minuchin y Braulio Montalvo.

En 1976 se crea el Instituto de Terapia de la Familia en la ciudad de Washington, Jay Haley y Cloe Madanes dirigen dicho instituto.

A principios de los 90's, Haley (quien muere en febrero de 2007) se retira de la terapia y se dedica a escribir guiones para teatro, también participa como conferencista y dando talleres para la formación de terapeutas. Cloe Madanes continúa activa como terapeuta y conferencista.

3.1 Elementos estratégicos

En tanto a la terapia y técnicas utilizadas por la escuela estratégica, para tener un trabajo exitoso aparte de las intervenciones específicas, según Mandujano (2007), debemos de tener en cuenta los siguientes puntos durante toda ésta:

- *Economía*: Tratar de obtener un máximo de resultados en el menor tiempo posible.
- *Control*: El terapeuta es el que decide. Se ubica al terapeuta uno arriba diseñando algo que tiene que suceder, y si esto sucede tenemos el control.
- *Simplicidad*: No hay tecnicismos.
- *Oportunidad y ritmo*: El terapeuta tiene que trabajar para que en momento adecuado se haga la intervención.
- *Actitud igualitaria*: El terapeuta tiene que comportarse como el paciente.
- *El cliente debe concretar*: El terapeuta depende del reporte verbal del paciente y solo hasta tener toda la información que necesitamos hacemos alguna intervención, por lo tanto esta información debe de ser concreta.
- *Flexibilidad*: Lo que funciona permanece y lo que no se cambia.
- *Neutralidad*: No existe la neutralidad total pero el terapeuta se puede acercar.
- *Iniciativa*: El terapeuta debe de ser creativo y tener la capacidad de poder hablar de muchos temas y si no se sabe de lo que esta hablando el paciente, se le pregunta.
- *Sorpresas*: El terapeuta no debe de dar alertas a las intervenciones, así se bloquea el cerebro izquierdo.

- *Tomarse el tiempo necesario:* El terapeuta debe de tener los elementos necesarios para hacer alguna intervención, si no los tiene no los hace.
- *Uso del lenguaje condicional:* El terapeuta pone responsabilidad en el paciente para que el tratamiento funcione, esto se hace utilizando un lenguaje condicional (solo si haces....).

3.2 Entrevista inicial

Cualquier contacto con el cliente es importante para la resolución del problema, por lo tanto la primer entrevista es una parte muy importante, y la cual puede durar media, una o varias horas. El terapeuta puede proponer enseguida un cambio o, quizá, proceder pausadamente y no solicitar de inmediato ninguna acción por parte del paciente.

Según Haley (1980) la entrevista recorre ciertas etapas:

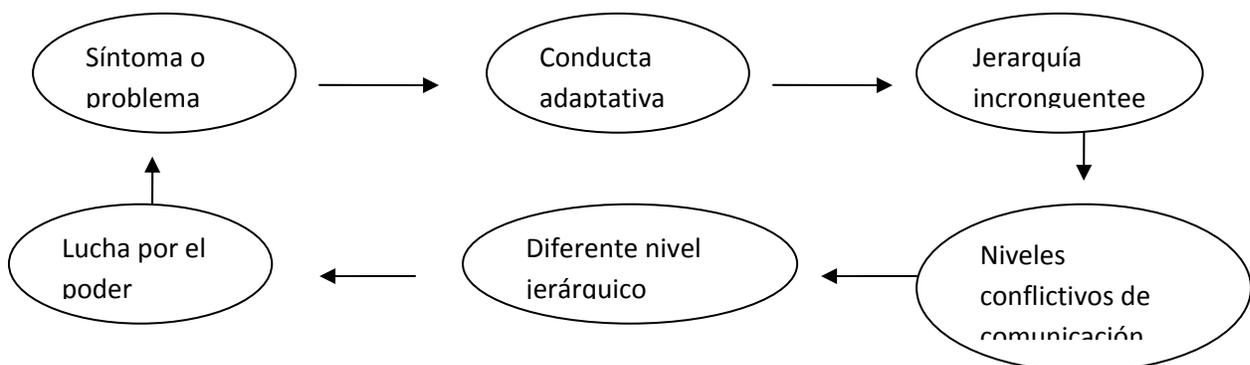
- *Etapas Social:* El modelo para esta etapa son las reglas de cortesía que seguiríamos y como anfitriones en nuestro hogar: se saluda a todos haciéndolos sentir cómodos. En esta etapa el terapeuta observa los comportamientos de la familia. Las alianzas y coaliciones, así como la forma en que se organizan a partir de cómo se sientan; y si recoger la información es importante, no lo es menos considerar las conclusiones como provisionales. También es importante que el terapeuta no comunique a la familia sus observaciones.
- *Planteamiento del problema:* que una familia recurra en busca de ayuda a una persona cuyo oficio es auxiliarlos constituye una situación poco común, para la que no hay reglas fijas, de modo que terapeuta y familia deben determinar que clase de situación es. Y en esta etapa el terapeuta dirige la conversación para conocer que opinión tiene cada miembro de la familia respecto al problema.
- *Etapas de interacción:* el terapeuta debe hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema, y aquí el terapeuta debe dejar de ser el centro de conversación, en vez de ser el interlocutor de cada integrante del grupo procurará que estos se trenzan cada vez más en el debate, lo cual suele ocurrir de un modo natural, ya que al expresar sus opiniones habrán surgido discrepancias. La

función del terapeuta aquí es observar y escuchar para elaborar hipótesis en torno a la función del síntoma y recoger información sobre la secuencia sintomática para establecer como están delineadas las jerarquías de las familias.

- *Etapas de fijación de metas:* En esta etapa se debe obtener una formulación del grupo suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia. Esencialmente el terapeuta esta estableciendo un contrato: cuanto más claro sea, tanto más organizada será la terapia y se sabrá que se ha alcanzado el objetivo. Por eso es que los objetivos tienen que ser planteados de modo que el paciente pueda lograrlos, estableciendo en ellos también un mínimo esperado.

En esta etapa de evaluación, debemos de sacar a flote si existe:

- *Alguna relación triádica:* Madanes (1989), menciona que en la dinámica familiar, la conducta problema puede ser el resultado de la relación de otros dos miembros de la familia diferentes al paciente que la presenta. Hay tantas relaciones triádicas como elementos de la familia, de estas sólo se deben de tomar las más significativas.
- *Relaciones de poder:* Aquí hay que descubrir quién es la persona que define la relación.
- *Secuencias de comportamiento:* Haley (1989) y Madanes (1989) manifiestan que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía ejemplificada en el esquema del Proceso Recursivo siguiente.



3.3 Intervenciones

Para Zeig (en Robles, 1991), el diagnóstico debe ser un plan de tratamiento, un plan de acción. Una vez que lo tenemos, funciona como los señalamientos en la carretera: nos dice como viajar. El diagnóstico es como un señalamiento en la carretera. Se usa el diagnóstico para cortar a la medida la terapia. Ya que sabemos que los pacientes tienen estilos psicológicos distintos y relaciones interpersonales diferentes, las intervenciones tienen que ser distintas. Y Zeig (Robles, 1991), menciona una serie de categorías para determinar cuales son los valores del paciente⁵:

Intrapsíquicas: éstas se dividen en *preceptúales* que es la forma en que cada persona percibe el mundo inmediata e inconcientemente. Tienen que ver con su estilo de atención y pueden ser

1. Interna- externa: *externa* que pone toda su atención en el medio ambiente, esta interesada por todo lo que sucede a su alrededor. Una persona *interna* está más pendiente de sucesos internos: fantasías, sueños, sentimientos, lo interno.
2. Focalizado o difuso: se refiere al estilo de atención de la persona. Es *focalizada* si sólo mira una sola cosa a la vez. Una persona *difusa* mira alrededor, recorre con la mirada, toma unas cosas de aquí, otras de allá, de más acá, un poco de todos lados.
3. Sistema sensorial: el que el paciente emplea con mayor frecuencia para obtener más información sobre el mundo, visual, auditiva, kinestésica.

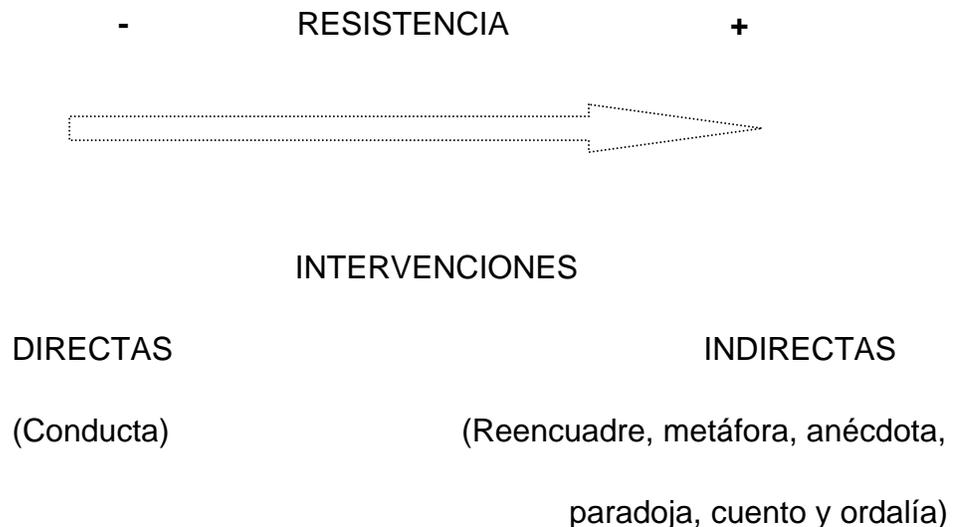
Después de las categorías preceptúales tenemos dos categorías sobre *el proceso de elaboración*. La elaboración es un poco más conciente, es que hacemos con lo que percibimos ya existen dos categorías:

1. Lineal o mosaico: Una persona *lineal* procesa las cosas secuencialmente. Una persona *mosaico* procesa las cosas un poquito por aquí, otro poquito por allá.
2. Amplificador o reductor: Un *amplificador* mira un ratón y ve un elefante. Un *reductor* mira un elefante y ve un ratón.

⁵ Aunque no es propuesta de Haley, es de gran utilidad para el quehacer terapéutico.

No podemos poner atención a todas las categorías en una terapia, debemos identificar la más desbalanceada para envolver la tarea que le demos para regalo.

En cuanto a la intervención en sí, hay que tomar en cuenta la resistencia que presenta el paciente en el contrato inicial.



Se parte del supuesto de que cada cliente o familia tiene un modo singular de describir su problema y de cooperar en el proceso terapéutico, por lo que conforme a este modelo se recomienda: 1) Si el cliente cumple con las prescripciones se dan tareas directas, 2) Si modifica las tareas se dan tareas indirectas o modificables, 3) si hacen lo opuesto, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto, de forma que se dirija el cambio deseado, 4) Si la respuesta es vaga se recomiendan tareas vagas o metáforas, y 5) cuando “no hace nada” no se prescribe nada o se prescriben tareas paradójicas (Mandujano, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, se presentan las siguientes intervenciones:

- *Directivas*

Estas intervenciones consisten en indicaciones que se hacen a la familia sobre actividades que tienen que realizar dentro y fuera de la entrevista y constituyen la principal técnica de esta escuela (Haley, 1980).

Las directivas o tareas impartidas tienen varias finalidades:

1. Que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes.
2. Intensificar la relación entre cliente y terapeuta: al decirle a aquellos que deben hacer, el terapeuta entra a participar en la acción y adquiere importancia, por lo que el individuo debe hacer o no hacer lo que éste le dice.
3. Para obtener información. La manera en que la gente reacciona al recibir una directiva es esclarecedora con respecto a ellos mismos y a cómo responderá a los cambios deseados.

Hay dos maneras de impartir directivas: 1) decirle a la gente que debe hacer con el propósito de que lo cumplan, y 2) decírselo con el propósito de que *no* lo cumplan.

En la primera, se comprenden dos tipos de directivas a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo, o b) pedirle que haga algo diferente; el modo en que han de impartirse las directivas para que sean ejecutadas es cuestión de habilidad y práctica.

Según Haley (1980), existen los siguientes tipos de directivas para que la gente lo cumpla:

1. *Directas* Se emplean con familiar colaboradoras. Estas directivas pueden adoptar la forma de consejos, explicaciones o sugerencias. Con ellas se fomenta la comunicación franca, el aleccionamiento de los padres acerca del modo de controlar a los hijos, la redistribución de tareas y de los privilegios entre los integrantes de la familia, la fijación de normas disciplinarias, la regulación de la privacidad y el suministro e la información que carecen los miembros.

2. *Metafóricas*. La gente estará más dispuesta a seguir directivas si no tiene conciencia de haberla recibido. Un modo de impartir este tipo de directivas es expresarse con metáforas.

La metáfora es una formulación de una cosa que se parece a otra; es la relación de analogías entre una cosa y otra. Esta técnica permite evitar las estrategias de tipo racional que el cliente o la familia puede oponer a la prescripción del terapeuta. Para configurar este tipo de intervención se escoge un tema aparentemente neutro en el que, a través del lenguaje analógico, se incluyen sugerencias que tienen que ver con el problema. Las metáforas no se expresan sólo con palabras: también hay acciones metafóricas. Aquí se podrá hacer uso de *cuentos y anécdotas* propias o ajenas

La siguiente directiva es para que la gente no la cumpla:

- *Paradójica*: Están basadas en el desafío y se caracterizan por pedir a la familia que no cambie para cambiar. Este enfoque se basa en la idea de que algunas familias que acuden pidiendo ayuda rechazan la que se les brinda, la habilidad del terapeuta radica en utilizar su propia resistencia. El éxito de esta técnica depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga a un extremo absurdo negándose a continuar cumpliéndolas.

Otras intervenciones son:

- *Intervención sobre la pauta*

En esta parte de la terapia, el síntoma es definido en términos cibernéticos (operativos) con la mayor precisión posible, la terapia se centra en la precisión social más que en la persona. Así,

...las enfermedades, sean psicógenas u orgánicas, seguían alguna clase de pauta definida, especialmente en el campo de los trastornos psicógenos, que la ruptura de esta pauta podía tener unos efectos terapéuticos muy positivos y que con frecuencia importaba muy poco la magnitud de esta ruptura (Rossi citado en O'Hanlon, 2001, p. 39)

El síntoma es un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos (llamada pauta sintomática, o la pauta que conecta). Este síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social. Por lo tanto el hacer cualquier modificación en *lugar, tiempo, alterar parte de uno mismo, agregar un elemento nuevo*, etc., (Mandujano, 2007). Así “cuando ya hemos desarticulado las pautas de conducta fijas y rígidas, el paciente se ve obligado a reorientarse, a recoger los pedazos y volverlos a unir, a funcionar de una manera totalmente diferente (Rossi citado en O’Hanlon 2001, p. 39)

- Redefinición

Es una intervención cognitiva que consiste en modificar el marco conceptual desde el cual la familia percibe el problema. En este caso la redefinición se realiza con el fin de poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto y de hacer que la nueva definición del problema lo haga soluble (Mandujano, 2007).

- Ordalía

En inglés ordeal (ordalía) significa no solo “a juicio de Dios”, sino también “experiencia penosa; prueba severa; prueba de fuego” (Haley 1984, p. 14). Erickson decía que si hacemos que a una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo, esa persona renunciara a su síntoma.

Para Haley (1984), el requisito principal de la ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor a la ocasionada por el síntoma. Si no es lo bastante rigurosa para extinguir el síntoma, casi siempre se puede aumentar la magnitud hasta que lo sea. Por otra parte, conviene que la ordalía beneficie a la persona. También pueden incluir hacer un sacrificio por otros.

Haley (1984), nos maneja los siguientes tipos de ordalía:

- *Tarea directa*. Se explica claramente el problema y se pide que, cada vez que se presente, la persona se someta a determinada ordalía.

- *Ordalías paradójicas.* Puede ser la misma conducta sintomática y consistir, paradójicamente, en alentar al cliente a tener el problema cuya solución ha venido a buscar al consultorio del terapeuta.
- *Terapeuta como ordalía.* Cualquier acto que el cliente defina de determinada manera puede ser redefinido por el terapeuta con términos menos aceptables, para que resulte ingrato.
- *Ordalías que involucran a dos o más personas.* Se puede diseñar una ordalía para una sola persona o para una unidad de cualquier tamaño. La ordalía es una prueba dura para los miembros de la familia.

El uso de una ordalía- y de cualquier otra terapia programada- debe ser un proceso gradual en que cada etapa se ejecute cuidadosamente. Haley (1984), propone las siguientes *etapas de la ordalía*.

- *Debe definirse claramente el problema.* Esto es lo más indicado, por cuanto la persona afectada sufre una consecuencia (ordalía) cada vez que se presenta el problema.
- *La persona debe comprometerse a superar el problema.* Si ha de someterse a una ordalía, es preciso que desee realmente resolver el problema presentado. El terapeuta se ve obligado a ayudar a su cliente a motivarse para dar ese paso drástico. Debe mostrarse benévolamente preocupado y obtener del cliente la decisión de superar el problema y seguir sus directivas.
- *Debe seleccionarse la ordalía.* El terapeuta seleccionara una ordalía lo bastante severa como para superar el síntoma; su cumplimiento beneficiará al paciente; será algo que este pueda hacer y que le parezca aceptable, desde el punto de vista del decoro; deberá ser una acción clara, sin ambigüedades; tendrá un principio y un fin claramente establecidos.
- *Debe impartirse de una explicación lógica.* El terapeuta debe dejar en claro que la tarea sólo se cumplirá cuando se presente la conducta sintomática y dentro de un horario fijo. Describirá con exactitud en que consiste la tarea y, si lo juzga adecuado, dará una explicación lógica que la haga parecer razonable.

- *La ordalía continúa hasta que se resuelva el problema.* La ordalía continuará hasta que desaparezca la conducta sintomática: debe ser un contrato de por vida.
- *La ordalía está inserta en un contexto social.* Es un procedimiento que compele a un cambio y eso trae consecuencias. La existencia de un síntoma indica que la jerarquía de una organización es incorrecta. En consecuencia, cuando un terapeuta resuelve un síntoma de esta manera, está forzando un cambio en una organización compleja, anteriormente estabilizada por el síntoma.

Finalmente, es importante considerar que la ordalía se emplea cuando existe una estrecha relación terapéutica en la que, si embargo, se manifiestan pocos cambios. Sólo se prescribe a personas que cumplen las tareas y el procedimiento consiste en que el terapeuta da a escoger entre dos alternativas, una de ellas es una tarea directa y la otra es una tarea mucho más penosa que aquella (Mandujano, 2007).

3.4 Mapa de Intervención

En el mapa de intervención de la Escuela Estratégica de Jay Haley encontramos, del lado de la pauta, un primer nivel y manteniendo la estabilidad del sistema a las coaliciones, y del lado del cambio a la secuencia triádica; éstos a su vez inmersos en un segundo nivel dentro de la jerarquía incongruente manteniendo así la estabilidad de esta complementariedad cibernética. En cuanto a la intervención, en el primer nivel encontramos la frase “Cuando tengas el síntoma... “ manteniendo la estabilidad y del lado del cambio tenemos la directiva “Te vas a levantar a...”. Éstos a su vez, inmersos dentro de la directiva, o pequeña demanda de estabilidad que se encuentra en un segundo nivel formando una complementariedad cibernética con el reencuadre.

PAUTA:



(Jerarquía incongruente / Cambio)



(Coaliciones / Secuencia triádica
a...)



INTERVENCIÓN:



(Directiva / Reencuadre)



(Cuando tengas el síntoma.... / Te vas a levantar
a...)



3.5 Caso clínico

Lupita⁶ es una chica de 27 años, ella es profesora de kinder. Le gusta nadar leer, viajar. No le gusta estar encerrada sin tener nada que hacer, estar frente a la tele sin tener nada específico que ver y que su mamá le diga a que hora llegar a casa cuando sale, o que le hable para que ya regrese a casa.

Menciona que el motivo de la consulta es que ya no quiere “tener relaciones conflictivas” esto es que ya no quiere establecer relaciones en las cuales ella busque a la pareja (hablarle por teléfono, empezarlo a invitar a lugares y reclamarles si no tienen tiempo para ella), y menciona la última relación y la cual le está causando un problema porque el chico es su vecino y ella lo busca mucho al voltear a ver a la calle para ver si lo encuentra.

El objetivo que establece es que ya no quiere empezar otra relación sólo por no sentirse sola, y que cuando establezca una, ésta sea duradera y que no se sienta insegura (que crea que no piense que no la quieren ver, que empieza a preguntar si quieren seguir) y

⁶ Se cambió el nombre de la paciente.

un objetivo mínimo para saber que está cambiando algo es ya no voltear a buscar a su anterior pareja.

Descripción de la pauta

Paso 1: Le gusta una persona y empieza a coquetearle hasta que establecen una relación sentimental.

Paso 2: Empiezan a salir ya como pareja.

Paso 3: Ella le habla por teléfono y lo invita a salir, si el dice que no puede:

Paso 4: Ella empieza a pensar que ya no la quiere ver.

Paso 5: Cuando lo ve, le pregunta insistentemente “¿Seguro que quieres seguir?” hasta que terminan porque de cualquier manera no queda conforme con las respuestas que él da.

Paso 6: Esta poco tiempo sin pareja y regresa al paso 1 para continuar con los demás.

Descripción de las intervenciones

Primera sesión:

Ordalía: Se le dejó de tarea que si ella volteaba a buscar a su ex-novio, o aunque solamente lo pensara, esto equivaldría a que tendría que tener un día de sumisión ante su mamá, esto es si su mamá decía que estuviera a tal hora en la casa ella debería de hacerle caso.

Segunda sesión:

Lupita llegó diciendo que siguió volteando a ver a Alejandro, pero que ahora decía “Chin ya voltee, ya ni modos, tendré que hacer la ordalía”, pero que no la hacía porque se le olvidaba a, además de que se dejó de hablar con su mamá.

En esta ocasión se hizo una *reestructuración de la ordalía*: se le dijo que si volteaba a buscar a Alejandro tendría que buscar la manera de reconciliarse con su mamá, ya sea

cocinando para ella, horneando, además de llegar 15 minutos antes de la hora a la que normalmente su mamá le pedía llegar (12 de la noche).

Tercera sesión:

Lupita mencionó que no hizo la ordalía porque no volteo a buscarlo, que de hecho Alejandro le hablaba cuando la veía para platicar con ella, y que eso le había agradado, además de que su hermana le había dicho que se veía muy tranquila, que su “Aura” había cambiado.

Aquí maneje una *metáfora* de una mujer en una película que decía que cuando ella era niña trataba de atrapar escarabajos y nunca lograba hacerlo, y que trataba tanto que terminaba cansada y se quedaba dormida en el pasto; cuando ella despertaba estaba llena de escarabajos.

Le mencione que las personas tienen diferentes tipos de energía, “aura” y que aunque ella no note los cambios, la gente si lo hace; y que siempre se atrae lo igual, por lo que necesitaba sentirse bien, para poder establecer una relación bien.

Tarea *directa*: Le dije que leyera un libro que se llama Dios vuelve en una Harley, de Joan Bradly.

Cuarta sesión:

Se presento más tranquila y diciendo que nunca había estado tanto tiempo sola, y sintiéndose bien, que no había leído el libro por falta de tiempo, pero que pensaba hacerlo. Que ella ya no buscaba a Alejandro, que él fue el que la buscó en el coche, pero como estaba oscuro, la confundió con su hermana. Me dijo que ya entendió que la relación de cualquier manera no hubiera funcionado.

Le mencione que me daba mucho gusto el saber que estaba bien, y le dije que recordaba una parte del libro que le pedí que leyera (*metáfora*), en la que se le pide al personaje principal, que esta estacionada en una caseta en E.U, que se fije por 5 minutos en las placas de los coches y que cuente todas las que sean de la vegas. Después de los 5 minutos le preguntan cuantas placas contó, y ella responde 6,

después le preguntan cuantas pasaron con placas de los Ángeles, y ella contesta que no sabe, porque le pidieron contar las de las vegas. Entonces, le explican que estaba tan enfocada en algo, que perdió de vista todo lo demás.

Se le enfatizó el hecho de que ya se había dado cuenta de que esa relación no iba a funcionar y le conté una *anécdota* de una relación que tuve y en la que yo me dí cuenta que no era lo que yo quería, que al principio me costo un poco de trabajo dejarla, pero que lo hice. Y que me había dado cuenta que las relaciones venideras iban mejorando una de la anterior.

Se le manejo otra *metáfora* en la cual ella era como un niño pequeño que apenas estaba aprendiendo a escribir, que le tomaba tiempo aprender, pero que ya que lo hacía, era automático el proceso.

Resultados obtenidos

El objetivo mínimo se alcanzó, ya que ya no volteó a buscar al chico. En cuanto a que ya no quería establecer relaciones “conflictivas” se le esclareció que eso no lo podríamos saber hasta que estableciera una relación. Ha estado un tiempo considerable sin pareja, y lo esta disfrutando. Además, de que se siente más segura de ella misma.

Comenta que el chico es el que la busca, y en una de esas la besó, pero que ella ya no sintió nada. Que después de eso el chico ya no la busco. Dice que esto ya no le sorprende, porque ya lo había hecho varias veces antes, pero que ahora ya no se sintió tan mal como antes.

Creo que en general hay buenos resultados.

CAPITULO 4. Escuela de Soluciones.

La psicoterapia se ha dedicado durante la mayor parte de su historia a estudiar y eliminar los problemas y la patología de la gente. Existe, sin embargo una tendencia emergente, un cambio de enfoque, desde la patología y los déficit hacia los lados fuertes, las capacidades y los recursos en terapia. También se produce un alejamiento de la búsqueda de la explicación de las dificultades de las personas, del problema real, a la búsqueda de soluciones que funcionen para el individuo, la pareja o la familia concreta que acuden a terapia (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

La tendencia de centrarse en los aspectos positivos y las soluciones “es una forma de pensar que no empieza atacando los problemas, si no buscando soluciones (por grandes o lejanas que parezcan) y pensando luego como llegar a ellas. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que podría o debería ser, ayuda así a la gente a ver potenciales que de otra forma no serían entendidos, y evoca acciones que de otro modo podrían no ocurrir. Estas imágenes generan energía y evitan compromisos precipitados con resultados inferiores” (Rouse citado en O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Tradicionalmente, la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales. Los nuevos enfoques se centran en el presente, se interesaban por la generación o el mantenimiento del síntoma en el presente, y por los datos que pudieran confirmarse en el presente. Ahora la terapia está evolucionando más allá de esa orientación del “aquí y ahora”, hacia una orientación hacia el futuro a lo que no interesa cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupan de cómo se resolverán.

Uno de los nuevos enfoques que surge con esta nueva visión es la *Escuela de Soluciones*, que se divide en dos tipos de terapias: La *Terapia Centrada en Soluciones* y la *Terapia Orientada a las Soluciones*.

4.1 Terapia Centrada en Soluciones.

El equipo de Terapia Familiar Breve en Milwaukee dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de identificar y amplificar esta secuencia de solución (de Shazer citado por O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993). El modelo de terapia desarrollado en el BFTC se denomina *Terapia Breve Centrada en las Soluciones* y es fundada en 1978 por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg.

Steve de Shazer (citado por O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993), que ha escrito intensamente sobre el trabajo del equipo, ha empleado una analogía de la ganzúa para describir este enfoque. 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. Lo que más importa es la llave que abre la puerta, y no la naturaleza de la cerradura. Analizar y entender la cerradura no es necesario si tiene una ganzúa que se ajusta a muchas cerraduras diferentes.

Un desarrollo interesante del grupo BFTC es su declaración de la muerte de la resistencia (de Shazer citado por O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993), asumiendo que los clientes quieren cambiar. Asume que cada cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esa forma de cooperación. Y para ello desarrollo el árbol de decisiones, que es una variación del "enfoque de la utilización" de Erickson que ayuda a los terapeutas a identificar los patrones de cooperación de los clientes con las tareas.

Después el equipo desarrolló y advirtió la sorprendente efectividad de las prescripciones y tareas invariables que denominaron "tareas de formula" esto es, que varias de sus tareas tenían notables efectos independientemente de la queja. Además de que estudiaron una tarea específica, la "tarea de la primera sesión" que centra 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 la situación y observar más las cosas que van bien que parece producir más cosas positivas.

Tras desarrollar una serie de intervenciones-ganzúa (de Shazer citado por O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993) el equipo de BFTC se dio cuenta de las implicaciones de su éxito. Si la solución era más importante que el problema. Esto levó al desarrollo de dos elementos de su enfoque, la "pregunta por el milagro" que hace más real y por lo tanto más probable, un futuro sin el problema; y la "pregunta de la excepción" que 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 tendrían.

Entre los recientes desarrollos del BFTC está el diseño de un sistema computarizado de "sistema experto" que puede ayudar a los miembros del equipo tras el cristal unidireccional a elegir rápidamente direcciones de solución a partir de las respuestas que da el cliente a las preguntas y tareas. Uno de los miembros del equipo, Eve Lipchik, se ha centrado últimamente en el proceso de la entrevista como forma de cambiar las percepciones de los clientes durante el proceso de evaluación y seguimiento. Insoo Kim Berg ha estado trabajando en los campos de la toxicomanía y las familias sin hogar para mostrar que estos enfoques pueden ser eficaces incluso con las poblaciones más difíciles con las que se enfrentan los terapeutas.

4.1.1 Principios y supuestos

Aunque el modelo cambia y se desenvuelve a medida que se aprende de los pacientes y el terapeuta se acopla a ellos, hay valores generales y fundamentos filosóficos que orientan y al mismo tiempo informan el trabajo terapéutico (Kim Berg y Miller, 1992).

- *Énfasis en la salud mental:* Se trata de buscar lo que está bien y tratar de usarlo, en vez de lo que está mal y arreglarlo.
- *Utilización:* el uso de los conocimientos de la vida, experiencias y habilidades mentales se dispone para encarar el problema...(y) después utilizar estas respuestas internas singularmente personales para lograr objetivos terapéuticos" (Erickson y Rossi citados por Kim Berg y Miller, 1992).
- *Una visión ateorica no normativa/ determinada por el paciente:* Cada persona es un individuo único. De allí entonces que la psicoterapia deba formularse con miras a

satisfacer esa singularidad del individuo y no a adaptar a la persona para que encaje en la teoría del comportamiento humano.

- *Parquedad*: Esto es, usar los medios más simples y directos para llegar a un fin.
- *El cambio es inevitable*: El cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no pueden dejar de cambiar (de Shazer citado por Kimberg y Miller, 1992). Por lo tanto, muchas veces la terapia consiste en identificar los cambios que se están produciendo naturalmente y en utilizarlos para llegar a una solución.
- *Orientación hacia el presente y el futuro*: Se da preponderancia al ajuste de los pacientes en el presente y en el futuro y no en el pasado. No obstante, ello no quiere decir que lo que las personas comunican en el presente sobre su pasado no es considerado importante; por el contrario, se entiende que esta información es un reflejo de la manera en que los pacientes están viviendo sus vidas en el momento actual.
- *Cooperación*: Significa trabajar junto con el otro (terapeuta –cliente).

En sí, la **filosofía central** de la terapia centrada en solución es basada en las siguientes reglas:

1. Si no está roto, ¡NO LO COMPONGAS!
2. Una vez que sepa usted que es lo que funciona, ¡HAGA MÁS DE LO MISMO!
3. Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡HAGA ALGO DIFERENTE!

4.1.2 Relación paciente- terapeuta

Para Kim Berg y Miller, (1992) la cooperación es inherente a las diversas maneras de personalizar el tratamiento y esta empieza con la identificación del tipo de relación que existe entre paciente y terapeuta. Esto ayuda a determinar cuál será la intervención terapéutica con más posibilidades de producir la cooperación y la participación del paciente en el proceso terapéutico y, por ende, la disminución de la duración del tratamiento.

El modelo de tratamiento centrado en la solución distingue entre tres tipos de relaciones entre pacientes y terapeutas que describen y clasifican que clasifican la naturaleza su interacción:

- *La relación de tipo comprador* es cuando en el transcurso o al final de una sesión el paciente y el terapeuta juntos identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento. Además, el paciente indica que se ve como parte de la solución y que está dispuesto a hacer algo respecto del problema.
- *La relación de tipo demandante* es en la que los pacientes son capaces de describir su dolencia o su objetivo con lujo de detalles. Sin embargo, por lo general no llegan a visualizarse como parte de la solución y, de hecho, suelen creer que la única solución posible es que otra persona cambie.
- *La relación de tipo visitante* se entabla esta relación cuando al final de una sesión el terapeuta y el paciente no han identificado juntos una dolencia o un objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento. Además, suele suceder que el paciente señale o bien que no existe problema alguno que requiera tratamiento, o bien que el problema pertenece a otra persona. Debido a ello, lo más frecuente es que el paciente no vea razón alguna para cambiar, ni mucho menos, para estar en terapia.

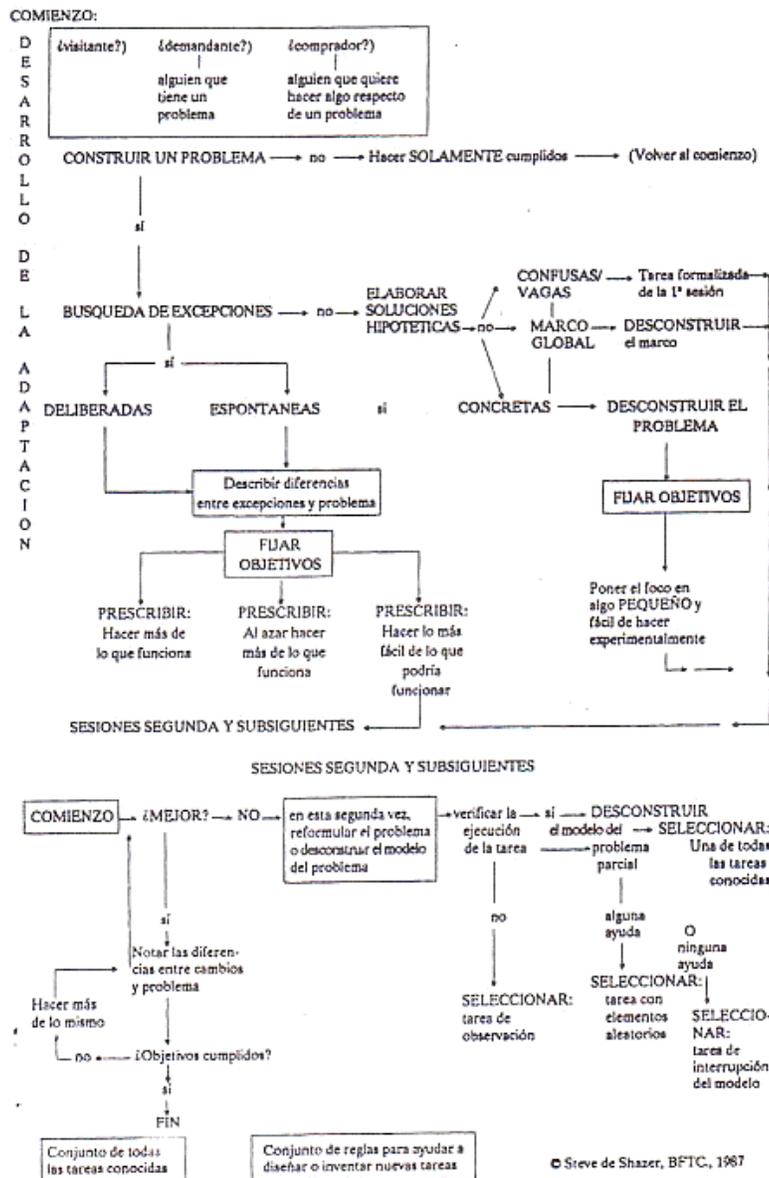
Algunos terapeutas suelen etiquetar a su paciente como “difícil”, “resistente” y/o “negador”, en el enfoque de soluciones se dice que este problema reside en gran medida en la incapacidad del terapeuta para reconocer el tipo de relación establecida entre él y el paciente y fortalecerla.

Para trabajar con estos pacientes “difíciles” existen dos técnicas:

- El descubrir al “comprador oculto” es cuando un paciente puede no ser inicialmente un comprador para tratar los problemas por los que fue derivado, bien puede suceder que los sea para tratar alguna otra cosa.
- La otra es buscar a lo que se llama “el otro comprador”, ya que con frecuencia la persona ha sido enviada por otra persona u otro organismo –cónyuge, empleador, poder judicial, etc.- o se le ha obligado a iniciar un tratamiento. En estos casos puede resultar muy conveniente entrar en contacto con la fuente de derivación, para descubrir cuáles son sus expectativas como resultado del tratamiento y éste se convierte en el comprador “real”.

4.1.4 Mapa Central

Para De Shazer (1992) la teoría incluye un conjunto simple de presuposiciones utilizadas como principios de descripción para un modelo de terapia breve centrado en la solución. La teoría, o mapa, es un intento de describir lo que se hace y no prescribir lo que se debe hacer, aunque el mapa (representación de la teoría de la solución) puede utilizarse como árbol de decisión siempre que el usuario recuerde que el mapa no es el territorio. Gran parte de lo que sucede en una sesión determinada, tal vez no esté incluido en el siguiente mapa, es decir no hay descripción de los procedimientos que resultarán útiles en la búsqueda de excepciones.



4.1.5 Fijación de objetivos

Existen estudios (Hester y Miller ; Miller ; citados en Kimberg y Miller, 1992) que demuestran que la aceptación del tratamiento aumenta drásticamente cuando el terapeuta coopera con el paciente permitiéndole establecer sus propios **objetivos** de tratamiento y trabajar para alcanzarlos. Por eso es muy importante tener unos *objetivos bien pensados* para determinar si se está progresando, lo que hace a la terapia más eficiente y eficaz. Y las cualidades de éstos son:

- *Tener importancia para el cliente:* El objetivo del tratamiento debe de ser importante para el paciente, quien debe visualizar el logro de ese objetivo como beneficioso para él.
- *Ser limitados:* Los objetivos deben de ser lo suficientemente limitados como para que se puedan cumplir.
- *Ser concretos, específicos y estar formulados en términos de conducta:* Esto contribuye no sólo cliente y terapeuta puedan evaluar el progreso, sino a demás le brinda al paciente la oportunidad de atribuirse el mérito de sus éxitos. Y a la inversa, cuando no se alcanza el objetivo, la formulación precisa ayuda al paciente a imaginar qué más debe hacer para lograrlo.
- *Plantear la presencia y no la ausencia de algo:* Los objetivos deben de formularse en un lenguaje positivo, proactivo, y deben plantear lo que el paciente hará en vez de formular lo que no hará.
- *Que sea un comienzo, no un fin:* Los objetivos deben describir los primeros pasos que el cliente necesita dar, y no el fin del recorrido.
- *Que sean realistas y alcanzables dentro del contexto de la vida del paciente.*
- *Que se perciba que exigen un “trabajo duro”:* Esto es para 1) la protección y promoción del sentido de autoestima y dignidad del paciente, 2) el paciente se ve obligado a internalizar la responsabilidad por el logro de su objetivo, al mismo tiempo que dispone de una manera de mantener su sensación de autorrespeto en caso de su eventual fracaso, 3) para abarcar las experiencias del paciente en el pasado, cuando trataba de enfrentar su problema y 4) para insuflar esperanzas en

el paciente, porque indica que su objetivo es viable, siempre que invierta cierta cantidad de “trabajo duro”.

Para ser eficaces, aun los objetivos bien pensados deben ponerse en práctica de modo tal que se adapten a la relación paciente-terapeuta.

Para establecer objetivos en una relación de tipo visitante 1) hay que descubrir lo que el paciente quiere, 2) lo que está dispuesto a hacer, y después hay que trabajar para lograr ese objetivo, dejando de lado el pensamiento acerca de lo que debería hacer, 3) el paciente debe de ser elogiado por dedicarle tiempo y esfuerzo a asistir a la primera sesión, 4) interrogar al paciente acerca de su percepción de las exigencias o mandatos de otros, ya que cuando piensa que se le ha calificado erróneamente está ansioso por corregir el error.

En la *negociación de los objetivos con un demandante* es conveniente reconocer la positiva inversión de tiempo, energía y compromiso de ayudar al miembro con el problema y ver en ello un indicio de esperanza para este último.

Al establecer un objetivo con un comprador el terapeuta deberá mantener éste tipo de relación a lo largo de todo el proceso. Para lograrlo debe: 1) elogiar al paciente por los intentos que ha realizado por resolver su problema, 2) aceptar la razón para iniciar el tratamiento, 3) concentrarse en todo lo que el paciente haya hecho para tener éxito, aún cuando el intento haya sido breve, 4) utilizar las cualidades de los objetivos bien pensados, 5) ser cauteloso al fijar los objetivos y controlar el progreso, 6) interiorizarse de los detalles de la vida del paciente, de su circunstancia laboral, de las nuevas pautas que está elaborando, y g) formular preguntas detalladas acerca de la pautas: preguntas como quién hizo qué, cuando y cómo lo hizo y con qué resultados.

4.1.6 Componentes, tipos y administración de las intervenciones terapéuticas

Kimberg y Miller, (1992) consideran la intervención como una parte de la estrategia de tratamiento en la cual el terapeuta ayuda al paciente a descubrir sus propias soluciones

y el método más eficaz, económico y eficiente, consiste en suscitar y ampliar las buenas soluciones ya existentes, que han sido generadas por el paciente.

Ellos han llegado a ver el proceso de la entrevista como un medio decisivo para revelar, crear y a veces cuestionar las creencias del paciente, como una vía para llegar a negociar el proceso de tratamiento según las singulares soluciones del paciente y su visión del mundo, por lo tanto, la entrevista inicial es un proceso muy importante. Muchas veces a mero acto de identificar cuáles son los objetivos puede ser tremendamente terapéutico. Y para fomentar la cooperación en el tratamiento, permitiendo al mismo tiempo que el terapeuta personalice la tarea para el hogar que encaje en el tipo de relación terapeuta- paciente, incluyen la siguiente lista de comportamientos del terapeuta:

- *La consulta de la sesión y el método del equipo:* El método del equipo consiste en que unos 45 minutos de iniciada la sesión, que dura habitualmente 60 minutos, se hace “una pausa en la consulta” y el terapeuta sale para que revise la sesión junto con el equipo, si es que lo hay, y elabore la retroalimentación y las tareas que el paciente hará en su casa. Esta pequeña pausa aumenta la expectativa del paciente por oír lo que el terapeuta tendrá que decir luego. El método consta de los siguientes elementos: 1) destacar los esfuerzos positivos, exitosos o útiles que el paciente haya hecho en su deseo de avanzar hacia sus objetivos, 2) siempre que sea posible, usar las mismas palabras que usa el paciente, 3) el terapeuta debe de aceptar el objetivo del paciente y expresarlo de manera positiva, 4) el terapeuta destaca que el objetivo será difícil de alcanzar, que demandará un gran esfuerzo, y que el problema también es de difícil solución, 5) dar siempre una explicación para las tareas del hogar, y 6) Se recomienda que el terapeuta hable cuidadosa y lentamente y con autoridad.
- *Personalizar la tarea:* El terapeuta debe de tener en cuenta la relación que tiene con cada paciente y adaptar a ello las tareas que indique.
- *Los elogios: el poder de la afirmación:* Para favorecer la cooperación del paciente, el elogio se utiliza en todos los casos, independientemente del tipo de relación paciente- terapeuta y a lo largo de todo el proceso de tratamiento. Excepto en raras

ocasiones, cuando el paciente es sumamente reacio a recibir elogios; y en ocasiones sumamente escasa, cuando el terapeuta no puede encontrar absolutamente nada positivo, ya que todo elogio del terapeuta debe de ser genuino, sincero y honesto: así genera en el paciente un sentimiento de confianza hacia el terapeuta.

- *Aceptar los objetivos del paciente:* La habilitación del paciente empieza con la aceptación de que es él quien decide lo que es importante para él. Por lo tanto, hay que seguir lo siguiente:
 - a) *Hacer más de lo que funciona:* No hay manera “correcta” de resolver los problemas, si no que hay que repetir lo que funciona.
 - b) *Desencadenar el cambio previo a la sesión:* Un terapeuta puede desencadenar cambios previos a la primera sesión utilizando una fórmula para la primera sesión que De Shazer describió muy bien (De Shazer citado en Kimberg y Miller, 1992) y que consiste en que en la primera llamada telefónica del paciente para hacer su cita, el terapeuta le de la siguiente tarea: “Yo le pediría que entre este momento y el momento en que acuda usted a nuestra primera cita, trate de notar todas las cosas que van bien en su vida y que a usted le gustaría que siguieran así”.
 - c) *Buscar las excepciones:* “Todas las reglas incluyen sus excepciones” y se define la excepción como aquello que sucede cuando no existe el problema” (de Shazer; de Shazer, Berg, Lipchik, Nunnally, Molnar, Gingerich y Weiner-Davis citados en de Shazer, 1992). Las excepciones pueden agruparse en dos tipos: deliberadas y casuales. Las *excepciones deliberadas* son aquellas que el paciente pone en práctica y que son capaces de describir detalladamente, y serán capaces de repetir al identificar los pasos que tienen que dar, creando así una pauta, un patrón de solución. Las *excepciones casuales* son aquellos casos en los que el paciente informa sobre excepciones obvias a su problema, pero es incapaz de describir los pasos que dio para producirlas.
 - d) *Mirar al futuro: después del milagro:* En esta adaptación de la técnica de la “bola de cristal” basada en el trabajo de Milton Erickson (Rossi citado por

Kimberg y Miller, 1992) y adaptada y ampliada por De Shazer (citado por Kimberg y Miller, 1992) se ponen ciertas soluciones derivadas de la “pregunta por el milagro”. Los resultados son muchas veces sorprendentes. Aquí el terapeuta le sugiere al paciente que “simule que ha ocurrido un milagro mientras usted estaba durmiendo y que el problema que le trajo aquí se ha resuelto”. Esto se hace después del elogio y de la declaración puente que le brinda al paciente una explicación para las directivas que seguirá.

- *Cuando ya nada funciona haga algo diferente.* En las situaciones en las que el paciente no es capaz de imaginar el milagro o no quiere hacerlo; en las que no hay ninguna excepción útil sobre la cual empezar a edificar algo, o en las que no existe cambio previo a repetir es preciso que el paciente y el terapeuta hagan algo diferente. A continuación se dan algunos ejemplos de intervenciones centradas en la solución que utilizan diversas estrategias que probablemente incrementarán las probabilidades de éxito.
 - a) *Observe y registre lo que hace cuando logra superar el intenso deseo de ... :* por la mera inflexión de la voz, el terapeuta, da por sentado que el paciente hará algo positivo cuando supere el impulso de hacer algo.
 - b) *Observe y registre lo que va bien en su vida:* La adaptación de Kimberg y Miller (1992) de la “formula para la tarea de la primera sesión” de De Shazer (citado por Kimberg y Miller 1992) está dirigida a generar una concisa “lista de éxitos” concentrándose en la imagen del futuro. La sugerencia está destinada a concentrar el foco de la atención del paciente en los aspectos buenos de su vida que se producirán entre la entrevista del curso y la siguiente.
 - c) *Escisión entre el terapeuta y el equipo:* el terapeuta y el equipo toman posiciones opuestas respecto del dilema. Pero es preciso que esta polarización entre ambos sea presentada al paciente honestamente.
 - d) *Que hacer cuando no hay equipo:* el terapeuta puede realizar la división en dos diciendo “una parte de mí se inclina por.....pero por otro, lado la otra parte de mí dice que....., no me sorprende, entonces, que le haya resultado difícil resolver. Entonces sigamos pensando en esto y volvamos a reunirnos”.

- e) *Tirar la moneda:* es otra indicación útil que se le puede dar al paciente para ayudarlo a “desencallar”. El terapeuta le pide al paciente que todas las mañanas lo primero que hará será echar suerte con una moneda. Si sale cara, ese día el procederá como si hubiera acontecido el milagro, según lo describió. Si sale cruz, actuara exactamente igual que en un día normal. Y que preste atención a cualquier diferencia que exista respecto a su problema.
- f) *La tarea de predicción:* el terapeuta le indica al paciente que entre ese momento y la próxima reunión, todas las noches tiene que hacer una predicción de cómo estará su problema al día siguiente y que tome nota. Que al día siguiente actúe como de costumbre, pero al fin del día comparara sus actividades con su predicción del día anterior, para ver si se cumplió o no.

Cuando *parece que nada funciona* el terapeuta y paciente deben de revisar los objetivos; hacer la pregunta de escala, porque algunos pacientes ya están satisfechos con lo que han logrado en terapia, mientras que el terapeuta piensa que todavía hay mucho trabajo duro por hacer; además de que el terapeuta debe de escuchar realmente lo que el paciente dice, sin presuponer nada, ya que seguir fielmente lo que el paciente quiere y no imponer deseos del terapeuta asegurará una buena finalización del tratamiento.

Para el terapeuta de terapia breve, las conductas, sentimientos, pensamientos y percepciones y su contexto específico son parte del mismo modelo; por lo tanto cualquier modificación en el contexto, comportamiento, pensamiento, sentimiento y percepción necesariamente tendrá influencia sobre el modelo total.

4.1.7 Desconstrucción: un modo de desarrollar el foco.

De Shazer (1992) nos dice que a veces los marcos de los clientes, o el modo en que definen lo que sucede, parecen demasiado globales. Por supuesto, todo marco puede describirse como si por lo menos ayudara a determinar la conducta de una persona. Pero en ciertos casos los clientes contextualizan sus dificultades y problemas de un modo tal que los marcos se convierten en “hechos de la vida”. Así, crear alguna duda

sobre marcos de referencia supone un proceso cuya mejor denominación es *desconstrucción del marco*.

El proceso de desconstrucción este destinado a llevar la situación terapéutica a algún tipo de momento *indecible* (algo que socava el marco del cliente o por lo menos lo agujera), a algún punto en que la lógica del marco global requiera pensamientos, sentimientos y conductas que se apartan de las que normalmente utiliza el cliente. Cuando hay un juego de marcos globales, el terapeuta busca un punto dentro de la lógica del cliente que este no haya llevado hasta la conclusión lógica o bien, cuando el motivo de la consulta esté abiertamente centrado en algún aspecto preciso o singular de la vida, el terapeuta busca algo que se encuentre fuera de los estrechos límites del problema tal como el cliente lo describe.

Hay tres razones para fundamentales para fracturar el marco: 1) el terapeuta muestra que acepta al cliente tal cual es al escuchar con mucha atención hacer preguntas escrupulosamente, 2) trata de introducir alguna duda acerca del marco de referencia global, y 3) busca algún elemento de la construcción del marco a partir del cual se pueda elaborar una situación.

Hay que tener muy en cuenta que, como Lipchick (2002) afirma, por si solas, las técnicas no son eficaces. Es preciso utilizarlas sabiendo a qué hay que responder y qué hay que pasar por alto. Lo que oímos es todo lo que nos dicen nuestros clientes. Lo que escuchamos está determinado por nuestra teoría y sus supuestos, y tiene que ver con una actitud alerta a las preguntas y respuestas apropiadas. Así, no pasamos por alto todo lo que oímos, pero al mismo tiempo, solo respondemos a lo que es potencialmente útil para el cliente.

4.2 Terapia orientada a las Soluciones

Según O'Hanlon (2007), la terapia centrada en las soluciones y la terapia orientada a las soluciones compartían la visión en común de que las terapias que veían a los pacientes como patológicos y resistentes estaban equivocadas. La gente era

naturalmente cooperativa si se enfocaban y eran tratadas como gentes que tenían la solución a sus problemas y personas competentes. Así, a finales de los 1970s, el trabajo de De Shazer, en Milwaukee, empezó a tomar forma y se convirtió en la “Terapia centrada en soluciones”. Y el trabajo de O’Hanlon, en Nuevo México, tomó forma y lo llamó “Terapia Orientada a las Soluciones”.

Exista alguna controversia en cuanto a los orígenes de los métodos basados en soluciones en general. Parece que estas ideas fueron articuladas por primera vez y de una manera muy completa en una ponencia presentada en 1978 por un terapeuta llamado Don Forum y titulada “Brief Therapy: The Family Has the Solutions” [terapia breve: la familia tiene la solución], donde argumenta que era preferible preguntar a las familias por sus propias soluciones que centrarse en sus problemas o en las ideas que el terapeuta pudiera tener sobre su solución y donde también hablaba de clientes que habían experimentado un cambio positivo antes del tratamiento. Las ideas que expuso fueron reflejadas y desarrolladas posteriormente en diversos métodos basados en soluciones (O’Hanlon, 2001).

Para O’Hanlon y Weiner-Davis (1993), el enfoque de soluciones fue influido por varias ideas de diferentes personas: Jay Haley (citado por O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993) y Thomas Szasz (citado por O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993) hablaron de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, tiende a actuar de modo más normal. También dejaron en claro los efectos debilitadores de las etiquetas psiquiátricas. Haley y Richard Rabkin (citados por O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993) fueron los primeros en describir la negociabilidad de la definición del problema. Bandler y Grinder (citados por O’Hanlon y Weiner-Davis 1993) han subrayado la importancia de obtener imágenes e información clara sobre el resultado como forma de crear ese resultado. Otros de los precursores más influyentes fueron Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC). Tanto el grupo de MRI como el del BFTC han sido influidos por el trabajo de Erickson.

4.2.1 Premisas de la terapia orientada a las soluciones.

Para O'Hanlon y Weiner-Davis (1993), los prejuicios que derivan de las expectativas del terapeuta, tanto si son positivas como si son negativas, influirán sobre el curso y el resultado de la terapia. Y puesto que lo que esperas influye sobre lo que consigues, los terapeutas centrados en la solución mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz y agradable nuestro trabajo. Se mantienen premisas que se centran en los recursos y las posibilidades; por fortuna, estas asunciones también ayudan a crear profecías autocumplidoras.

- *Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver las quejas.* Todas las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver la queja.
- *El cambio es constante.* Si se admite que el cambio es constante, te comportarás como si el cambio fuera inevitable. Las situaciones de las personas están siempre cambiando.
- *El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.* Hay que centrarse en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso, y trabajar para ampliarlo. Si el cambio se da en un área crucial, lo que parece pequeño puede cambiar todo el sistema.
- *Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.* No se encuentra útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado. Sólo es necesario un mínimo de información para resolver la queja.
- *No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.* Incluso las Hipótesis más perceptivas y creativas acerca de la posible función de un síntoma no ofrecerán a los terapeutas pistas acerca de cómo pueden cambiar a la gente.
- *Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en la parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.* Una vez que se hace un pequeño cambio positivo, la gente se siente optimista y con algo más de confianza para abordar nuevos cambios. Otra característica del cambio es que es contagioso; un cambio en una parte del sistema produce cambio en otra parte del sistema.

- *Los clientes definen los objetivos.* Los terapeutas centrados en las soluciones no creen en que haya una única forma “correcta” o “válida” de vivir la propia vida. Por lo tanto son los clientes, no los terapeutas, los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento.
- *El cambio o la resolución del problema pueden ser rápidos.* Se cree que, como resultado de la interacción durante la primera sesión, los clientes obtendrán una visión nueva, más productiva y optimista, de su situación. Por lo tanto es común que durante la segunda sesión se informe de cambios significativos, y que estos cambios sean duraderos.
- *No hay una única forma y “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.* Aunque no se piensa que haya puntos de vista correctos o incorrectos, creemos que existen puntos de vista más o menos útiles.
- *Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.* Centrar la atención en los aspectos cambiantes y cambiables de la experiencia de los clientes es lo primordial, por lo tanto, no se pone atención en las características o aspectos del cliente o de su situación que no sea susceptibles al cambio.

4.2.2 Los componentes de la entrevista orientada en soluciones

O’Hanlon y Weiner-Davis (1993) mencionan que es importante reconocer y validar lo que los clientes han estado pensando y sintiendo y luego, tan pronto como sea posible, ayudarles a pensar, sentir y actuar de una forma más satisfactoria. Y para esto se hace uso de varias herramientas además del uso de preguntas presuposicionales abiertas, hechas para influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndonos a las soluciones y hacer que los clientes consideren su situación desde una nueva perspectiva; existen diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones mediante las cuales los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación, estas son:

- *Unión:* Para ayudar a los pacientes a que se sientan cómodos y mostrar un interés genuino por ellos, el terapeuta pasa los primeros minutos charlando sobre cualquier cosa distinta de lo que se podría considerar la razón por la que están allí.
- *Una breve descripción del problema:* tras una breve exposición del problema, se hacen una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones del problema.
- *Excepciones al problema:* al preguntar sobre las excepciones no solo estamos intentando redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona, sino también orientarles respecto a lo que es importante saber y sobre lo que es importante hablar en terapia.
- *Normalizar y despatologizar:* considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano, al contar nuestras propias anécdotas., interrumpir que el cliente hace de su situación y proceder a terminar la historia con algunos detalles sacados de nuestro trabajo con otras personas y de nuestra propia experiencia en situaciones similares, adelantándose a la descripción del cliente. Así, lo importante es centrarse en las excepciones, soluciones y recursos en lo más posible.
- *Definición de objetivos:* aunque la responsabilidad de los clientes es decirnos que cambios quieren que ocurran, el terapeuta adopta un papel muy activo para asegurarse de que los objetivos sean alcanzables, y lo bastante concretos para saber cuando se han alcanzado.
- *La pausa:* la pausa que se hace a los 45 minutos de la sesión, sirve como un marcador de contexto, permite al terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente.
- *Elogios:* se aprovecha cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. Los elogios se usan para que el paciente reciba mejor las intervenciones.
- *Regreso al futuro: preguntas de avance rápido:* se cuando no se parecen recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido. Se le pide a los clientes que imaginen un futuro sin problemas y describan como es, describiendo así la solución, un ejemplo es la “pregunta por el milagro”.

- *Pregunta sobre el problema:* si lo anterior no funciona, lo siguiente es investigar el patrón problema para romperlo.
- *Buscar recursos y soluciones como más de lo mismo:* hay veces que hay que adoptar una posición negativa o pesimista, porque lo contrario lleva a los clientes a ser negativos.

4.2.3 La intervención

Desde el comienzo de la primera sesión, el terapeuta y el paciente se dedican a construir una realidad terapéutica basada en la transformación o el cambio permanentes (como se manifiesta en las excepciones), y no en la iniciación del cambio. Cuando se identifican las excepciones, en la tarea para el hogar habitualmente se incorporará la idea de que el cliente debe de hacer más de lo que ya estaba haciendo y no la sugerencia de que haga algo distinto.

El lenguaje

El lenguaje ofrece la posibilidad de reíficar, solidificar, ciertos puntos de vista acerca de la realidad. También se puede utilizar para cuestionar certezas inútiles. Por eso es que la utilización consciente y creativa del lenguaje es tal vez el método indirecto más influyente para crear contextos en los que se perciba el cambio como inevitable.

Los métodos que se describen a continuación (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993) están dirigidos a producir cambios en la percepción y la conducta, más que a adaptarse al lenguaje del cliente. Lo que tienen en común estos métodos es la utilización de presuposiciones. Las presuposiciones son formas de hablar que presumen algo sin afirmarlo directamente, que introducen ideas o expectativas de cambio.

1. *Adaptarse al lenguaje del cliente.* A menudo los clientes se relajan ostensiblemente cuando sienten que se les comprende. Y esto se logra a) imitando el uso exacto que le cliente hace de las palabras o expresiones idiomáticas, y b) el uso de metáforas acerca del trabajo o las aficiones de la gente.

2. *Adoptar la modalidad sensorial del cliente.* Bandler y Grinder (citados por O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993) sugieren que el terapeuta se ajuste a la modalidad sensorial del cliente a fin de indicar comprensión y desarrollar empatía.
3. *Encauzar el lenguaje del cliente.* Resulta útil encauzar el lenguaje, alejándolo de la jerga que emplea etiquetas fijas y negativas, llevándolo a descripciones de acciones que se encuentran en el lenguaje cotidiano. Se puede hacer al a) modificar gradualmente el rótulo utilizado para describir la situación que constituye una dificultad, b) utilizar términos normalizadores sobre las percepciones del cliente, y c) utilizar cuidadosamente los tiempos verbales, ya que reflejan nuestra opinión de que el "problema" podría desaparecer en cualquier momento o que incluso podría no existir.

4.2.4 Prescripciones para el cambio

Al intentar cambiar la forma de ver y la forma de actuar en la situación percibida como problemática, además de evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar las siguientes intervenciones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993):

- *Intervenciones sobre patrones:* Se trata de introducir una modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja (frecuencia, tiempo, duración, lugar, elementos nuevos, secuencia de los elementos o eventos, descomponerlo en elementos más pequeños o unir la realización de la queja a alguna actividad más gravosa). Dentro de éste está la *intervención sobre el patrón del contexto* que se trata de alterar las pautas personales o interpersonales que rodean a la queja, ya que aunque no estén directamente relacionados con ella, la acompañan y alterarlo puede producir un cambio, llevando a su resolución.
- *Prescripción de soluciones:* Es un cambio de forma de ver la situación. Una de éstas es la *tarea de formula para la primera sesión* en la que el terapeuta pregunta acerca de las cosas que van bien y no que hagan algo diferente, y en la que los clientes suelen hacer precisamente eso: "pasar a una nueva página" y modificar su comportamiento.

- *La tarea de la sorpresa para la pareja o familia:* se le pide a un miembro de la familia que haga algo diferente, pero que no le diga a los demás que es; a los demás se les pide que lo descubran. La *tarea genérica* se trata de usar su lenguaje para diseñar una intervención que genere expectativa de cambio y que definan mejor sus objetivos.
- *Hipnosis orientada a las soluciones:* se ocupa de las experiencias automáticas, acciones que están más allá del control deliberado de la persona al hablar de las experiencias que pertenecen a la misma clase de soluciones que se desean evocar, ayudar a recordar experiencias que puedan servir como referencia para desarrollar las habilidades necesarias para resolver la dificultad presentada, o a veces cuando la terapia alcanza un punto muerto, se induce al trance y se le pregunta al cliente que hay que hacer para avanzar o resolver el problema.

4.3 Mapa central

En el mapa de la Escuela de Soluciones encontramos, del lado de la pauta, un primer nivel y manteniendo la estabilidad del sistema a la construcción del problema, y del lado del cambio a la búsqueda de excepciones; éstos a su vez inmersos en un segundo nivel dentro de la relación terapéutica formada manteniendo así la estabilidad de la complementariedad cibernética. En cuanto a la intervención, en el primer nivel encontramos a la prescripción, o pequeña demanda de estabilidad y del lado del cambio tenemos al resumen. Éstos a su vez, inmersos dentro de la estabilidad, que se encuentra en un segundo nivel formando una complementariedad cibernética con el elogio, o pequeña demanda de cambio.

PAUTA:



(Relación Terapéutica / Cambio)



(Construir el problema / Búsqueda de excepciones)



INTERVENCIÓN:



(Estabilidad / Elogio)



(Prescripción / Resumen)



4.4 Caso clínico

El caso que se atendió fue el de Olga Patricia⁷ de 40 años de edad.

Ella se presentó queriendo resolver varios problemas: un conflicto con su familia, con sus amigos y en su trabajo. Después de definir los objetivos, se tomó el del conflicto en su familia como el objetivo principal. Y se aplicaron procedimientos como unión, resumen, elogio y desconstrucción del marco (que serán revisadas más detalladamente al final del análisis de caso). Y durante las dos sesiones se encontraron premisas de la escuela orientada en las soluciones en:

- *Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.*

⁷ Se cambió el nombre de la paciente.

1. **Terapeuta:** Tú me comentas que desde chica has trabajado, que has mantenido a tus hijos, que has trabajado siempre y que el divorcio te dio la sensación de fuerza.
2. **T:** Como mamá te interesa, y te interesa mucho, la relación con tu hija; y creo que hay muchas mamás que cuando se enteran de un caso como éste, simplemente no “toman cartas en el asunto” y tú lo hiciste, y das a notar que te interesa mucho tu familia.
3. **T⁸:** Hemos comentado con los compañeros que tu vida ha sido un tanto complicada. A los quince años tuviste tu primer bebé, desde los trece años has trabajado, tuviste que dejar tus estudios a los quince años por dedicarte a ser mamá, que es algo muy hermoso también. A partir del 2001 empezaste a retomar tus estudios, y bueno, del 2001 al 2007 has logrado mucho porque, como una mujer ha podido salir adelante con tres hijos y les ha podido dar todo en la medida de lo posible. Tu principal motivo de preocupación son ellos. Entonces, has llevado el papel de madre y padre a la vez. Si salir a trabajar es difícil ahora, nos imaginamos el salir a trabajar ser madre de tres hijos que dependen totalmente de ti. Es admirable, y es lo que también comentó el equipo terapéutico.

Paciente: Si. Y aparte soy mamá, abuela, suegra y divorciada.

T: Si y muy joven, sobre todo muy joven.

4. **P:** Hace quince días yo estaba en una etapa de dolor, también me duele ahorita, pero ahorita mi cerebro esta eufórico porque no he ingerido azúcar, porque no he estado aumentando sal a mis alimentos, porque quiero ponerme diez kilos debajo de este peso y porque hago ejercicio regularmente.

⁸ En este caso, esta parte también fue utilizada como resumen.

Entonces, si mi cuerpo se está desintoxicando, con lo que no debo de comer y está limpiándose con lo que si debo de comer como pescado, pollo y fruta. Si yo echara a perder mi dieta, o mi comportamiento, se que a los siguientes quince días pudiera estar con una moral totalmente abajo.

5. **P:** Dejo de imaginar conversaciones conmigo misma, ya no hago caso a todas esas contradicciones. Por ejemplo, mezclar la comida, para comer mole debo de comer un kilo de verdura cruda, se que se puede, yo no digo que no. La claridad, tener claro que voy a hacer, no estar discutiendo conmigo misma, pero tampoco con otras personas.

- *El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.*

1. **T:** ¿Hay alguna vez que te hayas sentido bien con tu hija.

2. **T:** Oye, todo eso es muy bueno. Tú comentas todos esos cambios positivos para ti. En primer instancia, el tiempo de la depresión que tuviste fue corto.

P: Sí, mínima.

T: Ya pudiste poner límites.

P: Sí. La furia, porque puedo ser bien enojona, pero poder expresarlo es otra cosa. Porque puedo tener mucha rabia, enojo, o lo que sea y quedarme callada. Y esta vez lo hice en el momento en el que tenía que actuar.

3. **T:** Me parece muy importante y yo quiero adelantarme a hacerte una gran felicitación, y me siento muy sorprendida, y de verdad es admirable ver como en quince días ha cambiado tu vida.

P: Mucho, mucho, no sabes.

T: Y sobre todo para bien. Es lo más importante. Para beneficio tuyo. Porque tú te sientes, y déjame decirte, que te ves muy bien.

P: Muchas gracias.

4. **T:** Y con todo lo que nos comentas, me gusta escucharte platicar con el entusiasmo con el que lo haces, porque te escuchas bien. Muchas veces podemos aparentar, pero todo esta en como nos sentimos.

- *Habitualmente no es necesario saber mucho de la queja para resolverla.*

Aquí la paciente habla de la lucha de poder que hay entre su hija y ella y es cuando la terapeuta interviene.

T: Perdón, toda esa información nos parece muy importante, y de hecho son los motivos por los cuales vienes aquí. Quiero entender, ó lo que tu nos estas dejando en claro es que lo que te gustaría es ya no sentirte como te sientes, y el sentirte diferente sería dejar de sufrir....

P: Perdón, el dejar de sufrir sería.... (y es cuando el paciente establece objetivos).

- *Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en la parte del sistema puede producir un cambio en otra parte del sistema.*

1. **T:** ¿Qué necesita pasar hoy, en esta sesión para que sea diferente?

P: No necesita pasar, ya está pasando. Al venir aquí ya es diferente al ser bien honesta conmigo misma, y lo que yo se, ustedes lo van a saber. Y que a lo mejor puedo encontrar cómo no estar sola.

2. **T:** Algo que nos gustaría saber mucho es, en esta media sesión de terapia, en la que hemos estado conversando, y nos gustaría que nos explicaras, ¿Qué te ha dejado?

P: ¿Qué cosa?

T: ¿En que te ha servido esta media sesión?

P: Ha pues, puse en orden mis ideas, o por lo menos una parte. Este..., voy a invitar a Denisse, cuando la vea, para que vayamos a platicar a otro lugar. Le voy a pedir que me perdone. Le voy a decir que me he sentido muy feliz con ella.

Pero que estoy muy enojada con ella, pero que es su vida y que voy a respetar lo que me diga. Si ella me dice "Mamá"- que no se como me diga, porque nunca me dice mamá- si me dice que no, si me vuelve a decir que es muy tarde para ser su mamá; pues ni modo, aún así le voy a decir que la amo.

A mi hijo le voy a decir que no tenga miedo de mí, que se sienta amado como hijo y comprometido hasta su forma de ser como hijo, pero que no tenga miedo porque no voy a estar sola, porque voy a estar bien. Y que ya entre a trabajar, que trabaje -porque no trabaja. Desafortunadamente tuvo que dejar la facultad, pero con todos los conocimientos que tiene, que entre a un trabajo y que empiece a hacer su vida con la persona que ama. Que me gustaría verlo fluir como la persona que quiere y que haga su vida.

Y pues, a mi otra hija le voy a decir que piense en lo que está viviendo, si es lo que ella quiere para ella. Si se siente feliz, pues adelante, pero si quiere cambiar y necesita apoyo para ese cambio, que me diga de que manera le voy a poder ayudar. Y ahorita que tengo horarios libres, pues ayudarla y que ella le eche ganas.

Eso me va a hacer feliz. Me va a hacer feliz poder decir, que no quede en ideas, que lo pueda llevar a cabo. Y pues, eso es lo que me ha dejado, no, o sea, porque tal vez lo pensé, pero no sabía como hacerlo. Ahora que ya tengo una idea, pues no tengo por que buscar otra idea, mejor aplico la que encontré ahorita. Igual y si hay buen resultado y ya no hay tanto dolor y esto es más rápido, más sano, y ya no estarme sintiendo así. Ya veo las cosas.

3. **T:** Tu comentaste que el tan solo venir aquí ya es diferente.

P: Si.

T: Ahorita, también comentabas, que algo diferente a la sesión anterior era el haber, de alguna manera, el organizar y ya tener listas tus ideas de que hacer. Entonces mi pregunta es, ¿Cómo podríamos...?

4. **P:** Ayer pasó algo que me dejó más tranquila y veo que si estoy avanzando. Y yo no se porque no lo hacía. Veía como que pasaba todo en una película y no actuaba en el momento, y después me reprochaba.

Ayer fui a una consulta para ver lo de mis pies, que estaban mal, y noto un acercamiento fuera de lo normal. Y yo para pronto agarro mi bolsa y dije “la consulta se acabo” y le puse las cosas en claro. Y son cosas que no limitaba muy bien.

5. **P:** Y respecto a las amistades también hubo cambios (ja, ja, ja).

T: Platícanos

P: Resulta que la persona que me gusta mucho, la próxima semana es su cumpleaños, y me dijo algo muy bonito. Que me gustó mucho, porque me dijo que como mujer le gustaba mucho.

- *Los clientes definen los objetivos.*

1. **T:** Déjame entender si el hecho de que tu vinieras a visitarnos es porque ya no quieres seguir sufriendo.

P: si.

T: Entonces para lo que tú vienes es para sentirte diferente.

P: El motivo de consulta es que con todo lo que se conoce hoy en las terapias, haya algo para mí, que estoy segura de que lo hay, sin que tenga que tomar medicamentos y que se pueda lograr no recaer, y si recaigo, correr y pedir ayuda.

- *No hay una única forma y “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.*

P: Las fases de la depresión son muchas y quiero que reconozcan en mi persona la euforia. La euforia es lo que esta pasando conmigo en este momento. Pero como yo me intereso mucho y leo mucho, se reconocer las etapas. Y cuando

estoy en esta etapa, empiezo a construir y a construir. Y como ya se que es lo que quiero, empiezo a hacer mis planes, nunca pierdo de vista mi familia, mis amistades y mi trabajo.

- *Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es posible e intratable.*

T⁹: Aquí manejas la relación de pareja, familia, laboral y de amigos. Entonces, ¿cuál es la que..?

P: Creo que todas van relacionadas porque.....

T¹⁰: Perdón Olga, toda esta información es importante, pero quiero entender que lo que a ti te gustaría es ya no sentirte como te sientes y el sentirte diferente sería el dejar de sufrir, por ejemplo..?

P: El sentirme diferente sería: no pelear con mi hija Y seguir trabajando, tener un seguimiento laboral. Por eso decía que es importante la familia para poder tener estabilidad. No ser la agresora, pero tampoco ser la víctima, para que una vez que sea sana esa relación poder sentirme yo calificada para atender a alguien con quien estoy trabajando.

T: Entonces dice que el objetivo sería llevar una relación sana con tu familia.

P: Mmmhu.

T: ¿Cómo sería eso?

P: No pelear, no agredir, no juzgar, pero también poner los límites y los valores. Y que cada quien sepa que cada quien crea sus códigos de honor, o sea, decir “yo no permito esto para mí, pero no permito y tampoco lo hago”.

⁹ En esta parte se encuentra presente la premisa de que el cliente fija los objetivos.

¹⁰ En esta parte también se ve presente la premisa de que no es necesario saber mucho de la queja para resolverla.

Además de la unión, el tratar de buscar excepciones y la utilización de elogios; también se hizo una desconstrucción del marco como intervención y estos fueron en:

- *Unión*

1. **T:** Hola. Buenas tardes. Soy Andrea.

T2: Soy Diana.

P: Yo soy Olga Patricia.

T: y ¿Cómo te gusta que te digan?

P: Los dos Olga Patricia.

T: ¿Cómo te fue en el trayecto?, ¿No se te hizo difícil llegar?

P: Fíjate, ¿Puedo hablarte de tu?

T: Si, por supuesto.

P: Ya se me olvidaron los nombres.

T: Andrea y Diana.

P: Fíjate Andrea que yo sabía como llegar, y llegue con tiempo, y se me ocurrió comprar unas acelgas, y unos champiñones, para hacer una ensalada cruda, y me tomo más tiempo con la cajera, y empecé a caminar más rápido y en la subida del puente para acá me sentí sofocada, al grado de estar sudando. Pero si me hubiera apegado a la hora.

T: Pero si el camino esta larguito. ¿De dónde vienes? ¿De aquí de la comercial?

P: Si. No se me hizo largo. Estoy acostumbrada a caminar grandes distancias, pero tome un tiempo que no había calculado, y después las prisas, pero bien, bien.

T: ¿No se te hizo difícil entonces llegar?

P: No, para mi es muy accesible.

2. **T:** Hola.

P: Hola.

T: ¿Cómo esta el clima?

P: Llovió y por allá granizó.

T: ¿Por dónde vives?

P: Por Santa Martha.

T: ¿Y no se puso feo?, por eso de los puentes que están construyendo.

P: No, pero de regreso va a estar feo.

- *Elogios*

1. **P:** Creo que van a pasar varias cosas.

T: Yo creo que sí, porque has demostrado a lo largo de tu vida, ir para adelante, todo adelante.

2. **T:** Estoy sorprendida de que tengas tantos recursos, como comentabas que te guías por el olfato, de que ya te diste cuenta de muchas cosas, de que sabes que hacer y de que te reconoces a ti misma.

- *Desconstrucción de marco*

T: Comentábamos que, efectivamente, estaba la teoría de la depresión y queremos comentar que pareciera que tú estas creando una nueva teoría, ya que pareciera que tú tienes el control.

Antes de salir comentabas como era diferente la depresión de ahorita a la de hace un mes. Me decías que sí habías hecho cosas diferentes. Entonces, nos da la impresión de que en esta nueva teoría que tú tienes, tienes el control en

cuanto a que sabes que hacer. Mencionaste dieta, ejercicio. Entonces pareciera que tu tienes el control y nos preguntábamos cómo..

P: ¿Obtengo el control?

T: No, más bien, ¿Cómo lo mantienes?

P: Por las emociones. Trato de mantener el equilibrio en las emociones.

CAPITULO 5. Escuela de Milán

Con la denominación de “escuela de Milán” nos referimos a las aportaciones del grupo que se gestó en el centro de estudios de Milán y que, en 1967, fundó Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, invitando a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata (Rodríguez, 2004).

La terapia sistémica de Milán es un modelo terapéutico fundado sobre las teorías de Gregory Bateson. Originalmente aplicado solamente a la terapia familiar, el modelo de Milán es hoy utilizado además en el trabajo individual, de pareja, con grupos y con organizaciones (Campbell, Draper y Crutchely citados en Boscolo y Bertrando, 2006).

El grupo parte de una orientación psicoanalítica cuando sus componentes comenzaron a tratar familias con pacientes anoréxicos y psicóticos (Rodríguez, 2004). En 1971, el grupo de Milán adoptó el modelo sistémico estratégico del *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto, influenciado por las ideas de Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson y Milton Erickson (Watzlawick, Jackson y Beavin; Haley; citados en Boscolo y Bertrando, 2006); y desarrollan la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico.

El método MRI estaba basado en el pensamiento sistémico y en la cibernética de primer orden, es decir en la cibernética del sistema observado. Esto implicaba un observador separado de la entidad observada. El equipo buscaba crear una hipótesis sistémica respecto a la modalidad con la cual la familia se había organizado en relación al síntoma a los sistemas presentados; las hipótesis por lo tanto debían corresponder, en cierto sentido, al juego familiar (Boscolo y Bertrando, 2006).

En este primer periodo de actividad del grupo de Milán, que duraría hasta 1975, la terapia estaba siempre como un ofrecimiento a toda la familia a la que se le presentaba el problema, incluso cuando éste estaba relacionado con sólo uno de sus miembros (el “paciente índice”). Y en éste año la publicación de las obras de Bateson en el volumen “Steps to an ecology of mind” de 1972 (citado en Boscolo y Bertrando 2006), abrió al grupo nuevos horizontes. El modo de pensar y de trabajar cambió drásticamente. El intento consistía en transferir la epistemología cibernética de Bateson a la práctica

clínica, el pensar en modo sistémico para actuar en modo sistémico. Así, influidos por Bateson, modifican su concepción en los sistemas familiares que predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado –creencias- y nivel de acción –patrones conductuales- (Rodríguez, 2004).

Respecto a las posiciones del *Mental Research Institute*, los escritos originales de Bateson se acercaba a un pensamiento puro y complejo. La distinción entre mapa y territorio, las categorías lógicas del aprendizaje, el concepto de mente como sistema y sistema como mente, la noción de epistemología cibernética, y la introducción de la semántica asumieron una posición central. La aplicación de estas ideas en el campo clínico llevo a un desarrollo de un nuevo método de recolección y elaboración de la información y de las nuevas intervenciones sobre los sistemas humanos. Así, fueron enunciados tres principios para la conducción de las sesiones.: *Hipotetización, circularidad y neutralidad*, que se transformaron en la marca distintiva del modelo (Boscolo y Bertrando, 2006), y que más adelante se mencionan más ampliamente.

En 1979, Selvini-Palazzoli y Prata abandonaron el centro para continuar su propia investigación sobre las familias, fundada sobre la cibernética de primer orden, dirigida a “descubrir” posibles organizaciones familiares específicas (“juegos”) relativas a síndromes específicos, como la anorexia y psicosis. Boscolo y Cecchin prosiguieron en su propia investigación, que siguió un cambio distinto, influenciando notablemente por un cambio de contexto. Después, Von Foester (citado en Boscolo y Bertrando, 2006) introduce el concepto de segundo orden, o cibernética de los sistemas observables: el observador entra en la descripción de aquello que es observado, de este modo, observador y observado no pueden ser separados. Von Glasersfeld, por último, abre el camino a los conceptos del constructivismo radical. Así, la familia ya no es mas vista como una “máquina homeostática” que el terapeuta debía conocer antes para luego reparar. Se empieza a centrar el interés en aquello que sucede en la sesión, en el intercambio de información, emociones y significados entre terapeutas y clientes, es decir, se presta mayor atención al proceso terapéutico que a la intervención final (Boscolo y Bertrando, 2006).

Después de todo esto, se deja de considerar solamente al sistema como constituido únicamente de la familia –observador separado de la entidad observada- que se presentaba en la sesión y comienzan a formular hipótesis sobre el sistema significativo relacionado con el problema presentado. El sistema significativo incluye naturalmente también al terapeuta en su calidad de observador, con sus propias teorías y prejuicios. Los terapeutas buscaban ahora entender las maneras con las cuales los patrones de ideas y significados contribuyen a la creación consensual de la imagen clínica observada (Boscolo y Bertrando, 2006).

Así, la escuela de Milán, según Boscolo y Bertrando (2000), desempeña la terapia bajo las siguientes premisas:

- La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayo y error. Es decir, que las familias son un grupo natural que tiene una historia durante la cual experimenta sobre que esta y no permitido en la relación hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por reglas que le son propias.
- El problema o síntoma cumple una función, en patrón específico para el sistema familiar lo que paradójicamente dificulta el proceso de cambio. Así, las familias que son diagnosticadas como patológicas se rigen por un tipo de relaciones y normas peculiares y su comportamiento tiene características tales que permite mantener dichas reglas y por tanto las relaciones patológicas.
- La lógica de las intervenciones consiste en identificar el juego familiar y alterarlo. Las conductas sintomáticas son parte de las peculiares relaciones del sistema y para influir en ellas en términos con cambio, hay que intentar cambiar las reglas.
- El objetivo de la terapia es liberar a la familia de la rigidez de su sistema relacional y de creencias para que después sea ella misma quien encuentre el cambio conveniente.
- El objetivo de la intervención es romper la pauta relacional, introducir un mensaje contradictorio al funcionamiento paradójico de la familia.

Para llevar a cabo la terapia, basándonos en que el terapeuta está incluido en el sistema, Boscolo y Bertrando (2006) mencionan las siguientes características del rol que éste debe de llevar:

- Se requiere adoptar una posición que permita escuchar a los clientes, con esto los terapeutas son directivos y activos en el transcurso de la sesión. En ambos casos, la actitud de escucha es activa y no pasiva, es empática en el sentido de lograr “ponerse en el lugar del otro”, transmitiendo su propia participación emotiva.
- Un requisito importante del terapeuta es la curiosidad (Chechin citado en Boscolo y Bertrando, 2006) en relación a los clientes, de su historia y de la evolución del proceso terapéutico. Gracias a ello, el terapeuta evita encasillarse en intercambios redundantes y repetitivos, que pueden llevar a un impasse.
- Por otra parte, que el terapeuta deba tener la capacidad de mostrarse positivamente (Lai citado en Boscolo y Bertrando, 2006) es otro recurso importante, que facilita su trabajo y la aceptación de los clientes, los cuales pueden, a través de ello, ser positivamente influenciados. La pregunta que cada tanto el terapeuta debiera formular podría ser “¿Que cosa podría hacer ahora que me haga mejor y así podré ayudar de una mejor manera a mis clientes?”. Se puede discutir que la habilidad del terapeuta en el escuchar, en la empatía, en su curiosidad, en su sentido del humor, sean los elementos terapéuticos más importantes para el logro de una buena terapia, específicamente una de carácter explorativo.
- El terapeuta sistémico debe interesarse en el dialogo interno del cliente y también en su dialogo externo; esta atento al sentido que las ideas, palabras y emociones del cliente tiene en relación a si mismo y a sus sistemas de pertenencia, y al sistema terapéutico.
- Es característico que el terapeuta mantenga una visión circular de los eventos, junto a aquella linealidad propia del sentido común. Esto implica la renuncia a considera un evento como causa suficiente de otro y lleva además a considerar las relaciones recíprocas entre los eventos y las acciones humanas (Bateson; Watzlawick, Beavin y Jackson, citados en Boscolo y Bertrando, 2006). El principio de circularidad en la observación de las retroalimentaciones, no en los mensajes verbales y no verbales del cliente, es decir posicionarse en una visión externa (outsight) desde la cual

observa la interacción, lo que conduce a una concepción coevolutiva de la terapia. Mas que hablar de una visión sencillamente circular, conviene hablar de una visión “espiral” (Bateson citado en Boscolo y Bertrando, 2006), que considere el tiempo, los eventos se influncian retroactivamente alcanzando cada vez un resultado diferente.

- Es oportuno que el terapeuta tenga conciencia del problema del poder en la relación terapéutica y en las relaciones del cliente con sus sistemas de referencia y los roles sexuales (género).
- Un punto que no se debe olvidar, es que la terapia debe estar consciente de que su lectura propuesta al interior del contexto no es objetiva, sino que esta influenciada por sus premisas, experiencias y teorías, la conciencia de esto permite mantener distancia y autonomía de sus propias lecturas, tanto como para poder experimentar la creatividad.

Trabajar de modo sistémico requiere, a nuestro entender, el operar en una perspectiva coevolutiva: el terapeuta evoluciona junto al cliente, evitando detenerse en una imagen que reifique el pasado o el presente, o una historia que podría seducirlo. Sus modelos deben saber evolucionar junto a los modelos sociales del cliente. Parafraseando a Borges que decía de Shakespeare, un buen terapeuta debe esforzarse por ser “igual a todos los hombres” (Boscolo y Bertrando citados en Boscolo y Bertrando, 2006).

La interacción entre terapeutas y clientes gana con esto otro nivel de reflexión y disminuye la posibilidad de que el terapeuta se pierda en la relación terapéutica. Uno de los mayores riesgos para el terapeuta es, el buscar “caer” dentro de la relación terapéutica, perdiendo la distancia que es necesaria para ejercer las acciones terapéuticas.

El trabajo en equipo ha conducido a una visión polifónica de la terapia. En las discusiones detrás del espejo, en la cual cada miembro del equipo comunica sus propias emociones y sus propios puntos de vista, nos hemos acostumbrado a contra siempre con puntos de vista diferentes. Y sobre todo, nos ha entrenado en la idea de considerar siempre un “detrás del espejo “como una capacidad de aumentar nuestra capacidad de salir de la inmediata relación.

Las modalidades expuestas, la construcción de una “mente colectiva” (en el sentido de que Bateson da a este concepto) que elabora el trabajo teórico y la práctica, clínica conectándolos en una manera circular. El alumno se encuentra por lo tanto inserto en un proceso continuo de retroalimentación gobernado y regulado por los docentes (Boscolo, Cecchin, y Bertrando citados en Boscolo y Bertrando, 2006).

5.1 Principios para la conducción de la sesión

Otra parte importante en la terapia de la escuela de Milán son los principios en los que ésta se basa. Y a partir de 1975 la formulación de **hipótesis, la circularidad y la neutralidad**, junto con las preguntas circulares, han asumido una posición central en la conducción de la sesión (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata citados en Boscolo y Bertrando, 2006).

Hipótesis

Una hipótesis es una suposición para explicar los hechos y se conforma a partir de la observación de la comunicación verbal y no verbal que existe entre los miembros de la familia (Rodríguez, 2004).

La hipótesis ocupa una posición central entre los medios que se dispone para organizar el trabajo de investigación. Su función esencial es la de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la conformarán, refutarán o modificarán (Selvini, 1990). Sigue siendo un instrumento útil en la conducción de la sesión, por cuanto permite al terapeuta conectar las informaciones, los significados y las acciones que surgen en el diálogo, según las coordenadas de tiempo y espacio de otros puntos de referencia eventuales (Boscolo y Bertrando, 2000).

Para Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1990) con la hipótesis el terapeuta determina el punto de partida de su propia investigación, efectuada de acuerdo con métodos aptos para comprobar su validez. El primer dato que se debe tener en cuenta es que nunca se inicia una sesión de terapia familiar partiendo de un nivel de información igual a cero. De acuerdo con esta práctica, antes de la primera sesión se dispone ya de algunas

informaciones tipo reunidas normalmente por un terapeuta y obtenidas durante el contacto telefónico.

La hipótesis como tal no es verdadera ni falsa, sino más o menos útil (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata citados en Boscolo y Bertrando, 2006). Incluso una hipótesis que luego resulta errada aporta de algún modo informaciones, por cuanto permite excluir una determinada cantidad de variables que habían parecido posibles. Uno de los criterios guía para sopesar la validez de una hipótesis sobre el juego familiar, consiste en confrontarla con la percepción que los familiares tienen el problema. Todo psicoterapeuta parte del supuesto de que no hay que permitir que el cliente siga definiendo el problema de modo repetitivo, sobre la base de alguna de las puntuaciones y prejuicios construidos con el transcurso del tiempo. Aquel que solicita una psicoterapia ha agotado ya las posibilidades de solución que *su* visión del mundo le ofrecía. El objetivo del terapeuta es pues impedir que se siga definiendo el problema de ese modo. Así como también es importante valorar la aceptabilidad de las hipótesis y seguir cambiándolas con el tiempo, para enriquecer el discurso con diferentes tanteos y puntos de vista alternativos, como también para no caer en la objetivación, es decir, en la trampa de la “hipótesis verdadera”, que introduciría rigidez y cerraría el discurso. (Selvini, 1990).

Circularidad

Para evaluar la aceptabilidad, el terapeuta se vale del segundo principio que es la circularidad, es decir, de las retroacciones verbales y no verbales del cliente (Boscolo y Bertrando, 2000). Por circularidad entendemos la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las realimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y, por ende, de las diferencias y los cambios. Lo que llamamos circularidad, es pues, la conciencia, o más exactamente, la convicción de poder obtener de la familia (y por consiguiente dar a la familia) informaciones auténticas. Y sólo se logra ésta si trabajamos con estos fundamentos: la información es una diferencia; y, la diferencia es una relación (o un cambio en la relación). Sin embargo, es necesario otro recurso para ayudar al terapeuta a trabajar enseguida en función de la complejidad: todo miembro de la familia será

invitado a decir cómo ve la relación entre los otros dos miembros de la familia. Se trata, en definitiva, de indagar de qué modo ve un tercero una relación didáctica (Selvini, 1990).

Neutralidad

El tercero de los principios para la conducción de la sesión es el principio de neutralidad, quizás el menos comprendido de todos cuantos usa el grupo de Milán. En un nivel, parece ser un modo de traducir en términos humanos la idea de Bateson de que, si un sistema se percibe de manera sistémica, debe asignarse el mismo peso a todas sus partes. En realidad, se trata de adoptar varias posiciones más que de no adoptar ninguna. El grupo de Milán afirma que si un terapeuta logra mantenerse neutral durante una sesión, los miembros de la familia entrevistada no podrán decir que se puso de parte de uno de ellos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

El hecho de emitir un juicio cualquiera, sea de aprobación o desaprobación, implica, implícita e inevitablemente, una alianza con alguna de las partes. También ponemos especial cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada con nosotros realizada por algún miembro o subgrupo de la familia. En efecto estamos convencidos de que el terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida en que se coloque y mantenga en un nivel diferente (metanivel) del de la familia (Selvini, 1990).

5.2 Técnicas

El síntoma es una configuración de relaciones y de reglas que se reiteran sin una meta-regla que defina cómo han de cambiarse. **El cambio se produce** cuando se halla dicha meta-regla: la terapia pone las condiciones para que surja. El cambio, para que sea terapéutico, supone hallar una meta-regla, que varíe la naturaleza del familiar. Naturalmente, se instaura otro juego menos perjudicial o enteramente benéfico. (Minuchin, 1985)

Aparte de los principios que rigen la terapia de Milán, también es útil el uso de las técnicas de intervención siguientes:

- *Preguntas circulares.*

Para el terapeuta sistémico de Milán, la técnica esencial está constituida por las preguntas. El terapeuta hace preguntas en vez de dar respuestas. La pregunta entrega al otro la tarea de atribuir los significados de cuándo ha sido dicho, reduciendo por naturaleza el tono autoritario o paternalista que está frecuentemente presente en la conversación terapéutica. Entre las preguntas, son de particular importancia y significado las *preguntas circulares*.

El concepto de preguntas circulares se ha confundido a menudo con el concepto de circularidad antes expuesto. Las preguntas circulares fueron inicialmente definidas de este modo porque, en el contexto de la terapia familiar, el terapeuta hacía preguntas por turno a los diferentes miembros de la familia sobre las conductas de dos o más de los otros miembros. De esta manera el terapeuta trataba de construir un mapa de la familia como red de relaciones interconectadas, y el modo más eficaz de crear un mapa semejante parecía ser el de formular preguntas que pudieran mostrar diferencias.

Para profundizar más en el proceso, podemos decir que la información obtenida con las preguntas circulares es recursiva: tanto los clientes como el terapeuta, a través de las preguntas, cambian constantemente su comprensión sobre la base de la información ofrecida por los otros. Este tipo de preguntas informan respecto de las diferencias, las nuevas conexiones entre las ideas significados y comportamientos. Pueden contribuir a cambiar la epistemología, o bien las premisas personales, las tesis inconscientes de los diferentes miembros de la familia. Las preguntas circulares se convierten así en una intervención, quizá la mas importante para el terapeuta sistémico (Boscolo y Bertrando, 2000).

Las preguntas circulares fueron inicialmente propuestas en el artículo "*Hipotetización, circularidad y neutralidad*", en el cual, según Boscolo y Bertrando (2006), son también descritos algunos tipos de preguntas particularmente útiles para evidenciar diferencias en el transcurso de la sesión terapéutica: *preguntas triádicas*, en las que se le pide a

una persona que comente la relación entre otros miembros de la familia; *preguntas sobre los cambios en el comportamiento* antes o después de un evento específico, *preguntas sobre circunstancias hipotéticas*; y por último las *preguntas que buscan establecer un orden o una escala* respecto al comportamiento particular de la intervención.

- *Connotación Positiva*

Según Boscolo et al. (1987) la invención más eficaz del grupo de Milán, y aquella que introdujo una nueva Gestalt terapéutica, fue la connotación positiva. Se le suele considerar similar a la estrategia de reencuadramiento positivo pero, en realidad, se acerca mucho más a una reestructuración de la conciencia del terapeuta.

En la connotación positiva, según Ochoa de Alda (2004), 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, si no 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.

La connotación positiva tiene dos finalidades terapéuticas:

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

- *Paradoja*

Para Milán el concepto de paradoja es sólo un recurso para explicar las situaciones relacionales contradictorias. Las paradojas terapéuticas son tácticas y maniobras que en apariencia se oponen a los objetivos de la terapia pero que en realidad se adoptan para alcanzarlos. Radica en la oscilación establecida entre las posiciones “ganar” y “perder” (Boscolo et al., 1987).

Las interacciones terapéuticas paradójicas son aquellas que: Prescriben explícitamente el síntoma; recurren a elogiarlo; lo connotan positivamente; fomentan el síntoma; muestran preocupación porque pueda desaparecer muy pronto.

- *Rituales*

Un ritual es un ordenamiento de la conducta en el seno de la familia para determinados días o momentos (Boscolo et al., 1987).

Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones. La familia que se somete al ritual familiar adquiere una nueva experiencia, distinta de la que antes tenía, porque el ritual propone normas que difieren de las anteriores, o más bien, contradicen las preexistentes. El ritual requiere, por única vez o de modo reiterado, poner en práctica conductas cuyos tiempos, lugares, formas y modalidades se especifican. Prescribe algo que deben hacer todos los miembros de la familia nuclear. Nadie debe quedar excluido (Selvini, 1990).

Las características del ritual terapéutico pueden ser sintetizadas, según Boscolo y Bertrando (citados en Boscolo y Bertrando, 2006) 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 esto el ritual debe ser críptico, de tal modo que la familia pueda atribuirle sus 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.

5.3 Proceso terapéutico

Después de haber descrito los principios para la conducción de una sesión y de las técnicas, nos acercaremos a la descripción del proceso terapéutico. Nos ocuparemos principalmente de la primera sesión, que es de particular importancia y que en cierto sentido se diferencia de las otras. Es una sesión de evaluación, de consulta, cuyo objetivo es determinar si existe o no una indicación de terapia, y con ello, evaluar cuál terapia sería más apropiada (Boscolo y Bertrando, 2000).

Principalmente se le pide al solicitante que acuda al primer encuentro con toda la familia. A veces la persona que establece el contacto rechaza la invitación a presentarse con la familia y pide venir sola a la primera cita. Naturalmente su pedido es aceptado. Por lo tanto en la primera sesión de evaluación pueden estar presentes la persona que la ha pedido, la familia con o sin el paciente designado, o la pareja de progenitores o de cónyuges.

La primera sesión es frecuentemente más larga que las otras; pueden durar incluso una hora y media, mientras que las otras suelen durar incluso una hora. En ella se examina el sistema significativo y como ha venido desarrollándose con el tiempo, en conexión con el problema presentado. El proceso evaluativo (o diagnóstico) no es diferente de la terapia por cuanto se pide información y se da información.

Cuando entramos en la sesión tenemos a nuestra disposición una ficha, compilada en el momento del primer contacto, que contiene las informaciones básicas sobre el enviante, sobre los miembros de la familia y sobre el problema presentado.

El terapeuta tiene dos preguntas a las cuales la sesión deberá dar respuesta: qué ha llevado a esta persona a buscar ayuda en este momento, y porqué ha acudido a mi. Comúnmente, la primera pregunta que formulamos es: ¿Qué lo ha traído aquí?, o bien: ¿Qué tiene para contarnos?, dejando que el cliente describa las razones por las cuales ha solicitado una opinión profesional.

Según Boscolo y Bertrando (2000) el trabajo más significativo concierne a la exploración de los significados que el cliente y los terceros atribuyen al cómo y al cuándo de los acontecimientos, las dificultades y los problemas referidos. Se explorarán también las relaciones del cliente con sus sistemas de referencia. Estos datos se recogen a través de una serie de preguntas que se refieren a las *experiencias, las descripciones y explicaciones* del cliente y de las personas significativas con las cuales está conectado.

Después de haber explorado el presente del cliente, interesa conocer el pasado, es decir, la memoria del pasado, en busca de conexiones y continuidad con la vida presente. Además tratamos de evocar, con las preguntas hipotéticas, pasados posibles que puedan facilitar el surgimiento de presentes (y futuros) posibles, abriendo nuevas perspectivas evolutivas.

Hacia el final de la sesión se introduce el tema del futuro. Se pueden formular preguntas como: ¿Qué espera de este encuentro? ¿Qué desearía que cambiara en su vida?, o bien, ¿Cuál sería para usted el mínimo suficiente que debiera cambiar? ¿En qué creen ustedes que yo los puedo ayudar?, etc. Se formulan además preguntas hipotéticas sobre el futuro: “Supongamos que improvisadamente desaparecen todos sus problemas. ¿Qué cambiaría fundamentalmente en su vida? ¿Qué efecto tendría esto en los otros?, etc.

Al finalizar la sesión abandonamos un poco nuestra cautela y damos nuestro parecer respecto de la situación. En el caso de que consideremos que exista una indicación

como para sugerir la terapia, lo comunicamos y, si los clientes aceptan, hacemos lo que se llama contrato terapéutico. Para alcanzar esta decisión, en general es suficiente la primera sesión. En otros casos, puede ser necesaria una segunda sesión de consulta.

Las sesiones siguientes, aunque con las debidas diferencias, se asemejan entre sí. El terapeuta comienza por preguntar al cliente qué tiene para contar hoy. Al comienzo de la sesión adopta la posición de oyente, que le permite hacer surgir en el cliente reflexiones, emociones y fantasías relativas a la última sesión, a la relación terapéutica y también a su vida presente. Con el desarrollo de la sesión, el terapeuta se vuelve más activo y explora junto con el cliente uno o más temas emergentes de importancia particular. Frecuentemente hacia el final se introduce el tema del futuro, a través de preguntas, metáforas, anécdotas, etc., y a veces se hace un comentario en forma de metáfora o de historia, que reconstruye los elementos de la sesión de un bodeque pueda abrir nuevas perspectivas. El comentario a menudo se construye a partir de elementos surgidos durante la exploración de un tema que parece ser fundamental en la vida del cliente (Boscolo y Bertrando, 2000).

5.4 Mapa central

En el mapa de la Escuela de Milán encontramos, del lado de la pauta, un primer nivel y manteniendo la estabilidad del sistema al juego familiar, y del lado del cambio a Problema, Coaliciones, Función del síntoma; éstos a su vez inmersos en un segundo nivel dentro de la tradición manteniendo así la estabilidad de la complementariedad cibernética. En cuanto a la intervención, en el primer nivel encontramos a la demanda de que el síntoma siga, manteniendo a la estabilidad y del lado de la pequeña demanda de cambio tenemos a la intervención terapéutica. Éstos a su vez, inmersos dentro de la estabilidad, que se encuentra en un segundo nivel formando una complementariedad cibernética con la connotación positiva, o pequeña demanda de cambio.

PAUTA:



(Tradición / Cambio)



(Juego familiar/Problema, Coaliciones, Función del síntoma)



INTERVENCIÓN:



(Estabilidad/Connotación positiva)



(Demanda de que el síntoma siga/Intervención T.)



5.5 Caso clínico

En la ficha técnica de información previa a la cita tenemos:

Integrantes de la familia:

- Gonzalo de 36 años quien es el padre de familia con estudios de segundo de secundaria, auxiliar de maquila y empleado de la empresa CARSA.
- Elena del Carmen de 31 años, con estudios de tercer semestre en el colegio de Bachilleres y ama de casa.
- Gustavo de 13 años en segundo de secundaria.
- Brenda de 9 años en cuarto de primaria.
- Gonzalo de seis años en primero de primaria.

Problema:

La señora refiere que **Gustavo**¹¹ está muy “desorientado”. Que el comportamiento en la escuela es el problema, ya que llega tarde a clases, molesta a sus compañeros en el salón, no presta atención en clases y platica. La mamá comenta que la han mandado a llamar a Trabajo Social porque ya firmo 15 reportes, y la hicieron firmar una carta compromiso de que al próximo reporte lo suspenden.

Comenta que Gustavo reprobó dos materias de este periodo (inglés y español) y que debe dos del año pasado (matemáticas e inglés).

Menciona que desde que entró a la secundaria empezaron los problemas y que fue atendido psicológicamente en la clínica Tamaulipas de la UNAM, pero que ella no ve diferencias.

La señora menciona que en la casa se comporta mejor, ella cree que su hijo tiene un trauma porque entraron a robar a su casa, que su papá se fue a Estados Unidos y que él lloró mucho, y que a ella la asaltaron y le quitaron la bicicleta y que Gustavo vio.

Desde hace dos años que viven con su tío (de Gustavo) que es adicto a la marihuana y el alcohol. Él tiene dos hijos que viven con él (y con uno de los cuáles Gustavo se junta mucho); y dos que viven con la mamá en Tijuana.

Principios.

Durante el caso se encontró la utilización del principio de la **Hipotetización**. Recordemos que no hay hipótesis ni verdaderas ni falsas, sino más bien útiles y empezamos la sesión con las siguientes:

1. El primo influye en la conducta de Gustavo.
2. Los cuidados, por parte de los padres, se relajaron y Gustavo opto por desatarse.
3. Se junta con otros compañeros igual de desatados.
4. El papá siente culpa por haberse ido a Estados Unidos y es tolerante con Gustavo.
5. Existe dificultad en los estilos de educación, es decir no hay un estilo de educación.

¹¹ El nombre del paciente fue cambiado.

6. Hay rebeldía en la escuela por la influencia del primo y los amigos porque en la casa los padres están más atentos a su conducta.

Otro principio de terapia de Milán encontrado en el manejo del caso fue el de la **Circularidad**, éste se presenta durante la entrevista clínica al tratar de ver si las hipótesis mencionadas eran útiles al preguntar: ¿cómo es que castigan a Gustavo?, ¿si es que se porta mal también en casa?, ¿si es que sus compañeros también se portan mal en casa?, ¿que consejos son los que le da el primo? y ¿si es que quiere ser como él?

Después de la primera intercesión, las hipótesis que se retomaron de las anteriores fueron dos y se formuló otra.

- El primo influye en la conducta de Gustavo.
- Hay rebeldía sólo en la escuela por la influencia del primo y los amigos, porque en la casa los padres están más atentos a su conducta.
- Para Gustavo, el primo es un ejemplo a seguir y una sustitución de su padre.

Para ver si estas hipótesis jugaban una parte importante en el rol familiar, se hicieron preguntas como: ¿qué consejos le daría su primo si él fuera su padre?, que ¿si quiere ser igual que su primo?, etc. Y al final de la entrevista nos quedamos con la hipótesis elaborada en la segunda etapa.

- Para Gustavo, el primo es un ejemplo a seguir y una sustitución de su padre.

En cuanto al principio de **Neutralidad**, éste se ve reflejado durante toda la entrevista, ya que se nota que no hay enjuiciamiento (aprobación o desaprobación y/o alianzas) más bien curiosidad de los terapeutas al seguir preguntando sobre el tema del que se está hablando. Por ejemplo, cuando la mamá menciona que el hecho de que el papá se haya ido a Estados Unidos tiene que ver mucho con el comportamiento de su hijo, y una de las terapeutas solamente le pregunta al papá que cuánto tiempo se fue.

Técnicas

En las **preguntas circulares** se obtienen diferentes puntos de vista de diferentes integrantes de la familia respecto a un tema. Siendo así, aquí podríamos hacer referencia a cuando el terapeuta le pregunta al padre y a Gustavo: ¿cómo es la

situación cuando el padre le pega y cuando no?, ¿si es cierto que Gustavo ya no quiere ir a la escuela?, o acerca de ¿si los hijos tienen derechos y los padres tienen la obligación de cuidarlos porque ellos los trajeron al mundo?. Otro ejemplo es cuando le preguntan a Gustavo, a sus padres y hermanos ¿cómo es que se lleva Gustavo con sus hermanos?, y cuando contestan que no muy bien, lo terapeutas les preguntan ¿si es que creen que es una manera de desquitarse de lo que le pasa?.

Durante la sesión también se hicieron algunas **preguntas hipotéticas** a Gustavo y fueron: Si tu fueras padre, ¿Cómo resolverías ésta situación?, ¿Cómo crees que reaccionarían tus compañeros al ver que subes de calificaciones?, y ¿Cómo sería tu vida si tuvieras las mismas libertades de tu primo?

Se hizo uso de la **narrativa** al hablar de la diferencia entre los chichimecas y las personas del centro, las cuales son más inteligentes y cultas.

Para terminar el caso se utilizó la **connotación positiva** al decirle a Gustavo que lo él lo que intenta es conseguir el respeto de sus compañeros, que el comportamiento hostil que el presenta es para defenderse fuera de casa, porque en ésta tiene el cuidado de sus padres, que está en un proceso de maduración, que esta listo, que es inteligente, que tiene carisma para acercarse a sus compañeros, que utiliza la inteligencia, la honestidad, que a pesar de ser una persona de 13 años es inteligente, honesto, sensible, obediente, que es un “chavo fuera de serie”, que tiene la capacidad de elegir lo bueno de lo malo y saber a donde va.

Durante el caso las **premisas** utilizadas fueron:

- La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayo y error. Durante la sesión se presentó; cuando el Sr. Gonzalo resolvió ya no seguirle pegando a Gustavo y así su actitud cambiara. Otro ejemplo, es cuando los papas de Gustavo comenta que platican mucho, que les pregunta que es lo que les molesta, que tiene, que le pasa; sin embargo, no ha servido de mucho ya que Gustavo se muestra hermético y sus actitudes no cambian mucho, el cual los ha llevado en busca de otras posibilidades.

- El problema o síntoma cumple una función, en patrón específico para el sistema familiar lo que paradójicamente dificulta el proceso de cambio. El ejemplo en la familia Mendoza es; la falta de confianza que los papas de Gustavo tienen con él al sentir que no puede tomar sus propias decisiones, que en realidad lo hace, conoce sus límites y sus debilidades. Además de la necesidad de buscar, por parte de Gustavo, el respeto y la admiración de sus compañeros de la escuela, sintiéndose mejor en la escuela.
- La lógica de las intervenciones consiste en identificar el juego familiar y alterarlo. Por medio de la introducción de un mensaje posterior a la ubicación del juego familiar, con el fin de que cuando se introduce información a un sistema el cual producirá un cambio.
- El objetivo de la terapia es liberar a la familia de la rigidez de su sistema relacional y de creencias para que después sea ella misma quien encuentre el cambio conveniente. El mensaje dado a la familia buscó el análisis de los integrantes de la familia para generar un cambio.
- El objetivo de la intervención es romper la pauta relacional, introducir un mensaje contradictorio al funcionamiento paradójico de la familia. El mensaje que se le dio a la familia, generó un poco de dudas, sobretodo a la Sra. Elena al final pregunto si era que ellos estaban exagerando con Gustavo, la tarea sería que ellos lo analicen y saquen sus propias conclusiones y genere un cambio en sus relaciones.

Como se mencionó, el caso terminó al hacer la connotación positiva. La reacción de los padres fue decirles a los terapeutas que no entendían que es lo que tenían que hacer, a lo que los terapeutas respondieron que el equipo mandaba ese mensaje y que a ellos les correspondía interpretarlo.

CAPITULO 6. Análisis y conclusiones

El mundo actual está lleno de problemas de interés social que afectan a la salud, tanto física como psicológica de las personas a nuestro alrededor. Aquí podríamos mencionar cuestiones como la economía, la violencia a todos los niveles y de todas las formas, las adicciones, la desintegración familiar, etc. Todo esto, aunado a que la creencia de que “solamente los locos van al psicólogo” esta desapareciendo poco a poco, hace que la demanda de terapias psicológicas aumente día con día. Pero, así como crece la demanda de terapia, también crecen las alternativas de cómo hacer terapia.

Basándome en mi experiencia como paciente, lo que una persona busca al acudir con un terapeuta es que la problemática que presenta desaparezca. No le interesa saber y/o entender la razón por la cual le pasa tal o cual cosa. Le interesa “estar ó sentirse bien”. En la terapia sistémica encontré una alternativa excelente para dar terapia, y por qué no decirlo, para recibir terapia y para que las personas resuelvan su problemática de una manera breve y eficaz. Este enfoque además tiene varias escuelas. Cada uno tiene diferentes maneras de explicar cómo es que la gente crea sus problemas, así como diferentes técnicas y procedimientos para abordar la problemática del paciente. Aunque todos tienen en común aspectos como los siguientes: no se etiqueta a los pacientes, el paciente es el que fija el objetivo de terapia, aunque aquí el terapeuta ayuda a formularlo de manera que sea alcanzable y viable; el paciente da al terapeuta las herramientas para las intervenciones que va a elaborar de acuerdo a los tipos de intervenciones de cada modelo.

Reflexión epistemológica.

Se ha querido reducir el enfoque a un método superficial, aceptable para dificultades de poca importancia, pero inadecuado para los “verdaderos” problemas psicológicos, si no, es como una ayuda temporal. Se ha considerado también que su escaso interés por la riqueza de la vida, su desprecio del papel que tiene la toma de consciencia, el poco caso que hace a la historia individual, reducía al hombre a una

estructura mecanicista, cuyas referencias a la cibernética descubrían el proyecto. No se afirma que el enfoque tenga la solución a todos los problemas. Pero las cuestiones planteadas son importantes y responder a ellas permite obtener la vida psicológica supuesta por esta concepción de la psicoterapia.

Recuerdo que cuando entre al diplomado una amiga me preguntó que se trataba el modelo, y le dije que era de terapia breve y me contestó “Es americano. Si, todos los americanos quieren las cosas rápidas, aunque no sirvan. No ataca los problemas de raíz, entonces después vuelven a surgir”. Acepto que en ese momento me sembró la duda y pensé en que el paciente después presentaría otra conducta disfuncional, que en realidad, “nada más cambiaría de síntoma”. A lo largo del diplomado se esfumó por completo la duda, y en el modulo de epistemología cibernética encontré una respuesta científica a el comentario de mi amiga. Un paciente llega buscando un cambio, pero tampoco quiere perder la estabilidad que tiene. Por lo tanto, el terapeuta debe ofrecer cambio y estabilidad a la vez. Se logra el cambio metiendo un ruido significativo a la estabilidad que el paciente presenta en el momento en el que llega a la terapia o llevándolo a lo absurdo de su problema, haciendo que el paciente encuentre una manera más funcional de tener esa estabilidad, claro por medio de las técnicas específicas de cada modelo.

Otra parte importante que entendí, gracias a la epistemología cibernética, es que todos contamos con una manera diferente de puntuar los hechos, y no quiere decir que los demás estén mal. Más bien uno debe de estar abierto a ver los diferentes marcos y así tener una visión más completa de los hechos.

Todo lo anterior y todos los conceptos de la epistemología cibernética que vivimos – porque los experimentamos a través de curiosos ejercicios- han hecho de mí una mejor persona, vivir la vida de manera diferente y ser una terapeuta más eficiente.

Experiencia de aprendizaje

Una parte esencial en la adquisición de mi aprendizaje fue la excelente y particular manera de cada uno de los maestros de transmitirnos sus conocimientos. Por eso, me gustaría agradecerles su paciencia y su disponibilidad a resolver dudas. Cada uno de ellos es un experto en la materia que hace tan sencillo el tema y cada uno te deja una riqueza diferente.

Todos los módulos fueron muy enriquecedores y aprendí muchas cosas, pero hablare de uno por uno.

En el primer modulo, que impartió Vicente Cruz Silva, hablamos de los antecedentes de la terapia sistémica y ahondamos en la terapia del Mental Research Insitute, aprendí a calibrarme con el paciente, a abrir mi mente y a ver las cosas de maneras diferentes, aprendí que todo contacto con el paciente afecta la capacidad de maniobra del terapeuta, las técnicas de intervención, que no existen pacientes “difíciles” y que el terapeuta debe tomarse su tiempo para hacer una intervención. Vimos un video de Karin Schlanger en el que vimos las técnicas aplicadas. Y fue muy enriquecedor poder ayudar a una paciente, con este modelo, en la parte del caso clínico. Y vi que funcionaron las intervenciones aplicadas.

En el segundo modulo, que impartió Sergio Mandujano Vázquez, entendí muchas de las intervenciones de quien considero un maestro en terapia –Milthon Erickson- por medio de la escuela Estratégica de Jay Halely. Aprendí a manejar todas las características de los pacientes para ser usadas en las diferentes intervenciones, ya sean directivas o no. Fue enriquecedor, además, porque nosotros fuimos terapeutas y pacientes de nuestros compañeros. Así vivimos las técnicas de intervención en nosotros mismos. Además de saber varias de las experiencias del profesor en terapia.

En el tercer modulo, que impartió Lidia Beltrán Ruiz, revisamos la escuela de soluciones y dentro de ésta revisamos las técnicas y procedimientos específicos, de la Escuela Centrada en Soluciones y la Escuela Orientada a las Soluciones. Aquí fue un poco difícil centrarnos en las soluciones en lugar del problema, pero lo

logramos hacer con ayuda de la profesora. Aquí fue donde tuve la experiencia de atender a una paciente con mi compañera Diana Imelda, y realmente aprendimos mucho, aunque al principio nos sentimos un tanto desubicadas. Pero fue de mucha ayuda el equipo terapéutico, que solamente nos decían lo que hicimos bien – nuestros recursos- y que además aportaron mucho para la creación de las intervenciones. Este modulo fue de gran relevancia en mi vida, porque en la ejemplificación de la pregunta del milagro, yo fui paciente de todo el grupo, y realmente viví lo sencillo de la solución a mi problema, además de que participe en el proceso de reflexión del equipo, y en algún momento intervine como terapeuta de mi propio problema.

En el cuarto modulo, que manejo Alberto Patiño, trabajamos con muchos casos, ya que los atendimos por equipo y cada equipo atendió uno. Por lo tanto, tuvimos la oportunidad de ver diversas problemáticas y la manera de entrevistarlas, intervenirlas y ver aplicado parte de lo que vimos en la revisión teórica de la Escuela de Milán.

Después de revisar cada uno de los modelos hubo dos sesiones llamadas *practicum* en las que recapitulamos sobre los modelos revisados y solidificamos nuestros conocimientos al aplicar las intervenciones a casos. Fue muy enriquecedor también porque cada equipo dio opciones de tratamiento diferentes, y que todas puntuaban un recurso diferente de los pacientes.

El último modulo fue aprender un tema totalmente nuevo para mi, y al principio difícil entender las lecturas, pero al llegar al salón, Pedro Vargas Avalos lo explicaba tan bien que lo hacía muy sencillo. En éste modulo hicimos muchos ejercicios “locos”, a los cuales les fuimos encontrando sentido al ir avanzando en la teoría. En general, fue de gran autoconocimiento y crecimiento personal.

Experiencia profesional

Por medio del diplomado adquirí gran seguridad para dar terapia y me di cuenta de errores que cometía muy frecuentemente, errores que teniéndolos en cuenta al estar frente a un paciente, llegas a ahorrarte mucho tiempo en el proceso terapéutico,

además de cumplir el objetivo de terapia. Estos “pequeños detalles” que antes yo no tenía en cuenta son, por ejemplo: fijar el objetivo muy claramente, hacerlo en términos de conductas, que sea algo alcanzable, razonable y que signifique una presencia y no una ausencia; y el establecer cual sería el cambio mínimo para decir que la terapia está funcionando, solo por mencionar unos cuantos. Otra parte importante que ahora se es que todo tipo de contacto con el cliente influye en el proceso terapéutico y que todo puede ser utilizado como herramienta para elaborar una intervención. Claro, hay que basarse en un modelo para manejarlo y tener más habilidad en el uso de sus técnicas, pero es bueno saber que tienes más conocimientos y herramientas de las cuales echar mano.

Las experiencias que ahora he tenido con los pacientes son muy diferente a la anterior, porque mis pacientes ya no abandonan el tratamiento, regresan cuando tienen una problemática diferente o me recomienda con otros pacientes. Ahora se qué, cómo y por qué hago alguna técnica o procedimiento. Aunque aún creo que la práctica hace al maestro y que necesito aprender muchas más cosa.

Finalmente, me gustaría agradecer a los profesores por todas estas experiencias de aprendizaje y de vida que nos proporcionaron durante el diplomado. Por eso el nombre de *Aprendiendo Terapia Sistémica a través de la experiencia* para este trabajo, porque era muy gracioso que al principio del diplomado todos queríamos trabajar problemáticas personales y a lo largo del diplomado, con todas las experiencias y prácticas, éstas desaparecieron. Entonces, al final del diplomado cuando preguntaban si alguien quería trabajar algo, solamente nos quedábamos viendo entre todos y tratábamos de buscar problemas, que ya no teníamos, y surgió la frase “Nuestro problema es que ya no tenemos problemas”.

En pocas palabras, el diplomado fue una experiencia que marcó mi vida profesional y personal.

Referencias

- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006). *La terapia sistémica de Milán*. En Roizblatt, A. (edit). *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortú.
- de Shazer, S. (1992) *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- Fisch, R. Weakland J. y Segal L. (1988). *La táctica del cambio*. Barcelona: Heder.
- Haley, J. (1976) *Estrategias de psicoterapia*. Barcelona: Toray
- Haley, J. (1980) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Haley, J. (1984) *Terapia de ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Haley, J. (1989) *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Keeney, B., y Ross, J. (1985). *Construcción de terapias familiares sistémica. Espíritu en la terapia*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Kim Berg, I. y Miller, S. (1992) *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Lipchick, E. (2002) *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Madanes, C. (1989) *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortú.
- Mandujano, S. (2007) *Modulo Estratégico*. Material Didáctico del Diplomado en Terapia Sistémica. Facultad de estudios superiores Zaragoza. UNAM. México.

- Minuchin, S. (1985). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990) *El Arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, B. (2001) *Desarrollar Posibilidades: un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. En O'Hanlon, S., y Bertolino, B. (comps). México: Paidós.
- O'Hanlon, B. (2007) *What is the difference between solution-focused, solution-oriented and Possibility Therapies?* Homepage disponible: www.brief-therapy.com Fecha de acceso: 06/07/ 07
- O'Hanlon, B. y Weiner-Davis, M. (1993) *En busca de soluciones*. 2º edición. Buenos Aires: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (2004). *Enfoques en la Terapia Familiar sistémica*. Barcelona : Herder
- Rodríguez, C. (2004). *La escuela de Milán*, en Eguiluz, L. (compiladora) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Robles, T (1991) *Terapia cortada a la medida: un seminario Ericksoniano con Jeffrey K. Zeig*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad del México.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1990). *Elaboración de Hipótesis, Circularidad, neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión*. En Selvini, M. (Comp.) Barcelona: Paidós.
- Von Forester, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P.,y Weakland, J. (1986) *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Weiner, N. (1964) *The human use of human beings: cybernetics and society*. 2da. Ed. Nueva York: Avon
- Wittezaele, J.-J., y García T. (1994). *La escuela de Palo alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona:Herder.