



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**TERAPIA SISTEMICA:  
ASPECTOS TEÓRICOS Y TÉCNICOS  
DE LOS MODELOS  
M.R.I, ESTRATEGICO, SOLUCIONES Y MILÁN**

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

**CRISTINA JANNETH CUEVAS CORONADO**

**TUTOR: MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ**

JURADO: LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ  
MTRO. SERGIO CARLOS MANDUJANO VÁZQUEZ  
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN  
LIC. JAZMÍN ROLDAN 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:

### **A mí madre:**

*Querida madre, sabes he estado tanto tiempo pensando la mejor manera de agradecerte el que me dieras la vida, el que ames a mis hijos tanto como a mi y nos entregues tu tiempo, tu espacio, tu calor, tu fortaleza, tus manos, tu amor y miles de cosas más, y concluyo que la mejor manera sería ofreciéndote mi profesión y mi superación, mi espíritu de lucha y mi valentía; pero sabes, después de todo, sigo percibiendo un vacío, pues ¿como puedo darte yo algo que me diste tu primero?.*

### **A mí padre:**

*Te agradezco padre por haberme enseñado el sentido de la responsabilidad y la dedicación, que hacen de mí una mujer que no desiste. Tú silenciosa paciencia, tú alegría que se contagia y la forma mágica en que tantas veces borraste de mi alma los temores y los convertiste en una nueva forma de crecer. Gracias por ser niño que jugaba con nosotros y también viejo que da sabios consejos.*

### **A mis hermanos:**

*A ustedes les doy gracias por ser compañeros de juegos y travesuras, gracias a ti Israel, por tu flexibilidad, a ti Francisco por tu valentía y a ti, pequeña Esmeralda por tu nobleza. A los tres gracias, por permitirme experimentar el valor de la verdadera amistad y la compañía sincera; pero sobre todo por su alegría, sus abrazos y su gran amor.*

### **A tí, compañero de mi vida:**

*Agradezco haberte conocido, tu fascinante compañía por la vida, esa sonrisa pícaro con que un día comenzó nuestra relación, tu ejemplar paciencia, tu compromiso pleno, el que mantengas las puertas del respeto, la comunicación y el amor abiertas, por la bendición de despertar todas las mañanas a tu lado y contemplar juntos el mismo anochecer; pero sobre todo, agradezco la forma en que acompañas mis temores y conviertes mis errores en una nueva forma de crecer y superarme.*

### **A mis hombrecitos Diego y Josué:**

*Pequeños antes que nada les pido perdón por todo el tiempo que no les he dedicado; por las veces que no he estado cuando quieren jugar o necesitan un abrazo; pero creo que comprenden es con el afán de seguirme superando; y poderles enseñar a ser fuertes, independientes; pero sin permitir que olviden jamás el valor de una sonrisa. Quiero que sepan que al darles la vida, ustedes también me la volvieron a dar a mí, porque con la llegada de cada uno de ustedes mi estancia en este mundo se hizo más feliz. Gracias por ser una maravillosa forma de ocupar mi tiempo y mi espacio.*

### **A mis abuelos:**

*Gracias por estar siempre, incondicionalmente a mi lado y darme ese abrazo, esas palabras de amor y la compañía que tantas veces necesite, por todo su apoyo y sabios consejos; pero sobre todo por brindarme ese lugar en sus corazones que me hace sentirlos como a mis verdaderos padres.*

**A mis suegros y cuñados:**

*Gracias por todo el tiempo que cubren mi ausencia, brindando a mis hijos los abrazos, juegos, y sonrisas, que a veces yo no puedo darles; y gracias también por todo el apoyo que me brindan.*

**A mis amigas y amigo:**

*Ana Sol, Casandra, Jenny, Erika y Rafael por compartir con migo su entusiasmo, sueños, anhelos, momentos de alegrías y tristezas, el amor a la psicología, los mismos objetivos y en fin, por compartirme todo lo que son.*

**A mis compañeros del diplomado:**

*Les agradezco por compartir sus experiencias, sus conocimientos y habilidades, por tener ese sentido de la cooperación, que genero un ambiente agradable para concluir esta maravillosa aventura.*

**A mis profesores:**

**Pedro Vargas:**

*Te agradezco el haber sembrar en mí la semilla de la inquietud por la psicoterapia, tu profesionalismo, tu sentido de la responsabilidad y tu dedicación, que se contagian. Por todos tus consejos y apoyo para ayudarme a cumplir uno de mis más grandes anhelos y volverte así mi cómplice y amigo.*

**Lidia Beltrán:**

*Gracias por tu paciencia, tus consejos, tu responsabilidad y por esa fuerza y energía que desprendes, que te hacen un ejemplo de vida para mí. Por ser el vehículo principal para concluir esta experiencia.*

**Sergio Mandujano:**

*Agradezco tus consejos y profesionalismo. Quiero decirte que tus palabras se grabaron en mi mente y corazón y entiendo que “mi carrera profesional apenas se esta gestando y no pienso, por ningún motivo abortar mis proyectos”.*

**Alberto Patiño:**

*Gracias por tu particular forma de enseñar siempre con una sonrisa, con tu irreverencia, y curiosidad; y también por todos tus consejos.*

**Vicente Cruz:**

*Gracias por tu flexibilidad, tu dedicación y tu profesionalismo; pero sobre todo por tu sentido del humor que tantas veces nos hizo sonreír.*

*Por todo esto, me parecen todos tan grandes que no puedo hacer más que agradecer a la vida el haberme brindado el privilegio de tenerlos en mi vida, y coincidir en el mismo tiempo y espacio para poder abrazarlos y decirles cuanto los quiero, los admiro y los respeto.*

## INDICE

	Página
RESUMEN	2
INTRODUCCION	3
APARTADO I: EPISTEMOLOGIA CIBERNETICA	
ANTECEDENTES DE EPISTEMOLOGIA CIBERNETICA	6
CONFERENCIAS MACY	6
EQUIPO DE BATESON	7
LABORATORIO DE HEINZ VON FOERSTER	8
ESCUELAS DE TERAPIA SISTEMICA	8
CONCEPTOS BASICOS DE EPISTEMOLOGIA	8
CONCEPTOS DE EPISTEMOLOGIA CIBERNETICA	10
MODELO EPISTEMOLOGICO DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA	12
APARTADO II: TERAPIA DEL MENTAL RESEARCH INSTITUTE	
ANTECEDENTES HISTORICOS	14
PRINCIPALES EXONENTES	16
CONSTRUCCION DEL PROBLEMA	16
TEORIA DEL CAMBIO	16
PROCESO TERAPEUTICO	17
TECNICAS DE INTERVENCION	20
PRESENTACION DE UN CASO CLINICO	24
LECTURA CIBERNETICA DEL PROCESO TERAPEUTICO	27
APARTADO III: TERAPIA ESTRATEGICA DE HALEY	
ANTECEDENTES HISTORICOS	28
PRINCIPALES EXONENTES	28
CONSTRUCCION DEL PROBLEMA	28
TEORIA DEL CAMBIO	29
PROCESO TERAPEUTICO	30
TIPOS DE DIRECTIVAS	35
PRESENTACION DE UN CASO CLINICO	38
LECTURA CIBERNETICA DEL PROCESO TERAPEUTICO	40

APARTADO IV: TERAPIA ENFOCADA EN LAS SOLUCIONES	
ANTECEDENTES DEL MODELO	41
PRINCIPALES EXONENTES	42
CONCEPCION DEL PROBLEMA	42
CONCEPCION DEL CAMBIO Y LA SOLUCION	42
PROCESO TERAPEUTICO	43
ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCION	47
PRESENTACION DE UN CASO CLINICO	51
LECTURA CIBERNETICA DEL PROCESO TERAPEUTICO	57
APARTADO V: ESCUELA DE MILAN	
ANTECEDENTES HISTORICOS	58
PRINCIPALES REPRESENTANTES	60
CONSTRUCCION DEL PROBLEMA	60
TEORIA DEL CAMBIO	60
PROCESO TERAPEUTICO	60
TECNICAS DE INTERVENCION	63
PRESENTACION DE UN CASO CLINICO	66
LECTURA CIBERNETICA DEL PROCESO TERAPEUTICO	69
CONCLUSIONES	70
BIBLIOGRAFIA	72

## RESUMEN

*El presente trabajo refleja el aprendizaje adquirido a lo largo de un año de entrenamiento en el Diplomado en Terapia Sistémica. Se plantea al enfoque sistémico como toda una nueva forma de concebir los problemas humanos y en consecuencia de la manera de hacer terapia. Para ello, se describen los modelos dominantes del enfoque Sistémico: Mental Research Institute, Estratégico, Soluciones y Milán, así como las premisas epistemológicas en las que se basa su trabajo, surgidas de las Conferencias Macy y del pensamiento de hombres como Gregory Bateson. Para cada escuela se revisan aspectos teóricos, antecedentes históricos, exponentes, explicación del problema y el cambio, así como las principales técnicas de intervención. También se incluye la presentación de algunos aspectos prácticos, derivados de las sesiones de supervisión de casos reales, con problemas reales, con lo que se muestra que estas estrategias son valiosas, porque pueden ser enseñadas y posteriormente, puestas al servicio de las personas que lo requieran, con resultados favorables.*

**Palabras Clave:** *Terapia Sistémica, Principales Modelos, Cibernética*

## INTRODUCCION

Tradicionalmente, la terapia ha estado orientada en la búsqueda de las causas de los problemas, en la identificación de síntomas y se ha considerado al pasado de la vida del cliente como la raíz de los síntomas actuales. Por ejemplo, se cree que los pacientes asisten porque tienen “traumas” consecuencia de acontecimiento del pasado y no que ellos contribuyen a la formación de los problemas. Otra idea es aquella fundamentada en que si una persona tiene una patología grave y persistente la terapia debe ser igual de dolorosa y prolongada. Sin embargo, a pesar de la resistencia de algunos autores ligados a las teorías y prácticas clínicas tradicionales, otros investigadores y terapeutas han hecho muchas contribuciones en su búsqueda por nuevos enfoques de los problemas humanos y de su solución. De este modo, la práctica de la terapia con una postura epistemológica sistémica ha tenido un gran impacto en los últimos 20 años. La pronunciación por una metodología distinta, totalmente crítica de la tradicional manera de hacer terapia está expandiéndose. La apertura y respeto por nuevas posturas psicoterapéuticas, ha permitido el estudio y la elaboración de técnicas terapéuticas más eficientes y menos prolongadas. Propiciando una disminución de los costos sociales y económicos de los solicitantes, una mejor y mayor indagación de las problemáticas; así como un mayor involucramiento social de los integrantes de un sistema disfuncional (Eguiluz, 2004).

En la actualidad, el modelo de pensamiento sistémico ha ido más allá de una técnica de abordaje a familias, se ha constituido no sólo en una epistemología que rige el ámbito de la psicoterapia, ya sea individual, de pareja o grupo, sino que ha expandido sus conocimientos a otras disciplinas, aportando una nueva perspectiva de construcción del mundo. Las tramas de las interacciones humanas se vuelven más complejas y el modelo sistémico surge entonces como un modelo que tiene por objetivo el cambio y la resolución de problemas, y atenta sobre dicha complejidad posibilitando la deconstrucción de viejos significados para elaborar otros nuevos, permitiendo la reflexión a través de la acción y viceversa (Nardone, 1998).

Sin embargo, las instituciones que ofrecen la formación de este enfoque en México son predominantemente de carácter privado, lo que hace que el servicio sea costoso y limitado, por lo que es de suma importancia la participación de la UNAM en este proceso de desarrollo en el país. Así en la FES-Z existe un grupo dedicado a la formación de profesionales para el ejercicio de la Terapia Sistémica, gracias al cual no sólo compartimos experiencias y conocimientos, también he descubierto esta alternativa para el trabajo terapéutico, que está alejado de los métodos tradicionales, por medio de la reflexión de los presupuestos básicos acerca del comportamiento humano y considerando los sistemas de relación en conjunto, lo que me ha hecho cambiar mi concepción del mundo y en consecuencia de la terapia.



Por tal motivo, el presente documento pretende dar un panorama de la aplicación de las diversas escuelas y por tanto de las distintas formas de hacer terapia, dentro de un mismo marco epistemológico.

En el primer apartado revisaremos los antecedentes de la terapia familiar sistémica, en el marco de las conferencias Macy donde se desarrollan conceptos epistemológicos, que posteriormente Gregory Bateson utilizara para desarrollar el pensamiento base de lo que ahora llamamos terapia sistémica, con sus diferentes enfoques.

En lo que respecta al apartado dos se desarrolla uno de esos enfoques, el del Mental Research Institute (M.R.I.). Del cual se presenta una breve reseña histórica, principales representantes, la construcción del problema y teoría del cambio, y posteriormente lo concerniente al proceso terapéutico como son las premisas epistemológicas y la manera de aplicar éstas, desde la evaluación del síntoma, hasta la terminación del tratamiento y por último las distintas técnicas de intervención. Mientras que en lo que corresponde a la parte práctica, es decir la presentación de la primera entrevista de un caso, se incluye la transcripción de algunos fragmentos que dan cuenta de la utilización de dichos procedimientos. Para finalizar, se presenta el modelo epistemológico de la intervención terapéutica de esta escuela.

Otra de esas escuelas es la estratégica, desarrollada por Jay Haley y Cloe Madanes, (Galicía, 2004) la cual se abordará en el apartado tres. Al acercarnos a los orígenes de la terapia estratégica revisaremos la importancia que toma el tránsito de Haley por Palo Alto, así como la influencia de Milton H. Erickson, las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo (Haley,1980).

En lo que respecta al proceso terapéutico se describirá como Jay Haley conceptualiza la terapia estratégica, se describirán las cuatro etapas del modelo de entrevista propuesto por Haley, posteriormente se presentan los tipos de directivas sus características y finalidad, especialmente se aborda la terapia de ordalía, los tipos y etapas de esta. En la última parte, se presenta un caso ilustrativo del uso y efectividad de la terapia estratégica de Haley, el cual se trabajó durante el desarrollo del segundo módulo del Diplomado en terapia Sistémica. También se presenta el modelo epistemológico de la terapia estratégica.

En el cuarto apartado, se aborda el modelo de soluciones, donde se distinguen dos métodos particulares: el orientado en las soluciones de O'Hanlon y el centrado en soluciones de De Shazer, el cual guía el desarrollo del capítulo, en cuanto a la concepción del cambio, el proceso terapéutico y algunas estrategias de intervención. Se demuestra que las escuelas enfocadas en las soluciones tienden a apartarse de las explicaciones, problemas y patologías y se centran en los recursos, posibilidades y capacidades de las personas. También se presenta un caso clínico, que ilustra sobre aspectos conceptuales y operativos, así como sobre la efectividad

del enfoque, pues en tres sesiones se logran alcanzar los objetivos del paciente. Se incluye el modelo epistemológico de la manera de hacer terapia con este enfoque. En el apartado cinco se revisa el modelo de Milán, el cual actualmente es sin duda uno de los principales modelos en terapia sistémica, primordialmente por romper con la tradición psicoanalítica, pronunciando una metodología más eficiente y menos prolongada.

Por tal motivo se habla de la integración inicial de la escuela de Milán en 1967, con Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, quienes fueron fuertemente influidos por el grupo original de Palo Alto. Al igual que en las escuelas anteriores, se describe el proceso terapéutico que contempla las partes que conforman una sesión, las premisas teóricas que se utilizan, tales como la homeostasis familiar, la función del síntoma y el juego familiar; la forma de trabajo utilizando la neutralidad, hipotetización, circularidad y los ejes a partir de los cuales se realizan las preguntas, las temáticas prioritarias que se abordan con estas para conseguir un interrogatorio circular que permita al terapeuta moverse conforme lo decida o necesite, para pasar a los distintos métodos de intervención.

En la parte práctica se presenta el caso de una familia para ejemplificar el modelo, sus postulados y algunas estrategias de intervención como la connotación positiva. Y en el modelo epistemológico se observa la manera de concebir el proceso terapéutico.

Finalmente se presenta un apartado dedicado a las conclusiones y comentarios con respecto a cada modelo y del diplomado en general.

## APARTADO I: EPISTEMOLOGIA CIBERNETICA

### ANTECEDENTES DE EPISTEMOLOGIA CIBERNETICA

#### Conferencias Macy

El 11 de mayo de 1942, en Nueva York, tuvo lugar la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la fundación Josiah Macy, cuyo nombre era "inhibición cerebral". El tema principal durante aquella conferencia era el trabajo conjunto de Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow, acerca de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta interaccional. Dicho trabajo explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y como su conducta se da con la finalidad de auto regularse. Esta primera reunión da pie a la sucesión de estas conferencias, sin embargo los encuentros tuvieron que esperar cuatro años, debido al comienzo de la segunda guerra mundial (Vargas, 2004).

Hacia 1946, McCulloch reanuda las conferencias, para seguir explorando las ideas presentadas por Rosenblueth, quienes más insistían para la continuación de estas conferencias fueron Frank Freemont Smith y Gregory Bateson, quien se encargó junto con Margaret Mead y Lawrence Frank, de invitar al encuentro a otros participantes (Brand, citado en Vargas, 2004).

Así, en marzo de 1946 da comienzo el ciclo de conferencias "los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias sociales", en las que participaron dos de los matemáticos más importantes del siglo XX: Norbert Wiener y John von Neuman, los neurofisiólogos mexicanos Arturo Rosenblueth y Rafael Lorente de No, el matemático Walter Pitts, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, el psicólogo Kurt Lewin y los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson, entre los más importantes del grupo base, además participaron en algunas de las conferencias: Heinz von Foerster, Nathan Ackerman, Ross Ashby, Leon Festinger, Claude Shannon, Eric Erikson, Roman Jacobson y Alex Bavelas. (Heims, citado en Vargas, 2004)

Estas conferencias propiciaron uno de los giros epistemológicos más importantes en la ciencia, al presentar nuevas formas de explicación en el campo de la ingeniería, la biología y el área social.

De las ideas formuladas durante las conferencias Macy de marzo de 1946 a la última en abril de 1953 y de los trabajos realizados en forma independiente durante esos mismos años, surgieron innovaciones teórico-conceptuales que bosquejaron un nuevo marco de referencia: la cibernética, cuyo objeto de estudio eran los procesos de retroalimentación y control en las máquinas y el ser humano. Con la aplicación de las nociones cibernéticas (circularidad, información, retroalimentación, regulación, auto organización, etcétera) se hizo posible pensar en una nueva manera de abordar los problemas e incluso hablar de una cibernética de la cibernética.

La cibernética se tornó el soporte teórico de un campo emergente, donde confluyeron la explicación interaccional y la aparición de la terapia familiar, en el cual Gregory Bateson desempeña un papel fundamental (Vargas, 2004).

## Equipo de Bateson

“Los aportes de Gregory Bateson constituyen la base teórica más importante en el desarrollo de la terapia familiar sistémica, pues fue el quien introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética en el campo del comportamiento” (Bateson, citado en Vargas, 2004. pág. 7).

Bateson había estado trabajando en el Hospital de la Administración de Veteranos de Palo Alto desde 1949, y en 1952 inicio un proyecto de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que puede dar lugar a paradojas. Puso en marcha el proyecto en colaboración con John Weakland, de formación ingeniero químico y ex discípulo suyo, con Jay Haley, estudiante de posgrado en artes, y con el psiquiatra William Fry (Lipset, citado en Vargas, 2004) El equipo analizó entre otras cosas, el *entrenamiento* de perros para ciegos, el dialogo entre un ventrílocuo y su marioneta, el discurso esquizofrénico en “ensalada” de palabras, y el trabajo del psiquiatra Milton Erickson (Lipset, Sluzki y Ranson, en Vargas, 2004)

En 1953, el grupo de Bateson comienza a examinar la práctica en psicoterapia, centrando su interés en el tipo de comunicación que se da en los pacientes esquizofrénicos. Pero los trabajos del grupo fueron publicados hasta 1956 en la revista Behavioral Science gracias a la gestión del psiquiatra Donald de Ávila Jackson, quien se integro al equipo en 1954. Jackson da un giro a la evolución del grupo de Bateson, pues apporto credibilidad clínica al grupo y lo introdujo de manera importante en el mundo de la psiquiatría.

El artículo de Bateson, Haley, Jackson y Weakland titulado hacia una teoría de la esquizofrenia fue todo un suceso en el ámbito de la psiquiatría, pues permitió pasar de una explicación tradicional que considera al síntoma como algo inherente al hombre, a lo que se manejaría como una explicación centrada en el ámbito de la comunicación interpersonal o al contexto: “la enfermedad mental empezó a considerarse dentro de patrones específicos de interacción”.

En el artículo se manejaron dos principios que con el tiempo dan sentido a la terapia familiar sistémica: 1) la familia como sistema homeostático y 2) la hipótesis de doble vinculo (Vargas, 2004).

Haley menciona que el proyecto Bateson pasó de la comunicación a la terapia y la hipnosis, la psiquiatría y la esquizofrenia (Ray y De Shazer, en Vargas, 2004 ).

La influencia del proyecto Bateson sobre la terapia familiar o lo que más tarde en el MRI se llamó terapia breve se observan en las transformaciones que se realizan en la práctica clínica a partir de los trabajos de este proyecto, por ejemplo:

.Pasar del pasado como la causa a la situación social presente como la causa de lo que se denomina psicopatología.

.Pasar de pensar en términos de conductas desadaptadas o inapropiadas acarreadas desde el pasado a pensar en términos de conductas de adaptación adecuadas para la situación social que vivía el paciente.

El inicio en estos cambios en las premisas para la comprensión de la psicopatología son importantes, pues constituye la entrada a lo que hoy llamamos terapia sistémica (Vargas, 2004).

### **Laboratorio de Heinz von Foerster**

Heinz von Foerster hizo la carrera de física y durante mucho tiempo le fascino el nexo entre lo observado y el observador, asistió al tercer encuentro de las conferencias Macy suscitado en 1946, donde se habló de “los mecanismos de retroalimentación y sistemas causales circulares en los sistemas biológicos y sociales, y después de estudiar con McCulloch y Rosenblueth, fundo el Laboratorio de Computación Biológica (LCB), perteneciente a la Universidad de Illinois en Urbana Champaign. El LCB se centro en el estudio de los principios computacionales de los organismos vivos y fue desde su creación el lugar de encuentro más importante de los cibernéticos, el refugio y centro de recursos humanos en que se desarrollan gran parte de las importantes innovaciones producidas en la epistemología cibernética contemporánea (Kenney, 1994).

### **Escuelas de terapia sistémica**

Es en el contexto de las conferencias Macy donde Gregory Bateson se adueña de las herramientas conceptuales que más tarde guían su investigación sobre la comunicación en pacientes esquizofrénicos, donde adopta la epistemología cibernética para su trabajo y sin duda, es aquí, donde se gesta el tipo de pensamiento que articula lo que ahora llamamos terapia sistémica, caracterizada por escuelas como el Mental Research Institute (MRI), la escuela de Milán, las terapias orientadas a las soluciones y la terapia estratégica de Haley, las cuales se abordaran en otros apartados del trabajo (Vargas, 2004).

### **CONCEPTOS BASICOS DE EPISTEMOLOGIA**

Para entender el mundo del pensamiento cibernético se debe comprender con claridad lo que significa la epistemología, así como los elementos fundamentales de esta. La epistemología es más básica que cualquier otra teoría particular pues se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana.

Por definición, la *epistemología* procura establecer de que manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden (Bateson, citado en Keeney, 1994).

Por lo que el término epistemología se utiliza en un doble sentido: para indicar como piensa, percibe y decide una persona y para indicar que piensa, percibe y decide. Debemos recordar que todo los individuos tienen en común la operación epistemológica fundamental, que es establecer distinciones, sin embargo aun cuando todos los seres humanos parten de esa operación esta puede dar lugar al desarrollo de distintas epistemologías. El acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia.

Spencer Brown decía que para los seres humanos trazar una *distinción* es un mandato básico obedecido consciente e inconscientemente (por lo cual no podemos dejar de hacer distinciones), el trazado de una distinción es el punto de partida de cualquier acción, decisión, percepción pensamiento, descripción, teoría y epistemología. De este modo, a partir del acto creativo primordial de establecer distinciones pueden engendrarse infinitos universos posibles (Keeney, 1994).

Una idea básica para comprender la epistemología es que lo que cada cual percibe y conoce deriva en gran medida de las distinciones que traza. Pero al emplear las distinciones para crear una indicación (o para organizar una secuencia de eventos) se genera una puntuación.

Se puede decir que la *puntuación* es lo mismo que el trazado de una distinción, pero abarca un orden de recurrencia superior. Así al hacer una distinción entre un paciente y un terapeuta y luego indicar que el terapeuta enseña algo al paciente estamos haciendo una puntuación, con lo que se sigue señalando la misma distinción primitiva; pero en un orden de recurrencia diferente. Una distinción entre dos cosas permite crear otros órdenes de diferencias entre esas dos cosas.

Por lo mismo, al conocer los procedimientos por los cuales la gente puntúa su experiencia podemos identificar su epistemología (Keeney, 1994).

Watzlawick y otros sugieren que muchos de los problemas en las relaciones personales derivan de la discrepancia acerca del modo de puntuar la secuencia de sucesos. Dan el ejemplo de las peleas conyugales que consiste en un intercambio de los siguientes mensajes: “me retraigo por que me fastidias y “me fastidio por que te retraes”, en donde el problema de la pareja deriva de la premisa epistemológica, compartida por ambos, según la cual el comportamiento de cada uno es una respuesta al estímulo previo del comportamiento del otro. La puntuación que cada uno hace de su experiencia esta determinada por un lente o marco. Por lo que la labor del terapeuta consiste en rebajar el *marco*, es decir los segmentos puntuados de un sistema de interacción, de modo tal, que pueda surgir otro marco o encuadre distinto. Lo que hace posible definir la terapia como un contexto en el que pueden alterarse las premisas sociales, relativas a la puntuación, con el fin de remodelar la realidad (Keeney, 1994).

Al hablar de que los seres humanos trazamos distinciones y distinciones de esas distinciones, tenemos entonces que es posible hablar de niveles de abstracción en los que organizamos el mundo.

La epistemología es una forma abstracta para señalar un nivel de conceptualización que estaría siendo más amplio que otros niveles, para referirse a esto Bateson empleo la *tipificación lógica* como un instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de la comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres. Por lo que se esta hablando de una manera de trazar distinciones y desde esta perspectiva utilizarla para poner de relieve la auto referencia y la paradoja, en lugar de ocultarlas.

El uso de la tipificación lógica sugiere que el mundo de la experiencia esta estructurado en forma jerárquica; pero aun cuando se puntúe una experiencia en función de una jerarquía de niveles lógicos, no se debe olvidar que esta jerarquía esta estructurada en forma recursiva (Keeney, 1994).

Y es precisamente la *recursión*, el proceso que compone la cibernética. Una de las maneras de representar imaginariamente la recursividad es la figura del ser mítico denominado “Uróvoro”, la serpiente que se traga su propia cola. Cada vez que se auto devora, podemos decir que crea un orden de recursión diferente, pues cada vez que el proceso se recorre a si mismo se crea una diferencia, ya que la serpiente nunca vuelve al comienzo real, lo que ocurre es la re-ejecución de la misma pauta

de organización; pero con diferentes miembros o sucesos componentes (Keeney, 1994).

Ahora bien, ya se ha dicho que cada vez que dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de interacción; pero si un observador combina simultáneamente estas puntuaciones, de modo tal que perciba la relación total, entonces esta utilizando una herramienta epistemológica que Bateson denominó *doble descripción*. En la terapia sistémica la utilización de la doble descripción permite concebir el mundo distinto al tradicional, de hecho se habla ya no de un universo; sino de múltiples universos.

## CONCEPTOS DE EPISTEMOLOGIA CIBERNETICA

La idea principal que da origen a la cibernética es la de *retroalimentación*, que Wiener definió así:

La retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos de control. Pero si esa información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método y pauta general de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje. (Wiener, citado en Keeney 1994).

Bateson retoma esta noción y la aplica a la comprensión de sistemas interaccionales y sociales. Un ejemplo clásico de retroalimentación es el del termostato: un sistema de calefacción es controlado mediante un termostato, cuando la temperatura fluctuante excede los límites del termostato calibrado, se activa en el horno un mecanismo que lo enciende o apaga, volviendo otra vez la temperatura al intervalo dentro del cual debe mantenerse. Así el sistema vigila su propio desempeño y es auto correctivo. Dentro de una familia, por ejemplo, una pelea entre dos miembros puede intensificarse, como la temperatura de la casa, hasta alcanzar un umbral máximo intolerable, el cual es regulado o definido igual que el termostato, por la conducta de otro miembro que detiene la pelea (Keeney, 1994).

La anterior es la forma en que Bateson pensó que en las interacciones humanas se corporizan los procesos de retroalimentación como eran descritos en la cibernética. Estos procesos de retroalimentación son los que dan la estabilidad a la organización descrita, esta organización se mantiene gracias al control de los fragmentos intensificados de conducta y se dice que tal organización o sistema perdura debido a que es auto correctivo (Vargas, 2004).

La retroalimentación puede referirse al éxito o fracaso de un acto simple, o bien producirse en un nivel más alto; pero si la retroalimentación no está sujeta a un control de orden superior, si no hay en la situación una retroalimentación de la retroalimentación, se conducirá inevitablemente a la intensificación descontrolada, lo que destruirá al sistema. No obstante el cambio en el sentido del aprendizaje, la adaptación y la evolución provienen del control del control y no del cambio incontrolado. En general para la supervivencia y coevolución de cualquier ecología

de sistemas, los procesos de retroalimentación deben corporizarse en una jerarquía recursiva de circuitos de control (Bateson, 1982).

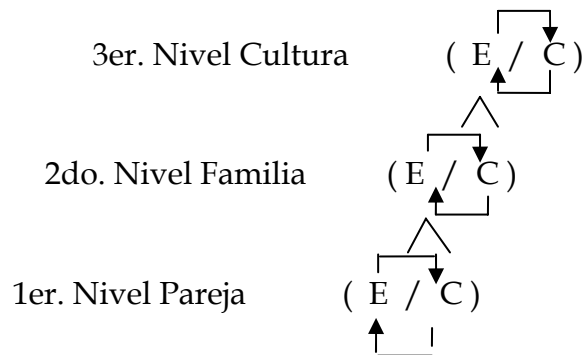


Figura 1

Por ejemplo, En la figura 1 se muestra de manera esquemática la correspondencia de posibles niveles de retroalimentación en el caso de sistemas interaccionales: Sea el del primer nivel el de una pareja (1er. Nivel, Pareja). La regulación de sus juegos de relación, oscila entre estabilidad y cambio (E/C), por ejemplo sus peleas o discusiones, estaría sujeta a un nivel de jerarquía recursiva superior (2º. Nivel, Familia) donde se marcarían los límites de las posibles oscilaciones que se han de aceptar en el primer nivel, para que no se modifique la estabilidad en el segundo nivel. A su vez este juego de Estabilidad y Cambio que se da en el segundo nivel, estaría también regulado por otro nivel superior, tal vez el de la Cultura. De este modo la parte de la complementariedad Estabilidad / Cambio, Estabilidad sería en el tercer nivel lo que regula el juego completo de las oscilaciones entre Estabilidad/Cambio del segundo nivel. Bateson creía que esto podía puntuarse hasta el infinito, y que difícilmente se podría comprender la totalidad de estos juegos de autocorrección dados por niveles siempre superiores y por ello en cierto momento más allá de nuestra consciencia (Vargas, 2000).

Hasta aquí hemos revisado conceptos de la cibernética simple, en tanto que la cibernética de la cibernética incluye otros conceptos como el de auto referencia, autonomía o los que corresponden a unidades más complejas, el de mente (Keeney, 1994).

En 1968 Margaret Mead propuso la frase cibernética de la cibernética para señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema. A diferencia del enfoque simplista de la caja negra, en el cual el observador externo procura discernir las redundancias en las relaciones entre la entrada y la salida, la cibernética de la cibernética pega un salto en el orden de recursión y sitúa al observador como parte integral del sistema observado

Dado que la cibernética de la cibernética sitúa al observador en el seno de lo observado, toda descripción es autorreferencial, para Von Foerster *autoreferencia* son sistemas lógicos cerrados que incluyen al referido dentro de la referencia, al observador dentro de la descripción y a los axiomas dentro de la explicación (Von Foerster, citado en Keeney 1994).



Con lo cual se admite un nexo necesario entre el observador y lo observado. Lo que sugiere que cualquier descripción nos dice tanto o más sobre los observados, como sobre el suceso que describe. Así por ejemplo la concepción que un terapeuta tiene sobre un síntoma presupone en el una preferencia, intención o base ética determinada.

Uno de los aportes más importantes de Bateson fue su definición de la mente (que engloba los conceptos anteriores) como sistema cibernético. Desde esta perspectiva la *mente* es un agregado de partes interactuantes dotado de una estructura de retroalimentación. Con lo que concebir el tema de la mente limitado a lo contenido dentro de un cráneo, pierde sentido, en lugar de ello, allí donde haya retroalimentación se pondrán en evidencia características propias de una mente. Por lo tanto, la mente de un ciego que cruza la calle incluye por fuerza su bastón, que sin duda forma parte activa del proceso de retroalimentación que lo guía (Keeney, 1994).

Ya se ha dicho que la epistemología cibernética propone que se abarquen ambos lados de cualquier distinción trazada por un observador; pero una manera de considerar los dos lados de estas distinciones es considerarlas parte de una complementariedad cibernética. En su mayoría, las personas entienden que las distinciones representan una dualidad, una polaridad, un choque entre opuestos (ganar, perder); pero debe considerarse que estos lados, pese a que sean diferentes, están relacionados entre sí, de tal manera que sin uno, no existiría el otro. Así, cada vez que se encuentre un par de conceptos que propone una simetría opuesta, se puede re encuadrar como parte de una complementariedad cibernética más abarcadora.

Por consiguiente, las *complementariedades cibernéticas* son re encuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de recursión. La cibernética, es de echo el estudio de la relación complementaria entre la pauta Estabilidad/Cambio (Keeney, 1994).

### **MODELO EPISTEMOLOGICO DE LA INTERVENCION TERAPEUTICA**

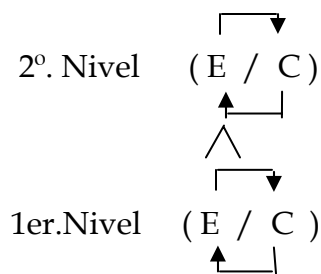
La cibernética es una forma de conceptualizar la organización del cambio y la estabilidad, por lo que es imposible analizar uno sin analizar el otro. Por lo tanto, si un sistema cibernético abarca una relación complementaria recursiva entre procesos de cambio y estabilidad, la meta de la terapia consiste simplemente en alterar el modo en que un sistema con problemas mantiene su organización a través de los procesos de cambio. Las intervenciones procuran, entonces, facilitar una ontogenia más adaptativa del sistema presentado. Así, el cambio terapéutico de un sistema cibernético implica el cambio del cambio, es decir el cambio en la forma en que el proceso habitual del cambio del sistema conduce a la estabilidad.

Un sistema social perturbado debe confrontar algunas fuentes del llamado azar de modo que facilite la generación de una nueva pauta o estructura para organizar su experiencia, conducta e interacción. A esta fuente pertinente de azar se le da el nombre de "Rorschach significativo".

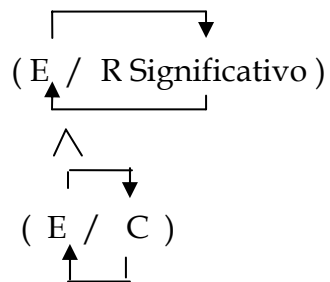
Por lo tanto, puede decirse que una terapia eficaz es un contexto que permite a un sistema cibernético calibrar el modo en que cambia con el fin de permanecer estable. Este "cambio del cambio" exige que el terapeuta ayude al sistema perturbado a confrontar un Rorschach significativo.

Para que una terapia sea eficaz debe responder tanto a la voz del cambio, como a la voz de la estabilidad; pero encontrándose con una complementariedad de orden superior que abarque a ambas, lo cual se hace posible presentando al sistema un Rorschach. No obstante, el terapeuta no es el único que determina la naturaleza de estos mensajes: siempre debe atenerse a lo que el cliente le lleva, y aplicarlo (Keeney, 1994).

Modelo de la Pauta del Proceso Terapéutico



Modelo de la Intervención



## APARTADO II: TERAPIA BREVE ESTRATEGICA DEL MENTAL RESEARCH INSTITUTE (M.R.I.)

### ANTECEDENTES HISTORICOS DEL M.R.I

En base al tipo de pensamiento gestado en las Conferencias Macy, el trabajo de Haley junto con el del Centro de Terapia Breve de Palo Alto influyó en un rápido crecimiento del interés en el desarrollo de enfoques terapéuticos breves y estratégicos. El desarrollo de este enfoque reflejaba el interés por la innovación y el descubrimiento de mejores técnicas para producir cambios. El terapeuta se volvía más útil como agente generador del cambio y no como generador de la comprensión del insight.

Influido por el trabajo de Milton H. Erickson, en la terapia; de Gregory Bateson (1952), en el estudio de las paradojas de la abstracción en la comunicación; la obra de Norbert Weiner (1948) sobre cibernética; su propio trabajo sobre la homeostasis familiar (1975); y posteriormente su trabajo, en colaboración con Bateson, entre otros, *Toward a theory of schizophrenia* (1956), **Don D. Jackson** funda en 1959 el **Mental Research Institute** en Palo Alto, California, con la finalidad de continuar con su trabajo de investigación, al que se unen John Wackland, Jay Haley, Jules Riskin, Virginia Satir y Paul Watzlawick. Para 1966, con Richard Fisch, el MRI inicia su proyecto de terapia breve. El equipo del MRI estaba convencido de que la terapia se podía realizar en tiempos más cortos a los convencionales, trabajando con un rango de diez sesiones. En 1974, surgen los primeros frutos del MRI con la publicación del libro: *“Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution”* (Watzlawick, et al., 1974); y el artículo *“Brief Therapy: Focused Problem Resolution”* (Wackland, et al., 1974). En 1978 se publica *El lenguaje del cambio* y en 1982 *La táctica del cambio*. Dichos trabajos tuvieron un impacto inmediato y espectacular en el campo de la terapia familiar y contribuyeron en el interés por los enfoques breves / estratégicos.

Las vertientes del trabajo del MRI se dirigieron principalmente a la formación de terapeutas, al desarrollo de la terapia familiar, así como a las investigaciones sobre el proceso de cambio; sin dejar de lado, por supuesto, las investigaciones sobre la comunicación, la familia y la enfermedad mental.

El trabajo del MRI se centró en hallar conceptos intermedios entre las grandes teorías de Bateson y la práctica terapéutica. El instituto comenzó su actividad formal con familias poniendo énfasis en la interacción y en el modo como las personas se comunican entre sí (Wittezaele y García, 1994).

Trataban de buscar la información que revelara a los miembros de la familia la homeostasis y la matriz de su comunicación. Observaban el comportamiento de la interacción sobre el síntoma, e intentaban comprender la función de éste en la familia. Después de realizar dicho análisis, continuaban el trabajo tratando de llevar a las personas a un tipo de interacción diferente. Sin embargo, para los miembros del MRI, esta última acción no quedaba siempre clara, por lo que para tener bases más explícitas sobre cómo lograr un cambio en la familia, el equipo emprendió el análisis de las técnicas terapéuticas utilizadas por Don Jackson y por

Milton Erickson, quienes eran asombrosos en sus diagnósticos e intervenciones, (Wittezaele y García, 1994).

Así, los encuentros que tuvieron Haley y Weakland con Erickson durante las investigaciones sobre las paradojas de la comunicación, también los encuentros posteriores de éste último con todos los integrantes del MRI sentaron muchas de las bases para la nueva orientación de trabajo del Instituto.

Con la fundación del **Centro de Terapia Breve (CTB)** el MRI se consolidó como un instituto de investigación, un centro de formación de terapeutas, así como clínica psicoterapéutica. Bajo la dirección del psicólogo Richard Fisch, de Paul Watzlawick y de John Weakland.

Aun cuando la manera de hacer terapia de Erickson y la terapia familiar de Jackson aportaron al equipo del Centro de Terapia Breve técnicas para abordar el proceso de cambio, la pauta explicativa seguía siendo sistémica y lo que se puso en juego fue el proceso mismo de cambio.

El Centro de Terapia Breve de Palo Alto se alejó completamente de la concepción tradicional de los problemas psicológicos, fue a contracorriente de las prácticas tradicionales a nivel del método de intervención terapéutica. Su tarea se limitó a que los pacientes hallaran lo más rápidamente posible los medios de continuar su marcha sin encontrarse constantemente frente a las mismas dificultades (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1994).

Por otra parte, los integrantes del Instituto estaban convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo mucho más corto de lo que era la práctica habitual de aquellos momentos. Su objetivo consistió entonces, en comprender qué se podía conseguir en un período de tiempo con un límite de tiempo prefijado a 10 sesiones de una hora (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990). Este proyecto de investigación se formó dentro del MRI, pero ahora constituyendo un equipo de trabajo agrupado con un objetivo bien definido: la terapia de corta duración (Wittezaele y García, 1994).

Los terapeutas comenzaron a enfatizar sólo las quejas específicas que los clientes llevaban a terapia, utilizando en mayor medida todas las técnicas activas de estímulos para el cambio (tomando como ejemplo las de Milton Erickson y Don Jackson), buscando cuál era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en lugar de reestructurar familias enteras. Así, su trabajo se caracterizó por intervenir únicamente sobre aquellas respuestas que los pacientes o sus familiares desarrollaban para solucionar la situación sintomática y que habían resultado infructuosas. Su trabajo presupuso entonces, alterar las soluciones intentadas para romper la secuencia sintomática y lograr así el cambio terapéutico. El equipo elaboró una práctica de intervención en cinco tiempos: 1) Determinar quién es el "que se queja"; 2) Definir el problema; 3) Examinar las soluciones empleadas; 4) Definir un objetivo accesible y 5) Formular y poner en ejecución un proyecto o táctica de cambio. Con el proyecto de Terapia Breve se implementaron técnicas innovadoras para el cambio y se estableció una nueva manera de contemplar los problemas, principalmente sobre cómo llevar a cabo una psicoterapia en poco tiempo. La terapia fue entendida como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal dirigida a modificar, por medio de acciones o

prescripciones directas, a veces paradójicas, el sistema de relaciones disfuncionales operante en un grupo determinado de personas (Nardone y Watzlawick, 1994 ).

### **PRINCIPALES EXPONENTES DEL M.R.I**

Enfoque de terapia breve creado en torno al año 1968, después de la muerte de Don D. Jackson, quien fundó el MRI EN 1959, actualmente Watzlawick, Weakland, Fish y Segal integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto. 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 una 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 así como de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta (Ochoa, 1995).

### **CONSTRUCCION DEL PROBLEMA**

El síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia, al que los autores denominan dificultad, que obliga a un nuevo tipo de respuesta. Consideran que una dificultad se convierte en problema - en algo patológico - cuando se intenta resolver de manera equivocada y, después del fracaso, se aplica una dosis mas elevada de la solución ineficaz. Contrario a las expectativas de la familia, los intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios. Cabe señalar que es especialmente significativa la ausencia de investigación sobre el origen de los problemas familiares. Únicamente se interesa por entender el modo en que las familias mantienen sus problemas con sus intentos desafortunados por superarlos (Watzlawick, 1976; citado en Ochoa).

### **TEORIA DEL CAMBIO**

Presuponen que alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática, produciéndose así el cambio terapéutico. La secuencia está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenido por ellos. Sin embargo, en ocasiones, es posible que el síntoma no aparezca como acostumbra, por lo cual durante la fase de evaluación se recomienda preguntar a la familia y al paciente sobre las excepciones al problema y las circunstancias que las rodean. Dicha información también aporta soluciones eficaces para cambiar la conducta sintomática, soluciones que a pesar de existir suelen pasar inadvertidas para los clientes que a menudo desestiman su importancia, aumentando con ello su sentido de impotencia para superar el problema (Ochoa, 1995).

En cuanto a las soluciones del problema los integrantes del MRI distinguen entre cambio 1 y 2 en relación a la clase de solución intentada por los pacientes. El primero comprende cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas, que únicamente contribuyen al mantenimiento del síntoma. Por el contrario, el

cambio 2 supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce o hace desaparecer la sintomatología, así el objetivo es conseguir un cambio de tipo 2 (Ochoa, 1995).

Los integrantes del MRI han establecido una topología de las soluciones intentadas por los pacientes y sus familias: forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente, dominar un acontecimiento temido aplazándolo, llegar a un acuerdo mediante coacción, conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas del acusador mediante la auto defensa.

## **PROCESO TERAPEUTICO**

### **Capacidad de maniobra**

Se entiende como el ser capaz de poner en práctica lo que el terapeuta juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento, esta capacidad implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten (Fisch,Weakland y Segal 1998).

### **Medios para aumentar la capacidad de maniobra**

*Oportunidad y ritmo:* El terapeuta debe ajustar la oportunidad y ritmo de sus comentarios a las respuestas que manifiesta el paciente y no “dispararse” a asumir una postura, sin antes conocer los valores, opiniones y prioridades del paciente. Se debe conocer (por lo general en la primer sesión) las opiniones del cliente con respecto a su problema, al terapeuta y al objetivo del tratamiento.

*El tiempo necesario:* La capacidad de maniobra del terapeuta también depende de que no se le presione para que tome decisiones prematuras o para que actúe, ya que al tomarse el tiempo necesario se encuentra en mejor posición de planificar una manera útil de ayudar al paciente a resolver su problema. “bueno, déjeme pensar un poco en ello”.

*Uso de un lenguaje condicional:* Lo que se pone de relieve aquí es que el terapeuta debe cuidarse de no asumir una postura explícita antes de que haya tenido la información y tiempo necesarios para decidir que postura quiere asumir y cuándo; por lo que el lenguaje condicional es una herramienta importante. “me gustaría hacerle una sugerencia; pero no estoy segura de cuanto nos servirá” o “si las cosas son como usted dice, entonces...”

*El cliente debe concretar:* Debido a que la información vaga puede causar problemas durante el tratamiento, se debe ayudar al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas, por lo que el terapeuta siempre buscará la manera de que los clientes le suministren datos claros y concretos, ya se trate de la descripción del problema, la forma en que sea afrontado, los acontecimientos sucedidos entre sesiones, o la manera en que han puesto en practica las sugerencias formuladas.

*Actitud igualitaria:* El asumir esta actitud es la manera más segura de evitar una actitud de superioridad, y de anular la tendencia del paciente a contemplar desde abajo al terapeuta.

*Sesiones individuales y conjuntas:* En este enfoque se puede trabajar individualmente o con dos o tres personas seleccionadas con un orden estratégico y táctico. Ocupándose primordialmente de la interacción que tiene lugar en torno a la dolencia, recordando que se pretende eliminar de los participantes la conducta que mantiene el problema; y presupone que toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la unidad de interacción influirá en la conducta de los demás miembros de esa unidad. Se trabaja con el miembro que este más interesado en cambiar la conducta problemática (Fisch, Weakland y Seagal, 1998).

### **Entrevista inicial**

El objetivo de ésta es recoger la información adecuada sobre los factores que el terapeuta considere esenciales para cada caso: naturaleza de la enfermedad, como se esta afrontando el problema, objetivo mínimo del cliente, y actitud y lenguaje del cliente. Se debe centrar la información obtenida en el aquí y ahora, y en la dolencia principal de quien busca ayuda, esto en términos de conductas, para lo cual el solicitar un ejemplo del problema suele ser lo mejor para obtener información concreta. También se deben preguntar las soluciones intentadas por las personas relacionadas con el problema, así como los objetivos mínimos que buscan alcanzar con el tratamiento (Ochoa, 1995).

### **Postura del paciente**

El terapeuta tal vez sabe lo que le gustaría que el paciente hiciera para solucionar su problema; pero debe ganarse su colaboración para que lo haga. Antes que nada se debe recordar que los pacientes son personas con sus propios valores, creencias y prioridades que están consolidadas fuertemente y determinan el modo en que este actuara o no. Es por ello que la postura es importante por que representa una inclinación interna de los pacientes que puede usarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta, para facilitar la solución del problema.

El terapeuta debe hacer una evaluación de la postura del paciente, y para ello es importante escuchar lo que dice el paciente, las palabras concretas que emplea y el tono y énfasis con que se expresa. El terapeuta debe reconocer si la postura es de cliente o paciente, la postura ante el problema, la terapia y el terapeuta, y utilizar esta postura para lograr mayor colaboración y brevedad en el tratamiento. Cabe señalar que se utilizara casi cualquier postura que traiga el paciente, pues se suele suponer que solo se puede motivar útil y efectivamente cuando este adopta la posición correcta; pero se puede utilizar una postura de ira o rencor, siempre y cuando de resultados positivos.

Primero el terapeuta identificará las diferentes posturas: al cliente o paciente, según su perspectiva, independientemente de cómo se consideren ellos (cliente: quien solicita o busca activamente ayuda, paciente: aquel que el cliente describe como poseedor del problema sea el mismo u otro).

Ahora bien, el cliente o paciente puede asumir una de estas dos posturas en cuanto al problema: ya sea que el problema es manifiestamente doloroso, por lo cual el cambio se vuelve urgente por necesidad, o bien el estado de las cosas es indeseable;

pero no incomodo por completo y no se necesita un cambio, o por lo menos no urgentemente. Con respecto a la solución del problema: una postura pesimista, o bien que el problema aunque difícil puede ser afrontado. Con lo que respecta a la terapia, los pacientes suelen asumir una de estas tres posturas: se convierten en receptores pasivos 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 responsabilidad reciproca entre ellos y el terapeuta.

### **Planificación del caso**

Esta etapa es imprescindible para aplicar con eficiencia la propia influencia y para resolver los problemas con rapidez. La planificación requiere una precisión mucho mayor en lo que se refiere a los objetivos, la estrategia del tratamiento y las intervenciones necesarias para poner en práctica la estrategia. Es importante comenzar por una comprensión clara de la dolencia que ha traído al cliente a consulta, cuando la dolencia es vaga el terapeuta debe aclarar, pues el objetivo de la terapia consiste en eliminar o reducir satisfactoriamente esta. Posteriormente dado que según este enfoque el problema se conserva por las soluciones intentadas para resolver el problema, se debe tener una comprensión clara y completa del patrón o impulso básico que representa dichos esfuerzos. Después de esto se pasa a la fase de planificación donde debe quedar bien claro lo que se debe evitar. Por ultimo, se formulan las tácticas concretas que se sugerirán al cliente, calculando las acciones que se apartan en mayor grado de la solución intentada, las acciones mas centrales para las transacciones implicadas en el problema, las acciones que se incorporarían con mayor facilidad a la rutina del cliente y que persona desempeña un papel mas estratégico para la persistencia del problema.

### **Vender la tarea**

Después de que el terapeuta ha formulado la tarea que le corresponde realizar al cliente, necesita planear el modo de inducir a éste a aceptarla, utilizando el marco de referencia del cliente y su postura.

### **Formular metas, objetivos y evaluar resultados**

El MRI pide a los pacientes y a sus familias que definan las metas concretas que quieren conseguir con el tratamiento, de forma que el trabajo terapéutico se oriente, tanto por parte del terapeuta, como de los pacientes, a la consecución de dichos objetivos.

Por otro lado, la concreción permite que ambas partes sepan cuando finalizar la terapia.

Estrategias que debe seguir el terapeuta:

- 1.- Definición operativa de los objetivos que se pretende lograr con el tratamiento.
- 2.- Elección de un cambio mínimo (definido en términos de una conducta concreta).



3.- La estrategia efectiva se aparta 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas. Es importante destacar se debe pedir a las personas que hagan algo diferente, o lo opuesto a lo que venían haciendo.

4.- Utilización de la postura del paciente –su lenguaje, sistema de valores, actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta- para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo.

5.- El terapeuta busca permanentemente una posición inferior, evitando la confrontación, que le posibilite intervenir en cualquier condición que presente el paciente (Ochoa, 1995).

El objetivo general es la solución de la dolencia del cliente. El objetivo es diseñado por el cliente, aun cuando el terapeuta ayude a concretar, además es el cliente decide la prioridad en cuanto lo que se va a trabajar (Fisch, Weakland y Segal, 1998).

### **Término del tratamiento**

En este enfoque la terminación del tratamiento no se considera un acontecimiento especial, pues la brevedad del tratamiento y el énfasis en la solución del problema no favorecen la relación entre terapeuta y cliente. No obstante puesto a que todas las etapas del tratamiento se manejan estratégicamente, el final no es la excepción (Fisch, Weakland y Segal 1998). En la terapia breve el terapeuta debe tener siempre presente cual era la dolencia original y el objetivo del tratamiento y buscar la consecución de dicho objetivo, además la manifestación por parte del cliente de que su dolencia ha sido solucionada. Además será el terapeuta quien por lo general sugerirá el momento adecuado para finalizar el tratamiento, esperando que el cliente esté de acuerdo. También es evidente que el cliente inicie este proceso por diversos motivos, lo más deseables es que sea por que el problema ha sido resuelto; sin embargo puede suceder lo contrario cuando el cliente expresa una insatisfacción significativa ante el tratamiento y anuncia que va a interrumpir la terapia (en dicho caso lo mas recomendable es no intentar seguir con el proceso). Por último es necesario señalar que por lo general, cuando el tratamiento termina porque el problema ha sido resuelto, los pacientes suelen manifestar inquietud acerca de la eficacia de los logros; por lo que el terapeuta debe definir el empeoramiento como un acontecimiento esperado o incluso positivo, de esta manera ayuda al cliente a no aterrorizarse ante este posible empeoramiento y si esto se presenta el sujeto pensará que se trata de algo que está sometido a su control.

Mientras que si el tratamiento termina sin que el problema haya sido resuelto: si el cliente pide un último consejo, el terapeuta debe disculparse, con una posición sumisa “lo siento en este momento no se me ocurre nada que pueda ayudarlo”, con el fin de no interferir si el paciente busca ayuda posteriormente.

### **TECNICAS DE INTERVENCION Y PERSUACION**

Para lograr los cambios el grupo del MRI ha desarrollado un gran número de técnicas de intervención, sin embargo la eficacia de este enfoque no reside solo en los recursos técnicos directamente relacionados con el cambio de la solución

intentada, sino también en un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia para que lleven acabo las prescripciones del equipo. Ahora bien, la intervención se ubica al final de la entrevista y consta fundamentalmente de una redefinición a la que se suman tareas para realizar en casa.

Los recursos técnicos para promover el cambio comprenden redefiniciones, tareas directas y paradójicas, técnicas de persuasión (para que el paciente compre la tarea), metáforas, ordalías (pacto con el diablo) y técnicas hipnóticas -derivadas de la hipnoterapia de Milton Erickson- (Ochoa, 1995).

### **Intervenciones Principales**

*Las redefiniciones:* son técnicas cognitivas que evitan aquéllas etiquetas que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio.

*Las tareas directas:* son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/os componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa.

*Las tareas paradójicas:* también son intervenciones conductuales. No se propone una conducta diferente a la sintomática, sino en su lugar se prescribe la continuidad de ésta durante un tiempo fijado. Es necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma, y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación.

*Las intervenciones metafóricas:* son intervenciones cognitivas que se empleen para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica.

*El pacto con el diablo:* es una ordalía, la intervención propone una tarea directa cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa peor para estas personas.

*Las técnicas hipnóticas* que se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema a lo largo de un discurso aparentemente neutro.

### **Intervenciones Específicas**

Los componentes del MRI han diseñado cinco intervenciones estandarizadas, útiles en problemas caracterizados por cinco tipos de soluciones intentadas. La denominación de cada intervención viene rotulada por el intento de solución del paciente o familia.

*Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente:* Abarca problemas como insomnio, tic, dolores de cabeza, rendimiento sexual o tartamudeo, en los cuales el paciente define fluctuaciones normales del funcionamiento corporal o mental como problema y toma medidas para corregirlas y que no reaparezcan.

La intervención invierte la anterior solución, pidiendo al sujeto que fracase en su intento de dominar y superar el problema. Las técnicas para vender la tarea se basan en argumentar dos tipos de razones: En primer lugar se dice al paciente que debe provocar el síntoma deliberadamente para que pueda observarlo sin la angustia de luchar contra él de manera que en la siguiente entrevista traiga una

definición mas detallada de lo que le ocurre. Se le reitera que los nuevos datos así obtenidos servirán para establecer una evaluación mas exacta de su problema. En segundo lugar, el terapeuta argumenta que el sujeto necesita entrenarse para lograr un control definitivo de la conducta sintomática, y le explica que el paso inicial del proceso de aprendizaje consiste en provocar el síntoma.

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

La venta de la tarea alude a la necesidad de aprender a superar fracasos como única vía para saber que hacer en esa situación. Se reitera al paciente que debe evitar a toda costa tener éxito. Se subraya que la finalidad de la tarea es inmunizarlo/a al impacto del rechazo.

*Llegar a un acuerdo mediante coacción:* Esta intervención consiste en aparentar una amabilidad y una impotencia que encierran una respuesta implacable, con consecuencias negativas reales ante la conducta no deseada del miembro de la familia que refleja el síntoma.

El objetivo de la técnica es adoptar una postura de inferioridad denominada sabotaje benévolo, por ejemplo, con padres de adolescentes conflictivos, que sermonean reiteradamente a sus hijos, pedirles que siempre que pidan algo a su hijo sigan la formula: <me gustaría que> y cada vez que el adolescente les desobedezca, emplearan consecuencias negativas reales imprevisibles y no anunciadas. Después se disculparan, mostrándose totalmente desamparados y desconcertados por lo que han hecho.

*Conseguir sumisión a través de la libre aceptación:* este es un intento de solución muy habitual en las relaciones entre padres e hijos, así como en las relaciones de pareja. En este caso se trata de lograr una respuesta espontánea del otro que coincida con los deseos de uno mismo. El sujeto piensa que si pide directamente lo que desea, su obtención quedara invalidada por no haberlo conseguido de manera espontánea. Por lo que la intervención se fundamenta en la necesidad de hacer peticiones directas.

*Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa:* En este caso se produce un reiterado conflicto entre dos personas en donde la persona, A vigila y acusa a B y B niega las acusaciones y se justifica, lo cual suele confirmar las sospechas de A. El objetivo de la intervención es interrumpir la secuencia de acusaciones y justificaciones, se denomina "interferencia" o "confusión de señales". La intervención, además de bloquear las recriminaciones, implica la posibilidad de un control voluntario de la conducta problemática mediante la simulación del síntoma por parte del paciente.

### **Intervenciones Generales**

Son intervenciones de tipo estratégico, que pueden emplearse cuando las intervenciones específicas no han logrado el resultado esperado o cuando conviene complementarlas con alguna indicación adicional.

*No apresurarse:* se aplica básicamente en tres situaciones:

Primero: con sujetos cuya solución intentada es esforzarse mucho por superar el problema, ya que si reducen su esfuerzo el síntoma remitirá.

Segundo: Con pacientes pasivos que urgen al terapeuta para que lleve a cabo una acción curativa, la sugerencia de que vayan más despacio actúa como alicante para que se movilicen hacia el cambio.

Tercero: Siempre que haya cambios o mejorías el terapeuta debe recordar a la familia y al paciente que los cambios lentos son más sólidos que los súbitos. Con ello por un lado, se previenen recaídas al evitar que el sujeto vuelva a esforzarse demasiado, por otro, se da el mensaje de que es preferible el cambio paulatino, lo cual permite que se valore cualquier pequeño cambio más no solo el espectacular.

*Peligros de una mejoría:* Es una intervención adecuada cuando el paciente no ha realizado la tarea prescrita en la sesión anterior y en síntomas como la ansiedad. En el primer caso, si la postura del paciente es de oposición al terapeuta, la intervención funciona acelerando el cambio. En el segundo caso, si la persona comprueba que la mejoría no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligada a exigirse rendir más, modificando su intento de solución de esforzarse demasiado.

*Un cambio de dirección:* Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, el terapeuta cambia de dirección argumentando que se ha dado cuenta de que ha seguido un camino equivocado o que ha consultado con un experto que le ha recomendado variar el rumbo de la terapia.

*Cómo empeorar el problema:* Se emplea cuando en las últimas entrevistas no hay cambios. El terapeuta manifiesta al paciente y a los componentes del sistema familiar que tanto el como su equipo no han sabido como ayudarles a mejorar el problema, pero que sin embargo si saben como podría empeorar. Entonces se enumera de forma específica todo aquello que el paciente y su familia han hecho para solucionar el problema.

## PRESENTACION DE UN CASO CLINICO M.R.I

### 1. ¿Cuál es el problema o queja?

- ❖ Solicitar información clara y concreta ¿qué, quién, cuándo, dónde?
- ❖ Describirlo en una frase
- ❖ Poder ver lo que están haciendo y diciendo (conductas)
- ❖ Pedir ejemplos

T: ¿Cuál es el problema por el que viene a consulta?

**P: "más que nada mi enfermedad, artritis que hace muchos años la padezco.**

T: ¿Pensamos que quiere trabajar más que nada sobre el dolor?

**P: si... porque últimamente tengo más dolor y desviación de dedos, más que nada de los pies...**

T: ¿A partir de cuando siente más dolor?

**P: Hace aproximadamente 4 años**

T: ¿Cómo es ese dolor que siente?

**P: "mucho, dolor al no poder agarrar las cosas o moverse, es dolor y también ardor, ardor en los puros pies."**

T: ¿En que lugar aparece el dolor, por ejemplo en su casa?

**P: "...es cualquier lugar, y aparece de pronto, estoy sentada, acostada, parada... Aparece, se me calma y luego vuelve y así en ratos".**

T: ¿Le aparece el dolor como tal o va progresando?

**P: si, porque me empieza un poco leve y va aumentando**

T: ¿en qué parte de los pies?

**P: "todo el pie, más este (señala el derecho) de los dedos... hasta el tobillo"**

T: ¿L e duele todo igual?

**P: "no, por partes, por que luego por decir me arde la mitad a lo mejor y de pronto me da como piquetitos en otro lado y por momentos me llega a doler todo, me arde todo el pie".**

T: ¿Cuántas veces en el día aparece el dolor?

**P: unas 5 veces al día y dura unas dos horas**

T: ¿Si pudiéramos poner un rango al ardor de 1 a 10 que tan fuerte seria este dolor?

**P: por momentos yo creo de 10... digamos que de 5 aumenta a 10, por que por momentos me duele mucho, así de no saber que hacer ¿no?, del dolor**

T: ¿Cuándo fue la última vez que sintió el dolor?

**P: ahorita...**

T: ¿Cómo le empezó?

**P: de pronto, por que estoy más o menos bien y ya nada mas empiezo a sentir así que me empieza y va aumentando**

T: ¿Qué piensa cuando tiene el dolor?

**P: pues nada mas en que como se me va a quitar, lo que pienso es de que ¡hay! ¿que hago no? Si hay veces en que empiezo como a moverlos para un lado y por**

**momento si se me calmaron eso... pero hay veces que aun que lo haga para donde lo haga no, no se me quita... pienso, aunque sea que se me calme ¿no?.**

T: ¿Una vez anterior a esta?

**P: a las dos de la tarde... (describe)**

T: ¿Hay alguna hora específica en que le duela más?

**P: en la noche... como de las dos de la tarde que se me empieza a hinchar... hay noches que despierto unas 5 veces del dolor.**

T: ¿De que manera es un problema para usted?

**P: Porque tengo que dejar de hacer cosas por ratos y días-**

T: ¿De que manera es un problema para los que viven aquí con usted?

**P: ... por que tienen que andarme cuidando y dejar de hacer sus cosas para ayudarme, aun que no les molesta.**

T: ¿Hay momentos en que se quita este dolor?

**P: pues si, por momentos si, se me olvida cuando estoy haciendo otras cosa, por ejemplo si estamos así platicando, como que se me olvida un poco.**

## **2. Intentos de solución**

- ❖ Cosas que el cliente u otras personas involucradas han intentado para resolver el problema (lo que dicen, hacen o piensan)
- ❖ Establecer el impulso básico de los intentos de solución y describirlo en una frase

T: ¿hay algo que esté realizando para disminuir el dolor?

**P: “no por el momento no... bueno yo un poco los muevo y un poco como que se me calma, los muevo de un lado para otro y un poco se me calma; pero no hay otra forma**

T: Me dice que ejercitándolos un poco se le calma, ¿ha intentado otra cosa aparte?

**P: “pues no, es lo único”**

*Al pedir ejemplos sobre las ultimas veces que ha sentido el dolor ella refiere que cambia de posición, acomoda diferente los pies o se aprieta un pie con otro, y esto da resultado, aun cuando sea en poca medida. Ella dice: “ahora si que estoy viendo como se me calma”, “pienso lo mismo de siempre, ¿haber ahora como se me va a quitar?”.*

T: ¿Qué otra cosa a intentado para minimizar el dolor, tomar medicamento o?

**P: “Si, con el medicamento y un poco se me calma, porque con pomadas y eso no...terapia física, tinas de agua, naturistas.**

## **3. Postura del cliente**

- ❖ Marco de referencia
- ❖ Valores
- ❖ Lo que piensa del problema, la terapia y del terapeuta

T: ¿Por qué cree que tiene ese problema? ¿Qué opina de la enfermedad?

**P: “pues luego no se que pensar, por que como me han dicho tantas cosas, que es de herencia, que puede venir de muchas cosas, entonces pues, ahora si que estoy**

**con la duda... puede ser mala alimentación a lo mejor; pero no muy bien se por que, como dice mi mama que siempre he sido muy enfermiza...**

Dentro de sus valores cabe mencionar que ella es católica, va a misa cada ocho días, reza todas las noches y junto a su cama tiene muchas imágenes.

Con respecto al problema, se observa que ella no cree que pueda tener el más mínimo control sobre el dolor.

#### **4. Definición de metas / objetivos de la terapia**

- ❖ Primera señal observable de que existe un progreso, describirlo en una oración.

T: ¿Cuál sería entonces el objetivo que quisiera alcanzar al tener las sesiones conmigo?

**P: “pues el de mejorar”**

T: ¿A que se refiere con mejorar?

**P: Bueno pues yo por mi que quisiera, aliviarme por completo ¿no?, pero bueno ya si me sintiera mejor que bueno**

T: ¿El objetivo entonces es que disminuya el dolor?

P: si

#### **5. Estrategia terapéutica para el cambio**

- ❖ Giro de 180° de la temática principal del cliente
- ❖ Lo que se debe evitar

1°. *Que ella reconozca que podría tener control sobre el dolor*

2°. *Que ella que piense ¿y ahora como se me va a quitar este dolor?*

#### **6. Tarea específica**

- ❖ Lo que más fácil se incorpora a la rutina del cliente
- ❖ Sugerencia más sencilla que le podemos dar
- ❖ Cosa que dicha o hecha por el cliente representa un alejamiento evidente de los anteriores intentos de solución.

*Que asuma control sobre el dolor, modificar tiempo, lugar, intensidad, etc.*

*Y seguir las excepciones al problema, como ella menciona varias veces que moviendo los pies y apretándolos uno contra otro se le calma un poco el dolor, hacer mas de esto.*

*Hablo de técnicas como reencuadres, anécdotas, relatos, metáforas, prescripción de comportamiento. También podrían utilizarse técnicas de PNL y de Hipnosis Ericksoniana.*

#### **7. Chequeo de la tarea (cuando la gente regresa y dice: “lo hice; pero todo sigue igual”)**

❖ ¿Lo hizo?, ¿Cómo lo hizo?, ¿Qué ocurrió?

Se espera que si realiza la tarea tal como se pide el dolor disminuya y se sienta mejor, y así alcanzar el objetivo.

## LECTURA CIBERNETICA DEL PROCESO TERAPEUTICO

### M.R.I.

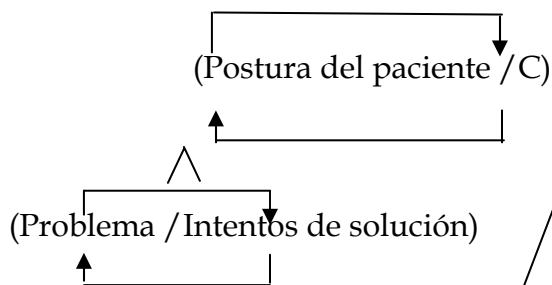
La cibernética conceptualiza la organización del cambio y la estabilidad, siendo imposible analizar uno sin el otro. Si un sistema cibernético abarca una relación recursiva entre procesos de cambio y estabilidad, la meta de la terapia consiste en alterar el modo en que un sistema con problemas mantiene su organización a través de los procesos de cambio.

Un sistema social perturbado debe confrontar algunas fuentes del llamado azar que facilite la generación de una nueva pauta o estructura para organizar su experiencia, conducta e interacción. A esta fuente se le da el nombre de "Rorschach significativo".

Por lo tanto, puede decirse que una terapia eficaz es un contexto que permite a un sistema cibernético calibrar el modo en que cambia con el fin de permanecer estable.

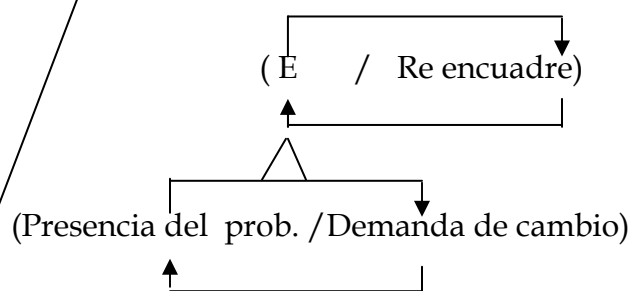
Esta manera de abordar el cambio es la que crea los distingo a en las escuelas representativas de la terapia sistémica, a continuación se propone el esquema del proceso terapéutico y la intervención de esta escuela.

Modelo de la pauta del proceso terapéutico



En el modelo de la pauta del M.R.I se observa en un primer nivel una complementariedad entre el problema y los intentos de solución, que se ven incluidos en un nivel superior en la postura del paciente, que las regula.

Modelo de la Intervención



En el modelo de la intervención del M.R.I se observa un primer nivel con una complementariedad entre la presencia del problema y una pequeña demanda de cambio, que son regulados por un nivel superior que contiene el re encuadre.



## APARTADO III: TERAPIA ESTRATEGICA DE HALEY

### ANTECEDENTES HISTORICOS

En la obra de Haley se identifican tres elementos que influyen en forma general y directa. Dentro del marco teórico esta la influencia de *Gregory Bateson* y *John Weakland*, pues a través de lo expuesto por ellos construye una concepción particular de la comunicación. En los inicios del *grupo de Palo Alto* (de 1952 a 1962) antes de la creación del *Mental Research Institute* *Jay Haley* trabajo con *Bateson* y *Weakland* sobre los problemas de comunicación, en junio del 1955 *Haley* y *Weakland* comienzan a visitar semanalmente a *Erickson*, esta cercanía se da especialmente cuando se desarrollaba la teoría del doble vinculo, como producto de esos estudios, se publicaron abundantes trabajos sobre la paradoja en la comunicación, la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia. Así en 1963 *Haley* publica la primera síntesis de la explicación *Batesoniana* y la practica de *Erickson*, en el libro *Estrategias en Psicoterapia*. Para 1967 *Haley* se separa del *MRI*; pero sigue visitando a *Erickson*, ya sin *Weakland*; pero todavía como representante del modelo (*Galicia, 2004*).

De esta manera es de *Milton H. Erickson* de quien recibe un enfoque general de lo que constituye la terapia estratégica, gracias a la asesoría que recibió de este de 1952 a 1980 año en que *Erickson* fallece. Cabe mencionar que la influencia de *Erickson* es indiscutible para la consolidación de la terapia sistémica en si y diferentes escuelas lo reconocen de distintas maneras; pero en el caso de la práctica de la terapia estratégica su influencia es palpable, se advierte, por ejemplo, en su focalización sobre el síntoma, en sus prescripciones (directivas) y en las llamadas *ordalías*.

*Haley* considera a *Erickson* el maestro del enfoque estratégico en terapia, debido a que transfirió ideas del terreno de la hipnosis al de los procedimientos terapéuticos, como las premisas para determinar los valores de los sujetos o premisas relacionales.

Mientras que según las propias palabras de *Haley* su mirada hacia la familia fue dirigida por las ideas de *Salvador Minuchin* y *Braulio Montalvo*, cuando trabajaron en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*. De igual manera, reconoce que fue de *Montalvo* de quien recibe mayor influencia. Por último agradece también a *Cloe Madanes* por sus ideas aportadas sobre la formación de terapeutas (*Galicia, 2004*).

### PRINCIPALES REPRESENTANTES

Los principales representantes de este modelo son *Jay Haley* y *Cloe Madanes*, esta ultima se unió al trabajo de *Haley* y juntos desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el *Instituto de familia* en *Washington* (*Galicia, 2004*).

### CONSTRUCCION DEL PROBLEMA

La propuesta de *Haley* era dejar de lado las ideas predominantes en su momento: no hablar de síntomas, estados mentales o estados anímicos generales, pues tomar

cualquiera de esas posiciones supondría trabajar sobre el individuo y la invitación de Haley es “dejar de hacer hincapié en el individuo y definir el síntoma en términos operativos con la mayor precisión posible, para que la terapia se centre en la situación social más que en la persona” (Galicia, 2004).

De acuerdo con Haley El problema debe entenderse como “un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas, por lo que la terapia se centra justamente en esa secuencia reiterada de comportamientos. O bien “ un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social, y el terapeuta tiene por tanto que lograr modificar esos comportamientos o bien, romper la pauta que los mantiene”. De esta manera cuando se define un problema terapéutico diciendo que concierne a las relaciones sociales de los clientes el terapeuta debe incluirse a si mismo dentro del problema, puesto que él contribuye a definirlo. Desde la manera en que se define la queja o problema, hasta el tratamiento que se prescribe, el terapeuta esta influyendo en la queja y en la manera como es percibida por el cliente y las personas cercanas a este, incluso influye a diferentes niveles en distintas instituciones sociales.

## **TEORIA DEL CAMBIO**

Para Haley no es suficiente reconocer que en el problema del cliente no solo se encuentra el involucrado, que él no es la unidad de intervención; ni tampoco es suficiente reconocer que la unidad terapéutica se constituye además de la familia nuclear a otros familiares y el grupo de pares. La propuesta es incluir también a los profesionales (incluido el terapeuta) que de una u otra forma están en contacto con el problema y/o el cliente y considerar el contexto en que ocurre (Haley, 1980).

Al ampliar la unidad terapéutica de esta manera, el terapeuta debe definir su campo de acción, Haley menciona que no es fácil discernir cual es la tarea del terapeuta; pero sea cual sea la posición que adopte como ciudadano, en cuanto terapeuta su obligación es definir la unidad social que el puede cambiar para resolver el problema que se le presenta. Una vez definida la unidad social en la que se va a intervenir el terapeuta tampoco debe perder de vista que la efectividad de la terapia no radica en el nivel o unidad social en que se ubique, sino en el resultado obtenido con el cliente, es decir, en la solución de su problema, y para ello el terapeuta debe saber como formular un problema y como resolverlo (Galicia, 2004)

### **La organización y la jerarquía**

Haley analiza a la familia como una organización social que, por lo mismo, debe ser vista en términos jerárquicos; la familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quienes tienen más poder y estatus, así como sobre quiénes juegan los niveles secundarios. La idea de plantear a la familia como una organización es producto de un cuestionamiento de las influencias teóricas que Haley tuvo durante su trabajo inicial. La teoría de los sistemas no le ofreció una alternativa real, y solo rescata el principio de las secuencias de comportamiento reiteradas, que permiten hacer predicciones y por tanto realizar una intervención terapéutica con un pronóstico de lo que acontecerá.

Con respecto a la utilidad de la teoría del doble vínculo Haley asume que restringe sus aportaciones a la descripción de la conducta, pero no para su modificación.

Durante su trabajo en instituciones Haley se percató de que en ellas, así como en la familia, existe una organización en la que se ven implicadas jerarquías, por lo que propuso emplear esas jerarquías no solo como un elemento explicativo del comportamiento inadecuado, sino también como un elemento sobre el cual inducir para promover cambios en el comportamiento (García, 2004).

Desde esta perspectiva, se considera que la manera no acertada de actuar del cliente, no se debe a él, sino al contexto de la situación en la que se encuentra, lo cual concuerda con la idea de unidad terapéutica, que considera al individuo, la familia y el entorno. Además supone que la queja o problema pueden presentarse, la mayoría de las veces, por confusión en la jerarquía familiar, de esta manera, la meta del terapeuta es resolver el problema propiciando que la relación de poder que se establece entre los involucrados en el problema sea la adecuada. Para Haley una de las tareas del terapeuta es identificar las coaliciones secretas entre distintos niveles jerárquicos o distinguir las jerarquías confusas, y entonces reestablecer las jerarquías de poder, es decir, promover una jerarquía congruente, sin meta comunicar las observaciones del terapeuta.

Por otra parte a Haley se le asocia con el concepto de poder, por mencionar que es el terapeuta quien dirige la terapia; se puede suponer que el terapeuta ejerce un dominio u opresión sobre la familia, o simplemente que ejerce un control social pero esto no es así. En la terapia estratégica, que no solo concibe a la familia como una organización en la cual hay que establecer jerarquías congruentes, sino que además considera que el problema tiene un contexto social, el objetivo de un terapeuta es introducir una mayor complejidad en la vida de la gente, en tanto y en cuanto quiebra los ciclos repetitivos de conducta y genera nuevas alternativas. Su labor consiste en promover el cambio, y en consecuencia, un comportamiento novedoso y a veces imprevisto. La propuesta de Haley es que los problemas son resultado de un esfuerzo de la familia por esclarecer o elaborar las posiciones dentro de la jerarquía familiar; por ello, la finalidad del terapeuta es ayudar a establecer una jerarquía bien definida. Para lograr lo anterior se identifican pautas de comportamiento reiterativas, en las que se debe incidir, interviniendo para que sea imposible su continuación. Contando para ello con intervenciones diversas (Haley, 1980 a).

### **PROCESO TERAPEUTICO**

Para Haley la terapia es exitosa solo cuando soluciona la queja o el problema del cliente, para lograrlo, lo más importante es saber como formular un problema, y con base en ello saber como resolverlo. Haley dice que para que una terapia termine adecuadamente, debe comenzar adecuadamente, estableciendo el contrato en torno a un problema resoluble y descubriendo la situación social que por necesidad lo genera. De esta manera el acto terapéutico empieza por la manera de examinar el problema, el acto de intervención saca a la luz los problemas y las pautas la relación a modificar.

Por ello Haley es explícito en lo que debe hacerse en la primera entrevista y da una serie de sugerencias; pero especialmente señala las etapas que deben cubrirse en esa primera entrevista, pues de ellas dependerá la formulación y posterior solución del problema del cliente (Haley, 1980 a).

### **Primera entrevista**

Haley sugiere que para esta primera entrevista no hay tiempo límite, que puede entrevistarse a una sola persona, pero teniendo en mente que a través de ella se puede conocer e intervenir sobre la familia. Se prefiere que estén presentes todos los involucrados; la unidad social comprende a todos los que habitan el hogar, pero puede invitarse también a otros familiares, e incluso a miembros de instituciones sociales, que se consideren necesarios, esto por que hay que tener siempre presente que la confusión o conducta inadecuada que pudiera presentar el cliente es producto de la situación, y nunca de una peculiaridad de este (Haley, 1980).

### **Etapas de la primera entrevista**

El modelo de entrevista que propone Haley (1980) comprende cuatro etapas: 1) etapa social, 2) etapa de planteamiento del problema 3) etapa de interacción y 4) etapa de fijación de metas.

1) *Etapasocial*: Es el primer contacto entre los miembros de la familia y el terapeuta, este debe saludarlos y hacerlos sentir cómodos, también tiene que transmitir el mensaje de que todos y cada uno de ellos son importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado. Deberá observar comportamientos que le indiquen el estado de ánimo de cada integrante de la familia, las normas disciplinarias, las alianzas y coaliciones (todo este desde la forma en que se sientan al entrar al cubículo). Pero la información obtenida será considerada como información provisional y no como hechos concretos, además no conviene comunicar sus observaciones a la familia por que esto podría causar dificultades innecesarias en la terapia.

2) *Etapade planteamiento del problema*: Hasta estas alturas la entrevista se ha mantenido en un dialogo social con la familia pero es preciso pasar a la etapa de terapia, donde la situación ya obedece a un propósito. Lo habitual es que el terapeuta pregunte por que han venido o que problema los aqueja, pasando así de lo social a la terapia. Esta pregunta puede hacerse de muchas maneras, cada una de las cuales tiene sus ventajas y desventajas; pero la pregunta en si presenta dos aspectos: el modo en que el terapeuta la formula y a que miembro de la familia va dirigido. Haley propone una serie de preguntas que son las más usuales en esta etapa, pero solo se incluyen algunas, debido a los resultados favorables obtenidos en los casos vistos en el modulo:

¿Cuál es el problema? Permite que la persona mas conocedora de la situación realice una descripción detallada del problema.

¿En que puedo serles útil? Induce a las personas a focalizar el problema y las expectativas sobre el terapeuta.

¿Qué cambios desean lograr? El problema deja de ser el foco de atención y este se desplaza hacia los cambios, con lo que se clarifican las metas para cliente y terapeuta.

Otra cuestión importante a considerar es a quien preguntar, se puede pensar en preguntar inicialmente a la persona que llevo a la familia a terapia, a la que tiene mayor jerarquía, a la que se intuye tiene mayor información del problema, a un niño, por ser el mas ingenuo y sincero en su respuesta, etc. Pero Haley recomienda dirigirse a un adulto que parezca estar mas desligado del problema y a la vez tratar con mayor atención y respeto a la persona mas capaz de llevar a la familia a las siguientes sesiones. Otra táctica sugerida es no dirigirse a nadie y decir: ¿Alguien puede decirme cual es el problema? Con lo cual, por lo general se produce que conteste el vocero o representante de la familia y que además refleje la posición que ocupa en la familia.

Otras recomendaciones: el terapeuta al dirigirse a la persona identificada como problema, debe adoptar un tono benévolo si esta se siente abrumada, angustiada o tensa. Abstenerse de hacer comentarios o interpretaciones. Podrá repetir una declaración con sus propias palabras para identificar si ha comprendido; pero no para ayudar al cliente a “descubrir algo”. No se ofrecerán juicios sobre la problemática y sobre todo, no hay que confundir la etapa social y la del planteamiento del problema por que ello implica, primero el no centrar la atención en el problema, y segundo, no definir claramente el problema, lo que impide introducir el cambio, cambio que es la piedra angular de las orientación estratégica.

3) *Etapa de interacción:* Una vez que el terapeuta ha obtenido la opinión de todos los presentes acerca del problema, se procede a iniciar la fase que consiste en que todos los miembros de la familia dialoguen entre si sobre las discrepancias acerca del problema. Aun que el terapeuta dirige la entrevista, su intención deberá ser la de alentar el dialogo familiar; procurando que todos participen en la comunicación, estando atento a las conversaciones entre dos personas, para introducir un tercer interlocutor y si es preciso se llevara la conducta o situación problema a la sesión, es decir, se escenificara el problema para ver como reaccionan los miembros de la familia.

La intención de esta etapa es la de que el terapeuta, por medio del reporte verbal y las interacciones entre los presentes, reúna mas información que le posibilite identificar las pautas de comunicación en la familia, describir la organización jerárquica de la familia y por ende tener en claro la estructura particular de la familia.

4) *Etapa de fijación de metas:* Esta etapa se requiere que la familia formule claramente los cambios que desea lograr en la terapia. Para ello se requiere que el terapeuta y los clientes expresen claramente el problema, a fin de que resulte solucionable, es preciso que negocien y formulen los cambios deseados de manera que sean observables, medibles o definidos de un modo que se pueda detectar la influencia que pueden ejercer las acciones emprendidas por los clientes a través del terapeuta. Para llegar a esa definición, el terapeuta indagara sobre el problema, si es constante o intermitente, cuando aparece con mayor frecuencia, ante que personas o

circunstancias, si su presencia o desaparición es súbita o paulatina y todos los detalles que considere necesarios para poder fijar metas precisas y claras. Cabe mencionar que la modificación del problema podrá estar dirigida hacia la frecuencia, intensidad, temporalidad u otra característica que pueda ser negociada y observada por los implicados en el problema. De esta manera se pueden detectar los primeros cambios que aparezcan en la secuencia de comportamiento o en el reordenamiento jerárquico de la organización familiar. Esto es importante, pues solo si se definen claramente el problema y las metas se puede determinar en que medida la terapia ha sido exitosa.

Haley sugiere en esta etapa emplear la redefinición del problema y la connotación positiva, la primera ocurre cuando el terapeuta define el problema en términos diferentes a los de la familia, convirtiéndolo en un problema soluble, como en el siguiente ejemplo: si se define un problema como fobia a la oscuridad, no se puede realizar una traducción a un problema soluble, en cambio si se define como el llanto de un hijo menor al ir solo a la cama, se hace posible buscar una solución a esa situación. Otra alternativa es cambiar la perspectiva negativa que el individuo tiene de su problema, al sugerirle que la conducta que para el es inadecuada, puede interpretarse positiva o adecuadamente, de esta manera se pone en cuestión la suposición acerca del problema y se saca a este de su contexto (Galicía, 2004).

### **Cierre de la entrevista**

La primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita, de igual manera, quizás se haya advertido durante la sesión que la presencia de algún otro miembro de la familia es necesaria para la terapia, por lo que en esta conclusión de la entrevista entra en juego convenir la asistencia de esa persona y discutir la manera de hacerla venir. También al termino de esta primer entrevista algunos terapeutas hábiles pueden ya proponer alguna directiva o “tarea para el hogar” que la familia debe cumplir entre una sesión y otra (Haley, 1980 a).

### **Sesiones subsecuentes y terminación del tratamiento**

El número de sesiones subsecuentes depende de las estrategias diseñadas para el cambio; pero en la segunda sesión debe preguntarse sobre los cambios logrados, preferentemente los adquiridos por la elaboración de la tarea o lo trabajado en sesiones anteriores. Algunas preguntas para comenzar con las siguientes sesiones, que permiten evaluar el trabajo terapéutico son:

Se sugiere comenzar con la pregunta ¿Cómo estas con respecto a la sesión anterior? ó ¿Qué ha pasado de la última vez que nos vimos a hoy?

En cuanto al cierre de la terapia, se deben prescribir recaída y preguntar sobre el trabajo terapéutico ¿Qué de lo que trabajamos te ayudo a lograr el cambio? ó ¿Cero es como estabas y diez como deseas estar, en porcentaje, cuanto haz alcanzado la meta?, también puede ser útil preguntar si hubo algo que el terapeuta hiciera y no le agradara al paciente, lo que le agrado o considera que le fue útil. (Mandujano, 2007).

### **Directivas en terapia estratégica**

En terapia hay procedimientos directos e indirectos, los cuales se utilizan según la resistencia de los pacientes. La presentación de las tareas en realidad puede hacerse de dos maneras: 1) pedir algo para que se cumpla (una directiva directa) y 2) pedir algo para que no se cumpla (una directiva indirecta). Esta última alternativa conduce a un cambio por la vía de la resistencia y la rebelión; es una directiva paradójica por que el terapeuta desea producir el cambio y al mismo tiempo pide al cliente que no cambie.

#### **Directivas directas:**

Estas pueden darse de dos maneras: pidiendo que se deje de hacer algo, o pidiendo que se haga algo diferente. El primer caso es el más difícil por varias razones; como se ha mencionado, el cliente y su familia ya han cristalizado su comportamiento, y dejar de seguirlo puede no convencer al cliente por que no tiene otra manera de actuar y se siente desvalido. Por lo que se sugiere que la directiva vaya acompañada de otros mensajes, repetirla en varias ocasiones durante la sesión, magnificarla o pedir ayuda a los involucrados para que el cliente la cumpla. En el segundo caso se da la oportunidad para crear nuevos hábitos al tener otra alternativa de comportamiento, de tal forma, el terapeuta debe dar directivas para cambiar la secuencia inadecuada que se presenta en la familia y posteriormente negociar sobre los nuevos hábitos. Para esto no hay una sola forma de lograrlo, todo depende de la creatividad, habilidad y practica del terapeuta, el terapeuta debe ser hábil también para persuadir o motivar a las personas para que cumplan las directivas a sabiendas de que por su intermedio alcanzaran los objetivos individuales, recíprocos y familiares que deseen. El modo de motivarlos depende de la naturaleza de la tarea, la naturaleza de la familia y del tipo de relación establecida con esta (Galicia, 2004).

#### **Directivas indirectas:**

Las directivas indirectas están conformadas por las tareas paradójicas. Estas tareas se emplean cuando las familias, aunque solicitan ayuda desesperadamente, rechazan todas aquellas tentativas de solución que se les ofrecen, o cuando se prevé que la familia no cooperara fácilmente en el cumplimiento de la tarea. En este caso, la opción es dar siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: cambien y, dentro del mensaje, no cambien. Con estos mensajes el terapeuta provoca que la familia se resista y, de este modo, cambie. De tal manera en este punto cabe señalar que las tareas no se explican, salvo que se tenga una intención mayor (Galicia, 2004).

#### **Finalidad de las directivas**

El empleo de directivas y, de manera mas especifica, la asignación de tareas en la terapia cumple con los siguientes objetivos:

a) lograr que los individuos se comporten de una manera distinta que propicie en ellos experiencias subjetivas diferentes.

b) intensificar la relación entre clientes y terapeuta y dar a este mayor estatus y jerarquía c) obtener otro tipo de información esclarecedora que no se haya proporcionado en la entrevista ( Haley, 1980).

### **Características de las directivas**

Las directivas deben ser sencillas para que puedan ser ejecutadas por la familia, aun que habrá casos específicos en los que se desee que la familia no pueda cumplir con lo asignado y fracase en su intento. Además deberán ser presentadas de una manera clara y precisa. En ocasiones se reiterara en las instrucciones dadas, para que en caso de que no sean cumplidas se pueda pensar en alguna maniobra de la familia y no en la falta de claridad del terapeuta. Aun que en la terapia estratégica constantemente se pide precisión, no quedan excluidas las directivas imprecisas o sugerentes, siempre y cuando tengan un fin estratégico: por ejemplo, se puede deslizar una idea en la conversación para que los participantes “espontáneamente” consideren realizar la tarea. Un criterio a considerar al impartir las directivas es, que dado a que hay procedimientos directos e indirectos, estos se utilizan según la resistencia, así, a menor resistencia mayor directiva (Galicia, 2004).

### **Revisión de tareas**

Ya mencionamos que en terapia estratégica suelen brindarse directivas, por lo que siempre que se establezca una tarea hay que solicitar sus resultados en la sesión siguiente; estos resultados pueden ser a) que el cliente cumpla con las tareas, en cuyo caso se siguen dando tareas directas, es decir, especificar lo que debe o no debe hacer. b) que los clientes hagan lo opuesto, en este caso se dan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto; pero dirigido al cambio, c) que no hagan nada, en este caso, cuando las tareas no se cumplen, el cliente deberá señalarlo enfatizando que los clientes se han fallado a si mismos y que nunca sabrán si hubiera sido importante para ellos haberla realizado. Un terapeuta nunca debe dejar pasar el incumplimiento de las tareas, pues esto implica que las acciones del terapeuta, así como el mismo, carecen de importancia, lo que además, aumentaría la probabilidad de que en sesiones subsecuentes no se cumpla con las acciones propuestas por el terapeuta (Haley, 1980).

### **TIPOS DE DIRECTIVAS**

El trabajo de Haley se distingue por emplear directivas. A estas las define de manera muy general considerando que son: “todo cuanto se haga en terapia” “toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo, en ese sentido esta impartiendo una directiva”. Así, que el terapeuta afirme algo, pida que se amplíe la información, repita lo que dice el cliente o incluso guarde silencio, se trata invariablemente de directivas.

Sin embargo aquí con el término de directivas se hace referencia a las tareas que el terapeuta imparte durante la sesión. En este sentido, gran parte de lo que aquí se dice deriva de Erickson (Galicia, 2004).



### **Metáfora**

Se refiere a un giro del lenguaje que se emplea en sentido no literal. Estas se emplean cuando el terapeuta desea que los implicados en la queja hagan algo que parezca espontáneo, sin la plena consciencia de haber recibido la consigna de realizarlo. Hay que señalar que las metáforas no solo se pueden expresar por medio de palabras, sino también a través de comportamientos. “Tu vida profesional apenas se esta gestando, entonces, ¿por que quieres abortar tus proyectos?”.

### **Redefiniciones**

Consiste en modificar el marco conceptual desde el cual se percibe el problema, se realiza con el fin de poner en entre dicho las creencias del paciente con respecto al problema y para que la nueva definición del problema lo haga resoluble. “Su hijo no esta solo en la calle, Dios esta con el”.

### **Anécdota**

Se refiere a un relato breve sobre la propia experiencia o la de otros; pero con constancia de que esto es verídico. Cuando al paciente no le resulta fácil encarar el problema de manera directa, se le presenta otra situación sobre la cual se pueda hablar y que encierre procesos parecidos al de la actividad problemática. “...Cory y Roxana también son madres y han seguido con su vida profesional...”

### **Paradoja**

Es una instrucción dada a partir de la contradicción. Las paradojas tienen la finalidad de facilitar el cambio en los patrones estereotipados de la familia, ello puede lograrse ya sea involucrando a la familia en un sentido global o solo parte de ella. Estas llegan a tener éxito por que posibilitan que la familia desafíe al terapeuta, o que realice las tareas hasta un extremo absurdo y decida ya no continuar haciéndolo. “Quiero pedirte que hagas algo; pero la verdad creo que te va a ser muy difícil, pues necesitas ser una madre sin corazón”.

### **Cuento**

Es un relato mas elaborado y amplio, el cual debe coincidir con el mundo del paciente o brindarle a estos identificarse con los personajes (Material didáctico del diplomado en terapia sistémica 10ª. Generación, 2007).

### **Ordalía**

En ingles ordeal significa “a juicio de Dios”, experiencia penosa, prueba severa, prueba de fuego. Cuando Haley consultaba a Erickson, descubrió que el empleaba procedimientos rutinarios similares a algunos que el había ideado, destinadas a provocar un cambio, advirtió además que sus técnicas terapéuticas incluían intervenciones paradójicas como las ordalías. Las cuales en palabras de Jay funcionan gracias a que “si hacemos que a una persona le resulte mas difícil tener un síntoma que abandonarlo, esa persona renunciara a su síntoma”. Además Haley considera que “quizás la ordalía no sea una mera técnica, sino una teoría

del cambio aplicable a una variedad de técnicas terapéuticas que parecen diferentes” (Haley, 1984).

### **La técnica de ordalía:**

Consiste en imponer una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar, y a la vez más severa que ese problema. El requisito principal de la ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Pero siempre debe beneficiar a la persona, estas ordalías pueden incluir también hacer un sacrificio por otros. Además debe ser algo que la persona pueda ejecutar y que no viole ninguna de sus normas morales. Una característica de la ordalía es que esta puede ser estándar o estar cuidadosamente diseñada, además, hay casos en que la persona debe pasar reiteradamente por una ordalía para curarse del síntoma; pero en otros la simple amenaza de la ordalía basta para curarla. Por último esta no debe causar daño a ninguna otra persona.

### **Tipos de ordalía:**

Hay una basta gama de ellos; pero algunos de ellos son:

- a) *Tarea directa:* el terapeuta explica claramente el problema y pide que cada vez que se presente, la persona se someta a determinada ordalía. Para formularla deberá indagarse durante la entrevista sobre cosas que el paciente deteste y/o actividades que debe intensificar para su bien estar.
- b) *Ordalías paradójicas:* puede ser la misma conducta sintomática y consistir, paradójicamente, en alentar al cliente a tener el problema.
- c) *El terapeuta como ordalía:* Hay varias clases de ordalías que son eficaces por el modo en que actúan sobre la relación con el terapeuta. Todas las ordalías guardan relación con este, y por eso son eficaces, pero algunas se programan orientándose expresamente hacia el.

### **Etapas de la terapia de ordalía:**

El uso de una ordalía debe ser un proceso gradual y requiere de etapas, las cuales deben ejecutarse cuidadosamente.

1. Definir claramente el problema
2. La persona debe comprometerse a superar el problema
3. Debe seleccionarse la ordalía
4. La directiva debe impartirse acompañada de una explicación lógica.
5. La ordalía continúa hasta que se resuelva el problema
6. La ordalía esta inserta en un contexto social (Haley ,1984).

## PRESENTACION DE UN CASO CLINICO TERAPIA ESTRATEGICA

Este caso se trabajo dentro del Diplomado en Terapia Sistémica, Durante el segundo módulo dedicado al estudio de la terapia estratégica de Haley, bajo la supervisión del profesor Sergio Mandujano.

Es el caso de una chica que desde hace 10 meses ha dejado de trabajar, estudiar, hacer ejercicio, entre otras cosas, por dedicarse solo a salir de fiesta y esto le causa pensamientos y sentimientos negativos con respecto a ella misma, de esta manera solicita ayuda, pues aun cuando quiere salir de esta situación, no lo ha logrado.

*Primero se establece la etapa social:* en la cual nos saludamos y conversamos sobre cosas que nos agradan y desagradan de la vida, así como de los motivos por los que estamos en el diplomado, obteniendo como información que le gusta jugar voleibol, comer chocolate, especialmente pastel de chocolate, bailar, ver a su hermana y salir los fines de semana de fiesta con sus amigos. Mientras lo que le disgusta es trapear pisos y correr, pero esto ultimo, especialmente necesita hacerlo, pues ha subido de peso.

Entonces, comienza la *etapa de planteamiento del problema:* cuando le pregunto ¿en que te puedo servir? Ella piensa un momento y después expresa de manera verbal y con movimientos (frotándose la cara con las manos) que le apena un poco; pero comienza a hablar del problema diciendo que a partir de que termino la carrera, se ha tomado de mes en mes para salir viernes, sábado y domingo a fiestas, lo cual le divierte; pero comienza a afectar su economía pues no tiene un trabajo estable, además dice sentirse inútil, por esto ultimo y por que entre semana todos los días al llegar la noche siente que no aprovecho el día.

*Dentro de este relato se identifican las siguientes pautas del problema:*

Paso 1: salir el viernes, sábado y regresar el domingo a las 7:00 a.m.

Paso 2: bañarse, comer y salir a trabajar

Paso 3: ya en el trabajo comienza a sentir culpa y a hacer recuento del día

Paso 4: se dice a si misma: eres inútil, no sirves para nada, no tienes trabajo, no aprovechas tu día, no haces quehacer, no estas estudiando y te sientes cansada, cuando podrías estar trabajando cómodamente...

Paso 5: promete a partir del lunes hacer algo de ejercicio, salir a buscar trabajo, etc.

Paso 6: el lunes despierta y se siente aburrida, cansada, insatisfecha, hace cosas rutinarias (bañarse, ponerse los lentes, desayunar) y

Paso 7: durante el día solo piensa en que sea viernes y en los planes que tiene para el fin de semana, y se siente ansiosa por que estos lleguen, hasta que llega la noche y

Paso 8: vuelve a hacer recuento: "otra vez no hice nada, no aprovecho el día..."

Paso 9: se repite la secuencia

De esta manera, *pasamos a la etapa de interacción:* donde le pregunto que piensan su madre, familiares y amigos de esto; pero dice que ellos no le dicen nada. Le pregunto entonces que esta dispuesta a hacer para solucionar su problema y ella responde que definitivamente "todo".

Seguimos con la *etapa de fijación de cambios:* aqui le cuestiono sobre lo que quiere lograr al asistir conmigo y ella fija como objetivo, de lunes a viernes dejar de sentir

esa ansiedad por que llegue el fin de semana y comenzar a realizar actividades que la hagan sentir útil o que aprovecho el día como por ejemplo hacer ejercicio, trabajar hacer tareas del hogar.

Así, en esta primer sesión se *prescribe una ordalía*: le digo que de aquí a la siguiente sesión que nos veamos, cada vez que ella comience a sentir ansiedad porque llegue el fin de semana, tendrá que dar 5 vueltas al parque, corriendo. Lo cual le causa bastante risa; pero dice convencida “si, esta bien, lo voy a hacer”.

En la *segunda sesión*: al preguntar ¿Cómo has estado, que ha pasado de la vez anterior a hoy? Ella reporta haber ejecutado la ordalía 4 veces, por lo que dio en total 20 vueltas al parque; pero también hizo algunas cosas para evitar la ordalía, entre ellas trabajó sobre su reporte de servicio social, ayudo más con las labores del hogar, realizó trabajos pendientes e incluso, manifiesta que sus pensamientos o recuentos de las noches ahora son menos intensos, menos frecuentes y hasta diferentes, pues ya no se siente inútil y se siente tan cansada que no quiere salir en fin de semana, ahora prefiere que llegue este, para descansar.

Pero dice que ahora tiene tantas cosas que hacer que a fijado horarios en los que tiene que cumplir ciertas actividades; pero al ver que por ejemplo, son las 10:00 a.m. y no ha hecho lo estipulado en el horario comienza a sentirse un poco como antes y a pensar otra vez negativamente; por lo que le *prescribo hacer un horario*; pero esta vez por rangos, es decir de 8:00 a 10:00 debo realizar... y cumplirlo.

En la *tercera sesión* manifiesta que esto del horario le acomoda mejor y se siente en una escala de 0 a 10 en 9, por lo que la felicito; pero *prescribo una recaída*. Por ultimo, al hacer un *seguimiento* por teléfono la paciente reporta sentirse muy bien, no ha tenido que realizar la ordalía y ha cumplido con sus propuestas del horario.

Esta es una manera de ilustrar que la ordalía es una buena técnica, pues no solo ha preferido abandonar el síntoma (sentir ansiedad por la llegada del fin de semana) sino además comenzar a hacer cosas que la hagan sentirse útil. Mientras que el horario le funciona, pues al no ser tan estricto tiene la oportunidad de realizar las actividades que se proponga, y volver a sentir que esta haciendo lo correcto.

De esta manera podemos decir que los resultados obtenidos son favorables o bien, que la terapia fue exitosa, pues soluciono el problema y la paciente se siente mucho mejor.

## LECTURA CIBERNETICA DEL PROCESO TERAPEUTICO TERAPIA ESTRATEGICA DE HALEY

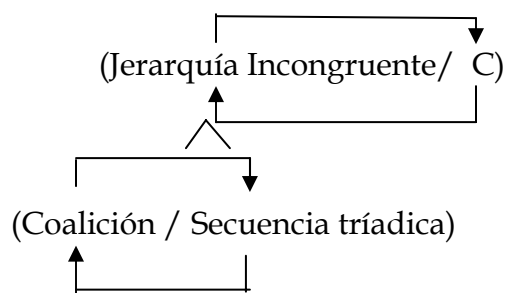
La cibernética conceptualiza la organización del cambio y la estabilidad, siendo imposible analizar uno sin el otro. Si un sistema cibernético abarca una relación recursiva entre procesos de cambio y estabilidad, la meta de la terapia consiste en alterar el modo en que un sistema con problemas mantiene su organización a través de los procesos de cambio.

Un sistema social perturbado debe confrontar algunas fuentes del llamado azar que facilite la generación de una nueva pauta o estructura para organizar su experiencia, conducta e interacción. A esta fuente se le da el nombre de "Rorschach significativo".

Por lo tanto, puede decirse que una terapia eficaz es un contexto que permite a un sistema cibernético calibrar el modo en que cambia con el fin de permanecer estable.

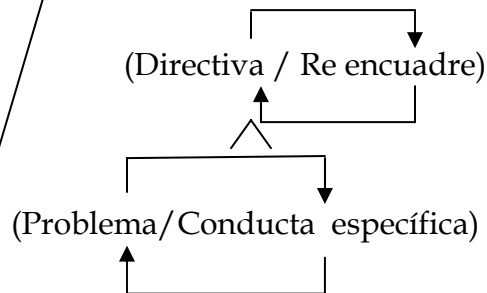
Esta manera de abordar el cambio es la que crea los distingo a en las escuelas representativas de la terapia sistémica, a continuación se propone el esquema del proceso terapéutico y la intervención de esta escuela.

Modelo de la pauta del proceso terapéutico



En el modelo de la pauta de la Terapia estratégica se observa en un primer nivel una complementariedad entre las coaliciones y la secuencia tríadica, que se ven incluidos en un nivel superior en la jerarquía incongruente que las regula.

Modelo de la Intervención



En el modelo de la intervención de la Terapia estratégica se observa un primer nivel con una complementariedad entre el problema y la conducta específica, que son incluidos en un nivel superior la directiva, que los regula.

## APARTADO III: TERAPIA ENFOCADA EN LAS SOLUCIONES

### ANTECEDENTES HISTORICOS

Tradicionalmente, la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, más tarde en los 60's los nuevos enfoques se centraron en el presente. Ahora, la terapia está evolucionando más allá, hacia una orientación hacia el futuro, ocupándose de cómo se resolverán los problemas. Un aspecto central de esta tendencia es que se centra en las fuerzas y capacidades de los clientes, diversos líderes destacados del campo de la terapia familiar han advertido esta tendencia. Así, con los años, el enfoque centrado en las soluciones ha sido influido por diversas personas, de las que se retoman al menos algunos aspectos de sus trabajos.

Por ejemplo, Jay Haley y Thomas Szasz han contribuido con la idea de tratar a la gente como si fuera normal, dejando claro los efectos debilitadores de las etiquetas psiquiátricas. Haley fue de los primeros en escribir sobre el negociar la definición del problema. Bandler y Grinder subrayaron la importancia de obtener imágenes e información clara sobre el resultado, como forma de crear ese resultado (Espinoza, 2004).

Entre los precursores del modelo, los más influyentes han sido Milton Erickson, la clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute con ellos las ideas de Bateson y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) fundado por Steve de Shazer y su equipo. Este centro experimentó cambios importantes, evolucionó del enfoque de resolución de problemas, hasta un mayor énfasis en las soluciones y como funcionaban. El equipo dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja y se dedicó a identificar lo que funcionaba con el fin de ampliar estas secuencias de solución. Este modelo se construyó a partir del supuesto de que todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar, la terapia enfocada así trata de catalizar los recursos de los pacientes para que participen en "conversaciones sobre el cambio", lo que genera modificaciones rápidas en las creencias y por tanto en las conductas de las persona. El modelo de terapia desarrollada en este centro surge en los 80's en Milwaukee, Wisconsin, y se denomina terapia breve centrada en las soluciones (TCS).

Sin embargo, existe también otra línea, la terapia orientada en soluciones (TOS), con O'Hanlon, que comparte algunas de estas líneas de influencia y premisas; pero difiere en algunos aspectos terapéuticos (O'Hanlon y Weiner, 1993).

### Influencias

#### TCS

#### Terapia Centrada en soluciones

**Milton Erickson**  
**CTB del MRI**  
**Jay Haley**  
**G. Bateson**

#### TOS

#### Terapia Orientada en soluciones

**Milton Erickson**  
**CTB del MRI**  
**K. Rogers y V. Frankl**  
**PNL**  
**T. Zasz y K. Tomm**

## **PRINCIPALES REPRESENTANTES**

Como he mencionado, dentro de la terapia breve con enfoque en soluciones se distinguen dos grupos con métodos particulares pero que comparten el interés por explorar y destacar las soluciones, aptitudes, capacidades y excepciones:

*El grupo de la Terapia Centrada en las Soluciones*, que sigue también las líneas de pensamiento de la terapia breve y aparece como un modelo diferente en la década de los 80, en el BFTC de Milwaukee, Wisconsin, EUA, era encabezado por Steve de Shazer y entre sus colaboradores iniciales se encontraban: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg, Wally Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis.

*El grupo de Terapia orientada a las soluciones*, su principal representante es Bill O'Hanlon, quien actualmente se encuentra en Santa Fe, Nuevo México y comparte aspectos básicos como alejarse de la resistencia, destacar las soluciones, capacidades y excepciones y contribuye aportando, en su propio método, la co-creación de problemas solubles.

## **CONCEPCION DEL PROBLEMA**

Se establece que los problemas que la gente lleva a terapia no son "cosas", sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. La visión interaccional de la conducta humana, supone que es posible desarrollar nuevos patrones si los esfuerzos terapéuticos se enfocan en los procesos que constituyen excepciones a la norma problemática (Espinoza, 2004).

## **CONCEPCION DEL CAMBIO Y LA SOLUCION**

La revisión de los antecedentes teóricos conduce a plantear una perspectiva apoyada en una epistemología sistémica, que incluía al terapeuta, equipo y familia como un todo, y parte de un sistema o subsistemas, es decir, que se comportan como una totalidad. Estas consideraciones los llevan a formular una teoría del cambio que considera la distinción del estilo de cooperación de la familia, alejándose de los principios de resistencia. Resaltan también el lenguaje como una conversación para el cambio pues ofrece la posibilidad de solidificar ciertos puntos de vista; aunque también como un instrumento para cuestionar certezas inútiles y para introducir expectativas de cambio (de Shazer, 1999) recomienda, siguiendo a Erickson, adaptarse al lenguaje del cliente para propiciar un acercamiento empático y cooperativo y hacerlo sentir comprendido. Por último se destaca el trabajo hacia el futuro, orientando a las metas en la terapia enfocada en las soluciones, un paso fundamental es el establecimiento de objetivos alcanzables y concretos para identificar cuando se han alcanzado. (Espinoza, 2004).

Para lograr el cambio, los esfuerzos del terapeuta deberán estar destinados a identificar, o construir las excepciones. Puesto que lo que esperas influye sobre lo que consigues, los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz el trabajo. Mantienen premisas que se centran en los recursos y posibilidades, lo cual también ayuda a crear profecías auto-cumplidoras.

Los problemas no se presentan todo el tiempo, por lo que las soluciones son más importantes que los problemas.

## **PROCESO TERAPEUTICO**

### **Premisas**

Aun cuando se distinguen dos grupos, estos comparten premisas similares: No creen que los siguientes principios sean verdaderos, en el sentido empírico del término, por el contrario creen que sólo son una descripción de los valores generales y fundamentos filosóficos que orientan el trabajo terapéutico (Kim Berg y Miller 1996).

### **Terapia Centrada en Soluciones (Steve de Shazer)**

- Utilización, o la resistencia no es un concepto útil, es más en este enfoque se considera que no existe, asumen que los clientes quieren cambiar realmente, ya que si bien es cierto que los clientes no siempre siguen las sugerencias del terapeuta, eso es por que están enseñándole cual es el método mas productivo y el que mejor encaja para ayudarlos a cambiar.
- Poner énfasis en la salud mental, los pacientes cuentan con las fuerzas y recursos necesarios para resolver sus quejas.
- El cambio es constante e inevitable, así por medios verbales y no verbales los clientes reciben la impresión de que seria sorprendente que la queja presentada persistiera o no sufriera modificación alguna.
- La cooperación es inevitable cualquier cosa que el cliente traiga a terapia se puede utilizar como elemento de cooperación, no solo las conductas negativas pueden ser reformuladas, sino sobre todo las excepciones.
- Orientación hacia el presente y futuro: No centrarse en lo que es imposible de cambiar como el pasado.
- Visión ateórica, determinada por el paciente: No hay una única forma de vivir la vida, esta es determinada por el paciente.
- Parquedad:
  1. Si no esta roto no lo compongas
  2. Hacer mas de lo que funciona
  3. Si lo que estas haciendo no funciona, haz algo diferente

### **Terapia Orientada en Soluciones (Bill O'Hanlon y Weiner Davis, 1993).**

- Los clientes tiene recursos y fuerzas para resolver sus quejas y es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas.
- El cambio es constante e inevitable, por lo que el terapeuta debe identificar los cambios y ampliarlos.
- Los clientes fijan los objetivos del tratamiento: Por ello se induce a los pacientes a describir como serán las cosas cuando resuelvan el problema actual.



- Solo es necesario identificar un pequeño cambio y ampliarlo: es importante que el terapeuta se centre en lo que esta funcionando y por pequeño que sea calificarlo como valioso. Un pequeño cambio en una parte del sistema, produce efectos en otras partes del sistema.
- No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo. Las soluciones son más importantes que los problemas, por tanto hay que centrarse en la solución.
- No es necesario conocer la causa o función de una queja para resolverla: saber por que se come demasiado no sirve para cambiar los hábitos alimenticios.
- El cambio o resolución de problemas pueden ser rápidos, el mismo tipo de interacción durante las sesiones conduce a que los clientes obtengan una nueva visión más productiva y optimista de su situación, lo que acelera la presentación de cambios significativos y los hace duraderos.
- No hay una única forma correcta de ver las cosas, es decir, existen muchas formas de enfocar una situación; pero ninguna es más correcta que otra, sin embargo, las opiniones que las personas tienen acerca de sus problemas aumenta o disminuye las probabilidades de solución.
- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable, lo que implica evitar los constructos psicológicos que no son útiles para el cambio.

### **La Relación paciente terapeuta**

El modelo de Terapia Centrada en la Solución distingue tres tipos diferentes de relación entre paciente y terapeuta: comprador, demandante y visitante. Estas etiquetas están destinadas a describir el tipo de relación o interacción entre paciente y terapeuta y no las características, atributos o rasgos característicos del paciente. El poner énfasis en esta relación sirve para recordar al terapeuta que el resultado del tratamiento depende tanto del paciente como del terapeuta, por ello, se ve en terapia al que este más motivado o preocupado en acudir y realizar cambios, y se puede empezar con una persona y en el proceso incluir a otros o también se da lo contrario (Kimberg y Miller, 1996). Cabe señalar que esta relación influirá en las directivas impartidas, o no, dentro del trabajo terapéutico.

*Relación tipo comprador:* Se presenta cuando en el transcurso o final de una sesión paciente y terapeuta juntos identifican una dolencia u objetivo para el tratamiento. Además el paciente indica que se ve como parte de la solución y dispuesto a hacer algo con respecto al problema. El terapeuta acepta trabajar junto con el paciente sobre el objetivo que identifica y cree ser capaz de dirigir al paciente hacia la solución o logro del objetivo. Se presentan tareas conductuales o directas, ya sea hacer más de lo que funciona, dicho por el paciente o acordado entre paciente y terapeuta.

*Relación de tipo demandante:* Este tipo de relación se da cuando en el transcurso de la sesión terapeuta y paciente identifican juntos, un objetivo o dolencia para el tratamiento; pero no los pasos que encaminan a la solución. Los pacientes son capaces de describir su dolencia u objetivo; pero por lo general no llegan a visualizarse como parte de la solución, de hecho suelen creer que la única solución posible es que otra persona cambie. En esta relación el terapeuta acepta explorar el objetivo junto con el paciente, y hacerlo de una manera encaminada a facilitar una nueva perspectiva que podría llevar a una solución. En este caso se suele buscar un comprador oculto. Se dan tareas observacionales o reflexivas que faciliten una perspectiva de la solución. Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos me gustaría que observaras cosas positivas que ocurren en tu vida y que quisieras siguieran sucediendo.

*Relación de tipo visitante:* Esta se entabla cuando al final de una sesión el cliente y terapeuta no han identificado una dolencia u objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento. Además, suele suceder que el paciente señale que no existe problema alguno para tratar o que el problema pertenece a otra persona. Lo más frecuente es que el visitante no vea una razón para cambiar, mucho menos para ir a terapia. El terapeuta concuerda que tal vez no haya un problema que requiera terapia, pero se muestra dispuesto a ayudar al paciente a determinar si hay algo más sobre lo que le gustaría trabajar. Es decir busca un comprador oculto o a otro comprador, pues por lo general estas personas fueron derivados por otro, o por alguna institución. No se recomiendan tareas; solo ser simpáticos y estar de parte de las personas, tal como si fuera una visita (Kimberg y Miller, 1996).

### **Mapa de la primera sesión**

*Unión:* Cuando se saluda a los clientes se suele pasar los primeros minutos hablando sobre cualquier cosa distinta de la razón por la que asisten, excepto temas donde puedan surgir desacuerdos. Con el objetivo de mostrar un interés genuino por ellos y ayudarles a que se sientan cómodos. El tiempo destinado a esta fase depende de cómo el cliente parezca “soltarse”.

*Una breve descripción del problema:* Habitualmente la pregunta siguiente es ¿Qué te trae por aquí? Y tras una muy breve exposición del problema, hacemos una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema: las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fuerzas y recursos de la persona.

*Excepciones al problema:* Se ha observado que independientemente de la magnitud o cronicidad del problema, hay situaciones u ocasiones en las que, por alguna razón, el problema simplemente no ocurre. Y es importante encontrar esas excepciones y centrarse en ellas todo lo posible, pues ofrecen gran cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. Sin embargo cuando no se pueden recordar excepciones, ni soluciones a las cuales sacar partido, se hacen preguntas orientadas a futuro o de avance rápido. También se pueden hacer

preguntas sobre la pauta del problema, al estilo MRI para posteriormente intervenir sobre ello.

Los tipos de Excepciones: “pueden ser espontáneas o deliberadas”

- Cuando el problema no esta presente
- Cuando la persona resuelve el problema o logra influir en el
- Cuando el problema esta presente y sabe como crearlo o influir en el.

*Definición de objetivos:* Para la TCS los pacientes deben decidir que cambios quieren que ocurran; pero; los terapeutas juegan un papel muy activo para asegurar que esos objetivos sean alcanzables.

*Características de objetivos bien pensados:*

Para que la terapia termine bien, debe comenzar bien, esto es negociando un problema que se pueda resolver. Así es mejor que se establezcan criterios que les indiquen que han tenido éxito y puede terminar la terapia, sin tales criterios será difícil, o imposible evaluar si se ha hecho algún progreso o alcanzado los objetivos del tratamiento. Por ello (Kimberg y Miller 1996) se establecen algunas características de los objetivos:

- Tener importancia para el paciente: El paciente debe visualizar el logro de ese objetivo como personalmente beneficioso para el, lo que hace más probable que invierta algo para alcanzarlo.
- Ser limitado: esto para que puedan ser cumplidos, también se dice que son pequeños pasos que se deben dar para llegar a un objetivo final, es mucho mas probable que los pacientes tengan éxito si los objetivos son limitados, ya que si logra cumplirlo tendrá la sensación de que esta triunfando y una motivación para el trabajo futuro.
- Ser concretos, específicos y formulados en términos de conductas: Hay objetivos formulados en términos vagos o confusos (ser feliz, retomar mi vida) los cuales dificultan a terapeuta y paciente determinar si se esta progresando o no y lo que falta por hacer.
- Plantear la presencia y no la ausencia de algo: Regularmente la idea que se forma el paciente de lo que puede ser un buen resultado se plantea como la ausencia del problema, sin embargo es mejor formular los objetivos con lenguaje positivo, y plantear lo que el paciente hará, en lugar de lo que no hará. Lo que facilita el determinar si el objetivo ha sido alcanzado, es mejor decir que se hará cuando no este el problema, a no hacer nada y por ultimo se evita la paradoja que se da cuando nos planteamos no hacer algo; pero estamos pensando en la actividad que debemos evitar.
- Que sean un comienzo y no un fin: Una de las reglas para definir objetivos es empezar por cosas pequeñas.
- Que sean realistas y alcanzables dentro del contexto de vida del paciente: Para esto es importante que el terapeuta colabore, así si algún cliente llegara a plantear un objetivo irreal o inalcanzable el terapeuta trabajara con el para negociar un objetivo mas manejable.

- Que se perciba que exige un trabajo duro: Esta idea puede parecer contradictoria, dado que anteriormente se ha recomendado negociar objetivos limitados y accesibles; pero al reconocer que los cambios implican trabajo duro cumple la función de proteger y promover el sentido de autoestima del paciente, pues cuando se describe al objetivo como difícil el paciente se ve obligado a internalizar la responsabilidad por el logro de este; pero mantiene la sensación de autorrespeto si sufre un eventual fracaso.

*Pausa:* Dentro del proceso terapéutico es importante hacer una pausa para consultar con el equipo terapéutico, para reunir y compartir ideas acerca de la dirección del proceso, o en todo caso tomarse un tiempo para planear esta dirección. Durante la pausa se deciden aspectos que se resaltarán en el cierre.

*Cierre:* Al regresar se hace un resumen de las cosas bien hechas, comentarios normalizadores, nuevos marcos de referencia, también se numeran los recursos con los que cuentan las personas para solucionar el problema y finalmente la prescripción.

### **Segunda sesión y subsecuentes**

*Unión:* hablar sobre cualquier cosa con el paciente, excepto la situación de terapia.

*Descripción de los cambios:* La pregunta inicial puede ser: ¿Qué cambios positivos has tenido estos días? Si la respuesta es positiva: Notar la diferencia entre cambio y problema: centrarse en las excepciones o soluciones: las preguntas suelen ser ¿Esta mejor con respecto a la situación de terapia?, ¿Qué cosas van mejor? ¿Cómo lo consiguió? ¿Quién más se dio cuenta? ¿Qué dijo, hizo? ¿Qué tendría que hacer para que esto continúe?, ¿Qué te gustaría que siguiera sucediendo?. Si la respuesta es negativa: reformular el problema o verificar la ejecución de la tarea. No se debe aceptar de inmediato una respuesta de este tipo, sino buscar excepciones.

*Cumplimiento de los objetivos:* respuesta positiva: terminar la terapia, reconociendo el trabajo del paciente. Si no se ha cumplido: hacer más de lo que funciona (de Shazer, 1992).

## **ESTRATEGIAS Y PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCION**

### **Terapia Centrada en Soluciones**

Estas surgen de la conversación en la entrevista, incluso dentro de ella y teniendo en cuenta la relación establecida entre cliente y paciente, para adaptar a ellos las tareas. Estas deben encuadrarse como un experimento, algo tentativo o una sugerencia y deben ser dirigidas a prescribir la mínima diferencia perceptible. Algunas de estas se utilizan casi obligatoriamente en el desarrollo de la sesión con todos los clientes, independientemente de si se da otra prescripción en el cierre. Aquí cabe recordar, que en general el lenguaje, la búsqueda de excepciones, el

construir una relación cliente-terapeuta, son estrategias dentro del enfoque de soluciones (Espinoza, 2004).

### **La entrevista como intervención**

O'Hanlon en el libro en busca de soluciones (1993) menciona que aun cuando la terapia centrada en las soluciones propone una manera de llevar la entrevista, hay que reconocer que cada persona y encuentro son algo único, y no debe considerarse un único método o teoría, esto como una crítica a la TCS. Pero la idea es que los clientes son quienes enseñan al terapeuta como ayudarlo a conseguir sus objetivos, y a veces que para lograrlos se exige algo diferente a los procedimientos habituales. El proceso de la entrevista se considera también una intervención, es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar cambios importantes en la forma de ver su situación, lo que les permite actuar de forma mas productiva y en muchos casos una tarea asignada al final, sirve para reforzar el cambio que se ha producido (O'Hanlon y Weiner, 1993).

### **Preguntas Presuposicionales**

Es el nombre que se ha dado al tipo de preguntas que se hacen en sesión, y están diseñadas para funcionar como intervenciones. Ya que a través de las preguntas que se elige hacer y del uso cuidadoso del lenguaje de las soluciones se intenta influir sobre las percepciones de la gente para dirigirlos a las soluciones. Durante la sesión hay momentos en que se hacen preguntas neutrales o afirmaciones; pero el objetivo es usar esta forma de influencia sutil, tanto como sea posible. Una regla básica cuando se construyen preguntas presuposicionales es mantenerlas abiertas, evitando que puedan contestas con un "si" o un "no" ¿Qué cosas positivas sucedieron?, esto por que hacer preguntas abiertas casi siempre proporciona una respuesta mas completa y útil.

Estas preguntas también son utilizadas para buscar excepciones: ¿Qué es diferente en las ocasiones en que (excepción al problema) no discuten?, ¿Cómo conseguiste que sucediera (dejar de discutir)?, ¿De que manera el que (no discutan) hace que las cosas vayan mejor?, ¿Quién mas se dio cuenta que (evitaste discutir)?, ¿Qué haces para divertirte, tu afición o intereses?, ¿Has tenido esa dificultad antes? ¿Cómo lo resolviste? ¿Qué tendrías que hacer ahora? (O'Hanlon, y Weiner 1993).

### **Preguntas de avance rápido**

Se utilizan cuando es difícil identificar excepciones o soluciones pasadas. O para buscar la idea del futuro sin el problema.

### **Pregunta de escala**

Es un instrumento que bien se puede utilizar para medir el avance o como técnica de intervención, al identificar lo que se debe hacer para avanzar hacia los objetivos.

En una escala de 1 a 10 donde 1 es cómo estaban las cosas cuando asististe a terapia y 10 el estado al que deseas llegar, '¿en qué número te encuentras ahora?', ¿Qué tendría que suceder para que avances?

### **Pregunta por el milagro**

Se utiliza como técnica de intervención o como estrategia para aclarar los objetivos: Tengo una rara y quizás difícil pregunta que hacerle, una pregunta que necesita algo de imaginación.

Suponga... que después de que terminamos aquí, usted va a casa, hace sus quehaceres usuales y entonces se acuesta a dormir...

Y mientras usted esta durmiendo, un milagro pasa...

Y el problema que lo trajo aquí se resuelve, así nada más...

Pero como usted esta durmiendo, no puede saber que esto ha pasado...

Una vez que usted se despierta por la mañana, ¿Cómo haces para descubrir que el milagro te ha sucedido.

### **Tareas de fórmula**

El equipo del enfoque centrado en las soluciones desarrollo y advirtió la efectividad de estas tareas. Estudiaron una tarea específica, "la tarea de la primera sesión". La tarea es:

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos gustaría que observaras, de modo que puedas describirnoslo la próxima vez, lo que ocurre en tu (familia, vida, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo (O'Hanlon y Weiner ,1993).

### **Resumen**

Es hacer una pequeña síntesis sobre las cosas bien hechas, utilizando las palabras del paciente. Se utiliza como recurso para brindar alguna intervención en general durante la sesión y para que el terapeuta retome la perspectiva del cliente y la enfoque hacia los recursos.

### **Reconocimiento de recursos**

Se identifican los recursos con los que la gente cuenta y las acciones que orientan al cambio para devolverlos como elogios. Incluso algunas cosas que el paciente ve como "normales" o problemáticas se pueden redefinir como positivas, esto con precaución. En general se aprovecha cualquier oportunidad para destacar tendencias positivas (O'Hanlon y Weiner-Davis ,1993).

## **INTERVENCIONES**

### **Terapia Orientada a las Soluciones**

O'Hanlon y Weiner- Davis señalaban en 1993 que en la terapia enfocada en las soluciones se intentan tres cosas:

*Cambiar la forma de actuar en la situación problemática:* Cambiar acciones o interacciones que intervienen en la situación, lo que también puede lograr un cambio en el marco de referencia.

*Cambiar la forma de ver la situación problemática:* Cambiar los marcos de referencia de los clientes puede llevar a cambios en las acciones.

*Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación problemática:* Recordar a las personas sus recursos y fuerzas, provoca cambios tanto en acciones como en puntos de vista.

*Intervenir sobre el patrón del problema:*

En trabajos más recientes O'Hanlon (2003) presenta 10 claves que se pueden utilizar para generar cambios:

- 1ª. Romper el patrón del problema
- 2ª. Encontrar y utilizar patrones de soluciones
- 3ª. Reconocer nuestros sentimientos y nuestro pasado, sin dejar que determinen nuestro comportamiento en el presente o en el futuro
- 4ª. Dirigir la atención
- 5ª. Imaginar un futuro que nos conduzca a las soluciones en el presente
- 6ª. Cambiar historias problemáticas por historias orientadas a las soluciones
- 7ª. Usar la espiritualidad para trascender o resolver problemas
- 8ª. Utilizar palabras de acción para resolver problemas de relación
- 9ª. Celebrar rituales de resolución para resolver los asuntos pendientes del pasado
- 10ª. Desarrollar rituales de estabilidad y conexión para prevenir problemas y generar conexiones.

## PRESENTACION DE UN CASO CLINICO ESCUELA DE SOLUCIONES

En esta parte la intención es demostrar la ejecución y eficacia del modelo en fragmentos tomados de 3 sesiones de un caso, trabajado dentro del Diplomado en Terapia Sistémica, en este tercer modulo dedicado al estudio del enfoque de soluciones, bajo la supervisión de la profesora Lidia Beltrán.

Es el caso de Guadalupe, una señora de 28 años, madre de 2 niños de 4 y 2 años, quien hace año y medio perdió a su esposo en un accidente y siente que todavía no acepta la realidad, al grado que no se atreve a decirle a su hijo que su padre murió.

En la primera sesión, ella da una breve descripción del problema, después se construye una relación terapeuta-cliente, buscamos las excepciones al problema y se fijan objetivos, ya en el cierre de la sesión se resume, enumeran recursos y prescribimos. Y sigue el trabajo, hasta el cumplimiento de los objetivos.

**Unión:** En la cual se platicó un poco con la paciente, sobre su traslado a la clínica y aprovechamos para pedir algunos datos, también se le explicó la manera de trabajar, como el uso de la cámara y la intervención del equipo terapéutico.

**Problema:** Pedimos una breve descripción del motivo de consulta y buscamos definir la relación terapéutica y el lenguaje de la paciente.

TS: quieres platicarnos, ¿por que te tenemos aquí hoy?

G: mmm, bueno, lo que pasa es que, pues no se mi problema es que tiene como un año y medio que mi esposo tuvo un accidente y falleció, entonces pues, a mi, pues ahora si me, me cuesta aceptar la realidad, ¿no?, el hecho de que ya no este, es lo que no asimilo, no he podido y a lo mejor por lo mismo estoy afectando a mis hijos.

TS: entonces, por lo que nos dices ¿te gustaría aceptar el hecho de que el ya no esta?

G: pues si, para tratar de que yo misma salga adelante, ¿no?, por que no me hago a la idea.

TC: ¿hay algún motivo en específico que te hizo decidirte a venir hoy aquí?

G: si, por mi hijo... eso, vivir la realidad, porque me cuesta mucho.

TC: ¿Cómo comenzarías a darte cuenta que estas aceptando la realidad?

G: pues no sé

TS: bueno, entiendo que tu identificas que en este momento no lo asimilas, ¿como comenzarías a darte cuenta que ya lo estas asimilando, que seria diferente?

G: yo pienso que mi actitud, mi carácter

TS: ¿Cómo seria la actitud de G, cuando reconoce que ya estas aceptando?

G: muy diferente, ósea no se, no se ni como

TC: ¿algo pequeño que identifiques que a lo mejor dirías, harías o pensarías diferente?

G: no se, no se

*En este punto las terapeutas intentan identificar el objetivo de la sesión, sin embargo, para la paciente tampoco es muy claro todavía. Quizá por que no se había planteado estas cuestiones o porque no espera este tipo de preguntas. Por lo que en el siguiente fragmento las terapeutas siguen en busca de excepciones al problema que hasta aquí se identifica como "no aceptar la realidad" y ampliarlas.*



TS: ¿dentro de este año y medio tú en algún momento te has sentido mejor?

G: un poco

TS: ¿Cómo lo identificas?

G: pues eh, el tratar de, como les diré, pues ya salir, por que siento que me encerré en mi mundo...

TC: entonces el hecho de que comiences a salir un mas, te ayuda a sentirte un poco mejor, a sentir que estas aceptando la realidad. (Se resume y reconoce un recurso)

¿Hay alguna otra cosa que te haga sentir que estas aceptando la realidad?

G: pues a veces, por medio de otras personas que me han hecho ver la realidad

TC: ¿como qué personas?

G: pues mi familia, mi cuñada, mis papás...

TS: ¿a dónde mas sales?

G: al parque, ahora si, cuando a lo mejor tiene uno ánimos ¿no?, por que a veces no tengo ánimos.

TS: pues esto que tu mencionas de la aceptación, creemos que es un proceso, si observamos esta aceptación como un proceso, ¿quien crees que va mas adelantado, tomando en cuenta a tus hijos y a ti?...

G: yo digo que vamos igual, por que mi hijo también pregunta cuando va a regresar... no me atrevo yo a decirle que su papa murió.

TC: ¿para que tú avances en este proceso de aceptación, seria importante que tú pudieras decirle esto a tu hijo?

G: sí

TS: en este proceso, tomando en cuenta que 0 es cuando falleció tu esposo y 10 es la aceptación, ¿en donde te ubicas tú?

G: en 20

TC: ¿Cómo es que todavía no estas en 0, como llegaste a 20?

G: no se, trato de aceptarlo

TC: ¿Cómo tratas, te dices algo a ti misma...?

G: pienso en mis hijos cuando trato de aceptarlo

*Aquí se utiliza la pregunta de escala no solo para medir un avance, sino como técnica para demostrar que ha avanzado en el proceso y también aclarar el objetivo.*

**Intersesión:** en esta fase, el equipo nos plantea que el cliente puede seguir haciendo más de lo que le funciona (salir, estar con la familia, pensar en sus hijos) y ellos creen que nos hemos visto muy frías, por lo que decidimos unirnos más con G, al hablar más personalmente y reconociendo su difícil situación.

**Cierre:** aquí hacemos resumen, enumerando recursos, para después prescribir.

TC: comentamos con el equipo que realmente tu situación, es difícil, complicada, dolorosa, cuando perdemos a un ser querido, a veces es difícil poder aceptarlo o hacer cosas que nos hagan sentir bien, a lo mejor como el quisiera que estuviéramos, ¿no?,... y sin embargo, en este año y medio has logrado cosa como el salir con tus hijos, estar mas con tu familia... y podemos ver en ti esa capacidad de recuperación.

TS: entendemos tu situación, nosotras somos casadas y con hijos pequeños y entendemos que debe ser difícil

Prescripción: En este caso el tipo de tarea es directa, al pedir específicamente lo que creemos que debe hacer.

TS: queremos preguntarte, ¿Qué te gustaría mas que siguiéramos haciendo, trabajar con esto que nos has platicado que te ha hecho sentir mejor, trabajar con el poder decirle a tus hijos, o si hay alguna otra cosa con la que te gustaría que empezáramos?

G: yo quisiera que me ayuden a mí personalmente y el poder decirle a mi hijo...

TC: ¿Qué sería lo más importante?

G: pues si, es que yo no he podido decirle a mi hijo...

TC: entonces la tarea sería que hagas más de lo que te ha funcionado y bueno tampoco nosotros tenemos claro cómo debes decirle a tu hijo que su padre murió, pero podemos irlo planeando. Por lo que te pedimos que en estos días observes cuál sería la mejor manera de acercarte a él, las palabras o el momento, para poder decírselo.

### **Segunda sesión:**

En la segunda sesión y siguientes, las terapeutas debemos seguir en la línea de los cambios, en una conversación que aumente la visión de competencia y evoque recursos. Y plantear preguntas que consoliden estos cambios. Como el caso de las preguntas de escala.

**Unión:** Esta es más breve que en la sesión anterior, pues ya nos conocemos.

**Preguntar si hay mejoría:** Se sugiere que si te dan un no, no lo aceptes de inmediato, investiga y hazle creer al cliente que sería casi imposible que no haya cambios.

TC: me gustaría comenzar preguntándote ¿que cambios positivos has notado estos días, de la última vez que nos vimos hasta hoy?

G: ¿cambios positivos?, mmm (silencio)

TC: ¿o que cosas diferentes han sucedido?

G: no se, siento que es lo mismo, nada mas que ahora sí ya estoy aceptando mas la realidad, como dicen, poniéndome las pilas.

*Ante este tipo de respuestas, en donde hay una mejoría, aun cuando sea pequeña o el paciente no la identifique como importante, se debe **profundizar en el cambio**.*

TC: ¿y como has hecho para aceptar mas la realidad?

G: pues el, ósea el ver, el motivo de que estoy viniendo hasta acá y dejo a mis hijos, por eso ahora si ya le estoy echando mas ganas para salir adelante.

TC: ¿Qué otras cosas te hacen darte cuenta de la realidad?

G: no se, pues el que tengo que estar y salir con mis hijos a juntas, a lo que requiera en la escuela, no se...

TS: ahora, nos comentas algo muy interesante, ya hay una diferencia del año pasado a hoy, ¿cual es la diferencia?

G: ...que ahora si creo que ya se esta acostumbrando a que no va a estar su papá

TC: nos dices que tu hijo ya se esta acostumbrando, ¿qué es diferente, qué hace tu hijo diferente, que a ti te hace pensar que ya se está acostumbrando?

G: es que todavía hace un año el decía es que yo quiero que venga mi papá, miraba al portón de la escuela...y ya a horita el mismo ya no me pregunta.

TC: ¿qué más, qué otra cosa te hace darte cuenta que ya lo están superando?

G: el jugar, el que el mismo ya dice verdad que mi papa hacia esto, me decía esto...

TC: entonces el recuerda; pero ya no pregunta cuando va a venir.

TC: ¿qué tendría que pasar para que te des cuenta que lo siguen superando?

G: no se, el vivir con el recuerdo sin que nos duela.

TC: me comenta el equipo que tu hijo en la forma que habla ya marca una diferencia; pero la duda es ¿en dónde marcas tú esa diferencia?

G: en que tengo que asumir la responsabilidad, el papel no, por que yo soy su mamá, no su papá... simplemente estoy haciendo yo otras cosas que a lo mejor le correspondían a su papá.

*También en este momento, se puede utilizar la pregunta de escala como estrategia:*

TC: supongamos que en una escala dentro de este proceso que estas viviendo, en donde 1 es como estaban las cosas antes de que llamas por teléfono y 10 como te gustaría estar, TS: o como estarías aceptando la realidad totalmente, TC: si, en esa escala ¿en qué numero te encontrarías horita?

G: en un 5

TS: ¿Cómo llegaste a ese 5?

G: poniéndome las pilas

TS: ¿Cómo es ponerse las pilas?

G: decir ya basta, más que nada el querer aceptar

TS: ¿Qué tendría que pasar para que llegaras a un 6?

En esta parte la cuñada de G que esta presente en las sesiones opina, por lo que seguimos la técnica de cruzar preguntas:

Lo que pasa es que yo pienso que ella estaría mas tranquila si ella y sus hijos vivieran la misma realidad, que es aceptar que su papa ya murió. Otra cosa que yo he visto es que a ella ya la veo sonreír mas, es algo que tanto a su hermano como a mi nos ha sorprendido...yo la veo a ella como con mas ganas de vivir con sus hijos... yo lo que siento que a ella lo que le angustia es por que el niño no sabe.

TS: ¿Qué opinas G de que sería necesario decirle a tu hijo para que tú pudieras avanzar?

G: pues si, esa es la idea decirle, por que quiero que viva la realidad; pero más que nada buscar la palabra adecuada...

TS: ¿en que número de la escala estarías cuando se lo dijeras?

G: yo creo que ya hasta el ultimo, ya hasta el 10.

**Intersesión:** el equipo brinda distintas sugerencias, las cuales compartimos con G.

**Cierre:** Todavía no se cumplen los objetivos, por lo que fijamos otra sesión; pero si hay una mejoría, así que se prescribe más de lo que funciona.

TS: queremos reconocerte que has hecho cosas nuevas, que asumas la responsabilidad de hacer cosas sola, el que puedas decir ¡ya basta!, me tengo que poner las pilas, el poder salir con tus hijos, todo esto, nos parece muy importante. También te queremos agradecer a ti (cuñada), la capacidad de observación que has tenido y el apoyo que le brindas, animándola, acompañándola, gracias.

TC: bueno, entonces queremos hacerte varios comentarios sobre lo que surge afuera en el equipo:

TS: si esto por que creemos que hay varias cosas que te pueden ayudar

TC: un miembro del equipo, Kory, nos dice de la película que se llama la telaraña de carlota, que es infantil y trata este tema de las perdidas, a lo mejor que la veas y después si te parece se la pongas a tus hijos, o la vean todos juntos, no se...

También que para que tu puedas decirle a tu hijo que su padre murió, también sería un proceso y quizás podrías ir pensando como tendría que ser para que se lo digas, el momento, lugar, personas, las palabras específicas...de manera que la próxima vez tu pudieras enseñarnos, si nosotras pasáramos una situación así, como podríamos decirle esto a nuestros hijos.

TS: la tarea seria que de este menú de idas que te estamos dando, tu pudieras elegir y en la segunda semana llevarlo a cabo.

### **Tercera sesión:**

Se sugiere seguir el mismo procedimiento que en la segunda; pero si ya se cubren los objetivos, se da por terminada la sesión, o como en este caso en particular, se da opción a una sesión abierta por si lo cree necesario.

TC: ¿Qué ha pasado estos 15 días?, ¿Cómo has estado, como te has sentido?

G: he estado un poquito enferma, pues de que habíamos quedado que íbamos a tratar de decirle a mi hijo, pero la verdad es que no, no se lo dije, por que comentándolo así con la familia, pensé mas bien que era el buscar la ocasión de hablar con el, entonces, no se dio, porque horita ha estado tranquilo... yo creo que mejor de las veces que pregunte, es cuando seria mejor decirle, mas que nada esperar a que se de la ocasión.

TS: ¿entonces, por lo que entiendo, en estas dos semanas no ha preguntado?

G: pues no

TS: ¿por que crees que no ha preguntado?

G: tal vez por que ya se esta haciendo a la idea de que ya no va a regresar

TC: aparte de que ya no pregunta, ¿Qué otra cosa te hace darte cuenta que ya lo esta asimilando?

G: su actitud, TC: ¿Cómo es ahora? G: más alegre, ya no esta tan triste su carita.

TC: ¿Cómo el que tu veas a tu hijo mas feliz, el que ya no pregunte tanto y se haga a la idea de que su papa no va a regresar hace las cosas diferentes para ti, que provoca en ti?

G: estoy mas contenta, de que también mi hijo en cierto modo, ya este saliendo adelante.

TC: ¿quisiera preguntarte (cuñada), tu has notado estos cambios?

C: si, yo creo que desde que empezamos a venir, la sacudió, pues igual también el tiempo, pero si como que le hacia falta el hecho de venir acá, a lo mejor como que a ustedes si ya les creyó, pero yo si la veo muy cambiada, muy diferente, como dice ella, mas contenta, con mas ganas de hacer las cosas.

TS: pues quizás es cuestión de tiempo precisamente, sin embargo recordando, tiene año y medio que falleció tu esposo y de que nos hemos visto mes y medio, dos meses, y en este tiempo tú has hecho cosas muy importantes, como lo que nos decía tu cuñada y es importante que reconozcas que es tu trabajo.

### **Intersesión:**

### **Cierre:**

TC: ...Pues bueno nosotras, tu cuñada, el equipo, tu misma hemos visto que has tenido muchos cambios y que una de las cosas que te preocupaba en un principio era el poder decirle a tu hijo que su papa no va a regresar y decías, cuando yo le diga esto a mi hijo voy a dar mas pasos (mal, recordando era el ultimo paso que debía dar) para aceptar la realidad...y bueno dado que ahora tu ubicas que el decirle a tu hijo es también un proceso, pues como esto hace una diferencia. Situándonos por ejemplo en la escala, ¿en que numero dirías que estas en este momento en la escala?

G: en un 8

TS: esto nos hace pensar que tu ya estas lista para poder continuar tu camino sola, claro que también podríamos estar equivocadas, ¿tu que opinas?

G: pues yo digo que si ya, yo se que para que se cierre una herida tarda, pero ya voy saliendo, ya voy aceptando mas la realidad y aprendiendo a vivir con ella; por que aunque haga cualquier cosa, el ya no va a regresar.

TC: y antes al contrario, puedes hacer todo esto que te ha funcionada, y que te hace incluso sentirte mas feliz. Pues nada mas quiero felicitarte, por todo lo que has logrado, por que es tu trabajo, sabemos que es una situación difícil, pero bueno después podemos ver cicatrices; pero que no nos duelan, ni nos detengan y por el contrario, poder verlas y recordar cosas positivas que hemos aprendido.

TS: de igual manera reconoce los logros de la paciente y agradece que nos haya dejado trabajar con ella.

*De esta manera podemos concluir que el proceso terapéutico fue eficaz. Y resaltar la utilización de técnicas específicas de intervención como tareas directas "mas de lo que funciona", y el uso de las preguntas de escala.*

## LECTURA CIBERNETICA DEL PROCESO TERAPEUTICO ESCUELA DE SOLUCIONES

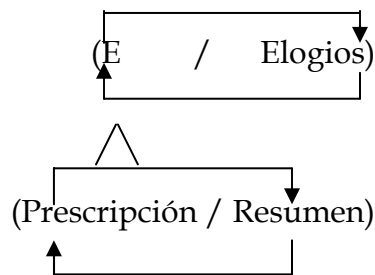
La cibernética conceptualiza la organización del cambio y la estabilidad, siendo imposible analizar uno sin el otro. Si un sistema cibernético abarca una relación recursiva entre procesos de cambio y estabilidad, la meta de la terapia consiste en alterar el modo en que un sistema con problemas mantiene su organización a través de los procesos de cambio.

Un sistema social perturbado debe confrontar algunas fuentes del llamado azar que facilite la generación de una nueva pauta o estructura para organizar su experiencia, conducta e interacción. A esta fuente se le da el nombre de "Rorschach significativo".

Por lo tanto, puede decirse que una terapia eficaz es un contexto que permite a un sistema cibernético calibrar el modo en que cambia con el fin de permanecer estable.

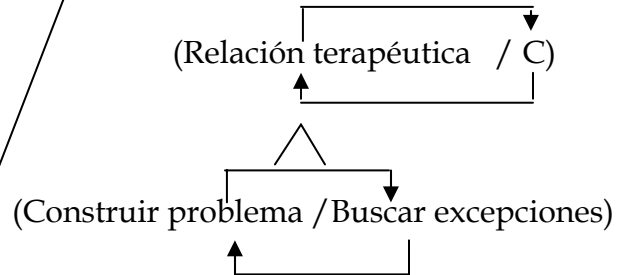
Esta manera de abordar el cambio es la que crea los distingo a en las escuelas representativas de la terapia sistémica, a continuación se propone el esquema del proceso terapéutico y la intervención de esta escuela.

Modelo de la pauta del proceso terapéutico



En el modelo de la pauta de la escuela de soluciones podemos ver que en el primer nivel la complementariedad entre la prescripción y el resumen, se ven incluidos en un nivel superior en el elogio.

Modelo de la Intervención



En el modelo de la intervención de la escuela de soluciones se observa un primer nivel con la complementariedad entre la construcción del problema y la búsqueda de excepciones, que son regulados por un nivel superior que contiene a la relación terapéutica.

## APARTADO IV: ESCUELA DE MILÁN

### ANTECEDENTES HISTORICOS

El grupo original de Milán, con Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, se inserta en sus inicios en la líneas de las terapias estratégicas para surgir después de una década, como uno de los principales ejemplos de terapia sistémica, fundada sobre los principios de la cibernética Batesoniana, desembarcando en el constructivismo, el construccionismo social, el posmodernismo y la narrativa (Toffanetti, citado en Boscolo y Bertrando, 2006). De 1967 a 1971 el grupo pasa por un periodo de terapia de la familia bajo una orientación psicoanalítica, pero en la década de los 70's, hasta 1975 el grupo adoptó el modelo sistémico estratégico del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, influenciados por las ideas de Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson y Milton Erickson. En este periodo de actividad del grupo, la terapia se ofrecía a toda la familia, incluso cuando el problema estaba relacionado solo con uno de los miembros.

Trabajan en equipo terapéutico, una pareja de terapeutas iniciaba la sesión y el resto observaba, empleaban un espejo unidireccional que dividía la sala de terapia de la de observación, se reunían antes de cada sesión para formular alguna hipótesis del trabajo según la información recibida previamente, la sesión podía ser interrumpida, tanto por los terapeutas como por el equipo de observación, en tal caso se reunían para un intercambio de ideas. Al final de la sesión, el equipo se reunía nuevamente; pero esta vez, la discusión conducía hacia una serie de hipótesis que confluían en una hipótesis sistémica, capaz de dar sentido a los comportamientos observados en relación al síntoma, a partir de la cual se construía una intervención final que podía consistir en una reformulación, tarea de casa o ritual (Pirrota y Cecchin, 1988).

El método del MRI estaba basado en el pensamiento sistémico, en la cibernética de primer orden, la del sistema observado. Esto implicaba ver al terapeuta, separado de la familia observada; por lo que el equipo buscaba crear una hipótesis sistémica respecto a la modalidad con la cual la familia se había organizado en relación al síntoma o síntomas presentados, lo que era definido como "juego familiar".

En los reportes de la investigación con 15 familias, con un miembro diagnosticado como esquizofrénico, reportadas en el libro "paradoja y contraparadoja", muestran que era difícil llegar a una hipótesis sistémica, pues se veían los síntomas insertos en un juego trigeneracional. La teoría del doble vínculo fue vital en la comprensión del síntoma psicótico, basándose en las paradojas emergentes de la confusión de niveles lógicos.

Al rededor del 75, la publicación de las obras de Bateson "pasos hacia una ecología de la mente" abrió al grupo nuevos horizontes, pues se buscaba transferir la epistemología cibernética de Bateson a la práctica clínica.

Respecto a las posiciones del MRI, los escritos de Bateson se acercaban a un pensamiento sistémico puro, la distinción entre mapa y territorio, las categorías lógicas de aprendizaje, el concepto de mente como sistema, la noción de epistemología cibernética y la introducción de la semántica asumieron una posición central, pues la aplicación de estas ideas en el campo clínico llevo al

desarrollo de un nuevo método de recolección y elaboración de la información y por tanto de las intervenciones. Es como se enuncian tres principios para la conducción de las sesiones: Hipotetización, circularidad y neutralidad, de los cuales se hablara más adelante (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, en Boscolo y Bertrando, 2006).

En 1979 Selvini-Palazzoli y Prata abandonaron el centro para continuar su propia investigación sobre las familias, dirigida a descubrir posibles organizaciones familiares específicas, relativas a síndromes específicos como la anorexia y la psicosis. Luego en 1983 Mara Selvini-Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino forman un equipo para llevar a cabo una investigación sobre las tipologías familiares, cuyos resultados se publican en el texto "Los juegos psicóticos de la familia" (Jones, 1998).

Mientras que Boscolo y Cecchin prosiguieron su propia investigación, que sigue un camino distinto, influenciados por un cambio de contexto. En 1977, ambos terapeutas iniciaron un grupo de formación en terapia familiar sistémica, de esta forma se paso a la investigación sobre la formación y la terapia.

Particular importancia tuvieron los encuentros personales con Humberto Maturana, Heinz von Foerster y más tarde con Ernest von Glaserfeld. Maturana llevo a una posición central al observador, además, era primordial el concepto de autonomía organizativa de los sistemas vivientes. Por otro lado von Foerster introduce el concepto de cibernética de segundo orden, gracias a la cual el observador entra en la descripción de aquello que es observado. Mientras Glaserfeld abre el camino a los conceptos de constructivismo radical.

El efecto combinado de estas actividades y encuentros, abre los límites a lo que se consideraba familia, dando paso a una amplia gama de sistemas de interacción, la atención se cambio del sistema observado al sistema observante. Ambos concebidos ahora como "mentes" dotadas del mismo grado de organización: se observan mutuamente. Como consecuencia, el énfasis paso desde el comportamiento observado a las ideas, teorías y premisas personales de los componentes del sistema observante. Se empieza a centrar el interés en lo que sucede en la sesión y en el intercambio del proceso terapéutico y no tanto en la intervención final (Boscolo y Bertrando, 2006).

A la luz de estas nuevas adquisiciones, el grupo sufre otra evolución (Boscolo y cols, en Boscolo y Bertrando, 2006). Dejan de considerar al sistema solamente constituido por la familia y comienzan a formular hipótesis sobre el sistema significativo relacionado con el problema presentado, lo que incluye al paciente índice, la familia nuclear, familia extendida, escuela, trabajo, operadores, expertos, etc., que hayan estado en contacto con el paciente. El sistema incluye naturalmente al terapeuta en su calidad de observador, con sus propias teorías y prejuicios.

Los conceptos constructivistas condujeron a tomar mayor atención a las posiciones de cada uno de los observadores que formar parte del sistema significativo, poniendo acento en el observador y en sus construcciones mentales, el constructivismo social lleva las relaciones a un primer plano, ya no son mas la expresión de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje o de significado. Lo que estimula al grupo a trabajar con los significados,



mientras la apertura del marco temporal del presente, pasado y futuro los estimula a trabajar sobre las conexiones de eventos y significados en el influir del tiempo.

Hasta este momento, se considera al modelo de Milán una derivación batesoniana, enriquecida con las contribuciones del constructivismo, la cibernética de segundo orden y el construccionismo, como la lente privilegiada, aunque se agreguen otros lentes de gran interés y utilidad (tiempo, lenguaje y narrativa).

## **PRINCIPALES REPRESENTANTES**

El grupo original de Milán, lo integraron Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata.

## **CONSTRUCCION DEL PROBLEMA**

Cada sistema viviente es gobernado por dos funciones esenciales, pero aparentemente contradictorias: la homeostasis y el cambio. El efecto de ambas tendencias mantiene el equilibrio del sistema, de tal manera que en los sistemas patológicos hay una tendencia rígida a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis.

Por lo tanto, la terapia de Milán no hace énfasis en el síntoma o problema, sino en el contexto de significado que encuadra u organiza los síntomas. Así, se dan a la tarea de reconocer el juego familiar, que integra estas conductas relacionales.

## **TEORIA DEL CAMBIO**

Uno de los objetivos de la terapia es eliminar las configuraciones rígidas de comportamientos disfuncionales, dejando espacio a comportamientos más funcionales y flexibles, lo que es alcanzado a través de la connotación positiva, de todos los comportamientos, sintomáticos o no y por medio de rituales familiares.

## **PROCESO TERAPEUTICO**

### **Postulados que caracterizan al modelo**

En sus orígenes el modelo de Milán presuponía que a la terapia fueran todos los miembros de la familia nuclear; pero la evolución del modelo terapéutico ha llevado a aceptar aquello que el sistema familiar “escoge” traer a la terapia.

Ahora tienen la convicción de que la convocatoria de subsistemas familiares definidos al interior de la terapia es un instrumento esencial, tanto para facilitar las acciones del terapeuta, como para momentos cruciales como la definición de objetivos. Así, el convocar a un subsistema puede tener efectos de importancia en la terapia. Respecto a esto se pueden distinguir (Boscolo y Bertrando, 2006):

*Convocatoria horizontal:* Ambos padres o el grupo de hermanos de la familia (permite reevaluar límites generacionales).

*Convocatoria vertical:* Convocar por ejemplo a madre e hija o padre e hijo (tiene el sentido de disminuir distancia entre ellos)

*Convocatoria individual:* Cuando se quiere crear una alianza particular con uno de los miembros de la familia.

## **Principios base**

Como ya se menciono desde 1975 en adelante hipotetizacion, circularidad y neutralidad han asumido una posición central en la conducción de la sesión (Selvini-Palazzoli y cols en Boscolo y Bertrando, 2006):

**Formulación de Hipótesis:** Por elaboración de hipótesis se entiende la capacidad del terapeuta para construir una hipótesis basada en las informaciones que posee.

Con esa hipótesis, el terapeuta determina el punto de partida de su propia investigación, efectuada de acuerdo con métodos aptos para comprobar su validez.

La **hipótesis** tiene la función de conectar los datos provenientes del escuchar y el observar: “La hipótesis no es ni verdadera ni falsas, sino mas o menos útil”. Esta, permiten al terapeuta conectar las informaciones, los significados, las acciones que surgen en el dialogo, según las coordenadas del tiempo y el espacio, con otros puntos de referencia eventuales. Una hipótesis es clasificada como sistémica si considera todos los componentes del sistema en juego y propone una explicación de sus relaciones que no es ni verdadera ni falsa: es un instrumento de investigación. El terapeuta evalúa las propias hipótesis en función de la retroalimentación verbal y no verbal del cliente (Boscolo y Bertrando, 2006).

**Circularidad:** es el principio a través del cual el terapeuta confía en esta retroalimentación para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas. Por circularidad se entiende la capacidad del terapeuta para conducir su investigación basándose en las retroalimentaciones y las informaciones solicitadas en términos de relaciones, es decir en términos de diferencia y cambio. Por lo que es importante cambiar las propias hipótesis, para evitar caer en la trampa de la hipótesis verdadera (Boscolo y Bertrando, 2006).

El tercer principio en la conducción de la sesión es la **neutralidad**, con la cual el terapeuta evita ser parcial con un cliente o con las personas con las que establece contacto, evita adoptar ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros y evita privilegiar un determinado curso de acción para un cliente. Naturalmente mantener una posición de neutralidad no es fácil. El concepto de neutralidad como había sido concebido en los 70's suponía una separación entre observador y observado; luego con la adopción de la cibernética de segundo orden ya que el observador es parte del sistema y no puede ser neutral respecto a si mismo, sus prejuicios e ideas. Por ello Cecchin en su revisión del concepto de neutralidad, propone el concepto de “curiosidad”, término que ha sido más aceptado.

Con lo cual, el concepto de neutralidad se propone como una posición de curiosidad en la mente del terapeuta. La curiosidad lleva a experimentar e inventar puntos de vista y movimientos estratégicos, y estos generan a su vez curiosidad, con la consecuencia de un no-apego a ninguna posición en particular (Tomm, 1984).

## **Desarrollo de la sesión**

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1988) en su libro *Paradoja y Contraparadoja* señalan que cada sesión dentro de la Escuela de Milán se desarrolla regularmente en cinco partes:

*Presesión:*

Una sesión de terapia familiar nunca se inicia partiendo de un nivel de información igual a cero. Antes de la primera sesión ya se cuenta con información reunida por un terapeuta y obtenida durante el contacto telefónico cuando se llena la ficha. Estos datos nos ayudarán a construir la hipótesis inicial (Selvini, 1990).

En esta primera parte o presesión, los terapeutas se reúnen en equipo para leer la ficha, si se trata de la primera sesión, o el acta de sesión en caso de sesiones sucesivas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

*Sesión:*

La segunda parte o sesión de duración variable, generalmente de una hora, los terapeutas conducen el coloquio con la familia. Durante la sesión los terapeutas solicitan cierto número de informaciones y se interesan no solo por los datos concretos si no también por el modo como se suministra tal información, como índice del estilo interaccional de la familia. El comportamiento de los terapeutas tiende a provocar interacciones entre los miembros de la familia de quienes se observan las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales y las eventuales redundancias indicativas de reglas secretas. Los terapeutas se abstienen tanto de revelar a la familia los fenómenos observados, como de emitir valoraciones y juicios. Retienen todo, como guía para la intervención final (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Si los observadores notan que los terapeutas se desconciertan o confunden a causa de las maniobras de la familia, golpean a la puerta y llaman a uno u otro de los terapeutas a la cámara de observación, donde les comunican sugerencias y consejos aptos para provocar en ellos reacciones esclarecedoras (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

*Discusión de la sesión:*

Después de esta segunda parte los terapeutas se reúnen para la discusión en equipo, que se realiza en una sala reservada a tal fin. En esta tercera parte los terapeutas y los observadores discuten la sesión y deciden como concluirla (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

*Conclusion de la sesión:*

En la cuarta parte, los terapeutas vuelven para conclusión de la sesión, que consiste generalmente en un breve comentario o en una prescripción. Ese comentario y esa prescripción se estudian para que resulten paradójicos, con raras excepciones (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

*Acta de la sesión:*

En la quinta parte, después de despedirse de la familia, el equipo se reúne nuevamente para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión, formular previsiones y redactar finalmente un *acta de la sesión*, donde se sintetizan sus elementos esenciales. Si hubo interacciones excepcionalmente importantes, se

transcriben textualmente. En caso de duda, se vuelve a escuchar la grabación (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

### **Objetivos terapéuticos:**

Los objetivos de la terapia reflejan evidentemente la teoría, experiencia y prejuicios del terapeuta. Al momento de definirlos se debe tener en cuenta los objetivos del cliente. Es importante que el terapeuta ponga mucha atención y evalúe detalladamente los objetivos de los clientes y su evolución en el tiempo. Actualmente el modelo de Milán ya no considera mas como única forma de tratamiento la terapia familiar, sino que acepta la posibilidad de intervenciones con la pareja, subsistemas o terapias individuales, por lo que los objetivos se asocian al tema de la convocación a la terapia y al tema de la primera sesión.

Es compartido el hecho de que el objetivo prioritario de cualquier cliente, es la eliminación de su estado de malestar y sufrimiento. Para el equipo de Milán el objetivo general es crear un contexto relacional de deuterio-aprendizaje, es decir de aprender a aprender, en el cual los clientes puedan encontrar sus propias soluciones, posibles salidas de la dificultad y el sufrimiento. Con este fin, se explora el contexto en el cual vive y en el cual se manifiestan los problemas. Buscan conocer profundamente el sistema que se ha organizado alrededor del problema, es decir de los eventos, los significados y las acciones que inicialmente se han organizado en torno a ellos y las relaciones con los sistemas significativos ( familia, pareja, expertos, etc.; incluyendo al terapeuta), que contribuyen a la evolución y mantenimiento de los problemas. Lo que permite llegar junto con los clientes a una definición compartida de los objetivos iniciales, que podrán ser después eventualmente modificados según aquello que surgirá en el transcurso de la terapia. (Boscolo y Bertrando, 2006).

### **TECNICAS DE INTERVENCION**

Para el terapeuta sistémico de Milán la técnica esencial esta constituida por las preguntas,

#### **Interrogatorio circular**

Entre las preguntas son de particular importancia las preguntas circulares. Aquí cabe señalar, que el concepto de preguntas circulares no debe ser confundido con en concepto de circularidad expuesto anteriormente. Las preguntas circulares fueron definidas originalmente considerando que en el contexto de la terapia familiar, el terapeuta hacia preguntas por turno, a cada uno de los miembros de la familia como red de relaciones interconectadas (Cambell, Draper y Curtchley, 1991).

En general el patrón del cuestionamiento circular puede ser usado en diferente orden; empezando en el presente y moviéndose hacia el pasado, o empezado en el pasado y moviendo hacia el presente. Característicamente, estos patrones trazados seguirán la retroalimentación o las respuestas que el cuestionamiento circular produce en la familia. La finalidad del cuestionamiento circular es fijar el momento de la historia del sistema en el cual importantes coaliciones sufrieron un cambio y

la consecuente adaptación a este cambio se volvió problemática a la familia. La información que busca el cuestionamiento circular se refiere a las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del surgimiento del problema.

Peggy Penn (1983) propone que existen nueve categorías del cuestionamiento circular usadas para recorrer al arco de ahora a entonces y de entonces a ahora:

1. Información verbal y analógica: En cuanto a la información verbal es muy útil entender las palabras “señal” utilizadas por la familia, transformándolas en planteamientos acerca de relaciones y diferencias en las relaciones.

2. Definición del problema: La pregunta inicial, sobre el problema actual de la familia permite crear diferencias en el tiempo antes y después del problema.

3. Alineación de coaliciones en el presente: Se utilizan para definir relaciones y coaliciones alrededor del problema, así como las pasadas.

4. Una secuencia diferente: Lo que sería para alterar la solución de la familia, alterando la secuencia que ellos creen cambia el problema.

5. Preguntas de clasificación y comparación: Se construyen para seguir los alineamientos de las coaliciones familiares

6. Preguntas sobre acuerdos: Proporcionan al terapeuta una oportunidad para jerarquizar coaliciones en términos de fuerza y prioridad.

7. Murmura en presencia de otros: Se pide a algún miembro que describa la relación entre dos.

8. Comparaciones de subsistemas: Se usan para trazar distinciones mas finas acerca de las relaciones, para preparar intervenciones, para evaluar la consecuencia del cambio en la familia y por consiguiente poseen en si mismas un poder de intervención excepcional.

9. Preguntas explicativas: Iluminan relaciones anteriores de la familia, las coaliciones que cambiaron y constituyen una extensa investigación del comienzo del dilema familiar.

Estas se utilizaran más adelante para ejemplificar en tipo de preguntas realizadas en la parte práctica.

### **Connotación positiva**

La intervención más eficaz del grupo de Milán fue la *connotación positiva*. Se le suele considerar similar a la estrategia del reencuadre positivo pero, en realidad, se acerca mucho más a una reestructuración de la conciencia del terapeuta. La connotación positiva se elaboró a partir de una técnica aplicada por los terapeutas de Palo Alto: prescribir el síntoma. Sin embargo el grupo de Milán advirtió que, al apoyar el síntoma, connotaban negativamente las opiniones en contrario de otros miembros de la familia y que la división implícita de la familia en elementos “buenos” y “malos” que surgía, no sólo perpetuaba la mitología sintomática sino que impedía contemplar a la familia como una unidad sistémica. Por consiguiente, el grupo decidió connotar positivamente tanto la conducta del paciente designado como el comportamiento sintomático de los demás miembros de su familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La connotación positiva no va dirigida a una o varias personas en particular sino, más bien, a las tendencias de automantenimiento del sistema global. Los terapeutas sistémicos no prescriben el síntoma en el vacío ni con una justificación persuasiva, sino que lo relacionan con su contexto social, al servicio de la <<homeostasis>> familiar o de algún aspecto de ella. Al proceder así, respetan la necesidad que tiene la familia de proteger su equilibrio y, en consecuencia, reducen el riesgo de incrementar su resistencia al cambio (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

### **Rituales familiares**

Algunos años después de la publicación de paradoja y contraparadoja Selvini y Prata volvieron sobre el tema de las reglas de las relaciones familiares y de su manifestación inconsciente en las conductas no verbales. Esta formulación con respecto a un aprendizaje relacional estructurado únicamente en el nivel analógico e inconsciente es la premisa teórica inmediata para la eficacia de los rituales y las prescripciones de conductas: *no sirven las explicaciones es necesario que la familia haga algo*. Rituales y prescripciones actúan en el plano analógico y permiten un aprendizaje nuevo que desarrolla una capacidad antes latente e inmersa en el sistema (Selvini, 1990).

Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de la familia sin dar explicaciones. La familia que se somete al ritual familiar adquiere una nueva experiencia, distinta a las que antes tenía, porque el ritual propone normas que difieren de las anteriores, o más bien contradicen las preexistentes.

Un ritual es muy distinto de la simple prescripción, como por ejemplo cambiar de cama o casa, hacer que madre o hijo estén menos tiempo juntos, etcétera; porque 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. Es necesario que todo ritual sea precisado por los terapeutas, a menudo por escrito: la modalidad a que debe responder su realización, horario, eventual ritmo de repetición, quien se debe pronunciar las formulas verbales, con que frecuencia, etcétera (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

### **Paradoja:**

Para Milán el concepto de paradoja es solo 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 adaptan para alcanzarlos (Patiño, 2007). Las interacciones paradójicas son aquellas que:

- 1.- Prescriben explícitamente el síntoma
- 2.- Recurren a elogiarlo
- 3.- Lo connotan positivamente
- 4.- Fomentan el síntoma
- 5.- Se muestra preocupación por que pueda desaparecer pronto el síntoma.

## PRESENTACION DE UN CASO CLINICO ESCUELA DE MILÁN

### *Ficha de identificación:*

Familia: Gómez Figueroa

Papá: Manuel Gómez Ramírez 49<sup>a</sup> Ocupación: Ingeniero en electrónica

Mamá: Graciela Figueroa Soto 43<sup>a</sup> Ocupación: Profesora de Primaria

Hijo: Marino Gómez Figueroa 21<sup>a</sup> *Presentará examen para la acreditación del bachillerato en el CENEVAL.*

Hijo: Luis Alberto 18<sup>a</sup>

Hijo: Paul 14<sup>a</sup> 3<sup>o</sup> de Secundaria.

### *Observaciones:*

Paul fue remitido por la escuela a través de la orientadora María del Socorro por falta de aseo personal y por materias que no habían sido acreditadas.

Mientras que su madre menciona que el problema es que Paul es flojo, ya que duerme mucho, desde que llega de la escuela hasta el siguiente día, lo que provoca que no realice sus tareas; por su parte su padre el Sr. Manuel aunque no está enterado de la situación, no se ocupa ya que viaja mucho a causa de su trabajo.

El hermano mayor, de 21 años presentará el examen del CENEVAL para la acreditación del bachillerato, la cual no logro anteriormente debido a su bajo rendimiento académico.

Luis Alberto, el segundo hermano, actualmente se encuentra en E. U. con una tía, fue enviado porque vive la misma situación escolar.

Paul es integrante de una banda en la cual toca la batería; pero en esta actividad es muy cumplido.

### *Fases de la sesión:*

1. Presesión: Con la información anterior el equipo inicia la sesión con la formulación de las siguientes hipótesis.

#### Hipotetización:

- Paul tiene que salir mal en la escuela para que sus padres le pongan atención, igual que han hecho con sus dos hermanos.
- Paul tiene que ser como sus hermanos para que su familia lo acepte.
- Necesita llamar la atención de los padres reprobando materias, igual que han intentado los hermanos, para que sus padres se muestren mas unidos.
- El grupo de Rock acapara su atención por eso reprueba materias, y quisiera demostrar que esta actividad es la que le interesa y espera que sus padres lo apoyen.
- La madre en su intento por arreglar la vida de todos, contribuye a que los hijos no sean independientes, mientras que el padre prefiere seguir viajando para evadir la situación, lo que mantiene de alguna manera unida a la familia.

Con estas hipótesis se inicia la primera sesión, a la cual acuden Paul y sus padres.

2. Sesión: Premisas que nos orientas en el trabajo con la familia

- La familia es vista como un sistema homeostático:
- El problema o síntoma cumple una función.
- La lógica de las intervenciones consiste en identificar el juego familiar

- Liberar a la familia de la rigidez de su sistema relacional

Podemos observar en la familia Gómez se está organizando respecto al síntoma (bajo nivel académico de los tres hijos), siguiendo ciertas pautas de comportamiento con la finalidad de mantener un equilibrio (madre insistiendo en que cumplan, mientras el padre se desliga totalmente). Por lo que se debe romper el juego familiar (cada miembro de esta familia se ocupa de sus actividades, mostrando un mínimo interés por los demás), haciendo surgir nuevos patrones que sean funcionales y flexibles, siendo neutrales y conociendo la versión de cada uno de los integrantes de la familia.

Interrogatorio Circular: Se realizaron diferentes preguntas circulares, para explorar la situación actual de la familia.

Preguntas de definición del problema: *Se utilizan estas preguntas para no dar por entendido que haya un problema, dado a que son remitidos por la escuela y tratar de definir en que consiste, si lo hay.*

¿Qué los trae por aquí?

¿En qué los podemos ayudar?

Preguntas de clasificación: *hechos por las terapeutas para definir relaciones.*

¿Qué ha hecho usted para dar solución a la pereza de su hijo?

¿Quién está al pendiente de que Paul haga su trabajo?

Preguntas de clasificación y comparación

¿Para qué te serviría ser diferente a tus papás?

¿Qué pasaría si tuvieras que cambiar tu día de ensayo?

¿Con cuál de tus hermanos te llevas mejor?

Preguntas de murmuración en presencia de otros:

¿Cómo es la relación entre tus padres?

Pregunta para usar la palabra señal: *se utiliza por que Paul solo dice que el hace las cosas por que es "así", entonces se busca definir a que se refiere.*

Si yo quisiera ser como tú, ¿Qué tendría que hacer?

Pregunta explicativa: *se trata de ver lo que pasa en la familia y como lo crean.*

¿Cómo se explican la conducta de cada uno de sus hijos con respecto a este problema de la escuela?

Se pretende crear preguntas sobre coaliciones y acuerdos:

¿Qué crees que pasaría si les dijeras a tus papás que ya no quieres estudiar y dedicarte a la música?

¿Ustedes qué opinarían si Paúl les dijera que quiere estudiar música?

3. Discusión de la sesión:

Se discutió principalmente acerca de la opinión de los miembros de la familia sobre el problema, donde la madre dice confiar en que Paúl hará sus cosas y por eso lo deja solo. Sin embargo, él ha reprobado materias desde primero de secundaria. Mientras el padre piensa no poder brindarle mucha atención debido al trabajo, la profesora Cori concuerda en que el problema es mantenido por falta de supervisión de ambos.

Pero principalmente se comentó lo que Paúl opina, pues él dice que su personalidad es así, no hacer tareas y descuidar su aseo personal, actitud que le agrada debido a que de esa forma se parece más a algunos miembros de las bandas



de Rock que él admira, además de hacerlo diferente al comportamiento de sus padres. Por lo que se acordó que las terapeutas retomaran esta intención de Paúl de ser diferente a sus padres y tener la imagen de un músico; pero de manera más positiva llegando así a preguntar sobre lo que espera conseguir en el futuro.

#### 4. Conclusión de la sesión:

Las terapeutas regresaron a concluir la sesión utilizando una connotación positiva, en relación al síntoma.

Terapeuta: Digamos que lo que has venido haciendo hasta ahora, es que de repente te gusta flojear un poco y reprobar materias, pero, cuando tú decides te recuperas y las pasas. Con esto has logrado algo, por ejemplo, que te compraran el bajo; entonces, este método te ha sido útil. Sin embargo, pensamos en tu futuro como músico o como lo que tu quieras ser, pues hasta ahora va bien, pero, cuando quieras ser un profesional va a ser muy difícil que puedas recuperar materias y pasarlas, flojear un poco y recuperarte, por que ya no será lo mismo, y si pensamos en tu futuro, la verdad no te auguramos un buen futuro con ese método.

Los artistas por lo regular son personas que tienen disciplina, que tienen iniciativa, hacen sus cosas por si solos sin que alguien más este atrás de ellos diciéndoles lo que tienen que hacer. Entonces lo ideal sería cambiar un poco el método que has venido empleando.

Nos comentaba hace un rato Cori que eres un hombre de palabra ¿no Paúl?, *Paúl.-* Si.

*Terapeuta.-* Ya que nos dijiste que eres un hombre de palabra y diferente a los demás. Es algo muy respetable que seas un hombre de palabra, entonces tienes una oportunidad ahora para demostrarlo, para ti mismo, como para tus papás ¡Tendrás que ser constante en tus objetivos!

#### 5. Acta de la sesión

Los cambios que esperamos que ocurran en la familia son que la madre este más al pendiente de las actividades escolares de Paúl, de esta forma él sentirá más apoyo de su madre. Además dado que el admitió ser un hombre de palabra, se espera que el comience a hacer las tareas, tener más cuidado en su aspecto personal, realizar labores escolares y por ultimo, se espera que el padre comience a involucrarse más en la relación familiar.

Por ultimo, solo me gustaría comentar que en esta sesión quizá falto hacer algunas preguntas sobre el futuro, para especificar la manera de alcanzar los objetivos. Y en cuanto al modelo me parece que es eficaz, ya que aun cuando solo se trabajo una sesión con la familia, la profesora cori recibió una carta de la madre, agradeciendo por los avances que ha tenido Paul.

## LECTURA CIBERNETICA DEL PROCESO TERAPEUTICO ESCUELA DE MILÁN

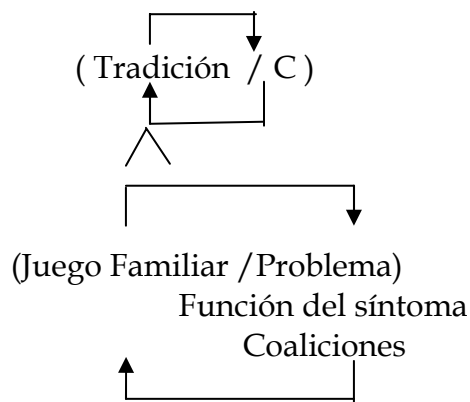
La cibernética conceptualiza la organización del cambio y la estabilidad, siendo imposible analizar uno sin el otro. Si un sistema cibernético abarca una relación recursiva entre procesos de cambio y estabilidad, la meta de la terapia consiste en alterar el modo en que un sistema con problemas mantiene su organización a través de los procesos de cambio.

Un sistema social perturbado debe confrontar algunas fuentes del llamado azar que facilite la generación de una nueva pauta o estructura para organizar su experiencia, conducta e interacción. A esta fuente se le da el nombre de "Rorschach significativo".

Por lo tanto, puede decirse que una terapia eficaz es un contexto que permite a un sistema cibernético calibrar el modo en que cambia con el fin de permanecer estable.

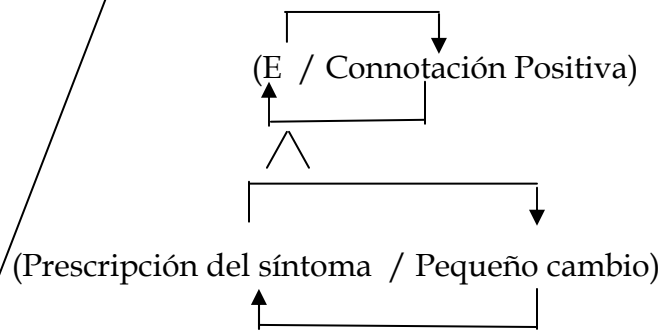
Esta manera de abordar el cambio es la que crea los distingo a en las escuelas representativas de la terapia sistémica, a continuación se propone el esquema del proceso terapéutico y la intervención de esta escuela.

Modelo de la pauta del proceso terapéutico



En el modelo de la pauta del grupo de Milán, se observa en un primer nivel una complementariedad entre el juego familiar y el problema, la función del síntoma o las coaliciones, que se ven incluidos en un nivel superior en la tradición, que las regula.

Modelo de la Intervención



En el modelo de la intervención del grupo de Milán se observa un primer nivel con una complementariedad entre la prescripción del síntoma y un pequeño cambio, que son regulados por un nivel superior en la connotación positiva.

## CONCLUSIONES

### **Respecto al enfoque sistémico:**

Este enfoque me parece una herramienta necesaria para el trabajo terapéutico por ser diferente a los tradicionales, más flexible y ecológico; pero sobre todo proporciona una amplia variedad de modelos y técnicas para trabajar, dentro de un mismo marco epistemológico, este enfoque es más que una manera de hacer terapia, es también una manera de ver el mundo, de pensar ecológicamente y de ver con el corazón a nuestros semejantes.

Por otra parte, el que este conjunto de estrategias pueden ser enseñadas y posteriormente utilizadas con efectividad en servicio de las personas que lo requieren me parece muy valioso.

### **Respecto a los modelos:**

Con respecto al *MRI*, este enfoque breve me parece una de las mejores opciones para el trabajo terapéutico, debido a los resultados satisfactorios obtenidos en la práctica, ya que es muy claro en cuanto a lo que se debe hacer en terapia, al clarificar el problema y los intentos de solución y llevarlos a términos de conductas, permitiendo entender que los seres humanos nos complicamos la existencia por la manera en que construimos la realidad que luego afrontamos, pero sobre todo por la falta de elasticidad mental para cambiar nuestros puntos de vista y comportamiento, aun cuando es evidente que resultan inadecuados, Pero sobre todo por plantear el uso de la postura del paciente y en base a ella formular las intervenciones, asegurando así, un cambio en la situación problemática de esté.

En cuanto al *Estratégico* me gusta el considerar que la terapia no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia. Así como la idea de que el terapeuta lleva la iniciativa y tiene la responsabilidad de influir directamente en las personas para que lleguen a cumplir sus objetivos, de acuerdo a las necesidades de cada persona; por lo que me pareció muy flexible; pero requiere responsabilidad.

En lo que respecta al modelo de *soluciones*, me parece el más innovador y bastante radical respecto a otros planteamientos terapéuticos, pues supone una crítica frontal a las prácticas de patologías y medicación que tradicionalmente han caracterizado a la psicoterapia, siguiendo una línea diferente a la que se mantiene en una terapia convencional, pues la terapia centrada en soluciones intenta directamente aumentar los aspectos no problemáticos.

Lo que me parece más interesante de este enfoque es que no se preocupa por mantener el control, ya que no cree en la resistencia, y que sugiere que problema y solución son categorías discontinuas, es decir, que dos personas que acuden a terapia con una queja similar podrían ser diagnosticadas por un psiquiatra como depresivas, por ejemplo; pero generar soluciones muy diferentes y a la inversa, puede haber soluciones muy similares para casos muy distintos.

También me parece interesante el planteamiento de que no hace falta conocer el problema para solucionarlo ni tener información sobre el, sobre su frecuencia o naturaleza. Que se puede pasar directamente a hablar de las soluciones o identificar que es lo que quieren conseguir los clientes; sin embargo considero que en nuestra cultura a la gente nos resulta más fácil hablar de problemas que de soluciones y hasta creemos que es importante. En general, me parece innovador el conjunto de estrategias no sólo por la visión que se tiene en general de los pacientes rescatando la necesidad de validar sus sentimientos y puntos de vista, incluyendo lo espiritual. Yo estaba acostumbrada a pensar en problemas y no en las excepciones, pero ahora entiendo que lo que esperas influye en lo que obtienes.

En el modulo el de *Milán* se nos permitió tener otra visión interesante para hacer terapia, dando oportunidad a cada uno los miembros del equipo reflexivo de opinar acerca de la conducta sintomática, proporcionando así una mayor diversidad de puntos de vista para la formulación de hipótesis sobre la relación familiar, pero sobre todo, una planeación cuidadosa y más creativa de las intervenciones que se pusieron al servicio de las familias con las que trabajamos. Para mí, Milán abrió la puerta a la curiosidad, pues te prepara para no centrarte en una sola visión o versión del problema, para intentar entender el significado que dan las personas a ciertas cosas de la vida, para buscar un posible funcionamiento del síntoma dentro del sistema familiar y sobre todo para crear connotaciones positivas acerca de los problemas para presentar a las familias y que estas las acepten y pongan a su servicio.

### **Respecto al Diplomado:**

Puedo decir que me proporcionó un gran crecimiento no solo profesional, sino personal al compartir experiencias, y ser partícipe de la efectividad del modelo al desarrollar casos clínicos.

Los profesores además de conocimiento, nos proporcionaron lecciones de vida, como algo que siempre se remarco “Siempre se tú mismo, con tú estilo, trabaja sobre un mismo marco epistemológico pero utiliza tu creatividad y se flexible”.

Me permitió comprender que los terapeutas tienen la obligación de dirigir la terapia, pero los objetivos y triunfos pertenecen al paciente, pues estos últimos se presentan en base al trabajo de él, fuera del consultorio. Entender que los síntomas o problemas surgen no por características de los individuos, sino por las relaciones o contextos actuales y por tanto pueden ser modificados. Que si bien para el terapeuta es importante seguir el modelo, antes que nada tiene frente a él seres humanos que atraviesan una situación difícil y después clientes, por lo que no se debe tener miedo de decir cosas como: entiendo tu situación, creo que es difícil, te comprendo, etc.; pues esto pertenece a cualquier enfoque, y también ahora sé que los clientes muchas veces nos enseñan más a nosotros de lo que nosotros a ellos. Y que no es malo utilizar varios modelos; pero siempre y cuanto tengas claro que estrategias estas usando y a que enfoque pertenecen.

## BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1982). Espiritu y naturaleza, Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. y Bertrando P. (1996) Terapia Sistémica Individual. Barcelona: Amorrortu.
- Boscolo, L. y Bertrando, P (2006). La terapia sistémica de Milán: En Terapia familiar y de pareja, Chile: Mediterraneo. Pp. 226 a 244
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987) Terapia familiar sistémica de Milán. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cambell, D., Draper, R. y Curtchley, E. (1991). The Milan Systemic Approach to Family Therapy. En A. Gurman y D. Kniskern (Eds.). Handbook of family Theray. Vol II. New York: Brunner/Mazel.
- De Shazer, S. (1992) Claves en psicoterapia breve. Barcelona: Gedisa
- De Shazer, S. (1996) Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (2003) En su origen las palabras eran magia. Buenos Aires: Paidós.
- Eguiluz, L. (comp) (2004) Terapia Familiar: Su uso hoy en día. México: Páx.
- Espinoza, M. (2004) El modelo de Terapia Breve: Con enfoque en problemas y en soluciones en: L. Eguiluz (Comp.) Terapia familiar: Su uso hoy en día. México: Páx. Pp 116 a 137.
- Fisch, R, Weakland. J y Segal (1998). La táctica del cambio. Barcelona: Herder.
- Galicia, I. (2004) Terapia Estratégica en: L, Eguiluz (comp) Terapia Familiar: Su uso hoy en día. México: Páx. Pp 81 a 112.
- Haley J. (1980) Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires. Amorrortu.
- Haley J. (1984) Terapia de ordalía: Caminos inusuales para modificar la conducta. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980) Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz. 1ª. Ed. 9ª Reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jones, E. (1988) The Milan method-quo vadis?. Journal of family therapy, 325-338.
- Keeney,B. (1994). Estética del cambio. Barcelona: Paidós.

Kim Berg, I. y Miller, S. (1996) *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.

Mandujano, S. (2007) Sesiones subsecuentes y terminación del tratamiento: en *Material Didáctico del Diplomado en Terapia Sistémica, 10ª Generación*.

Nardone, G. (1998) *Psicosoluciones*. Barcelona: Herder.

Nardone, G. Watzlawick, P. (1994) *Terapia Breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.

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

O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993) *En busca de soluciones 2ª*, Ed. Buenos aires: Paidos

O'Hanlon. W, y Weiner-Davis, M (1990) *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

Ochoa de Alda I (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.

Pakman, M. (1991) *Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa.

Patiño, A. (2007) La paradoja como intervención: en *Material didáctico del Diplomado en terapia sistémica 10ª. generación*.

Penn, P. (1982) Circular questioning. *Family Process*, 21, pág. 267-280.

Pirrota, S. , Cecchin, G. (1988), *The Milan Training program*: en H. Liddle, D. Breulin, R. Schwartz (Eds). *Handbook of Family therapy Training and Supervision*. New York: Guilford Press.

Selvini, N., Boscolo L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988) *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidos.

Selvini-Palazzoli, Prata, G. (1990). *De las interpretaciones a la prescripción de los rituales familiares*. En M. Selvini, (Ed.). *Crónica de una investigación* Barcelona: Paidós.

Tomm, K. (1984). *One perspective on the Milan Systemic approach: Part II. Description of session format, interviewing style and interventions*. *Journal of Marital and family Therapy*, 10.

Vargas, P. (1994). *Antecedentes de la terapia sistémica*: en L. Eguiluz (Comp.) Terapia familiar: Su uso hoy en día. México: Páx.

Vargas, P. (2000) Breves definiciones cibernéticas para terapeutas sistémicos: en Material didáctico del Diplomado en Terapia Sistémica, 10ª. Generación.

Watzlawick. P, Weakland. J y Fisco. R (1994) Cambio. Barcelona: Herder.

Witzezaele. J y Garcia, T (1994) La Escuela de Palo Alto. Historia y Evolución de las ideas. Barcelona: Herder.