



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

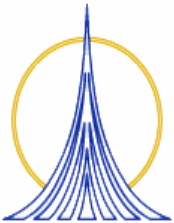
CONSTRUCCIÓN DE REENCUADRES TERAPÉUTICOS

TESIS
Que para obtener el título de:
Licenciado en psicología
Presenta

JOSÉ RAFAEL ALVARADO NAVARRO

Jurado de examen:

Tutor: Mtra. Lidia Beltrán Ruiz
Mtra. Juana Bengoa González
Mtro. Sergio Carlos Mandujano Vázquez
Lic. Eduardo Cortes Martínez
Lic. Vicente Cruz Silva



México, D.F.

Abril, 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Todo esta en la palabra... una idea entera se cambia por que una palabra se traslado de sitio, o por que otra se sentó como una reinita adentro de una frase que no la esperaba y que la obedecio...

Pablo Neruda

No podemos cambiar el pasado para tener un presente diferente. Pero podemos abrir puertas hoy para tener un futuro mejor.

Milton H. Erickson

Watching the Wheels

John Lennon

A Lidia Beltrán Ruiz por su dedicación, su acertado y minucioso análisis, sus sugerencias y respeto a mis propuestas en este trabajo.

Por su tiempo, amabilidad y paciencia. Por su gran sentido del humor y sensatez para conmigo.

Por abrirme un camino intenso e interesante con el grupo que compartimos y por lo venidero.

A la gente que cree en mí.

A mi madre (Socorro Gutiérrez), a mis hermanas (Blanca e Irene), a mis sobrinas (Ana y Meli), pilares de mi vida.

A flor, amor y motor de mi ser, y fiel escudera.

A estas mujeres que me han inspirado
¡Gracias!

CONSTRUCCIÓN DE REENCUADRES TERAPEUTICOS Construction of Therapeutic Reframing

ALVARADO N., J. Rafael

En la presente investigación se realizó un Análisis de Marcos Recursivos, método de puntuación y análisis, con el propósito de encontrar los elementos, las secuencias, el orden y características de los mismos, utilizados en los reencuadres terapéuticos, presentados en fragmentos de casos localizados en la bibliografía de terapeutas y/o autores que trabajan bajo el modelo terapéutico estratégico-constructivista del Mental Research Institute. El objetivo conclusivo fue crear una guía que sirva para la elaboración de un protocolo para la creación de reencuadres terapéuticos que ayude al terapeuta lego a realizar reencuadres eficaces y eficientes, así como, que estimule a la investigación y sistematización de otras clases de intervenciones para mejorar su utilización y el aprendizaje de las mismas en terapia.

Palabras clave: Reencuadre, Análisis de Marcos recursivos (AMR), Modelo estratégico-constructivista del MRI.

In this investigation, i realice a Recursive Frame Análisis, view and análisis method, with purpose was research the elements, sequences, order and characteristics of this elements, that are utilize in the therapeutics reframings, presents to case's fragments localizate it in therapist and autor's bibliography that utilizes the Mental Research Institute's therapeutic strategic-constructivist model. The objective in this investigation was to elaborate a guide to elaboration of a protocol to creation of therapeutic reframings that help to beginner therapist to create effective and efficacy reframing, as well as, that it stimulate to investigation and sistematization of others interventions to perfect its utilization and its learning in therapy.

Words key: Reframing, Recursive Frame Analysis (RFA), MRI's strategic-constructivist model.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
APARTADO PRIMERO	
1.1. PUNTUACIONES HISTÓRICAS SOBRE EL REENCUADRE.....	8
1.2. INFLUENCIAS TEORICAS DEL REENCUADRE TERAPEUTICO.....	11
APARTADO SEGUNDO	
EL REENCUADRE EN EL CONTEXTO TERAPÉUTICO.....	16
2. 1. EL ENFOQUE ESTRATÉGICO- CONSTRUCTIVISTA DEL MENTAL RESEARCH INSTITUTE (M.R.I.).....	16
2.2. EL MODELO DE TERAPIA BREVE-ESTRATÉGICA DEL MRI.....	24
2.2.1. Visión Constructivista de la Creación de Realidades-no Problemáticas y Realidades-Problemáticas....	25
2.2. 2. Formación de Problemas.....	30
2.2.3. Noción de Cambio.....	35
2.2.4. Estrategias Terapéuticas.....	38
2.2.4.1. Intervenciones Específicas.....	40
2.2.4.2. Intervenciones Generales.....	41
2.2.4.3. Intervenciones Principales.....	42
APARTADO TERCERO	
EL REENCUADRE TERAPÉUTICO.....	51
3.1. La Sustitución del Marco Conceptual.....	54
3.2. Sustitución en Distintos Ordenes Lógicos.....	56
3.3. El Cambio en el Sistema Perceptivo-Reactivo del Cliente: Cambio2.....	57
3.4. TIPOS DE REENCUADRE TERAPEUTICO.....	61
3.4.1. Reencuadres por Modo de Presentación.....	62
3.4.2. Reencuadres Determinados por su Función.....	68
3.4.3. Reencuadre de los Elementos Gramaticales del Discurso.....	75
3.4.4. Reencuadres por Connotación.....	78
APARTADO CUARTO	
ANÁLISIS DE MARCOS RECURSIVOS.....	81
APARTADO CINCO	
METODO	
5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	86
5.2. PROPÓSITOS.....	86
5.3. TIPO DE ESTUDIO.....	86
5.4. ESTRATEGÍA.....	86
5.5. MATERIAL DE ANÁLISIS.....	86
5.6. PROCEDIMIENTO.....	88
APARTADO SEXTO	
RESULTADOS	
6.1. GALERIAS Y MARCOS.....	92
6.1.1. Elementos de la Galería Terapéutica.....	92
6.1.2. Secuencia de los Elementos de la Galería Terapéutica.....	94

6.1.3. Características de los Elementos de la Galería Terapéutica..... 128

6.2. DESCRIPCIONES DE REENCUADRES HECHAS POR LOS TERAPEUTAS DE LOS CASOS O POR LOS AUTORES DE LA BIBLIOGRAFÍA..... 138

6.3. CONSTRUCCIÓN DE REENCUADRES TERAPÉUTICOS..... 148

6.3.1. GUÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE REENCUADRES TERAPÉUTICOS 149

DISCUSIÓN.....153

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 156

INTRODUCCION

Durante el tiempo que participé como terapeuta en las clínicas Estado de México, y Tamaulipas, de la FES-Zaragoza-UNAM, y posteriormente, como parte de mi formación profesional y como prestador de servicio social, pude obtener una visión general de las necesidades de la gente que acude a estos lugares para obtener asesoría y ayuda para solucionar sus problemas. Esta necesidad, de una parte de la población, por ser escuchada y ayudada a resolver sus dificultades me he llamado a participar en esa etapa de sus vidas y ha dejado, en la mía, enormes ganas de seguir contribuyendo con mis conocimientos y habilidades, hasta donde me sea posible, en el cumplimiento de sus expectativas y de las mías, tanto personal como profesionalmente.

Mi objetivo es contribuir, mediante este trabajo, a encontrar las pautas de aplicación y creación de reencadres, a partir del trabajo del llamado modelo estratégico-constructivista, surgido en el *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto, y basado también en las teorías constructivistas (principalmente las teorías del constructivismo radical y del construccionismo social) donde el lenguaje es considerado como una herramienta para construir realidades, en este caso realidades terapéuticas, que pueda ser aprendido y aplicado en las sesiones de terapia con los clientes que llegan a pedir ayuda psicológica.

Durante mi estancia como prestador de servicio social en la clínica Tamaulipas pude desarrollar habilidades que me ayudaron a utilizar específicas estrategias de intervención, entre éstas, el reencadre. Al observar que el reencadre como técnica terapéutica procuraba buenos resultados, que parecía una recurso terapéutico eficaz¹ y flexible, o al menos lograba modificar la visión que el cliente tenía de su problema, empecé a preocuparme por refinar la manera en como utilizaba la técnica. Así, pues, intente buscar un patrón o pauta de la manera en cómo algunos terapeutas (entre ellos mis compañeros y amigos, así como el análisis de mi trabajo en sesiones con distintos pacientes) utilizábamos el reencadre y la manera en cómo era presentado a los clientes. Esta situación generó en mí la inquietud de formular de una manera más sistemática un protocolo, y ya no tanto de una manera informal como hasta ese momento lo había practicado. Afortunadamente los objetivos que me propuse respecto a mi servicio social en esa institución y en ese programa de servicio social fueron cubiertos en su totalidad. Por lo que pretendo que los objetivos y metas de este trabajo se cumplan al menos en lo que a mi contribución teórica y práctica se refiera.

Este proyecto de tesis surge, también, de la preocupación por la etiquetación y el uso de jergas médicas y psiquiátricas utilizadas con los clientes que llegan a las clínicas a pedir ayuda psicológica. Jergas o términos psiquiátricos que se utilizan no sólo en el ámbito de la psicología clínica, sino también en el ámbito industrial, pero más preocupante aún, en el ámbito educativo y en la interacción coloquial. No solo de palabras como “esquizofrenia”, “psicópata”, “demente”, sino también (y en el ámbito industrial) palabras como “bajo en autoestima”, o “poco asertivo”, o en el ámbito educativo: palabras como “niño con trastorno de ansiedad”, “hiperactivo”, “futuro psicópata”, “autista”, “retrasado mental”, por mencionar algunos ejemplos. Palabras o diagnósticos como “has de estar loco”, “traumado”, “maniático”, etc., que al ser utilizadas para etiquetar o diagnosticar a una persona con algún tipo de problemática suelen por lo general genera en el cliente la creencia de que dicho diagnóstico o etiquetación son correctos y llevarlos a comportarse como una persona a la que se le llamaría de ese modo, o como una persona realmente enferma. Lo que implica tratamientos severos e inconvenientes, además de costosos para el cliente, no sólo económicamente sino físicamente pues algunos son medicados con sustancias que pocas veces ayudan a solucionar el problema y que en cambio promueven una adicción o trastorno físico de algún tipo. Esto ha generado una inquietud respecto al uso del lenguaje y la narración en la intervención terapéutica y que ya han venido trabajando algunos teóricos y terapeutas en muchas partes del mundo (Andersen, 1994; Friedman, 2001; Mc Namee y Gergen, 1996; Watzlawick, 2000a; White, 2002; White y Epston, 1993, por mencionar algunos).

¹ Cabe mencionar que mi intención en esta investigación no es demostrar la validez del reencadre como técnica eficaz y eficiente, aunque resulte tentador, sino sólo puntuar la forma y los elementos en como es presentado.

Surge también de la adhesión, del presente autor, a la crítica antipsiquiátrica (Szasz, 1960, 1996) respecto al uso de la terminología psiquiátrica, y a sus consecuencias netas, entre éstas: la formación de “patologías” o “enfermedades mentales” mediante la etiquetación de los clientes o de su ajuste a alguna de las clasificaciones de enfermedades mentales con las que cuenta la jerga psiquiátrica y algunas corrientes psicológicas.

El proyecto se funda en la importancia que tiene el uso del reencuadre en la intervención terapéutica, que si bien dicha importancia no ha sido enfatizada por todos los que utilizan el reencuadre como técnica en sus intervenciones, es el propósito hacerlo, también, en este trabajo, de manera que se pueda encontrar una pauta para la creación de reencuadres terapéuticos.

No obstante a la adhesión de la propuesta de abandonar términos más bien médicos-psiquiatras, considero que al abandonar una terminología lleva fundamentalmente a utilizar palabras o crear palabras que con el paso del tiempo llevarán inevitablemente al uso despectivo y patologizante de lo cual pretendemos desprendernos.

Respecto a este punto se puede partir desde dos visiones distintas, y es aquí donde surge la propuesta del trabajo con reencuadres:

1. La primera brinda la oportunidad de trabajar con los “diagnósticos” y con la terminología psiquiátrica que traen los clientes a terapia, de manera tal que se pueda dar, al cliente, una visión de “solución”, con un tratamiento breve e incluso fuera de la usual medicación. Algo similar a lo que realizaba en algunas ocasiones Milton Hyland Erickson.
Erickson *utilizaba* el síntoma del cliente para solucionar su problema, mientras que nosotros, como terapeutas, podríamos *utilizar* el diagnóstico (pues por lo general el cliente llega con un diagnóstico, sea formal o informal, es decir, que algún “experto” se lo haya dicho, o que algún familiar o amigo, vecino, etc., lo haya propuesto) con el mismo fin, es decir, para generar soluciones al problema presentado.
2. La segunda opción se refiere a utilizar el reencuadre con miras a intervenir en la noción del diagnóstico o del problema tal y como lo ve el cliente, es decir con la que suele presentarse a terapia, con la definición o descripción que da el cliente de su problemática. Pareciera ser que esta propuesta es la misma a la propuesta antipsiquiátrica del reemplazo de la terminología psiquiátrica. ¡Pareciera!. Pero en realidad se propone no el reemplazar la terminología por otra de manera que se abandone o desaparezca la primera, sino que se reemplace una por otra de tal manera que a) la primera (la terminología psiquiátrica) se deje ver como un diagnóstico no acertado y refutable, de poca convicción y minimizado en comparación con la segunda (una terminología basada más en problemas comunes, por ejemplo: tristeza, molestia, distracción, etc.); b) que la segunda sea más convincente que la primera y menos patologizante, y c) que produzca alternativas de solución más eficaces y eficientes que las propuestas por el enfoque psiquiátrico.

El presente trabajo no sólo es un planteamiento y una propuesta para beneficiar a clientes, sino también, como ya lo mencioné, será de utilidad para mostrar a terapeutas en formación los elementos y tipos de reencuadres que les sean útiles en su práctica como psicólogos. Así mismo los resultados de esta tesis puedan ser retomados y presentados con el objetivo de formular protocolos de intervención y de enseñanza de los mismos para poder transmitir dicho conocimiento.

En el presente trabajo se propondrá una, o varias, pautas de los elementos que contiene un reencuadre, así como una guía, para la creación de reencuadres como técnica terapéutica. Para ello, el trabajo, se basará en la postura estratégico-constructivista del MRI de Palo Alto, California en E.U.A. en una modalidad de análisis teórico y conceptual, con el fin de dar un sustento teórico a la práctica del reencuadre como técnica terapéutica. Cabe mencionar que he tomado ejemplos de los miembros principales del MRI, pero

además, y en su mayoría, he tomado ejemplos de Giorgio Nardone, quien sostiene adherir su trabajo al del equipo del MRI, y que presenta ejemplos que cumplen con los criterios de selección de este trabajo.

En el primer apartado presentaré una definición del reencuadre terapéutico propuesta por el equipo del MRI, así mismo se presentan puntuaciones históricas referentes al reencuadre tomando como puntos de partida, las investigaciones y descripciones sobre el tema. En este primer apartado también se desglosarán dos de las principales influencias teóricas del reencuadre terapéutico, a saber: 1) el trabajo de Milton H. Erickson y sus principales difusores y 2) la teoría de cambio propuesta por el equipo del MRI.

El segundo apartado versará sobre el reencuadre en el contexto terapéutico, de manera que se de continuidad al aspecto histórico de la utilización del reencuadre ya como una técnica propia de un modelo de terapia. Principalmente hablaré del marco teórico del enfoque terapéutico del MRI², del cual, expondré su visión estratégico-constructivista, la noción de creación de problemas y de cambio terapéutico, así como las estrategias terapéuticas utilizadas dentro del modelo terapéutico, entre las cuales describiré las intervenciones específicas, generales y principales, siendo el reencuadre clasificado dentro de estas últimas. Así mismo, se hará mención de los casos en que pueden utilizarse cada tipo de intervenciones.

Dando un breve giro, pero sin contradecir la visión teórica del MRI, en el apartado tercero complementaré sobre ciertos puntos que, a mi parecer, deben ser remarcados. Presentaré una visión del reencuadre terapéutico desde el marco de los tipos lógicos, ampliando la postura de cambio 2 y recalando las funciones del reencuadre como intervención generadora de un cambio 2. Así mismo presentaré una clasificación personal del reencuadre, basada en el análisis del material bibliográfico del MRI, en general, y de los fragmentos seleccionados para este trabajo, en particular, y en donde presento distintas formas de hacer un reencuadre. Desde maneras directas e indirectas; a través de metáforas, analogías, cuentos, etc., hasta reencuadres que son determinados por la función que cumplen en la intervención, así como la sustitución de elementos gramaticales del discurso del cliente y por último, de la connotación de dichos elementos gramaticales, o, más acorde a la noción constructivista, de los encuadre o realidades del cliente.

Con el fin de encontrar la manera de examinar fragmentos de los ejemplos encontrados en la bibliografía de terapeutas que trabajan con el modelo del MRI, el apartado cuarto estará dedicado a la adaptación del Análisis de Marcos Recursivos (AMR) al trabajo de investigación presentado aquí. De modo que se presentarán antecedentes del AMR y una reformulación del tipo de análisis requerido para los fragmentos seleccionados.

De forma detallada, el apartado quinto versará y presentaré la metodología utilizada en éste trabajo, describiendo punto por punto la manera en cómo utilice el AMR. En la parte del trabajo correspondiente a la metodología, y análisis de la misma, se realizará un Análisis de Marcos Recursivos dentro del trabajo del enfoque teórico y terapéutico estratégico-constructivista. Este análisis está basado en el trabajo de Gregory Bateson (1972), de Erving Goffman (1974) y principalmente de Bradford Keeney (1992) y Ronald J. Chenail (1995) para obtener, mediante este método, una pauta y poder sistematizar la creación de reencuadres terapéuticos.

Por último, se presentarán los resultados y la discusión en el apartado sexto. Se dividirán los resultados en base a cuatro propósitos, [1) obtener los elementos y las pautas para la construcción del reencuadre; 2) brindar una esquematización del reencuadre, y de sus elementos, que lleve a la facilitación de su uso; 3) conocer los puntos de vista, descripciones y explicaciones, del uso del reencuadre hechas por los terapeutas o por los autores dentro de la bibliografía seleccionada; 4) presentar una guía sobre la utilización del reencuadre que sirva para construir un protocolo para la construcción de reencuadres como técnica de intervención terapéutica], con el fin de lograr obtener una guía que sirva para la elaboración de un protocolo para la construcción de reencuadres terapéuticos. Así también, podremos encontrar los

² He de aclarar que parto no únicamente del trabajo teórico y práctico del equipo del MRI, sino que además, presento, con el fin de ampliar algunos puntos y de llegar a precisiones conceptuales, la noción de Giorgio Nardone que, aún fuera de pertenecer al grupo del MRI, menciona trabajar con los postulados y el modelo terapéutico estratégico-constructivista al estilo del MRI.

fragmentos de los ejemplos para realizar un AMR que sirva a los propósitos en éste trabajo. Dichos fragmentos serán presentados en un cuadro donde veremos el fragmento, de lado izquierdo de la hoja, y el AMR correspondiente, de lado derecho, así como una representación gráfica que nos ayudará a encontrar secuencias o pautas de los elementos encontrados para la construcción de un reencuadre. En éste mismo apartado encontraremos un segundo cuadro que nos permitirá encontrar las descripciones y los puntos de vista de los autores o terapeutas de las bibliografías seleccionadas, respecto al uso del reencuadre, así como un caso que ejemplifique dichas observaciones. Finalizando con una breve, pero acertada discusión sobre los resultados de esta investigación.

APARTADO PRIMERO

Como es sabido, en algunos de los casos expuestos en el área de la psicología clínica, los discursos presentados por los clientes en terapia muestran una visión cerrada y poco flexible de una cierta situación que en particular para el cliente es problemática. Los clientes parecen aprender a describir su situación de cierta manera y de forma habitual. En otras palabras, aprenden a puntuar su situación de manera que la entienden como un problema, una manera de descripción que les impide aceptar y mirar la situación desde otro punto de vista. Al etiquetar su problemática, ya sea por ellos mismos o por interrelación con vecinos, familiares, o profesionales, el cliente refuerza la idea de su problema. No sólo se produce un reforzamiento del patrón relacional del problema, es decir que el problema organiza un patrón respecto a sí mismo, como proponen algunos teóricos del enfoque sistémico, sino también se produce un refuerzo en el ámbito cognitivo, como propondrían implícitamente algunos teóricos cognitivo- conductuales. Se crea y se refuerza un patrón cognitivo³, o puntuación, de la situación que el cliente lleva a terapia como un problema impidiendo un cambio tanto en la visión del cliente respecto a su problema como respecto al comportamiento del cliente, el cual, la mayoría de los casos, es el problema para el cliente. Incluso se promueve la persistencia del problema, como parte de la solución del problema y como una profecía autocumplidora⁴. De manera tal que el cliente queda enganchado tanto conductual como cognitivamente a su problema.

Una de las alternativas de intervención de mayor aceptación en el ámbito de la terapia sistémica (de Shazer, 1991⁵; Madanes, 2001; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1995) con que cuenta el terapeuta que trabaja desde un marco estratégico, consiste en crear reencuadres capaces de provocar cambios en los patrones y realidades del cliente. En el ámbito clínico y como técnica de intervención “un reencuadre llevado a cabo con éxito deberá extraer el problema de su definición de ‘síntomas’, transfiriéndolo a otro que no implique la imposibilidad de modificación. Desde luego, no ha de tratarse de otra definición cualquiera, sino de una que vaya de acuerdo con el modo de pensar y de considerar la realidad por parte del sujeto” (Watzlawick et al, 1995, P. 128).

Al crear un reencuadre o redefinición del problema que presenta el cliente, se crea, además de otra forma de ver el problema, una posibilidad para el cliente de solucionar su problemática. Con el reencuadre no se intenta mostrar que la visión del cliente respecto a su problema es incorrecta, sino que no es la única, además de que no es muy funcional, en términos de desarrollo personal. Que quizá el nuevo reencuadre propuesto por el terapeuta tampoco sea correcto, pero que pueden haber otras maneras de ver o puntuar (encuadrar) el problema del cliente, quizá tampoco correctas, pero si más funcionales, nuevamente, en el sentido de adaptación del individuo a su medio social y desarrollo personal.

Así por ejemplo se puede reencuadrar o rediagnosticar los “vómitos” o la “bulimia” por la acción de “desperdiciar la comida” o, tomando un ejemplo de Madanes (2001), reencuadrar o rediagnosticar la “depresión” que sufría el esposo de su cliente por el diagnóstico de “irresponsabilidad” de manera tal que con esta redefinición del problema puedes pedirle a un cliente acciones específicas (tirar la comida

³ Las pautas habituales de puntuación de una persona presuponen ciertas premisas epistemológicas, por ejemplo, una forma de imponer puntuaciones en nuestro mundo es el lenguaje, por que implica elegir dentro de los diferentes sistemas lingüísticos, ya sean culturales, sociales, populares, técnicos, religiosos o morales (Keeney, 1994 citado en Nieto-García, 2003).

⁴ Una profecía autocumplidora o que se autocumple es la predicción de un acontecimiento que se verifica por sí misma (Watzlawick, 1998), es decir que por el hecho de plantearse como algo posible se conduce al acontecimiento predicho. Watzlawick (1998) pone un ejemplo que nos ayudara a entender de forma más clara el concepto. En los Ángeles, hace algunos años, un conductor de televisión anunció que habría una inminente escasez de papel higiénico. Consecuencia de esta información: el lunes por la mañana, los espectadores corrieron a las tiendas y compraron papel higiénico por cajas enteras, provocando de este modo la verdadera escasez que el presentador había vaticinado por pura diversión.

⁵ En sus primeras publicaciones Steve de Shazer presenta un trabajo exhaustivo sobre las técnicas de intervención de Milton Erickson, entre las cuales podemos encontrar la del “reencuadre”. De shazer estudia minuciosamente ésta intervención y nos presenta su visión sobre la misma, aclarando ciertos puntos mediante ejemplos terapéuticos de Milton Erickson. Es por ello que se verá citado en distintos apartados de este trabajo. Hago ésta aclaración ya que él nunca ha pertenecido al equipo del MRI, no obstante ha trabajado con el “reencuadre”.

directamente al cesto de basura y evitarse el proceso de vomitar, o ocuparse de su trabajo en forma responsable) en lugar de encasillar al cliente.

Empecemos por la definición que tomaré para referirme al reencuadre y que es propuesta por la escuela del MRI de Palo Alto, EE.UU.⁶. Para Watzlawick, et al. (1995) reencuadrar (“*reframing*”⁷) significa “cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de una estructura o encuadre, que aborde los ‘hechos’ correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos.” (P. 120).

Leamos otras definiciones que se tienen sobre el reencuadre.

Reencuadrar para Ellis (1992) "es una técnica filosófica-actitudinal que consiste en enseñar a los clientes a abordar de manera distinta las condiciones insatisfactorias en que viven y percibir que también presentan una fase menos detestable o, aún, buena" (P. 339).

Dentro de la PNL, podemos encontrar varias definiciones y manejos del reencuadre, una de ellas es la propuesta por Bandler y Grinder, que aún cuando la definición es la misma, la utilización es diferente. Por ejemplo en su libro *Trance-Formate* (1993) mencionan: “el reencuadre es concebido como la sustitución deliberada del síntoma. El reencuadre toma un síntoma y lo transforma en otro.” (Pág. 190). Más adelante afirman: “El reencuadre no es más que un contexto para que la gente responda cambiándose a sí misma” (P. 235). Mientras que en su libro *De sapos a príncipes* (1982), afirman sobre el reencuadre: “es un modo específico de contactar la parte –por falta de una palabra mejor- de la persona que esta ocasionándole determinada conducta o que está impidiendo la ocurrencia de cierta conducta deseada.” (P. 152). Es importante señalar que se ha optado por la noción del reencuadre del MRI a diferencia de la PNL, debido a que para ésta última, por ejemplo, el reencuadre es concebido como una técnica de sustitución deliberada de síntomas (por ejemplo Grinder y Bandler, 1982, 1993; O’Connor y Seymour, 1995), que como se puede ver no es el objetivo del uso y de la noción del reencuadre desde este trabajo. Pero sobre todo el reencuadre surge del propio cliente (dirigido por el terapeuta), a diferencia del reencuadre como es manejado en la escuela del MRI y que implica una estructura para reencuadrar distinta a la manejada por los ya mencionados precursores de la PNL. El manejo del reencuadre dentro del marco teórico del MRI es operacionalmente distinto.

Para Jazmín Sambrano (2000) el reencuadre es “una técnica que consiste en modificar el marco de referencia en el cual una persona percibe los hechos, para cambiar su significado. Cuando el significado varía, entonces las respuestas, las conductas de las personas y su estado emocional acerca de ello, también cambian.” (P. 89). O’Connor y Seymour (1995) mencionan que el significado de cualquier evento depende del marco en que lo sitúe: cuando cambio el marco, también cambio el significado.

Por otra parte una definición cercana a la del MRI, en la cual está basada esta tesis, nos la da Juan Pablo García (Comunicación personal, 2006) y se refiere a que el reencuadre consiste en convertir, mediante predicados verbales, un estado emocional a otro. Esta definición, como podemos ver esta más enfocada a una respuesta emotiva, como una conducta o comportamiento derivado de nuestra percepción del mundo. Aún cuando, desde el enfoque estratégico-constructivista, nos referimos más a cambiar la percepción del cliente respecto a su problema, de manera implícita cambiamos también su significado del problema y las

⁶ Este instituto es fundado en 1959 por Don D. Jackson en Palo Alto, California. Para 1966, con Richard Fisch, el MRI inicia su proyecto de terapia breve. En 1974, surgen los primeros frutos del MRI con la publicación del libro: “*Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution*” (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1995); y el artículo “*Brief Therapy: Focused Problem Resolution*” (Weakland, et al., 1974). 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.

⁷ En algunas escuelas de terapia se habla de reestructurar, mientras que en otras se habla de reencuadrar, pero esto tiene que ver, desde mi punto de vista, con la traducción al castellano de la palabra “*reframing*” que en definitiva se traduce de una manera más correcta como “reencuadre” por la palabra “*frame*” que significa en algunas de sus acepciones: “poner marco a” (Ramondino, 1996). De tal manera que hablaré indistintamente de “reencuadrar” o “reestructurar”.

sensaciones, sentimientos y emociones relacionadas con la situación problemática.

El reencuadre no sólo ofrece nuevas alternativa respecto al marco conceptual o emocional del cliente, sino también ofrece alternativas conductuales, a lo que muchas veces es considerado como problema (Orozco de Gortari, 1999).

Como se puede observar, lo que cambia con el reencuadre es el sentido atribuido (la realidad atribuida) a la situación y no la experiencia correspondientes a ésta. No se trata de ver el mundo de color de rosa, a través de reencuadres todo el tiempo, sino de generar realidades alternativas respecto a la situación donde una persona pueda ser funcionalmente mejor, en dichas situaciones, logrando cumplir con los objetivos de ésta en terapia. Nuevamente, “El reencuadre no es más que un contexto para que la gente responda cambiándose a sí misma” (Grinder y Bandler, 1993. P. 235).

1.1. PUNTUACIONES HISTÓRICAS SOBRE EL REENCUADRE

El remitirnos a los antecedentes históricos o genealógicos del reencuadre como técnica persuasiva o retórica, reviste una tarea, indudablemente, exhaustiva, y quizás pueda llevarnos a crear un crisol histórico confuso y lejano de una concreción esclarecedora. No obstante, podría hablar de algunos acontecimientos aislados, no tanto del contexto como del tiempo, que podrían darnos una idea del uso del reencuadre como elemento persuasivo o retórico, lo que me hace sugerirle al lector tomar en cuenta la relatividad del relato y los fines para los cuales será utilizado dicho relato, es decir, para aclarar el uso del reencuadre desde tiempos remotos, sin tratar de sugerir una genealogía de tal técnica dentro de un contexto o tiempo determinados, ya que hasta el momento no he encontrado documento alguno que especifique la fecha, el lugar o individuo que haya propuesto la invención del reencuadre como técnica persuasiva, o intervención terapéutica que es el aspecto que atañe a este trabajo.

El acto de la reestructuración como técnica de persuasión no es ciertamente un descubrimiento nuevo y mucho menos propio del ámbito terapéutico.

Fuera del área de la psicología clínica, el reencuadre, como técnica persuasiva y retórica, puede encontrarse en algunas de las historias más antiguas de la humanidad. Podemos encontrarlo en los relatos griegos, como “La Iliada” de Homero, en los discursos de los sofistas, maestros en esa maniobra verbal persuasiva, y quizá en los relatos egipcios, aztecas, etc., más aún, podemos encontrarlo en las historias de toda la humanidad.

En sus distintas facetas podemos encontrar el reencuadre como técnica de persuasión o como una simple estructura retórica y discursiva en los diálogos de grandes oradores y en otros personajes tales como; Moisés, Jesús el Cristo, Buda, Confucio, Gandhi, Mahoma, Hitler, Mao-tse tung, Ernesto Guevara, Benito Juárez, etc. Como arma oratoria es bien conocida en el ámbito de la retórica clásica.

Los solucionadores de problemas, dotados de imaginación, y los negociadores hábiles han utilizado siempre estas técnicas. Así por ejemplo, ya en 1597 escribía Francis Bacon en su ensayo *De la negociación*:

"Si quieres manejar a un hombre, has de conocer primeramente su naturaleza o sus modos, para así manipularlo; o sus fines, y así persuadirle; o su debilidad y desventajas, para amedrentarle; o bien a aquellos que tienen influencia sobre él, para así gobernarle. Al enfrentarnos con personas arteras, hemos de considerar asimismo sus finalidades, para interpretar sus discursos, siendo preferible decirles lo menos posible y aquello que menos esperan" (Citado en Watzlawick, et al., 1995. P. 130).

Podemos encontrarlos en canciones, poemas, en la literatura y hasta en las conversaciones de los enamorados. O bien en las historias más extraordinarias donde algún personaje reencuadra alguna situación logrando obtener algún provecho donde éste se veía perdido.

Ejemplos de ello nos lo dan algunos autores como Watzlawick, et al. (1995), en “*Cambio*”; Nardone y Watzlawick (1992), en su libro “*El arte del cambio*”. Leamos a continuación algunas de estas historias, tratando de aclarar un poco el término.

En el libro *Cambio* de Watzlawick, et al. (1995), podemos encontrar el siguiente relato:

“...uno de los más destacados negociadores de la historia moderna fue indudablemente Talleyrand. Lo que realizó en 1814-1815 en Viena para sacar a Francia de una situación comparable tan sólo a la de Alemania en 1918 -un agresor derrotado, odiado por el resto de Europa, que iba a ser castigado, que iba a ver mermado su territorio y al cual se le iban a exigir pesadas reparaciones- se ha convertido en legendario. Gracias a Talleyrand, Francia resultó ser el auténtico vencedor en el congreso de Viena, su territorio quedó intacto, su poder y su papel en el continente fueron restaurados, y todo ello sin que se impusiesen sanciones y reparaciones. Desde la iniciación del Congreso fue ésta la finalidad de

Talleyrand. Luego aplicó esta finalidad a diversos temas y utilizó aquello que iba más de acuerdo con el modo de pensar y los puntos de vista de un determinado interlocutor.” (Pp. 130-131)

Leamos, sobre este suceso, la descripción realizada por Brinton (citado por Watzlawick, et al., 1995), de cómo Talleyrand aplicó su consumado arte de reestructuración o reencuadre para salvar el puente de Jena en París:

"Los ejércitos aliados habían ocupado París después de Waterloo. El prusiano Blücher quería volar dicho puente, ya que conmemoraba una batalla que los invencibles prusianos, en algún modo, habían perdido. Wellington, que había recibido una mejor educación en los campos de cricket de Eton, dio los primeros pasos para impedir que Blücher volase el puente. Talleyrand, que quizás le había conocido siempre mejor, fue capaz de vencerle por completo con el mero expediente de rebautizar el puente como "*pont de l'Ecole militaire*". Como él mismo hace constar, fue una denominación que satisfizo la salvaje vanidad de los prusianos, y que, con un juego de palabras, constituye quizás una alusión más punzante aún que el nombre original de "puente de Jena". El incidente, en sí insignificante, resulta lo bastante significativo en la vida de Talleyrand y en un mundo que persiste en dar un mentís a aquellas almas confiadas que creen que los hombres no discuten realmente acerca de palabras. Un sujeto más profundo que Talleyrand podría haberse dirigido a Blücher para pedirle que perdonase a sus enemigos, señalándole que el hecho de volar el puente no habría ido de acuerdo con el sermón de la montaña, que la existencia de un puente de Jena no suponía una injuria para Rusia, y unas cuantas objeciones más, basadas en la religión y en el sentido común. Pero, ¿habría sido dicha persona capaz de reconstruir el puente que Blücher ciertamente habría volado?". (Pág. 131)

Más de cien años después, el Rey Christian de Dinamarca se vio en una situación análoga, cuando los alemanes decidieron aplicar la "solución final" a los judíos daneses, que hasta entonces habían permanecido relativamente seguros. En sus conversaciones con el rey, el emisario especial nazi para cuestiones judías manifestó su deseo de conocer cómo el rey Christian intentaba resolver el problema judío de Dinamarca. Se dice que el rey le respondió con un frío candor: "No tenemos un problema judío: no *nos* sentimos inferiores." (Watzlawick, et al., 1995)

Nardone y Watzlawick (1992) citan un ejemplo más. Al tener el problema de la resistencia al culto de ciertos santos o vírgenes por parte de algunas personas. Los hombres de iglesia, recordando, quizá, lo que había hecho San Gregorio Magno algunos siglos antes. Hicieron construir sobre las ruinas de los templos paganos, dedicados a las divinidades de las fuentes de agua milagrosa, iglesias consagradas al culto de Nuestra Señora (como, por ejemplo, Santa María delle Grazie, en las cercanías de Arezzo, o la capilla de la Madonna del Parto, en Monterchi.) Ellos mismos comenzaron a promover el culto de aquellos lugares, afirmando que las fuentes poseían virtudes milagrosas por efecto de la presencia de la virgen. De hecho, reencuadraron, de un modo verdaderamente genial, la percepción religiosa y las creencias populares, llevando a la gente al culto cristiano de la virgen. La misma situación ocurrió en el México conquistado del siglo XV, por los españoles, con la virgen de Guadalupe, en el cerro del Tepeyac, sitio dedicado a la ofrenda de la diosa madre Tonantzin, antes de la conquista.

En su libro *El sinsentido del sentido o el sentido del sinsentido*, Watzlawick (1995) describe la siguiente situación:

“Plutarco escribió que en Mileto, ciudad de Asia menor, se había declarado una epidemia de suicidios entre mujeres jóvenes. Alcanzó ésta tales proporciones que los padres de la ciudad, siguiendo el consejo de un sabio, publicaron una disposición según la cual los cuerpos desnudos de las suicidas debían ser expuestos públicamente en la plaza del mercado. Aquella disposición hizo que la epidemia de suicidios cesara prácticamente de inmediato.” (P. 56)

Estos ejemplos muestran cuán importante puede ser, en determinada situación, la introducción de un nuevo punto de vista, de una visión alternativa a la que la situación presupone, un reencuadre.

Por otro lado, dentro del marco de la psicología podemos encontrar el uso del reencuadre en investigaciones del área de la psicología social. Ejemplo de ello es la siguiente conclusión:

“Se ha demostrado experimentalmente, que exponer una mercancía en el aparador a un precio bajo y ventajoso respecto de su valor real comercial, utilizar, por tanto, como arma de persuasión una demostración racional lógica, es bastante menos eficaz, para la venta, que exponerla a un precio claramente superior a su valor real (Cialdini 1984.) Es decir, es más ventajoso utilizar como arma persuasiva no la lógica racional, sino la aparente no lógica del ‘si estas cosas cuestan tanto, debe poseer ciertamente alguna cualidad oculta que no tiene aquella que cuesta menos’. Pero esto no es otra cosa que una reestructuración eficaz, mediante el alza del precio, de la percepción que el comprador tiene de aquella mercancía” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 92).

Una demostración experimental eficaz de como, en efecto, ciertas sugerencias comunicativas poseen una fuerza explosiva de cambio proviene de un experimento llevado a cabo por E. Langer, psicóloga de la Universidad de California.

“En una cola de espera para hacer fotocopias en la biblioteca, la petición, por parte de una estudiante, de que se le permita no respetar el orden de la fila produce efectos diferentes según sea su formulación: ‘perdona, tengo cinco páginas. ¿Puedo usar la fotocopidora? Porque tengo mucha prisa’. La eficacia de esta petición -con- explicación ha sido casi total: el 95% de los interpellados la han dejado pasar delante de la fila. Comparece este porcentaje de éxitos con los resultados obtenidos con la simple petición: ‘perdona, tengo cinco páginas. ¿Puedo usar la fotocopidora?’ En esta situación conseguía sólo el 60%. A primera vista parece que la diferencia decisiva entre las dos formulaciones consistía en la información añadida contenida en las palabras ‘porque tengo mucha prisa’. Pero una tercera fórmula experimentada por la profesora Langer ha demostrado que las cosas no eran exactamente así. Por lo que parece, lo que constituía la diferencia no era la serie entera de palabras con un sentido completo, sino sólo la primera: ‘porque’. En vez de dar una verdadera razón para justificar la petición, la tercera formulación se limitaba a usar el ‘porque’ sin añadir nada nuevo: ‘perdona, tengo cinco fotocopias. ¿Puedo usar la fotocopidora? Porque tengo que hacer fotocopias.’ El resultado fue que, una vez más, casi todos (93%) dieron su consentimiento, aún cuando no había ninguna información nueva que explicase su condescendencia” (citado en Nardone y Watzlawick, 1992. P. 93).

De Shazer (1991), también expone un ejemplo de investigación referente al tema.

“Dunker (1945) y Adamson (1952) diseñaron el experimento siguiente, que ilustra el modo en que los encuadres (definiciones y significados) influyen sobre lo que ocurre. Al grupo 1 se le entregan tres cajas, una con fósforos, una con velas y otra con tachuelas. El grupo 2 recibe los mismos materiales pero los fósforos, velas y tachuelas no se encuentran dentro de las cajas. Se pedía montar las velas verticalmente, para usarlas como lámparas. ‘Al grupo 2 le resultó muy fácil resolver el problema’...”, “... parecía que para el grupo 1 las cajas estaban encuadradas o definidas como ‘contenedores’, mientras que para el grupo 2, en tanto que no contenían nada, resultaba más fácil verlas como plataformas potenciales (reencuadre de la caja vacía) para fijar las velas”. Es decir que algunos encuadres (por ejemplo, “contenedores”) son menos útiles para resolver este problema de la plataforma que otros encuadres (por ejemplo “cajas vacías”). (P. 57)

En fin, la trayectoria del reencuadre en la historia de la humanidad puede, o no, haber tomado distintos caminos y distintas formas. Sin embargo, es en el área de la psicología clínica en donde reside mi interés por el tema, más específicamente en el enfoque terapéutico del MRI de Palo Alto, California, una de las corrientes más sobresalientes de la Terapia Sistémica.

Siendo en este caso, el reencuadre, una técnica de intervención terapéutica que busca, mediante la persuasión del terapeuta, dar una visión alternativa al cliente de la “realidad” que él (el cliente) ha construido sobre ciertas situaciones que considera como problemáticas, pero que sin duda alguna está viviendo como un problema, ya que si no fuese así, ¿Por qué motivo solicitaría ayuda terapéutica?

1.2. INFLUENCIAS TEORICAS DEL REENCUADRE TERAPEUTICO

Es así que escribiré del reencuadre y de sus influencias y raíces teóricas desde el contexto de la psicoterapia.

Para indagar sobre el origen del reencuadre como técnica de intervención terapéutica considero importante remitirme a la aplicación⁸ de dicha técnica de manera propositiva y consciente de su uso⁹.

Si bien es cierto que podría encontrar algunos ejemplos (si es que los hay) de reencuadre en el trabajo de Freud, Erich Fromm, o de algún otro psicoanalista, o de trabajos como los de los conductistas B.F. Skinner, William James, Ivan Pavlov, etc., así como también en el trabajo de la terapia humanista con Carl Rogers, Virginia Satir, considerada como existencialista (Bertrando y Toffanetti, 2004), o en la terapia Gestáltica, en la logoterapia, el psicodrama, las terapias intergeneracionales, en fin, en todas las formas, estilos y escuelas de terapia, no es sino en el trabajo de los cognoscitivistas Albert Ellis¹⁰ (1992) y Aarón T. Beck, pero más en específico en la esquematización de Judith Beck (1995) sobre el trabajo de su padre, que se practica el uso de técnicas persuasivas como el reencuadre, aunque, en el caso de los Beck, no con ese nombre, para la modificación, en su caso, de conductas o síntomas, y es a falta de esta nominalización que pasaré a lo siguiente.

Es en el trabajo teórico, y más evidentemente en el trabajo práctico, de algunas Terapias Sistémicas (de Shazer, 1989, 1991, 1997; Fisch, Weakland y Segal, 1988; Haley, 1980a, 1980b, 1984, 1987; Nardone y Watzlawick, 1992; O'Hanlon, 1993; Watzlawick, 1989, 2000b; Watzlawick, et al., 1995), inspiradas en el trabajo de Milton H. Erickson, donde podemos encontrar el término y el uso del "reencuadre" o "reframing" como tal, y de manera propositiva, es decir con la intención de usarlo como técnica terapéutica, y de manera conciente, en otras palabras con una formulación y quizás hasta con una estructura determinada.

Dentro de este contexto es posible rastrear la influencia y el posible origen del reencuadre terapéutico en el trabajo del famoso psiquiatra e hipnoterapeuta Milton H. Erickson, que sin duda es uno de los eslabones del reencuadre.

En distintos trabajos de, y sobre, Milton H. Erickson (Bandler y Grinder, 1980, 1994; de Shazer, 1989, 1991, 1997; Erickson y Rossi, 1992; Grinder y Bandler, 1982, 1993; Haley, 1980a, 1984, 1987; Nardone y Watzlawick, 1992; O'Hanlon, 1993; Pérez, 1994; Rosen, 1994; Watzlawick, 1989, 2000a; Zeig, 1980, 1992, 2000) podemos encontrar distintos ejemplos del reencuadre como técnica de intervención terapéutica en sus distintas modalidades, es decir como técnica de intervención a nivel verbal y persuasiva, o como técnica conductual a un nivel directo o indirecto, etc.¹¹

Por ejemplo, a una mujer que tenía problemas para tener relaciones sexuales con sus parejas, Erickson (citado en Rosen, 1994), relata la manera como reencuadró la situación:

“Yo le dije: ‘es una triste historia. Y la parte realmente triste de todo esto es... ¡que usted es una imbécil! Me dice que le tiene miedo a un pene audaz, duró y erecto ¡y eso es imbécil! Usted sabe que tiene una vagina, yo también lo sé. Una vagina es capaz de convertir al pene más grande, audaz y

⁸ Debo mencionar también, que si bien algunos autores (Simón y otros autores, 1985, citado en Nardone y Watzlawick, 1992) consideran al reencuadre como la finalidad de toda psicoterapia, en este caso, veré el reencuadre como una técnica de intervención en terapia y no como un fin en sí mismo.

⁹ A fin de no entrar en argumentaciones y contra-argumentaciones con el lector, es bajo estas condiciones que podré hablar del fundamento teórico del reencuadre de manera explícita, pues alguien podría saber de algún trabajo que no he tomado en cuenta, y que a consideración de ese alguien merezca atención.

¹⁰ Ellis (1992), en un capítulo titulado *Cómo procurar un tratamiento más breve y mejor: la terapia breve racional-emotiva*, utilizaba el término de reencuadre, pero esto es después de su formulación en el modelo del MRI, por lo que en sus primeros escritos el uso del término no es observable.

¹¹ En el siguiente apartado hablaré de la distinción de estos tipos de reencuadre con mayor detalle.

prepotente en un objeto desvalido y flojo. Y su vagina puede extraer un placer vicioso reduciéndolo a ese objeto desvalido y flojo". (P.36)

Al respecto Rosen (1994) termina el relato con el siguiente comentario:

" 'Placer vicioso' es un hermoso ejemplo del uso del reencuadre para trocar un sentimiento de pasiva impotencia en otro de dominio activo". (P. 38)

Como una manera de reencuadrar, para solucionar, una enfermedad psiquiátrica, Erickson (citado en Rosen, 1994) relata la siguiente intervención con una chica con problemas de alimentación, específicamente, bulimia.

"Shakespeare decía: 'las etapas de la vida comienzan en verdad con el infante'. Bien, yo creo que usted debía tener un buen comienzo en la vida. Y en la Epístola a los Corintios dice: 'cuando era un niño, hablaba como niño y actuaba como niño. Ahora que me he vuelto hombre, he dejado de lado las cosas de niño'. Y eso incluye los temores, ¿no? ¿Cuál es su nombre de pila?

-Kathy

-¿Puedo cambiárselo oficialmente? A partir de ahora, sólo se llamara Kathleen¹², no ese gatito temeroso que vomita, Kathy¹³."(P.87)

Partiendo de distintos tipos de animales y de su adaptación al medio, Erickson introduce la idea de que el vómito es una reacción adaptativa de los seres humanos, que les salva la vida. Logrando reencuadrar el problema a través de una metáfora. Cambiando también, reencuadrando, el nombre de pila por el nombre completo.

A una niña, llevada por su madre con Erickson, que sus amigos, compañeros, etc., se burlaban de ella por su cara llena de pecas, Erickson (citado en Rosen, 1994) le dice ladrona, a lo cual la niña se indigna y trata de defenderse contra la acusación. Erickson remata su intervención diciendo que la niña era una ladrona pues tenía la evidencia en toda su cara (las pecas). Al respecto relata:

"Ella reaccionó emocionalmente, y en forma favorable, con respecto a sus pecas. Se hallaba en un estado de ánimo adecuado para reaccionar favorablemente porque yo había intensificado su hostilidad y su cólera de manera deliberada, y luego le produjera un vacío mental, literalmente, al decirle que sabía dónde estaba cuando robo, qué había robado, y que yo tenía pruebas de ello. Así, cuando la acusación de ser una ladrona resultó improcedente, ella se sintió aliviada. En realidad yo estaba bromeando con ella, se convirtió en una situación divertida. Y a ella le gustaban los bizcocho de canela, los bollitos de canela y yo le puse a sus pecas un nuevo nombre (cara de canela). Lo terapéutico fueron sus emociones, sus ideas, sus reacciones. Aunque ella no las conociera". (P.137)

Erickson preparaba a sus pacientes para que encontraran un nuevo marco de referencia, lo hacía desafiándolos, confundiéndolos o suscitándoles emociones desagradables (Rosen, 1994). En este caso las pecas, tan provocadoras de burlas, ya no eran un problema pues Erickson las había asociado a algo agradable, mayor que el sentimiento desagradable, los bizcochos y los bollitos de canela.

Sin proporcionar una definición clara del reencuadre, Milton H. Erickson nos muestra la pericia y la eficacia del uso del reencuadre para la solución de los problemas que llevaban a la gente a consultarle.

¹² Erickson usaba juegos de palabras, es decir usaba dos palabras con pronunciación similar pero con significado diferente. Por ejemplo "*trance-formed*" se pronuncia en inglés igual que "*transformed*". Con él primero hace referencia al método del cambio "el Trance hipnótico", con el segundo al proceso de cambio "transformado". En este ejemplo "Kathy", tiene una pronunciación similar en el idioma a "*Catty*". El primero es un nombre de pila, el segundo es diminutivo de gato (gatito). He de mencionar que Erickson utilizaba éste juego de palabras en base a la pronunciación de ciertas palabras, que en el idioma inglés es más evidente.

¹³ "Erickson aplicó este método de dar a las personas un nuevo nombre o dejar que ellas mismas se re-bautizaran, mucho antes de que esta costumbre se volviera popular en los grupos de encuentro de la década de los 60's. El nuevo nombre pasa a ser una señal pos-hipnótica..." (Rosen, 1994. P. 98), así también pasa a ser un encuadre nuevo que rompe con el sistema perceptivo-reactivo problemático del cliente.

Pero no es sino hasta con el trabajo del grupo del MRI de Palo Alto que podremos encontrar una definición, la ya mencionada, clara y precisa del término “reencuadre”, basando su uso, a diferencia de Milton Erickson¹⁴, en una teoría del “Cambio”, como expondré más adelante.

Es en éste contexto de la terapia familiar que se empiezan a conocer algunas de las técnicas de este curioso personaje, como lo fue Milton H. Erickson. Precisamente es con el equipo del MRI y en específico de dos de sus integrantes; Haley y Weakland, que las técnicas terapéuticas de Erickson son dadas a conocer dentro del ámbito terapéutico.

Por otro lado, dentro de las influencias para la formulación del reencuadre como técnica de intervención por parte del equipo del MRI, se puede mencionar que no sólo es el trabajo clínico de Milton H. Erickson, sino también han sido influyentes la Teoría de Grupos y principalmente la Teoría de los Tipos Lógicos (Whitehead y Russell, 1910-1913), que además de influir en la formulación del reencuadre como técnica de intervención son parte de la fundamentación teórica, no sólo del reencuadre, sino de una teoría de cambio terapéutico formulada por el equipo del MRI (Fisch, et al., 1988; Fisch y Schlanger, 2002; Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, 1989; Watzlawick et al., 1995).

La teoría de grupos, por ejemplo, sugería la necesidad de un cambio², es decir de un cambio generado desde el exterior del sistema perceptivo-reactivo problemático¹⁵ del cliente, ya que las interacciones dadas por las propiedades de un grupo, en este caso en el sistema, impedían generarlo por sí mismo, o sólo generaban un cambio de primer orden o cambio¹. La principal característica, según la Teoría de Grupos, que impide un cambio², un cambio que logre la solución del problema (meta-cambio) es la invarianza surgida de la combinación de miembros con las mismas características.

Aplicado en un sistema perceptivo-reactivo problemático, las soluciones intentadas (las cuales al ser combinadas, mejor dicho reiteradas) en lugar de romper el sistema-problema, lo mantienen, generan invarianza al ser del mismo tipo de soluciones “más de lo mismo” (Fisch, et al., 1988; Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, 1989; Watzlawick et al., 1995).

Pero la noción de cambio² no surge de la Teoría de Grupos, sino de la Teoría de los Tipos lógicos. La Teoría de los Grupos sólo proporcionaba una explicación sobre la invarianza, o cambio¹ en el sistema-problema. De modo que era necesario explicar el porqué las técnicas que el equipo del MRI, principalmente las de orientación paradójica, generaban un cambio² distinto al intentado por el cliente (Fisch, et al., 1988; Watzlawick, 1989; Watzlawick et al., 1995).

El MRI se valió del trabajo de Russell y Whitehead (1910-1913), sobre tipos lógicos, para explicar este suceso. De esta teoría surge la idea de que el cambio debía ser de un nivel lógico distinto al que pertenecían las soluciones intentadas por el cliente. Esta teoría propone que “un miembro no es del mismo nivel lógico que la clase a la que pertenece”, así pues es necesario crear una intervención de nivel lógico distinta a las soluciones (miembros) utilizadas por el cliente, y los involucrados en el sistema-problema (Fisch, et al., 1988; Watzlawick, 1989; Watzlawick et al., 1995).

Watzlawick, et al. (1995), escriben al respecto:

“...la teoría de grupos nos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero nos proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de nivel lógico al inmediatamente superior. Si aceptamos esta básica

¹⁴ Milton Erickson mencionaba, en ocasiones, a sus alumnos que no tenía una teoría, o no se basaba en una teoría de construcción y de cambio del comportamiento (Bertrando y Toffanetti, 2004).

¹⁵ (Patrón-problema para el equipo del MRI). He decidido tomar el concepto de sistema perceptivo-reactivo debido a que muestra con mayor precisión los elementos del problema, por lo cual se trata solamente de una precisión conceptual dentro de este trabajo.

distinción entre ambas teorías, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo.” (P. 30)

El reencuadre es una de estas técnicas que rompen con el sistema perceptivo-reactivo del cliente generando un cambio².

Desde una perspectiva de la Teoría de Grupos, la realidad que el cliente nos presenta y dentro de la cual describe su problema sólo puede generar una invarianza (cambio¹) pues el cliente intenta resolver el problema desde el mismo nivel lógico de su problema. Es decir que las soluciones y racionalizaciones del cliente son del mismo nivel que el problema, la realidad del cliente es la misma que crea el problema, y la misma desde la que el cliente crea sus soluciones.

Este hecho implica la necesidad de un cambio² o un meta-cambio. Al recurrir a la Teoría de los Tipos Lógicos y a su premisa, ya expuesta, ésta propicia explicar al reencuadre como un cambio² necesario para romper el sistema perceptivo-reactivo del cliente, ya que el terapeuta muestra una realidad alternativa, una realidad que sugiere un marco desde donde generar soluciones inesperadas, inusuales o incluso impensables dentro del marco perceptivo del cliente.

“...la pertenencia de un objeto, como miembro, a otras clases está determinada por las "opiniones" que tenemos de él, es decir, del sentido y del valor que le hemos atribuido. Cuál de las posibles atribuciones a una clase se considere, examine, prefiera, etc., es en gran medida el resultado de una elección y de las circunstancias, pero una vez que se atribuye a algo un significado o un valor especiales, resulta muy difícil considerar a dicho algo como miembro perteneciente también a otra clase, igualmente válida. Así por ejemplo, la mayor parte de las personas rechazan la carne de caballo, pero a algunas les gusta. Se trata en cualquier caso de lo mismo, de carne de caballo, pero su significado y valor, su calidad como miembro de una clase, son muy distintos para los dos tipos de personas.” (Watzlawick, et al., 1995. P. 123)

El reencuadre visto como técnica para realizar el cambio² supone, en términos de tipos lógicos, “...desplazar el énfasis de la pertenencia de un sujeto a una clase, a la pertenencia igualmente válida a otra, o bien, especialmente, introducir la idea de tal pertenencia a una nueva clase en la conceptualización de todos los interesados” (Watzlawick et al, 1995, P. 123). Es decir, como miembros de distintas clases y como clases de tipos lógicos diferentes como por ejemplo el no salir de casa y estar triste como depresión; y la depresión como un sentimiento.

El reencuadre, desde el punto de vista del equipo del MRI “...ópera en el nivel de la meta-realidad, en el cual, como hemos intentado señalar, puede tener lugar un cambio incluso si las circunstancias objetivas de una situación está más allá del poder humano. La Teoría de los Tipos Lógicos nos permite nuevamente concebir esto de modo más riguroso: como hemos visto, las clases son colecciones exhaustivas de entidades (los miembros) que poseen características comunes a todos ellos. Pero el hecho de ser miembro de una determinada clase raramente constituye algo exclusivo. Una misma entidad puede ser habitualmente concebida como miembro de diferentes clases. Ya que las clases no son, en sí, objetos tangibles, sino que se trata de conceptos y por tanto de constructos de nuestras mentes, la asignación de un objeto a una determinada clase es algo aprendido o bien es producto de una elección y no se trata en modo alguno de una verdad última e inmutable. La verdad, como hizo constar Saint Exupéry , ‘no es aquello que descubrimos, sino lo que creamos’ Un cubo de madera, de color rojo, puede ser considerado como miembro de la clase de todos los objetos rojos, o de la clase de los cubos, o de la clase de los objetos de madera, o de la clase de los juegos infantiles, etc., por otra parte y en el sentido de Epicteto, la pertenencia de un objeto, como miembro, a otras clases está determinada por las "opiniones" que tenemos de él, es decir, del sentido y del valor que le hemos atribuido”. (Watzlawick et al, 1995, P. 122-123).

La realidad generada por el reencuadre es, pues una realidad donde el cliente y el terapeuta pueden generar soluciones de cambio², y que incluso puede sugerir una falta de problema a lo cual no hay

soluciones que aplicar. En el apartado sobre noción de cambio regresaré a la explicación de estas dos teorías que sirven para explicar el modo de trabajo del equipo del Mental Research Institute.

APARTADO SEGUNDO EL REENCUADRE EN EL CONTEXTO TERAPÉUTICO

El siguiente apartado versará sobre el reencuadre como técnica de intervención dentro del marco referencial del trabajo del equipo del MRI.

En este capítulo hablaré de la manera en como el uso del reencuadre es justificado teóricamente por los precursores del enfoque de terapia estratégica del MRI.

Debo mencionar que he elegido este modelo de terapia y este marco teórico, debido a que muestra una teoría mayormente sólida, desde mi punto de vista, respecto al uso del reencuadre, en comparación con otros enfoques terapéuticos que lo nombran y lo utilizan como una de sus técnicas de intervención, pero que no le dan una base teórica a su uso.

Respecto a la base sólida, mencionada, me refiero a la teoría de los tipos lógicos y a la noción de cambio², así como a la visión constructivista atesorada por la explicación teórica sobre la construcción de problemas y su solución expuesta hasta este momento y con mayor detalle en apartados posteriores.

2. 1. EL ENFOQUE ESTRATÉGICO¹⁶- CONSTRUCTIVISTA DEL MENTAL RESEARCH INSTITUTE (M.R.I.)

El enfoque estratégico¹⁷ postulado por el equipo del MRI de Palo Alto, California es el desarrollo del planteamiento sistémico-cibernético (basado en los análisis e investigaciones de Gregory Bateson y su equipo de trabajo), del trabajo de Milton H. Erickson y del pensamiento constructivista, cuyos representantes principales son Heinz von Foerster, Ernst von Glasersfeld, entre otros (Nardone y Watzlawick, 1992). Su base teórica sistémico-constructivista, su referencia a una teoría específica de la persistencia y del cambio, y la consiguiente conceptualización referente a la formación y solución de problemas humanos son los puntos fundamentales de su propuesta terapéutica.

Hablar sobre las influencias teóricas del enfoque del MRI implica remitirse a los inicios de sus trabajos en donde encontramos el desarrollo de sus primeras ideas. Implica también remitirse a hablar de la cibernética, pues es a partir de este ámbito que se gestan las primeras ideas sobre investigación en comunicación humana, lo que indiscutiblemente terminará en un proyecto de investigación en el contexto de la psicoterapia, muy a pesar de la negativa del mentor del equipo, Gregory Bateson, quien se opone a traducir sus ideas al campo de la psicología clínica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Las teorías psicológicas y psiquiátricas clásicas se hayan impregnadas de la epistemología de su tiempo y poseen, todas, las características inconfundibles de las teorías fundamentales sobre la primera ley de la termodinámica, por su atención casi exclusiva a los fenómenos de conservación y transformación de la energía. El concepto de causalidad que tales modelos implican es necesariamente de tipo lineal, unidireccional. Según el cual un acontecimiento A determina otro acontecimiento B, y B producirá

¹⁶ “Por pensamiento estratégico entendemos no una escuela filosófica específica, sino un enfoque del pensamiento (*liberal thinking*) basado en una irreductible ‘elasticidad’ que niega cualquier forma de ‘absoluto’ o de ‘verdad’ indiscutible y que, partiendo de aquí, se interesa por el funcionamiento de las cosas con una actitud desengañada y pragmática. A esto mismo se refiere precisamente el término ‘constructivismo radical.’” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 53)

¹⁷ El término “estratégico” o “terapia estratégica” fue acuñado por Jay Haley en el año de 1963 y lo utilizó para describir cualquier terapia en la que el terapeuta diseña, activamente, las intervenciones para cada problema, es decir que toma en cuenta la idiosincrasia de los clientes, ya que considera a cada problema como único. El terapeuta debe identificar los problemas, establecer metas, diseñar intervenciones, para alcanzar dichas metas, así como examinar las respuestas a dichas intervenciones y los resultados de su terapia (Haley, 1980a; Haley y Richerport-Haley, 2006). Es importante señalar que en aquel entonces Haley era un miembro activo del grupo del MRI e influyó con sus escritos de manera determinante en el enfoque terapéutico del mismo, es por ello que el término “estratégico” se ha ido identificando con la labor del grupo de Palo Alto (Hoffman, 1987). Sin embargo existen diferencias sustanciales entre el trabajo del MRI y el trabajo de Haley, el primero está centrado en el proceso, mientras que el segundo se centra en la forma (Bertrando y Toffanetti, 2004). Otra diferencia radica en que para Haley, el síntoma cumple una función, mientras que para el MRI se consideran innecesarias las inferencias sobre la función o propósito del síntoma.

igualmente C, y así sucesivamente del pasado, al presente, al futuro. De este modo, según esta perspectiva teórica, todo tipo de explicación de un acontecimiento deberá recurrir al análisis del pasado, ya que éste representa la causa del presente, y por tanto la comprensión del primero lleva a la solución del segundo. Pero hacia los años cincuenta, una nueva epistemología muy diversa empezó a ganarse cada vez más el consenso en el seno de la comunidad científica. Dicha epistemología, se funda en el concepto de *información*, es decir, *de orden, modelo, entropía negativa* y, en ese sentido, en la segunda ley de la termodinámica. Sus principios provienen de la cibernética, la causalidad es de tipo *circular*, de naturaleza retroactiva y, desde el momento en que la información constituye su elemento central, se orienta a procesos comunicativos de sistemas aún más amplios; por ejemplo familias, organizaciones, comunidades y sociedades enteras (Cade y O'Hanlon, 1995; Ceberio y Watzlawick, 1998; Nardone, 1997; Watzlawick, 1979).

Al respecto Nardone y Watzlawick (1992) mencionan:

“... la peculiaridad de todos los seres vivientes que se hallan dentro de un sistema de comunicación es de no ser simples emisores o receptores de información, sino de dar y recibir siempre una retroacción (*feedback*) en relación con el mensaje emitido o recibido. La retroacción es el mensaje de retorno al emisor que establece un juego circular de informaciones e influjos recíprocos entre el emisor y el receptor del primer mensaje. De tal modo que se produce una forma de *causalidad circular* en el interior de la cual no existe una verdadera relación de causa y efecto entre el primer emisor del mensaje y el receptor, sino una forma más compleja de causación recíproca entre las variables en juego en una relación. Se supera de esta suerte el concepto determinista de *unidireccionalidad* y *causalidad lineal*.” (Pp. 58-59).

Sí se observa el comportamiento de un individuo en términos sistémico y cibernéticos, es decir, considerando a los individuos no como objetos autónomos, “sino como entidades que interactúan dentro de un sistema de relaciones o un contexto caracterizado por un continuo y mutuo intercambio de informaciones entre las entidades singulares que se influyen recíprocamente, entonces se modifica completamente la perspectiva clásica del estudio de la personalidad y de la conducta humana” (Nardone y Watzlawick, 1992. Pp. 57-58).

Tal como afirma Nardone (1997) la atención se desplazó desde el individuo considerado como una estructura en sí, al individuo visto como un sistema, interactivo con los demás sistemas, en el interior de un sistema de relaciones más complejo y estructurador.

Inspirador de esta nueva epistemología fue Gregory Bateson, quien, junto con su grupo de investigación y en colaboración con D. D. Jackson, formuló y aplicó estas tesis al campo de estudio de la comunicación humana, y posteriormente al campo de la psiquiatría (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O'Hanlon, 1995; Fisch y Schlanger, 2002; Nardone, 1997).

Los estudios de Bateson apuntalaron muchos de los supuestos de la terapia llamada sistémica, introduciendo herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética en el campo de la comprensión del comportamiento. Sus estudios sobre la comunicación (Ruesch y Bateson, 1951) y sobre la esquizofrenia (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956) forman el pilar de la escuela del MRI¹⁸ (Fisch y Schlanger, 2002).

Gregory Bateson define a la cibernética como una rama de la matemática que se ocupa de los problemas relativos al control, a la recursividad y a la información. Mientras que Stafford Beer menciona que la cibernética es la ciencia de la organización eficaz. Para Gordon Parks la cibernética se refiere a la ciencia de uso de metáforas (citados en Von Foerster, 2000.). Pero se habla de cibernética cuando determinados efectores (por ejemplo un motor, una máquina, nuestros músculos) están ligados a un órgano sensorial,

¹⁸ Del estudio del paciente denominado “esquizofrénico” y de su familia surge la Teoría del doble vínculo, que ilustra el drama relacional, dentro de niveles de comunicación, generador de la patología (Szprachman, 2003).

que a su vez actúa emitiendo sus señales a los efectores. Esta organización circular es la que diferencia los sistemas cibernéticos de los demás sistemas no organizados (Von Foerster, 2000.). Pero ¿De dónde surge este término: “cibernética”? Y ¿Cuál es su planteamiento?

Según cuenta Watzlawick en el prólogo del libro *La construcción del Universo* (Ceberio y Watzlawick, 1998), a comienzos del siglo XX, Bernard había observado el isomorfismo entre la regulación de la máquina de vapor y los organismos vivos, frente a cambios internos o externos que podían alterar su metabolismo. Ciertas sustancias se conservaban en el cuerpo de una forma muy estable, lo que condujo a postular la estabilidad del medio interno, como uno de los elementos fundamentales para la vida. No obstante es Walter Cannon quien introduce el término de “homeostasis” para designar la tendencia a mantener dicho equilibrio interno a través de mecanismos reguladores complejos que, por ejemplo, llevan a una constancia de la concentración de azúcar en la sangre, de la presión osmótica y de la temperatura del cuerpo.

No es sino a finales de los años 30's que el matemático Norbert Wiener, el neurofisiólogo Arturo Rosenblueth y Walter Cannon se reúnen para discutir sus trabajos, pensando en la posibilidad de encontrar un lenguaje que los uniera frente a la similitud de sus investigaciones, y que les permitirá tender puentes ante cuestiones isomórficas (Ceberio y Watzlawick, 1998), lo cual culmina con el inicio de una nueva tendencia, un giro paradigmático a los entonces cánones vigentes. Fue en 1942 (Vargas, 2004) cuando Rosenblueth, Wiener y Julian Bigelow presentan su trabajo¹⁹ titulado “*Behavior, Purpose and Teleology*”, en la primera de las conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr., que llevará por nombre “*Inhibición Cerebral*”. Dicho trabajo, como resume Vargas (2004), nos explica el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y, más aún, como su conducta se da en función de una cierta finalidad a la que tiende en todo momento sólo para corregirse y de este modo autorregularse, reemplazando el modelo de causa-efecto por un modelo de causalidad circular que requiere de retroalimentación negativa, desarrollándose como consecuencia el concepto de finalidad e intencionalidad.

En este mismo evento Warren Mc Culloch y Walter Pitts, presentan otro trabajo titulado “*Cálculo lógico infinitesimal de las ideas inmanentes en la actividad nerviosa*”, que reveló el tipo de funciones que todo cerebro debe computar con el objetivo de percibir y describir. Estos escritos intentaban discernir las pautas de organización que subyacen tanto a la conducta intencional o teleológica como a la percepción respectivamente (Ceberio y Watzlawick, 1998). Pero es hasta 1943 que se considera el nacimiento de la cibernética con la publicación de estos dos trabajos, siendo a finales de los 40's que Wiener acuñó ese término para designar este nuevo paradigma.

Después de algunos años de suspensión de las conferencias Josiah Macy Jr., debido a la segunda guerra mundial, se reanudan en 1946 tras la insistencia del director de la Fundación Macy, Frank Freemont Smith y de Gregory Bateson a Mc Culloch para organizar las conferencias, con un nuevo ciclo titulado: “*The Feedback Mechanisms and Circular Causal Systems in Biology and Social Sciences*” y con la finalidad de dar continuidad a las ideas de Rosenblueth, Wiener y Bigelow (Vargas, 2004).

De las ideas formuladas durante las conferencias Macy (de 1946 hasta la última en 1953) y de los trabajos independientes sobre el mismo tema, surgieron innovaciones teórico-conceptuales que dieron forma a la cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó en los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas. Siendo Gregory Bateson uno de los principales exponentes de dicho marco conceptual en la explicación del comportamiento. Como menciona Vargas (2004) la cibernética probó ser una teoría atractiva para los investigadores interesados en las relaciones entre individuos y grupos humanos. La cibernética se tornó el soporte teórico de un campo emergente donde confluyó la explicación interaccional.

¹⁹ Históricamente este trabajo es reconocido como el primer documento que da nacimiento a la llamada cibernética (Ceberio y Watzlawick, 1998; Vargas, 2004).

Una de las principales ideas, o al menos la idea básica de la cibernética es la de retroalimentación. Wiener (1998) definió dicho término de la siguiente manera: “[...] es un método para regular sistemas introduciendo en ellos los resultados de su actividad anterior. Si se utilizan estos resultados como simples datos numéricos para corregir el sistema y regularlo, tenemos la sencilla retroalimentación de la ingeniería que se ha dado en llamar de *control*. Sin embargo si la información que procede de los mismos actos de la máquina puede cambiar los métodos generales y la forma de actividad, tenemos un fenómeno que puede llamarse de aprendizaje”. (P. 191)

La retroalimentación como un proceso implica, entonces, una complementariedad recursiva²⁰ entre estabilidad y cambio.

Los procesos cibernéticos nunca escogen un estado estático, estacionario. Parafraseando a Bateson (citado en Keeney, 1991) la diferencia pone en marcha la acción correctiva, en otras palabras, el sistema es activado por el error, debido a que una diferencia entre algún estado presente y algún estado preferido activa la respuesta correctiva. La cibernética sugiere que puede entenderse todo cambio como el desempeño por mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio. En consecuencia los sistemas cibernéticos son pautas de organización que mantienen su estabilidad por medio de procesos de cambio (Keeney, 1991).

Wiener propuso que la estabilidad y el cambio pueden explicarse como diferentes órdenes de retroalimentación. En otros términos, la retroalimentación puede referirse al éxito o al fracaso de una acción sencilla, o bien producirse en un nivel más alto, en el cual se retroalimenta la información correspondiente a toda una modalidad de conducta o pauta de comportamiento, permitiendo así al organismo cambiar la planificación estratégica de su acción futura (Ceberio y Watzlawick, 1998; Keeney, 1991).

Con la aplicación de las nociones cibernéticas (circularidad, información, retroalimentación, regulación, autoorganización, etc.) a diversos campos científicos, se hizo posible pensar en una nueva manera de abordar los problemas e incluso se pasó de hablar, en años posteriores, de una cibernética de segundo orden (Packman, 1996; von Foerster, 1991, 1998, 2000a, 2000b), implicando conceptos de mayor complejidad como los de autorreferencia y autonomía (Ceberio y Watzlawick, 1998).

La noción de epistemología que proponía Gregory Bateson²¹ fue la base para la formulación teórica y el paso hacia la utilización de sus ideas en la psiquiatría y la psicoterapia. Ejemplo de ello es el libro "*Teoría De La Comunicación Humana*"²² (Watzlawick, Bavelas y Jackson, 1991), elaborado en base a sus trabajos y en donde se traducen las ideas²³ del mentor hacia el contexto terapéutico. "Dicho trabajo trata sobre los efectos pragmáticos (en la conducta) de la comunicación humana y, en particular, sobre los trastornos de la conducta" (Watzlawick, et al., 1991, P. 17).

²⁰ Keeney y Ross (1993) mencionan que la “complementariedad recursiva” denota la consideración de un distingo en un orden superior, con el acento puesto en la interacción de sus diferentes lados. Para interactuar los dos lados, es preciso que mantengan una diferencia, al tiempo que su interacción los conecta como sistema total. Entonces la complementariedad recursiva indica la manera en que los diferentes lados de una relación participan en una conexión complementaria, sin embargo de permanecer distintos.

²¹ Para un mayor conocimiento de las formulaciones de Gregory Bateson remitirse a Bateson, 1936, 1951-1966, 1979, 1993, 1998; Bateson y Bateson, 1987; Bertrando y Toffanetti, 2004; Ruesch y Bateson, 1951; Vargas, 2004; Watzlawick, et al., 1991)

²² Con este libro, los autores son considerados como los padres de la primer teoría terapéutica de orientación sistémica (Bertrando y Toffanetti, 2004).

²³ Dicho trabajo parte de las nociones batesonianas de información, retroalimentación, redundancia, función, relación, meta-comunicación, y su análisis sobre la teoría de los tipos lógicos, básicamente.

Los resultados de dichas investigaciones proponía por primera vez que la esquizofrenia, es decir que una patología, podía ser considerada como un fenómeno comunicativo²⁴, producto de las relaciones familiares, en contraposición con la antigua concepción de la patología como un fenómeno individual e intrapsíquico únicamente.

En el artículo titulado *Hacia Una Teoría De La Esquizofrenia* (Bateson, et al. 1956) se postularon dos principios: 1) la familia como sistema homeostático y; 2) la hipótesis del doble vínculo; mientras que en el libro *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría* (Ruesch y Bateson, 1991) se elabora la teoría de la esquizofrenia sobre la base de la teoría del doble vínculo. Por su parte, el libro *Teoría De La Comunicación Humana* muestra un análisis de dichas ideas dando como resultado la formulación de los llamados "axiomas de la comunicación humana"²⁵ (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O'Hanlon, 1995; Watzlawick, et al., 1991), que habrán de ser la base de la formulación sobre patologías que puede desarrollarse en la comunicación.

Respecto a la familia como sistema homeostático, Jackson, en 1954 (citado en Vargas, 2004) ya había descrito a la familia como un sistema cibernético gobernado por reglas, que busca la estabilidad a través de circuitos de retroalimentación (feedback) reactivados por el error; y propuso hablar de un síntoma como si actuara homeostáticamente para conservar el equilibrio familiar. De esta manera, se desplaza la atención en el individuo en sí para concentrarse en el individuo como sistema, interactuando con otros sistemas en el interior de un sistema mayor de relaciones complejas y estructuradas, siendo la familia el principal objeto de estudio.

El segundo principio (hipótesis del doble vínculo) fue planteado como un patrón de comunicación que se establece entre personas atrapadas en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de la relación. El concepto de "doble vínculo" alude a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson, et al., 1956, 1993). Dichos autores mencionaron que una situación de "doble vínculo" sucede cuando: a) dos personas (o más²⁶) participan en una relación intensa que tiene un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias, o todas ellas, y b) cuando el mensaje esta estructurado de modo que: 1) afirme algo, 2) afirme algo de su propia afirmación, 3) ambas afirmaciones sean mutuamente excluyentes, y 4) dado el tipo de relación que existe entre las personas, sea imposible que alguna de ellas se salga del marco establecido (Vargas, 2004).

Jay Haley (1993 citado en Vargas, 2004) recordaba cómo el proyecto Bateson pasó de la comunicación a la terapia y la hipnosis, la psiquiatría y la esquizofrenia. Visto como sistema el comportamiento problemático del individuo es resultado de la interacción. En palabras del equipo del MRI: "el comportamiento psicopatológico no existe en el individuo aislado, sino sólo en cierta clase de interacción patológica entre individuos" (Nardone y Watzlawick, 1992. Pp. 60-61; Watzlawick, et al, 1991)

De esta suerte se pasó, en psicoterapia, de lo intrapsíquico a lo relacional. Del análisis hacia atrás, del pasado, al estudio de las reglas que gobiernan la interacción en el aquí y ahora, de la pregunta relativa al porqué del problema, a la pregunta que se refiere a qué es y a cómo modificar el problema actual, de la extrema pasividad del terapeuta al activismo y al empleo del influjo personal en la praxis clínica en el

²⁴ Ya en su libro *Naven* (1936), Bateson valora enormemente el aspecto relacional y en 1951, determina el valor de la comunicación, en su libro *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*. (Bertrando y Toffanetti, 2004; Szprachman, 2003).

²⁵ Los axiomas son los siguientes:

1. Es imposible no comunicar,
2. Toda comunicación implica niveles de contenido y de relación,
3. Una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios, es decir una puntuación de secuencias de hechos,
4. La comunicación puede darse, básicamente, en dos maneras distintas: digital y analógica, en base a su decodificación,
5. En la comunicación se pueden distinguir dos tipos de interacciones: simétrica y complementaria.

²⁶ Con el tiempo la formulación del *double bind*, partió de su propuesta inicial de dos personas que interactúan en la formulación del doble vínculo a la participación de más de dos (Bertrando y Toffanetti, 2004)

cambio de una situación problemática (Bertrando y Toffanetti, 2004; Nardone, 1997; Nardone y Watzlawick, 1992).

Al respecto Fisch, et al. (1988) mencionan:

"La atención otorgada a la comunicación y a la interacción dentro de la familia conduce a un énfasis mucho mayor sobre la conducta real, la que tienen lugar de forma observable en el presente, más bien que en el pasado, en lo interior o en lo inferido. El no considerar aisladamente la conducta problemática sino en relación con su contexto inmediato, la conducta de los demás miembros de la familia, significa algo más que un mero cambio concreto de punto de vista, por importante que éste sea. Dicho cambio es indicativo de la modificación epistemológica general, pasando de la búsqueda de cadenas lineales causa-efecto a un punto de vista cibernético o sistemático: la comprensión y explicación de cualquier segmento determinado de conducta mediante su colocación en un sistema organizado de conducta más amplio y en funcionamiento efectivo que comporta la utilización generalizada de retroalimentación y de refuerzo recíproco. Además, ese centrarse en la forma en que un sistema está organizado o en que funciona erróneamente implica creer menos en las carencias individuales. En lo que respecta a la práctica, esta visión propone que la tarea del terapeuta no se reduzca a comprender el sistema familiar y el lugar que en él ocupa el problema, sino que también ha de tomar alguna medida que cambie el sistema disfuncional, con objeto de solucionar el problema" (Pp. 26-27).

De esta forma, la terapia fue entendida como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal dirigido a modificar, por medio de acciones o prescripciones directas e indirectas, paradójicas o aparentemente ilógicas, el sistema de relaciones disfuncionales operante en un grupo determinado de personas, en primera instancia, en la familia (Nardone y Watzlawick, 1992).

Así pues, la epistemología cibernética nos brinda un marco de referencia para explicar la terapia familiar, examinando en primer término las distinciones básicas suministradas por el lenguaje como son: terapeuta y cliente, patología y salud, sistema y ecología. Inicialmente la relación entre terapeuta y cliente es una conexión de dos componentes en una estructura de retroalimentación donde uno actúa sobre otro (Keeney, 1991).

La cibernética nos indica que "...debemos ver a los sucesos como organizados por un proceso de retroalimentación recursiva, por ejemplo: una conducta sintomática será considerada parte de una secuencia recursiva dentro del comportamiento y la experiencia del individuo..." (Keeney, 1991, Pp. 135), denotando la homeostasis familiar como las fluctuaciones o diferencias en la conducta, generando la estabilidad de los procesos de interacción que organizan tales conductas, así el ciclo homeostático mantiene las constancias de las relaciones entre los interactuantes a lo largo de las fluctuaciones de los comportamientos, es decir, que cuánto más cambian las cosas, más iguales a sí misma permanecen (Keeney, 1991).

Por ello al momento de trazar un marco de referencia es necesario evaluar los efectos de orden superior de las intervenciones terapéuticas, esto nos lleva a preguntarnos ¿Si el sistema modificado mismo no introduce quizás un problema de orden superior? Por esta razón los terapeutas deben evaluar más allá de los resultados inmediatos, lo cual nos lleva a analizar los contextos terapéuticos desde dos ordenes pragmáticos: 1) el marco temporal más inmediato; los efectos de la intervención sobre la conducta sintomática, y 2) la implicación de un marco temporal más amplio, es decir, los efectos de la alteración en los sistemas cibernéticos simples sobre la ecología más abarcadora de la cual ellos forman parte (Keeney, 1991).

De tal forma, la patología y la sintomatología forman parte de pautas de organización que contribuyen al logro de una estabilidad a través del cambio, de este modo la sintomatología nos indica cualquier pauta de comportamiento que puede caracterizarse como un empeño por maximizar o minimizar una variable patológica, representando ciclos recursivos de retroalimentación de la conducta y experiencia intensificadas, que se organizan dentro de un sistema de interacción total, por lo tanto todos los miembros

de una familia perturbada muestran formas conexas de intensificación de su conducta y experiencia (Keeney, 1991).

Posteriormente Heinz von Foerster (1974, citado en Ceberio y Watzlawick, 1998) diferenció la cibernética de primer orden como la de los sistemas observados y la de segundo orden como la cibernética de los sistemas observantes equivalente a los términos cibernética simple y cibernética de la cibernética, respectivamente. Siendo esta noción de cibernética de segundo orden la de mayor influencia en las formulaciones explicativas de las teorías constructivistas.

La cibernética de segundo orden impuso la duda, involucrando al observador en lo observado, y anuló la atmósfera escéptica con que se concebía la percepción. El modelo constructivista, por su parte, planteó la subjetividad y relatividad de los juicios acerca de lo que se observa, por lo tanto, se des-estructuró la rigidez del referente corrector de desviaciones (Ceberio y Watzlawick, 1998).

El concepto de autorreferencia se volvió en suma de gran importancia, pues implicaba dos aspectos: a) el observador no sólo era un observador común, sino que se veía como parte del sistema observado, lo que implicaba una reorganización del sistema y; b) el hecho de permanecer al sistema observado, el observador, en sus conjeturas, no hacía otra cosa que referirse a sí mismo. En otras palabras el observador es entendido no como un ente independiente de sus explicaciones del mundo sino que dentro de dichas explicaciones hace referencia a sus experiencias como parte de sí mismo, reafirmando la noción constructivista de la no-existencia de una realidad ontológicamente “objetiva” y reafirmando también la noción del sujeto como en ser activo en la construcción del conocimiento.

Otra referencia importante para entender la formulación del enfoque terapéutico del MRI es la persona de Milton Hyland Erickson. Si Bateson es el padre teórico de la perspectiva interaccional-sistémica en psicología y psiquiatría (Bertrando y Toffanetti, 2004), Erickson es el padre de la terapia estratégica. Milton H. Erickson es el personaje al que hay que remitirse para las estrategias de aplicación clínica y para la modificación en breve tiempo de las situaciones disfuncionales (Bertrando y Toffanetti, 2004; Nardone y Watzlawick, 1992). Su trabajo ha sido una continuada investigación de intervenciones, de ideas e intuiciones que lo han llevado a la preparación de gran cantidad de técnicas de intervención terapéutica que constantemente se usan en terapia, principalmente en terapia estratégica representada por el enfoque del, aquí expuesto, MRI y por el trabajo de Jay Haley, así también en el llamado enfoque centrado en soluciones representado por Steve de Shazer y William Hudson O’Hanlon, en equipos de trabajo independientes.

“Por consiguiente, en términos de formulación teórica, el modelo psicológico que presentamos aquí puede definirse también como *sistémico-estratégico*, por cuanto consideramos resueltamente complementarios entre sí el enfoque de la terapia sistémica de Palo Alto y los procedimientos operativos de Erickson” (Nardone y Watzlawick, 1992, Pp. 56-57).

Durante su carrera, Erickson formuló cientos de estrategias y técnicas de intervención, para la resolución en breve tiempo de los problemas de orden psíquico y de la conducta, que son expuestas, modificadas y sistematizadas por muchos de sus seguidores (Bandler y Grinder, 1980, 1994; de Shazer, 1989, 1991, 1997; Erickson y Rossi, 1992; Grinder y Bandler, 1982, 1993; Haley, 1980a, 1980b, 1984, 1987; Nardone y Watzlawick, 1992; O’Hanlon, 1993; Pérez, 1994; Procter, 2001, 2002; Rosen, 1994; Watzlawick, 1989, 2000b; Zeig, 1980, 1992, 2000).

Erickson creía que todo sujeto representa un ser irrepetible e idiosincrásico, con experiencias personales y maneras de percibir y elaborar su realidad totalmente individuales. Por consiguiente, desde su punto de vista, también el estudio clínico de un sujeto debe tener en cuenta todo esto, por lo que las estrategias de intervención deben adaptarse siempre a la personalidad individual del sujeto, a su contexto relacional y a sus experiencias vividas (Bertrando y Toffanetti, 2004; Nardone y Watzlawick, 1992).

Dentro del famoso proyecto sobre el estudio de la comunicación de Bateson, Haley y Weakland, por sugerencia de Bateson, y con fines de investigación, en junio de 1955 comienzan a visitar semanalmente a Milton H. Erickson, para entender su trabajo sobre hipnosis, específicamente estudiar los trances hipnóticos y la comunicación utilizada por Erickson con sus pacientes (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O'Hanlon, 1995; Zeig y Geary, 2000. En Vargas, 2004; Szprachman, 2003). A lo largo de las entrevistas que se prolongaron hasta 1960, se dedicaron a analizar y a estudiar en extenso el tipo de comunicación terapéutica que empleaba Erickson, sus estrategias terapéuticas, así como sus ideas referentes a las problemáticas psicológicas y psiquiátricas. Weakland y Haley utilizaron los conceptos desarrollados durante "El Proyecto Bateson" para describir tanto la interacción hipnotizador-sujeto como los cambios producto de los trances terapéuticos. Las órdenes hipnóticas y post-hipnóticas dadas durante los trances se prestaban de maravilla a un análisis según los tipos lógicos y los niveles de comunicación investigados por Bateson y su equipo (Witzezae y García, 1994).

“El modo de hacer terapia propio de Erickson representó para el grupo fundador de la perspectiva sistémica un material clínico fundamental. Se observó, en efecto que el gran terapeuta, de una manera intuitiva y empírica, había preparado y utilizado estrategias terapéuticas que venían a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las formulaciones teórico-prácticas que el grupo de Bateson y Jackson habían formalizado como modelos. Se observó, por ejemplo, que Erickson, basándose en su experiencia de hipnotizador, utilizaba en terapia formas paradójicas de acción y prescripción, poniendo en práctica, como un gran maestro, forma de ‘dobles vínculos’ terapéuticos; que recurría a la sorpresa y al empleo de la resistencia y que, a la manera de un gran ilusionista, ponía al paciente en una situación tal que su única salida posible era la superación del problema en cuestión. A través del empleo de la hipnosis, por tanto, había llegado a expresar de un modo excepcional y personalizado una forma de psicoterapia en total concordancia con la formulación teórica interaccional y sistémica” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 65).

Es preciso aclarar que el equipo del MRI sigue la formulación de las técnicas Erickson desde una perspectiva de la pragmática de la comunicación. Lo que marca el paso de la terapia sistémica a la terapia breve estratégica adoptada por el grupo de Palo Alto²⁷.

Por otra parte Watzlawick y Nardone (2000) consideran que la introducción de las ideas constructivistas en el aspecto clínico ha ejercido una gran influencia en el enfoque estratégico del grupo del MRI, lo que ha llevado al equipo a replantear su postura teórica de manera que podemos notar también el cambio de una perspectiva estratégica a una perspectiva estratégica-constructivista. Siendo Watzlawick y Nardone, este último de manera más aislada al MRI, quienes han desarrollado enfáticamente las ideas constructivistas en el modelo de terapia estratégica (Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 1997, 2000, 2004a, 2004b; Nardone, Giannotti, y Rocchi, 2003; Nardone, Verbitz y Milanese, 2002; Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, 1979, 1984, 1989, 1992, 1995; Watzlawick y Nardone, 2000).

²⁷ Con relación a la terapia familiar-sistémica clásica, la diferencia que caracteriza al enfoque del MRI radica en “una mayor atención focalizada sobre el problema que se presenta, sobre cuánto lo sostiene y la manera de modificar rápidamente la situación, más que sobre la interacción familiar y la reorganización de su sistema relacional. Pero, obviamente, ambas perspectivas son, a menudo, intersecantes y complementarias. De hecho, por lo común, mediante la resolución del problema que presenta el paciente o los pacientes, se modifica la interacción familiar, así como, modificando el sistema relacional, puede llegar a resolverse el problema específico. La pregunta fundamental que se hace el terapeuta debe ser: ¿Qué estrategia funciona mejor para este problema concreto? A partir de ella, y tras de haber comprendido el funcionamiento de todo el sistema, decidirá si ha de tratar al paciente individual, o más bien a la familia, si ha de intervenir directamente sobre el sistema familiar o si más bien ha de tratar únicamente con el sujeto” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 66).

2.2. EL MODELO DE TERAPIA BREVE-ESTRATÉGICA DEL MRI

El modelo del MRI quedará definido en sus líneas iniciales de la siguiente manera: de la atmósfera experimental y de libre investigación en la que se desarrolló conservará la curiosidad y el deseo de emprender nuevos caminos; del estudio de la comunicación, la idea del comportamiento como resultado de la comunicación; de la cibernética la idea de que hay que estudiar las secuencias de las acciones; del movimiento de des-institucionalización la atención hacia el contexto; del psicoanálisis una nueva tendencia de terapia, ajena a todo lo que el psicoanálisis es y representa (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Para no dispersar el patrimonio terapéutico que se ha ido acumulando en el grupo Bateson, Jackson funda en 1959, en Palo Alto, California, el M. R. I., una pequeña institución privada destinada a estudiar y formalizar un método de terapia familiar. En sus inicios, el personal es solamente el propio Jackson, una secretaria, Virginia Satir, psicóloga de formación y Jules Riskin, un investigador. Tres años más tarde (1962), se unirán a él Haley y Weakland, un ingeniero que se especializa en relaciones familiares. Mientras que en 1961 llegará Paul Watzlawick (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O'Hanlon, 1995; Espinosa, 2004; Kriz, 1990; Szprachman, 2003). En esa misma década se unirá John Bell (Kriz, 1990)

Es aquí, en Palo Alto donde se gesta el modelo de terapia breve estratégica²⁸ elaborado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch en el Brief Therapy Center, creado en 1967 como parte integrante, del M. R. I. de Palo Alto, en California, E.U.A. (Cade y O'Hanlon, 1995; Espinosa, 2004; Fisch y Schlanger, 2002; Szprachman, 2003; Watzlawick, et al., 1995).

Bajo la dirección de Fisch, junto a Weakland y Watzlawick, el grupo se empeñó en convertir la “terapia breve”²⁹ en una “terapia en sí misma”, basado en tres objetivos: 1) encontrar un rápido y eficiente medio para resolver los problemas de los clientes; 2) convertir el arte de la terapia en una tarea artesanal, con el fin de poder enseñarla fácilmente y; 3) estudiar el cambio en los sistemas humanos (Bertrando y Toffanetti, 2004). Así como en dos ideas fundamentales para la terapia familiar³⁰: 1) focalizarse en la interacción presente de las conductas observables en el problema (patrón-problema o sistema perceptivo-reactivo, como ha dado en llamarse³¹) y; 2) la intervención deliberada dirigida a alterar el sistema vigente (Nardone y Watzlawick, 1992). Dichas ideas se volverán los postulados básicos en donde se fundan los principios generales y la práctica terapéutica del MRI.

Estas dos ideas primarias con las que trabaja el equipo del MRI, se pueden traducir en una sola, que mejor dicho será la premisa fundamental de este enfoque terapéutico: los problemas que los clientes³² traen a

²⁸ El modelo del MRI de Palo Alto ha sido clasificado dentro de las terapias breves (Cade y O'Hanlon, 1995; Espinosa, 2004), pero también dentro de las terapias estratégicas (Hoffman, 1987), y en sus inicios, como terapia familiar. Sin embargo siendo la manera de trabajar, estratégica, y que como resultado implica una terapia breve, me referiré en este trabajo, al enfoque del MRI, como terapia o enfoque “estratégico”. No olvidando que es resultado de la investigación del grupo del MRI que tuvo como objetivo inicial “la terapia breve”, objetivo que también le lleva a crear el Brief Therapy Center o Centro de Terapia Breve.

²⁹ El objetivo primario de la terapia era comprobar los logros que podían conseguirse en un lapso breve de aproximadamente 10 sesiones como máximo, utilizando en mayor medida las técnicas terapéuticas de Milton H. Erickson (Fisch, et al., 1988).

³⁰ Don D. Jackson, ya en 1959, había publicado un trabajo sobre “terapia familiar conjunta”, pero además había formulado, mucho antes de ésta publicación, sus ideas sobre homeostasis dentro del marco clínico, siendo su noción sobre el tema, meramente funcionalista, es decir, que el síntoma cumplía una función dentro del sistema, generalmente homeostática (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O'Hanlon, 1995).

³¹ Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 1997, 2000, 2004a, 2004b; Nardone, et al., 2002; Nardone, et al., 2003; Nardone y Watzlawick, 1992.

³² He preferido tomar el concepto de cliente, para referirme a la antigua noción de “paciente”, ya que, aún cuando sea este designado como tal por alguien más, las más de las veces no es necesariamente el que presenta la queja y solicita terapia, como en el caso de personas que presentan problemas para controlar su manera de consumir bebidas alcohólicas, o jóvenes que tienen problemas con sus padres, en donde por lo regular son los padres o, en el primer caso, la pareja, quienes buscan ayuda profesional o intentan, con mayores esfuerzos a comparación del paciente designado, solucionar el problema, siendo por lo tanto los compradores de la terapia, de allí que prefiera hablar de clientes y no de pacientes. De tal manera que el objetivo, primero de la terapia, será identificar a la persona que tiene más capacidad para poner en marcha un cambio (el cliente) (Weakland, 2000). Sin embargo en el sentido etimológico de la palabra, sería correcto hablar de paciente [del latín “paticus”, que quiere decir: padeciendo, sufriendo- (Krusche, 2000)].

terapia se generan en las relaciones entre la persona consigo mismo, con los demás y/o con el mundo, así como de la percepción que tiene el individuo de dichas relaciones, y persisten a través de la conducta o conductas mediante las cuales el cliente intenta solucionar el problema, creando un sistema de recursividad y retroacción continua, a nivel perceptivo y reactivo, tanto conductual como emocionalmente, (sistema perceptivo-reactivo), que mantiene el problema (Ceberio y Watzlawick, 1998; Espinosa, 2004; Fiorenza y Nardone, 2004; Hoffman, 1987; Nardone, 1997, 2004a, 2004b; Nardone, et al., 2002; Nardone y Watzlawick 1992; Ochoa, 1995; Sánchez, 2000; Szprachman, 2003). De manera que la terapia se enfoca en la interrupción del sistema perceptivo-reactivo mediante el bloqueo de las soluciones intentadas y mediante la redefinición o reencuadramiento de los comportamientos problemáticos, y de prescripciones de comportamiento, también conocidas como tareas (Espinosa, 2004; Hoffman, 1987; Nardone y Watzlawick 1992; Ochoa, 1995; Szprachman, 2003).

Por primera vez se tenía la idea de definir la formación y la persistencia de los problemas como el producto, no de causas intrapsíquicas, como en el psicoanálisis, no de alteraciones biológicas, como en el modelo medico-psiquiátrico, sino de aquello que las personas han intentado hacer para resolver el problema. Estrategias de solución que, normalmente, se mantienen y se exacerban en intensidad, incluso ante la evidencia de su ineficacia (Fiorenza y Nardone, 2004).

Pronto el MRI, se convertirá en un centro de investigación reconocido y con una gran reputación debido a sus publicaciones. Por ejemplo, Haley publica su primer libro, *Estrategias en Psicoterapia* (1963), Satir publica, el que es considerado el primer manual práctico de la terapia, *Conjoint Family Therapy*, en 1967. Carlos Sluzki, quien se integra al MRI a comienzos de los 60's, destaca por su trabajo sobre relaciones simétricas y complementarias, idea surgida del trabajo de Bateson (1998). Ferreira, que se integra poco después de Sluzki, investiga los "mitos familiares". Por último, el MRI contribuye a la fundación de la revista *Family Process*, siendo Haley el primer director de ésta. Pero es la *Pragmática de la comunicación Humana* (1967) la obra clave del MRI y el texto que formará a las siguientes generaciones de terapeutas sistémicos³³ (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O'Hanlon, 1995). El ímpetu del desarrollo de éste nuevo enfoque terapéutico reflejará el interés por la innovación y el descubrimiento, así como la adaptación de mejores técnicas de intervención para generar e incitar al cambio terapéutico (Cade y O'Hanlon, 1995)

En ésta, no muy breve, exposición de la perspectiva estratégica de la terapia, desde el enfoque del MRI, lo siguiente es exponer el marco teórico desarrollado por los miembros del MRI. Pues como mencionan Fisch y Schlanger (2002): "para abordar un problema, para intervenir, un terapeuta tiene que basarse en una serie de ideas, en un modelo. El modelo puede ser sencillo o complejo, pero en cualquier caso, debe ofrecer una serie de directrices que indiquen tanto lo qué hay que hacer como lo qué no hay que hacer" (P. 29).

Para ello he de explicar este marco teórico a partir de cuatro puntos fundamentales: 1) La visión constructivista de la creación de realidades y realidades-problemáticas; 2) La formación de problemas; 3) La noción de cambio, y; 4) Las estrategias terapéuticas, las cuales serán la base teórica de las consiguientes formulaciones del equipo del MRI y de Giorgio Nardone, un Italiano, de la ciudad de Arezzo, adherido al trabajo del MRI y actualmente el principal difusor, investigador e innovador de las ideas de este enfoque, fuera de Palo Alto.

2.2.1. Visión Constructivista de la creación de Realidades-no Problemáticas y Realidades-Problemáticas

Este primer punto, sobre la visión constructivista, hace referencia a un modelo flexible de interpretación de la naturaleza humana, es decir que un terapeuta estratégico no es rígido en cuanto a su modelo sobre la

³³ Si bien las primeras ideas son formuladas en los primeros años del MRI, es con Watzlawick que la teoría toma una dirección distinta.

construcción de los problemas y sobre sus soluciones, ni tampoco lo es en su metodología psicológica (Nardone y Watzlawick, 1992).

Dicha concepción se basa en el pensamiento filosófico moderno del constructivismo (Bannister, 1977; Glaserfeld, 1979; Maturana, 1978; von Foerster, 1970, 1974, 1987; Varela, 1975, 1979, citados en Nardone y Watzlawick, 1992; Elster, 1980; Riedl, 1983; von Foerster, 1991; Watzlawick, 1979, 1992b, 2000a), “se funda sobre la comprobación de la imposibilidad, por parte de cualquier ciencia, de ofrecer una explicación absolutamente ‘verdadera’ y ‘definitiva’ de la realidad y sobre el hecho de que la realidad más bien esta determinada por el punto de observación del investigador / sujeto” (P. 34). Lo que se llama realidad es una interpretación personal, es un modo particular de observar y explicarse el mundo, el cual es construido a través del lenguaje, de la comunicación de éste en la interacción personal, y de la significación que damos a nuestras experiencias (Fiorenza y Nardone, 2004)

Para algunos autores (Ceberio y Watzlawick, 1998; Nardone y Watzlawick, 1992):

“[esta visión constructivista proporciona]... el paso de los sistemas teóricos ‘cerrados’ a los sistemas teóricos ‘abiertos’, del concepto de ‘verdad científica’ al de ‘probabilidad’; de la ‘causalidad lineal’ determinista a la ‘causalidad circular’ elástica; de la ‘ortodoxia’ a la ‘duda metódica’”. (P. 36).

Veamos con un poco de detalle este punto teórico. Para la epistemología constructivista cada uno de nosotros construye realidades sobre el mundo, sobre sí mismos y sobre los demás. Dichas realidades forman un sistema de seguridad e identidad personales que se resiste al cambio (Fiorenza y Nardone, 2004). Las personas forman su propia realidad, mediante un proceso de comprenderse a sí mismas y a su experiencia, que tienen como resultado el conocimiento o la realidad de dicha persona. El cliente interactúa con la situación, y depende de la manera en como éste la perciba para convertirse, o no, en un problema³⁴, es decir que si el cliente percibe su realidad como un problema, esta situación será un problema “real”. Así también lo que por una persona podría ser percibido como problema para otra no lo es, y viceversa. Lo que propone la visión constructivista es que cada individuo crea su realidad, de manera que existen tantas, como personas existen, y más aún, tantas como formas de contar dicha situación (Espinosa, 2004; Fiorenza y Nardone, 2004). De manera que los problemas humanos son el fruto de la interacción entre sujeto y realidad (Keeney y Ross, 1993).

“Se parte de la convicción de que el trastorno psíquico y comportamental está determinado por la percepción de la realidad propia del sujeto; es decir, por su punto de observación que hace que perciba (o mejor, construya) una realidad ante la que él reacciona con una conducta disfuncional, también denominada ‘psicopatológica’. La conducta disfuncional, a menudo, es la mejor reacción que el sujeto cree que puede ejercer en una determinada situación” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 38).

Esta visión constructivista parte del tema epistemológico y ontológico de mayor debate en nuestros días, y de muchos años, que ha venido siendo el de la construcción de la realidad. Algunos teóricos y filósofos como Hume, Kant, Schopenhauer, Vico, entre otros, han insistido en el hecho de que de la realidad “verdadera” sólo podemos tener una opinión, una imagen subjetiva, una interpretación arbitraria. La raíz de esto parte de la afirmación de que, como ya lo dijo Epicteto *“lo que nos preocupa no son las cosas en sí, sino lo que pensamos acerca de ellas”*. Esto me hace suponer que si bien la percepción juega un papel importante en la construcción de realidades, no es sino sólo la base de dicha construcción. En realidad la percepción sólo permite distinguir ciertos fenómenos y es a través del lenguaje³⁵ que describimos, y por lo tanto creamos, dichos fenómenos. En palabras de Heisenberg (1958, citado en Watzlawick y Nardone, 2000, P. 29) “la realidad de la que hablamos no es nunca una realidad *a priori*, sino una realidad conocida y creada por nosotros”, tanto como seres individuales, así como sociales. Y continua: “...si, en referencia a

³⁴ Según Fiorenza y Nardone (2004) y Watzlawick (1992b), Bateson tuvo la idea de que los problemas humanos pueden ser el producto de las interacciones que cada persona construye con la realidad en la que vive.

³⁵ Uno de los axiomas de la comunicación según Watzlawick, et al. (1991) dice que “los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente” (P.68). El aspecto relativo al contenido se transmite en forma de información digital (comunicación verbal), mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica (comunicación no verbal).

ésta última formulación, se objeta que, después de todo, existe un mundo objetivo, independiente de nosotros y de nuestro pensamiento, que funciona o puede funcionar independientemente de nuestra actividad, y que es el que efectivamente entendemos cuando investigamos, hay que refutar esa objeción, tan convincente a primera vista, subrayando que también la expresión ‘existe’ tiene su origen en el lenguaje humano y no puede, por tanto, tener un significado que no esté vinculado a nuestra comprensión. Para nosotros ‘existe’ sólo en el mundo en el que la expresión ‘existe’ tiene un significado”. Hablar una lengua significa compartir acuerdos sobre la percepción de la realidad. Esto implica que la palabra "existe" es compartida por un conjunto de personas que interactúan, pero también que nuestro conocimiento y por tanto nuestra construcción acerca de un "mundo objetivo" se ve limitado por nuestra capacidad para conocerlo, mediante nuestros sentidos.

Watzlawick a partir de esta idea (Ceberio y Watzlawick, 1998; Watzlawick, 1992b, 1995, 2000b), habla de dos niveles de percepción de la realidad que generalmente no se distingue el uno del otro. "Debemos diferenciar entre la imagen de la realidad que percibimos a través de nuestros sentidos y el significado que atribuimos a éstas percepciones. Por ejemplo, una persona neurológicamente sana puede ver, tocar y oler un ramo de flores (Por razones de simplicidad pasaremos por alto el hecho de que estas percepciones son también el resultado de construcciones excepcionalmente complejas realizadas por nuestro sistema nervioso central, y también el hecho de que la expresión ‘ramo de flores’ tiene un significado sólo para las personas que hablan castellano mientras que es un conjunto de sonidos o una serie de símbolos escritos carentes de significado para quienes no lo hablan). Ésta realidad se define como realidad de primer orden. No obstante, raramente nos entendemos en éste punto. Casi constantemente atribuimos un sentido, un significado y a veces un valor a los objetos de nuestra percepción. En este nivel, el nivel de las realidades de segundo orden, surgen los problemas" (Pp. 36, 37). Esta formulación de segundo orden esta conformada por una serie de significados que corresponden a normas, pautas, escalas de valores, creencias, etc., que constituyen el “mapa” que creamos respecto a la realidad de primer orden (Ceberio y Watzlawick, 1998; Nardone y Watzlawick, 1992b).

La realidad de segundo orden es, por lo tanto, una atribución de sentido a la realidad de primer orden, resultado de un acto constructivo, constructivo tanto individual como socialmente.

Por mi parte, entiendo la posición explicativa de “lo real”, de la existencia de un mundo externo, pero no con total independencia de nosotros, sí y sólo si existimos, pues, como se ha mencionado, somos parte de ese todo. Asimismo entiendo la realidad de segundo orden de Watzlawick dividiéndola en dos tipos de realidades. Primero colocando lo que él llama realidad de primer orden como “lo real”, el mundo externo (material e inmaterial). Mientras que la división de la realidad³⁶ de segundo orden de Watzlawick la planteo de la siguiente manera: el término “realidad de primer orden” para referirse a la realidad individual, el sí-mismo o yo. Y el termino “realidad de segundo orden” para referirse a la realidad cultural o social, a la realidad compartida³⁷ por un determinado grupo social, determinada también por su lenguaje. Básicamente un grupo de realidades de segundo orden³⁸. En otras palabras, la realidad de primer orden

³⁶ Entenderé el término "realidad" como un conjunto de ideas o conjunto de constructos acerca de “lo real”, es decir la noción que se tiene, tanto individual como socialmente, del mundo “real”. Más allá de lo planteado por Gallego-Badillo (1997), respecto a lo que él llama estructuras conceptuales, metodológicas, actitudinales y axiológicas. La "realidad" a la que me refiero corresponde más bien a las "opiniones", individuales y sociales, en el sentido de Epicteto o bien, como preferamos, al significado y al valor atribuido a los fenómenos en cuestión. Tal significado no es meramente una cuestión de entendimiento intelectual, objetivo, sino de la *significación personal completa* de la situación. En pocas palabras la realidad será vista como un argumento, una explicación de la experiencia, más no la experiencia propiamente dicha. Ya que, como afirma Maturana (1996), “...la realidad surge como una proposición explicativa acerca de nuestra experiencia de coherencias operacionales en nuestra vida diaria y técnica mientras vivimos esa vida” (Pág. 72).

³⁷ Compartida no quiere decir aceptada. Uno nace en una sociedad determinada y no podemos elegir, en esos primeros años, la manera en que queremos construir nuestra realidad social o de segundo orden. Para Foucault (1981a, 1981b, 1987, 1992) los discursos mediante los cuales nos transmiten el conocimiento del mundo están impregnados de poder, que vuelve a los discursos verdades absolutas, leyes de convivencia, incuestionables.

³⁸ Comparto la idea de Bandler y Grinder (1980) sobre que “la actividad organizada de la función lógica (mejor dicho la actividad de los procesos cognitivos) incorpora todas las sensaciones y construye un mundo interior (realidad de primer y segundo orden) propio, que progresivamente se aparta de la realidad (“lo real”), sin embargo, este mundo mantiene en ciertos puntos una

como un conjunto de ideas o constructos individuales o idiosincrásicos de lo que se considera como “lo real”, mientras que se hará referencia a la realidad de segundo orden como un conjunto de ideas o constructos compartidos social y/o culturalmente acerca de lo que se considera como “lo real”³⁹ (véase Fig. 1). Esta distinción me permitirá hablar de construcción de problemas individuales y de problemas sociales y de interacción.

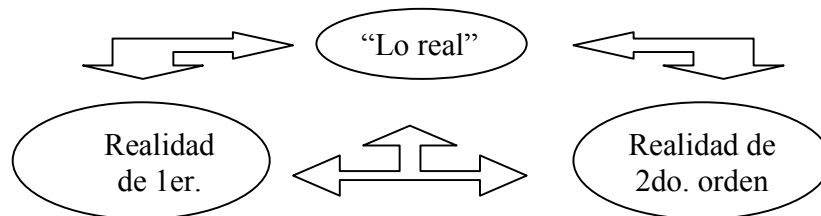


Fig. 1

Desde ésta perspectiva de la realidad construida, se parte para afirmar que las atribuciones de significado otorgadas a ciertos acontecimientos generan dos niveles de complicación: la dificultad y el problema, siendo éste último una atribución de significado a una dificultad (Cade y O’Hanlon, 1995; Ceberio y Watzlawick, 1998; de Shazer, 2000). Es posible notar que en el enfoque del MRI se hace una clara distinción entre “dificultades” y “problemas”. Dicha distinción reside en que mientras que las dificultades pueden ser resueltas con un tipo de cambio¹, es decir con un acto de sentido común, un cambio dentro del sistema, en términos cibernéticos, los problemas requieren de un cambio², pues implican crisis, y la percepción de insolubilidad del problema, y que además son mantenidos, los problemas, al enfocar mal las dificultades.

Por lo tanto, las teorías en las que se basa el terapeuta para sus intervenciones no deben ser realidades absolutistas e irrefutables, sino más bien hipótesis que le sirvan para relacionarse con el problema y con el mundo del cliente. Dichas teorías son sólo puntos de vista parciales y relativos, útiles para describir y organizar los datos observables, para reproducir acontecimientos terapéuticos, pero que han de corregirse frente a los fracasos (Nardone y Watzlawick, 1992).

De esta noción de “interacción” entre realidad de primer y segundo orden y de la noción de creación de los problemas en este nivel de realidad se propone (Fiorenza y Nardone, 2004; Watzlawick y Nardone, 2000) que existen tres categorías centrales de problemáticas entre las que las personas se debaten:

1. La interacción entre la persona consigo misma.
2. La interacción entre la persona y los demás.
3. La interacción entre la persona y el mundo. Con cual se entiende el ambiente social, los valores y las normas que regulan el contexto en el que se viven. La escuela (o cualquier contexto) es un ejemplo excelente de esta tercera categoría de relaciones.

Lo que es importante es saber que "... si una sola de estas tres categorías no funciona bien tampoco las otras consiguen funcionar plenamente. De hecho las tres áreas de relaciones, componentes inevitables de la existencia de cada persona, interactúan y se influyen mutuamente, en una forma circular de interdependencia" (Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 1997; Nardone y Watzlawick, 1992).

conexión tan íntima con ella que continuamente están transcurriendo transiciones de uno al otro, y apenas nos percatamos de que estamos actuando en un escenario doble: nuestro propio mundo interno (que desde luego objetivamos como el mundo de la sensación-percepción) y también un mundo enteramente diferente y externo". (Pág. 27)

³⁹ Desde una perspectiva constructivista, considero que tanto individuos como grupos de individuos construyen constructos y realidades, proactivamente, es decir, modelos de atribución de significado al mundo de “lo real”, y a sí-mismos, que varían de uno a otro y que evolucionan en función de la experiencia y en función de las necesidades adaptativas viables del ser cognoscente ante el mundo de “lo real” (Botella y Feixas, 1998).

De manera que el concepto de interacción es fundamental en esta perspectiva. No sólo entre la realidad de primer y segundo orden sino de éstas en distintos niveles lógicos. De la interacción entre la persona consigo mismo en un marco de realidad de primer orden hasta la interacción de la persona consigo misma en un marco de realidad de segundo orden, y lo mismo sucede en su relación con los demás y con el mundo.

La perspectiva interaccional hace referencia al estudio de la persistencia de los fenómenos psicológicos como sistemas de causalidad circular, es decir donde causa y efecto interactúan dinámicamente en sentido circular de interdependencia recíproca y autopoiética. Esta perspectiva se funda en un conocimiento operativo, como ya lo he mencionado, y no en una mera observación estática. Un conocimiento operativo que sirve para intervenir, metafóricamente, que sirve como un mapa que se puede seguir en el difícil y escabroso viaje para solucionar un problema (Nardone, 2004b).

Pero realmente lo importante no es que la persona, al interactuar consigo mismo, con los otros, o con el mundo, construyan significados, sino, además, que estos significados se refuerzan y comparten recursivamente, transformándose en una premisa, un valor o un mito, etc., en la sociedad, o en la cultura donde se desarrollan dichas interacciones.

El pensamiento estratégico se interesa por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia entre individuos, en los mismos términos de percepción y relación que todo individuo vive consigo mismo, con los demás y con el mundo. No se interesa por los objetos / sujetos "en sí", sino por los objetos / sujetos "en relación", puesto que se tiene la convicción de que es imposible aislar a un sujeto de su contexto interaccional (Nardone y Watzlawick, 1992).

El objetivo terapéutico es, por lo tanto, el buen funcionamiento de estas relaciones, no en términos generales y absolutos de normalidad, sino en términos de realidad totalmente personal, de funcionalidad diversa de individuo a individuo y de contexto a contexto (Nardone y Watzlawick, 1992).

Por lo tanto habrá que intentar comprender en cuál de las tres áreas de interacción es más ventajoso intervenir para desbloquear la situación problemática. Considerando, además, que a veces es más eficiente intervenir indirecta que directamente (Fiorenza y Nardone, 2004).

El terapeuta que trabaja con el modelo del MRI se centrará en la experiencia del cliente y en su manera de percibirla, más que en validarla o considerarla como verdadera. De esta epistemología sistémica-constructivista se desprende que la función del terapeuta será centrarse en solucionar la queja del cliente y no en imponerle una forma correcta y válida, a ojos del terapeuta o de la sociedad, de vivir (Espinosa, 2004; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Al respecto, Fisch y Piercy (1987, citados en de Shazer, 1991) afirman:

“[Este tipo de terapia está]...basada en el supuesto teórico de que la conducta, que se produce como parte de una secuencia de acontecimientos en curso interaccionales y recursivos, sólo puede comprenderse en su contexto. Los síntomas están incluidos en estas secuencias, y se desarrollan y se mantiene por soluciones ineficaces. (Los síntomas no son intrínsecamente problemáticos) sino que se los interpreta en este sentido, sobre la base de la realidad creada por la familia. La terapia se propone cambiar esta realidad” (P. 32).

La intervención terapéutica consistirá en desplazar el punto de observación del sujeto, desde su rígida y disfuncional posición perceptivo-reactiva a una nueva perspectiva elástica, no rígida y con más posibilidades perceptivo-reactivas de, y ante, su problemática. Así el cambio de perspectiva produce un cambio en la percepción de la realidad que cambia la realidad misma, determinando, como consecuencia, el cambio de toda la situación y de las reacciones a ella. Todo esto significa hacer elástica, y no absolutista, la percepción de los clientes, de modo que se les coloca en condiciones de hacer frente a las situaciones problemáticas sin rigidez y sin perseverar en el error, lo que en la mayoría de los casos es el

problema, como podremos ver en el apartado siguiente sobre construcción de problemas (Cade y O’Hanlon, 1995; Nardone y Watzlawick, 1992).

2.2.2. Formación de Problemas

El siguiente punto se centra en el cambio del contenido al proceso. Es decir, el terapeuta estratégico no dirige su atención en el aspecto de lo “profundo” del problema, mucho menos en buscar las causas de éste, sino que se dedica a entender el cómo del problema. En otras palabras busca la manera en cómo funciona el patrón del sistema perceptivo reactivo del problema y la manera en cómo poder cambiar dicho patrón (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 38).

Este enfoque de terapia requiere que el terapeuta se centre en *describir* la conducta problemática del cliente y los intentos de solución utilizados (descripción operativa), es decir, de “cómo” el problema es mantenido gracias a la compleja red de retroacciones perceptivas y reactivas entre el sujeto y su realidad personal e interpersonal al contrario de las terapias tradicionales basadas en el diagnóstico⁴⁰ (Cade y O’Hanlon, 1995; Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 2004a, 2004b; Nardone, et al., 2002; Nardone y Watzlawick, 1992). El terapeuta, que trabaja con el enfoque del MRI, se centra en las soluciones intentadas más que en el problema.

En este modelo terapéutico, el diagnóstico es considerado como un artificio comunicativo, bajo la idea constructivista, que hace que la persona se comporte del modo diagnosticado y profetizado (Ceberio y Watzlawick, 1998; Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 1997).

Básicamente este modelo evita poner una etiqueta a una conducta indeseada y, en cambio, pretende averiguar el “cómo” y “en qué” contexto se lleva a cabo la conducta indeseada o queja, incluso el término “síntomas”, es abandonado (Cade y O’Hanlon, 1995; Fisch y Schlanger, 2002; Nardone, et al., 2002). Siendo el reencuadre una de las técnicas de intervención que pretende romper con esta noción del diagnóstico, como hemos venido observando.

Desde esta perspectiva, el problema es una conducta indeseada manifestada por una persona o varias, de modo tal que el terapeuta debe centrarse en identificar la conducta problemática, incluyendo las percepciones o nociones de realidad que tiene el cliente del problema. Este enfoque terapéutico deja a un lado la concepción clásica de normalidad y anormalidad y adopta, en cambio, la noción de queja. La queja es el problema (Sánchez, 2000). De manera que si no hay queja no hay problema (Cade y O’Hanlon, 1995; Fisch y Schlanger, 2002; Fisch, et al., 1988).

En el MRI el concepto de “cura” no es considerado como la “ausencia absoluta” de problemas, sino como la superación del problema específico, de la anulación de la queja vivida por el cliente, en aquel momento preciso y contextual de su vida (Nardone, et al., 2002).

⁴⁰ Si bien Nardone utiliza la clasificación del DSM para referirse a los problemas que describe en sus investigaciones, no lo hace con los pacientes para diagnosticarlos, sino sólo en sus libros de manera explicativa, la utiliza para capitalizar y estructurar un modelo de trabajo terapéutico específico (Ceberio y Watzlawick, 1998; Nardone, 1997). Sin embargo, algunos autores (Ceberio y Watzlawick, 1998; Haley y Richeport-Haley, 2006) mencionan que posiblemente la correcta utilización del diagnóstico clínico debe servir como:

- a) Orientador para el profesional, en miras al diseño de la estructura de un tratamiento adecuado, para arribar a una eficiente, eficaz y funcional solución.
- b) Como guía de un proceso y no como una clase, en términos de topología lógica, de etiquetación o encasillamiento.
- c) En función de la interconsulta, para abreviar las descripciones de una derivación, siempre y cuando el profesional al cual se deriva, y el derivador, no se sobre-involucre en dicha diagnosis, pues desde siempre el uso del diagnóstico ha sido visto como un conjunto de ideas que servían para clasificar a los clientes con fines administrativos (Haley y Richeport-Haley, 2006).

Otro punto a tratar, dentro de la noción de formación de problemas, es el referente a la retroacción del sistema perceptivo-reactivo, que tiene que ver con la persistencia, en las soluciones intentadas, que mantiene el problema.

Desde este marco teórico se hace énfasis en el funcionamiento y en la persistencia de la conducta que mantienen el problema (las soluciones intentadas) (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O'Hanlon, 1995; Espinosa, 2004; Fisch y Schlanger, 2002; Fisch, et al., 1988; Hoffman, 1987), pues se considera que las conductas no existen de manera independiente sino que son parte de un sistema y un contexto más amplio. En palabras de Fisch y Schlanger (2002):

“Los problemas persisten debido a la insistencia con que la persona intenta resolverlos; a esta actitud la llamamos la *solución intentada*.” (P. 30).

Ambos aspectos se entremezclan, tanto el problema (que incluye la situación –realidad de primer orden-, como la percepción y sentimientos o emociones y conductas que se tienen de, y ante, dicha situación–realidad de segundo orden), como las soluciones intentadas para resolverlo, lo que se llama “sistema perceptivo-reactivo patógeno”, que se manifiesta en la perseverancia por utilizar una estrategia aparentemente productiva, o que en el pasado ha funcionado con un problema similar, pero que en el actual problema no surte el mismo efecto (Nardone, 1997; Nardone, et al., 2002; Nardone y Watzlawick, 1992), que se basa en la siguiente conclusión lógica: se cree que si algo es malo, su opuesto será bueno, y/o, pero además, que si algo es bueno, el doble de ese algo debe ser dos veces más bueno, o sólo por que A ha producido siempre B, se continuará obteniendo B, siempre en base a A y hasta en un sin fin de situaciones de la misma condición (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Veamos como se construye un problema según el marco teórico del MRI.

Hay que mencionar en primer lugar que, para el equipo del MRI (Fisch, et al., 1988) un problema se constituye de la siguiente manera y se puede dar en cualquiera de los tres ámbitos ya mencionados (consigo mismo, con los demás, con el mundo):

- a) Una persona expresa una preocupación acerca de una conducta⁴¹ desarrollada por él o por alguna otra persona. (Se podría llamar a ésta conducta una dificultad) (Ceberio y Watzlawick, 1998; de Shazer, 2000; Espinosa, 2004; Fiorenza y Nardone, 2004; Fisch, et al., 1988; Ochoa, 1995; Watzlawick y Nardone, 2000;)
- b) Dicha conducta es descrita como: desviada, infrecuente o inadecuada, aflictiva, dañosa, inmediata o potencialmente, e incluso calificada de anormal.
- c) Se informa que el cliente o alguien más ha realizado esfuerzos para detener o para modificar la dificultad [que poco a poco se va convirtiendo en un problema, por el sistema retroalimentativo o retroactivo (*feedback*), que se ha ido formando mediante estos intentos repetitivos de solución y por que con el paso del tiempo dicha dificultad se va percibiendo como mayormente preocupante], pero que no han tenido éxito.
- d) En consecuencia, el paciente o los otros buscan ayuda, a través del terapeuta, para cambiar la situación que por si solos no han logrado modificar.

Como podemos observar las conductas problemáticas, y no sólo ellas, resultan configuradas y conservadas de manera continuada, primordialmente por los esfuerzos reiterados que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que manifiesta dicha conducta problemática (Teoría Especifica de la Persistencia⁴²). En palabras del grupo del MRI (Fisch, et al., 1988):

⁴¹ Con “conducta” se refiere a acciones, pensamientos o sentimientos (Fisch, et al., 1988).

⁴² Un objetivo terapéutico será, no entender como los problemas pudieron formarse, sino cómo se mantienen y se agravan (Nardone, et al., 2002).

“...la conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona, y viceversa. Si ambas se hallan en contacto a lo largo de cierto tiempo, surgirán pautas repetitivas de interacción⁴³” (P. 31).

Parafraseando a Henry Laborit (citado en Nardone, 2004a, 2004b), quien afirma que el ser humano es tan dúctil y corruptible que es suficiente con que repita un sistema perceptivo-reactivo, patológico o no, problemático o no, durante algún tiempo, para que se vuelva automatizado y, aparentemente, natural y espontáneo.

Desde esta perspectiva sobre la persistencia, las soluciones intentadas⁴⁴ por la gente tienen algo que ayuda en gran medida al mantenimiento o a la exacerbación del problema. La aplicación de las soluciones intentadas conlleva a una pauta o patrón de auto-refuerzo, retroacción o feedback, que mantiene el status quo (Cade y O’Hanlon, 1995). El quipo del MRI (Fisch, et al., 1988), resume este punto, sobre la creación de problemas, de la manera siguiente:

“[Los problemas]... comienzan con motivo de alguna dificultad de la vida cotidiana...”, “... es probable que su comienzo este en una dificultad corriente, vinculada con alguna de las transiciones que se experimentan periódicamente en el transcurso de la existencia: el matrimonio, el nacimiento de un hijo, empezar a ir al colegio, etc. (véase Weakland, et al., 1974; Haley, 1973). La mayoría de las personas hacen frente a estas dificultades de una forma razonablemente adecuada en la mayoría de los casos...”, “... pero para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse solo dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución (“hacer más de lo mismo”). Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso (véase Maruyama, 1963; Wender, 1968), convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original.” (Pp. 32)

Al respecto de la formación de problemas, perturbados y mantenidos por sus soluciones, estos autores nos proporcionan una visión distinta, a la tradicional, e incluso paradójica respecto a la genealogía de los mismos y debido a que su bibliografía es vasta (Fiorenza y Nardone, 2004; Fisch y Schlanger, 2002; Fisch, et al., 1988; Nardone, 1997, 2000a, 2000b, 2004a, 2004b; Nardone, et al., 2003; Nardone, et al., 2002; Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, 1984, 1989, 1992b, 1995, 2000a; Watzlawick, et al., 1995; Weakland, 2000;), sólo mencionaré de manera sencilla algunas de sus ideas al respecto, aunque la principal ya la he mencionado.

El equipo del MRI (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O’Hanlon, 1995; Fisch, et al., 1988; Ochoa, 1995) menciona que los problemas que el cliente trae consigo a terapia pueden verse perturbados por algunas de las siguientes soluciones⁴⁵, a las cuales, los autores, también han agregado una explicación sobre las intervenciones principales para cada una de las soluciones intentadas, y que más adelante describiré:

- 1) Por el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo. En esta categoría el cliente padece una dolencia relativa a él mismo y no a otra persona o al mundo y se pueden categorizar⁴⁶ dentro de este grupo a problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico como: rendimiento sexual (impotencia sexual, eyaculación precoz, anorgasmia, coito doloroso, apatía sexual), funcionamiento intestinal (estreñimiento, diarrea), función urinaria (urgencia,

⁴³ Es de suma importancia aclarar que dicho patrón-problema es considerado de manera circular y no de manera lineal.

⁴⁴ No se tiene la concepción, desde este enfoque, que la persistencia en una actitud inadecuada frente a las dificultades implique de manera necesaria una organización familiar patológica o un déficit mental en el ámbito individual, sino más bien se tiene la idea de que las personas persisten en sus conductas de manera deliberada e incluso con la mejor intención por solucionar el problema (Espinosa, 2004).

⁴⁵ Nardone (Nardone, Giannotti y Rocchi, 2003), en su libro *Modelos De Familia*, realiza una clasificación de intentos de solución que se llevan a cabo en el sistema familiar frente a una situación problemática. Esta clasificación parte de lo que los autores llaman modelos de familia.

⁴⁶ Recordemos que, aunque se refiere a tipos de problemas individuales, la formación y persistencia de un problema puede abarcar a más personas, tanto en la formación como en las soluciones intentadas.

- frecuencia, imposibilidad de orinar en un mingitorio público), temblores y tics, espasmos musculares, problemas de apetito (anorexia, bulimia, vomiting, binge-eating), tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter (depresión), obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria;
- 2) Por el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Los pacientes que se ven atrapados en esta contradicción a menudo son pacientes que se quejan por estados de terror o de ansiedad (fobias, timidez, bloqueo de la escritura o en otras áreas de creatividad, hablar en público, miedo a salir a escena, etc.). En estas problemáticas los estados de terror o de ansiedad pueden surgir y mantenerse sin necesidad de que intervenga nadie más, ya que el paciente puede mantener dicho estado por su cuenta;
 - 3) Por el intento de llegar a un acuerdo por una oposición. Al igual que los dos últimos intentos de solución, los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrados en temas que requieren una mutua colaboración. Entre estos problemas se encuentran las riñas conyugales, los conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, disputas entre compañeros de trabajo, y problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada;
 - 4) Por el intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación;
 - 5) Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia⁴⁷.

Estas soluciones en si no crean necesariamente el problema. Lo que genera que el problema se vuelva tal es la repetición del intento de éstas soluciones, es decir hacer más de lo mismo de alguna de estos intentos para solucionar el problema, que por lo general empeoran la situación y que generan, desde este punto de vista, una recursividad en el patrón-problema presentado por el cliente (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O'Hanlon, 1995; Hoffman, 1987; Watzlawick, et al., 1995).

Otro aspecto importante en la construcción de problemas humanos se refiere a cómo el cliente percibe un problema, respecto a su solución, es decir se refiere a la atribución de "problema" y "solución", más que a la manera de intentar solucionarlo, a diferencia del punto anterior (Cade y O'Hanlon, 1995; Watzlawick, et al., 1995).

Para el grupo del MRI (Fiorenza y Nardone, 2004; Watzlawick, et al., 1995), existen tres maneras de enfocar mal las dificultades⁴⁸ y que se pueden resumir de la siguiente manera, y a las cuales agregaré dos que los mismos autores mencionan pero que no clasifican como tal⁴⁹:

1. Se intenta una solución negando que un problema sea tal: de manera que es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.
2. Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable, o bien inexistente: de modo que se emprende una acción cuando no se debería emprender.
3. Se comete un error de tipificación lógica y se establece un "juego sin fin" cuando se intenta un cambio1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior. O bien, se intenta un cambio2 cuando resultaría adecuado un cambio1 (por ejemplo, cuando se exige de alguien un cambio de "actitud" y no simplemente un cambio determinado de "comportamiento"): de manera que la acción es emprendida a un nivel lógico equivocado.
4. No se ve un problema donde existe uno. A diferencia del primero, aunque el problema también es negado, la solución no se presenta. La solución también es negada, por innecesaria.

⁴⁷ Para mayor conocimiento de las soluciones aquí expuestas, remítase a la bibliografía (Fisch y Schlanger, 2002; Fisch, et al., 1988), donde encontrará ejemplos sobre el tema y que aclararan en mayor medida estas ideas, pues no es mi fin enfatizar en ellas.

⁴⁸ Una dificultad mal manejada es un intento de solución (Espinosa, 2004).

⁴⁹ Me parece que estas otras dos maneras de abordar un problema pertenecen a esta clasificación debido a que estas determinan, al igual que las primeras tres, a) la creación de un problema; a mi parecer, y a manera de hipótesis, que b) combinadas con la persistencia en el intento de solución, pueden contribuir a la manutención del problema y; c) determinan la manera en como se ha de intentar solucionar un problema.

5. Se ve una solución donde en realidad no hay ninguna⁵⁰. Más que al cliente, parece que es al terapeuta al que se le presenta, en mayor medida, ésta dificultad, sobre todo cuando somos inexpertos, pero no exclusivamente. Las tentativas utópicas de cambio crean callejones sin salida en los que con frecuencia resulta imposible distinguir claramente entre ‘problemas’ y "problemas", y entre "problemas" y "soluciones". En palabras de los autores: “las utopías positivas implican ‘no hay problema’, las utopías negativas implican ‘no hay soluciones’; es común a ambas clases el definir las dificultades normales y los placeres normales como anomalías.” (Watzlawick, et al., 1995. P. 78)

Así bien el emprender alguna de estas equivocadas formas de abordar un problema, junto con alguno de los, arriba mencionados, estilos o formas de hacerlo (de resolver el problema) y la persistencia de la solución (“más de lo mismo”), en su conjunto o de manera independiente, ayudan a la creación de problemas humanos.

En otras palabras podemos abordar el problema de una determinada manera, o podemos intentar resolverlo bajo un cierto tipo de solución, pero alguna de estas formas debe ir acompañada de la persistencia en la solución, de otro modo el problema no se presentaría⁵¹.

En palabras del grupo del MRI (Nardone y Watzlawick, 1992):

“En la perspectiva del MRI, el problema está determinado por el mecanismo de acciones y retroacciones desencadenado y mantenido por las "soluciones ensayadas" que el paciente o los pacientes han utilizado al hacer frente a los trastornos o síntomas actuales. En esta óptica, se considera fundamental la conceptualización que el paciente o los pacientes logran de su problema y lo que han intentado hacer, basados en esta conceptualización, para resolver el problema. En otros términos, el terapeuta debe hacerse con una clara descripción del problema, o de las "soluciones ensayadas" y de las reacciones al mismo. Después, estudiará la estrategia de intervención basándose en los datos del "diagnóstico" y de acuerdo con la idiosincrasia del sujeto o de los sujetos en tratamiento.” (P. 168).

Un punto sumamente importante sobre el “más de lo mismo”, de las soluciones intentadas para resolver el problema, es que “el recurrir una y otra vez a la misma forma de resolver problemas no es, en sí mismo, malo; de hecho posee grandes ventajas de economía y simplificación, y la vida se complicaría inmensamente si las soluciones o las adaptaciones, una vez logradas, no pudiesen almacenarse y reservarse para nuevas aplicaciones en el futuro. Pero éstas soluciones se convierten en terribles simplificaciones sí, como hemos dicho, no se acepta que las circunstancias cambian constantemente y que las soluciones han de cambiar con ellas.” (Watzlawick, et al, 1995. Pp. 67-68)

⁵⁰ El grupo del MRI llama a esta manera de ver el problema como el síndrome de la utopía, el cual puede tomar tres formas posibles.

- 1) La primera puede designarse como "introyectiva". Sus consecuencias son definibles más directamente como psiquiátricas, que como sociales ya que son el resultado de un producto y doloroso sentimiento de ineptitud personal para alcanzar el propio objetivo. Si éste último es utópico, el mero hecho de plantearlo crea una situación en la que la inasequibilidad del objetivo no es atribuida a su índole utópica, sino que más bien se echa la culpa a la propia ineptitud: mi vida debería ser rica y grata, pero estoy viviendo en la banalidad y el aburrimiento; debo tener sentimientos profundos e intensos, pero soy incapaz de despertarlos en mí mismo. Huida, retraimiento, depresión, quizás suicidio son consecuencias de tal estado de ánimo (Watzlawick, et al., 1995. Pp. 72 -73).
- 2) La segunda variante es resumida en la sentencia de George Bernard Shaw y que a pie de letra dice así: “Existen dos tragedias en la vida. Una de ellas consiste en no lograr lo que nuestro corazón desea. La otra consiste en lograrlo.” (Citado en Watzlawick, 1984, 1992b, 1995; Watzlawick, et al., 1995). Esta forma de utopismo se vuelve problemática en la medida en que una persona espera que “llegar” –como contrapuesta a una visión de la vida como un proceso constante y continuo- supone la desaparición completa de los problemas.
- 3) La tercera variante del síndrome de utopía es esencialmente proyectiva y su ingrediente básico es la actitud moralista por parte del sujeto, que está convencido de haber encontrado la verdad y con tal convicción asume la responsabilidad misionera de cambiar el mundo (Watzlawick, et al., 1995. P. 75).

⁵¹ Debo aclarar que en este punto sobre la persistencia me refiero a que incluso el cambiar de manera de abordar la solución o de cambiar de manera de intentar solucionar el problema, la persistencia se refiere a la solución, a solucionar el problema, y no necesariamente al abordaje o el tipo de solución intentada.

Watzlawick (1984), menciona, además de estas soluciones, otras formas de crear un problema y/o de mantenerlo. Entre ellas se destacan: la rigidez de creencias, aferrarse y vivir en el pasado, hacer más de lo mismo que no funciona, que es la premisa básica de la formación de problemas, la profetización autocumplidora, las paradojas comunicacionales, etc.

2.2.3. Noción de Cambio

El siguiente punto hace referencia a una noción del “cambio”⁵² en terapia, basada en dos teorías, pertenecientes a la lógica matemática: la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos.

“El enfoque estratégico es el resultado de aplicar al cambio clínico los principios matemáticos de la teoría de los tipos lógicos (Whitehead y Russell 1910-1913), de la teoría de los sistemas y de la moderna cibernética (Wiener 1947; Ashby 1954, 1956; Bateson 1967, 1972; Bateson y otros autores 1956; Bateson y Jackson 1964; Foerster 1974) y se basa en concepciones de causalidad circular, de retroacción entre causa y efecto y en el principio de discontinuidad del cambio y del desarrollo” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 40). “[Así también, se basa en]... la teoría de grupos” (Watzlawick, et al., 1995. P. 22)

Según la teoría de grupos (Watzlawick, et al., 1995), éstos, los grupos, poseen algunas propiedades, en las cuales el equipo del MRI se ha basado para formular una parte importante sobre la teoría del cambio que ellos proponen y que se refiere a la explicación del cambio1, y que llevó al grupo de Palo Alto a hacer referencia al cambio2 explicado desde la perspectiva de la teoría de los tipos lógicos.

Para explicar dichas teorías y su consecuencia práctica en la noción de cambio dentro del grupo del MRI es necesario explicar la diferencia entre cambio1 y cambio2 que en palabras de Watzlawick⁵³ (Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, et al., 2002; Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, et al., 1995), dice más o menos así:

"Existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Para poner un ejemplo de ésta distinción, en términos más conductista: una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, trepar por un acantilado, etcétera. Pero ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla. *En lo sucesivo, designaremos a esta clase de cambio como cambio 1.* El único modo de salir de un sueño supone un cambio del soñar, al despertar. El despertar, desde luego, no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto. *Esta clase de cambio la denominaremos en lo sucesivo cambio 2*".

⁵² Haley (1984) en su libro *Terapia de ordinalia*, menciona tres teorías del cambio: La primera de ellas basada en el concepto de “represión” y que constituye la idea central del “*insight*”; la segunda, surgida de las teorías del aprendizaje social, sostiene que las personas cambian al modificarse los refuerzos que determinan su conducta; por último, describe, la teoría basada en la idea de homeostasis según la cual las personas son otros tantos participantes dentro de un sistema homeostático, cuyos mandos deben ser reajustados para provocar el cambio. Una vez logrado el reajuste - sea por la amplificación de un cambio pequeño o por la desorganización del sistema y de la introducción forzada de otro nuevo- se modificarán las conductas problema de los participantes.

⁵³ Dicha noción de cambio es retomada de la cibernética, en donde la palabra “cambio”, “... aplicado a una máquina puede referirse a dos cosas muy diferentes. Existe el cambio de un estado a otro, por ejemplo, de A a B, que constituye el comportamiento de la máquina y que ocurre por su propio impulso interno...” el llamado cambio1 por el grupo de Palo Alto, “... y existe, por otra parte, el cambio de transformación a transformación, de R1 a R2, por ejemplo, que constituye un cambio de su modo de comportamiento y que tiene lugar a capricho del experimentador o por algún acto externo...” (Ashby, 1976. P. 66), pero fue Watzlawick y su equipo (Watzlawick, et al., 1995. P. 29) quien introduce el término cambio1 y cambio2 para referirse a estas dos concepciones.

Este punto de vista sobre el cambio surge de los siguientes análisis⁵⁴. El grupo del MRI, retoma la teoría de grupos para explicar el cambio1, pero principalmente, para justificar el cambio2, al menos así lo entiendo. ¡Veámoslo!

Un grupo (según la teoría de grupos presentada en Watzlawick, et al., 1995) posee las siguientes características:

- a) Está compuesto por miembros, siendo estos iguales en cuanto a una característica común. Ésta característica común (que los hace pertenecer a la clase o grupo), otorga estructura y ordenación al grupo, estableciendo, de tal modo, una invarianza, en el sentido de que al combinar los miembros entre sí, da como resultado un miembro del grupo en sí mismo, es decir con las mismas características.
- b) Puede combinar sus miembros en distinto orden y sin embargo, el resultado de la combinación sigue siendo él mismo.
- c) Contiene un miembro de *identidad* tal que su combinación con cualquier otro miembro da éste otro miembro, lo que significa que mantiene la identidad de dicho otro miembro. Así por ejemplo, en grupos cuya ley de combinación es aditiva, el miembro de identidad es cero (por ejemplo: $5 + 0 = 5$); en grupos cuya ley de combinación es la multiplicación, el miembro de identidad es 1, ya que cualquier entidad multiplicada por 1 permanece idéntica.
- d) Por último, en cualquier sistema que se ajuste al concepto de grupo, encontramos que cada miembro tiene su recíproco u opuesto, de modo tal que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad. (Watzlawick, et al., 1995).

Tanto la invarianza como la reordenación, la identidad y el recíproco u opuesto de un miembro del grupo, son las características que implican el cambio1, es decir que imposibilitan un cambio distinto a un miembro del grupo (un cambio de tipo2, o de un orden distinto), lo esencial es que un miembro, o los miembros del grupo pueden actuar sin provocar cambio alguno, de manera que para lograr un cambio distinto al miembro del grupo o clase hay que salirse del grupo o de la clase, en términos de tipos lógicos, para lograr un meta-cambio.

En términos de la terapia implica salirse del más de lo mismo (cambio1), para lograr un cambio2 o meta-cambio (si no funciona, has algo distinto, o sea, rompe el patrón “más de lo mismo”).

Como podemos apreciar ésta teoría nos proporciona una visión de permanencia de los problemas, como lo he venido describiendo, ya que nos muestra cómo los problemas persisten debido al cambio que se produce dentro del sistema-problema, un cambio1 que perpetua el problema y lo vuelve recursivo.

En palabras del grupo del MRI:

“...ésta teoría muestra cómo cambios particulares no ocasionan diferencia en el grupo. Proporciona, además, una base válida para pensar acerca de la peculiar interdependencia entre persistencia y cambio que podemos observar en multitud de ejemplos prácticos en los que *plus ça change, plus c'est la même chose*. Lo que, evidentemente, no puede proporcionarnos la teoría de grupos es un modelo para aquellos tipos de cambio que trascienden de un determinado sistema o trama de referencia. Aquí hemos de apelar a la *teoría de los tipos lógicos*...” (Watzlawick, et al., 1995. P. 26)

Por su parte la teoría de los tipos lógicos, como la analiza el grupo del MRI (Fiorenza y Nardone, 2004; Watzlawick, et al., 1995), propone los siguientes presupuestos o axiomas:

- a) El nombre no es la cosa nombrada, sino que es de un tipo lógico distinto, superior al de la cosa nombrada. Como lo explique en el apartado sobre construcción de realidades y realidades-problemáticas.

⁵⁴ Véase de manera más detallada la explicación en el libro *Cambio. Formación y solución de los problemas Humanos* (Watzlawick, et al., 1995).

- b) Cualquier cosa que comprenda o abarque *todos* los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de sí misma, es decir el miembro no es la clase, ni viceversa (la clase no es un miembro de sí misma). De manera que la clase es de un tipo lógico diferente, superior al de sus miembros.

La principal importancia de estos axiomas radica en la implicación de: 1) un cambio jerárquico, en donde las soluciones intentadas por el cliente, o los otros, implicadas en las soluciones, son miembros del problema que presenta éste en terapia, por lo tanto un cambio jerárquicamente superior; y 2) un cambio fuera del sistema o de la clase “problema”, que presenta el cliente y que no necesariamente es jerárquica⁵⁵, sin embargo esta segunda implicación ni es implícita ni es propuesta por el grupo del MRI.

En palabras de Fiorenza y Nardone (2004):

“...una de nuestras presunciones quizá no demasiado explícita es que cada problema contiene la propia solución. Pero tal solución no siempre reside en el interior de la estructura del problema mismo, sino que la mayoría de las veces se necesita hacer un salto lógico y pensar lo impensable para conseguir aquello que solamente ante nuestros ojos ‘viciados’ aparece como no alcanzable.” (P. 128)

Esta perspectiva de cambio implica un cambio lógico en el sistema, ya que al no poder hallar la solución de un problema desde su propio interior, sin incurrir en la recursividad, y provocando sólo un cambio de tipo1, es necesario salir fuera del sistema para lograr un cambio2, lo que sugiere un salto de nivel que no puede hacerse en el interior del propio sistema donde actúa el problema.

Para ellos, el grupo de Palo Alto, el cambio siempre implica un nivel inmediatamente superior, ni siquiera uno inferior (en el aspecto de menos de lo mismo), para ello toman el ejemplo del movimiento, citado por Bateson (en Watzlawick, et al., 1995), el cual implica un cambio de posición (cambio1), y que además dicho movimiento también puede estar sujeto a cambio, es decir aceleración o desaceleración, pero dicha metáfora puede meternos en complicaciones, o al menos ya lo hizo con el grupo del MRI, al comparar el cambio1 con desaceleración y al cambio2 con aceleración, lo que propone una jerarquía del cambio.

La implicación del cambio2, del MRI, es idéntica, desde mi perspectiva, a la noción de cambio de transformación a transformación propuesta por Ashby (1976), pues este autor propone un cambio externo venido o provocado por un experimentador, que en el caso de la terapia se traduce en el terapeuta. Lo mismo propone el equipo del MRI (Watzlawick, et al., 1995).

Sin embargo, pienso que el cambio externo, de Ashby, se debe referir a un cambio en el nivel lógico del problema o de la clase “problema”, lo que sugiere que no necesariamente tenga que ser el terapeuta el que provoque o incite el cambio. Desde mi punto de vista el cambio2 implica un cambio que puede producir cualquier persona, siempre y cuando salte de un nivel de solución que mantiene el problema a otro que implique el rompimiento retroactivo en el que las soluciones intentadas son sólo una parte.

Pero regresando a la propuesta del equipo del MRI, la teoría de los grupos proporciona una base para pensar en la clase de cambios que se pueden dar dentro de un sistema, que en sí permanece invariable, es decir cambios del tipo 1. Mientras que la teoría de los tipos lógicos, propone la complementación teórica de la teoría del cambio del MRI, es decir, proporciona una base para considerar la relación que existe entre miembros y clases y la metamorfosis que representan las mutaciones del nivel lógico al inmediatamente superior (cambio del tipo 2). En términos terapéuticos “la noción de cambio2 implica una nueva clase de intentos de solución” (Ochoa, 1995. P. 46).

⁵⁵ Creo necesario aclarar que la propuesta de cambio2 u cambio de orden distinto o meta-cambio, no necesariamente debe implicar un salto o un paso de nivel lógico del tipo ascendente o descendente, como subir una escalera o bajarla o del tipo evolutivo-darwiniano, referente al árbol genealógico o en el sentido que lo utiliza Bateson para explicar el aprendizaje. Sino que, debemos entenderlo, además, de manera lateral o paralela, es decir de un ir y venir de una categoría a otra sin pensar que una es mejor que la otra, por ejemplo el agrupar a una pelota en la clase de juguetes o agruparla en la clase de cosas redondas, lo que implica un cambio de nivel lógico-no jerárquico.

Otra anotación importante de la teoría de los tipos lógicos es la referida al lenguaje, o mejor dicho, a “las explicaciones” que utilizamos para referirnos a, las llamadas, conductas patológicas. Retomemos la idea de Bateson (citado por Watzlawick, et al., 1995): “Es concebible -escribe Bateson- que las mismas palabras puedan ser utilizadas para describir tanto una clase, como sus miembros y que sean ciertas en ambos casos. [Por ejemplo] Bateson afirma que, por lo general, tan sólo un esquizofrénico es capaz de comerse la carta del menú, en lugar de los platos que en él se indican.” (P. 28)

Esta idea es un error de tipificación lógica en cuanto incita a tomar a un miembro, o incluso la conducta de un miembro para explicar a la clase. “Tales errores de tipificación pueden tener lugar de dos modos: bien por adjudicar incorrectamente una propiedad particular a la clase, en lugar de al miembro, (o viceversa), o bien por descuidar la patente e importante distinción entre clase y miembro y por tratar ambos como si correspondiesen al mismo nivel de abstracción” (Ceberio y Watzlawick, 1998; Watzlawick, et al., 1995. Pp. 46-47). Por ejemplo, en el ámbito clínico, podríamos tomar una conducta de tristeza (el llanto) aislada de un contexto apropiado (la pérdida de un ser querido) y pensar que la persona es una depresiva o una neurótica, si el llanto es acompañado de una conducta desesperante. En cambio si contextualizamos dichas conductas podríamos pensar que es algo normal y que incluso no podría tener mayores consecuencias.

En resumen:

- a) El cambio2 es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del cambio1 parece constituir una solución, debido a que dentro de la perspectiva del cambio2, tal "solución" se revela como la causa del problema que se intenta resolver.
- b) Mientras que el cambio1 parece basarse siempre en el sentido común (así como por ejemplo, en la receta de "más de lo mismo"), el cambio2 aparecen habitualmente como extraño, inesperado y desatinado; se trata de un elemento desconcertante, paradójico del proceso de cambio.
- c) Aplicar técnicas de cambio2 a la "solución" significa que se aborda la situación en su "ahora y aquí". Estas técnicas se aplican a los efectos y no a sus supuestas causas; la pregunta crucial correspondiente es *¿Qué?* Y no *¿Por qué?*
- d) La utilización de técnicas de cambio2 libera la situación de la trampa engendrada de paradojas creada por la auto-reflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre una base (Watzlawick, et al., 1995. P. 107).

En términos prácticos, no es necesaria una exhausta y larga excavación en lo profundo⁵⁶ a la búsqueda de un supuesto "trauma originario", causa de la situación problemática, ni es indispensable, tampoco, un lento y progresivo proceso de adquisición del *insight* en busca de una hipotética conciencia de sí mismo, resolución última de todos los problemas. Es más bien necesaria una serie de prescripciones directas o indirectas de comportamiento, paradojas, trampas comportamentales, sugerencias y reencuadres que, rompiendo la rigidez del sistema relacional y cognoscitivo que mantiene la situación problemática, hagan posible el salto de nivel lógico indispensable para la apertura de nuevas vías de cambio, un cambio de tipo 2 o meta-cambio, con el consiguiente desarrollo personal y un nuevo equilibrio psicológico. La consecuencia de este punto de vista es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en el comportamiento y en las concepciones del sujeto que pide ayuda, lo que algunos autores, recurriendo a una ética espuria, consideran como manipulación (Nardone y Watzlawick, 1992; Ochoa, 1995; Watzlawick, et al., 1995).

2.2.4. Estrategias Terapéuticas

El último punto tiene que ver con el concepto de “sistema perceptivo-reactivo” utilizado por Nardone⁵⁷ para referirse al proceso cognitivo, emotivo y conductual de la construcción del problema, pero no

⁵⁶ La reconstrucción de las causas en el pasado del trastorno que se manifiesta en el presente puede ser útil sólo para fines cognoscitivos, pero no para fines terapéuticos (Nardone, 2004a).

⁵⁷ “Patrón problema” para el equipo del MRI.

necesariamente, por parte del cliente, y que implica una recursividad o retroacción de dicho patrón o sistema. Principalmente me referiré a la manera de cambiar⁵⁸ este sistema perceptivo-reactivo⁵⁹.

En las nociones terapéuticas clásicas existe la idea de que para cambiar un comportamiento erróneo o una situación problemática, hay que cambiar primero la manera de pensar del paciente y sólo después es posible cambiar su manera de comportarse. De aquí la necesidad del *insight*, de procedimientos de análisis del psiquismo y de todas aquellas técnicas que tienden a la "concientización" y "racionalización" de la conducta. Desde el punto de vista estratégico, que en definitiva es el del constructivismo radical, y de la lógica "paraconsistente"⁶⁰ y la lógica "no-aléthica" (citadas en Nardone, 1997; Nardone y Salvini, 2000; Nardone, et al., 2002) este proceso debe y puede invertirse. Es decir, se parte de la convicción de que, para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el *obrar* y, como consecuencia, el *pensar* del paciente, o mejor dicho, el punto de observación, el "marco" de la realidad. (Espinosa, 2004; Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 2004b; Nardone y Salvini, 2000; Nardone, et al., 2002; Nardone y Watzlawick, 1992).

Ya hemos visto la noción constructivista, de manera que solo queda hablar de la lógica "paraconsistente" y la "no-aléthica", que es, actualmente, una de las bases de las estrategias terapéuticas del MRI⁶¹.

La lógica "paraconsistente" y la lógica "no-aléthica" se refieren a modelos que hacen coherente la utilización de intervenciones basadas en la contradicción, la paradoja y el autoengaño (Nardone y Salvini, 2000; Nardone, et al., 2002). Este tipo de lógica de intervención es la de "construir una secuencia de acciones sugestivas y ritualizadas – aparentemente ilógicas- que desvíen la atención de la persona de [la situación percibida como problemática] a la ejecución de la tarea, prescrita como si fuera una especie de magia" (Nardone y Salvini, 2000. P. 79). Para lo cual Nardone (Nardone, 2004c; Nardone y Salvini, 2000) se ha basado en el uso de estratagemas⁶² de la tradición china.

No obstante, a estas observaciones, veremos que el cambio del obrar y del pensar, en la práctica de los terapeutas del MRI, van de la mano de manera simultánea, pues el proceso terapéutico podemos dividirlo en dos partes: 1) la interacción terapeuta-cliente (es decir durante las sesiones), donde se da un mayor énfasis al cambio en el pensar, mediante técnicas de reencuadre (así como las llamadas acciones y comunicaciones terapéuticas) y; 2) la interacción cliente-contexto (es decir fuera de la sesión) donde el

⁵⁸ Para tener un conocimiento de la manera de llevar a cabo una sesión y en general el modo de trabajo del grupo del MRI remitase a la siguiente bibliografía: Fiorenza y Nardone, 2004; Fisch y Schlanger, 2002; Keeney y Ross, 1993; Nardone, 1997, 2000b, 2004a, 2004b; Nardone, et al., 2002; Nardone y Watzlawick, 1992; Ochoa, 1995; Szprachman, 2003; Watzlawick, 1989. En general, puedo resumir la manera de operar del terapeuta centrado en el enfoque del MRI, de la siguiente manera (resumido de Fiorenza y Nardone, 2004; Szprachman, 2003):

- 1) Definición del problema.
- 2) Análisis del sistema interaccional (perceptivo-reactivo) y de las soluciones intentadas para resolver el problema.
- 3) Definición de los objetivos de cambio del cliente.
- 4) Creación de estrategias de intervención (de comportamiento y de comunicación).
- 5) Redefinición de la situación, después de las primeras intervenciones.

Es importante mencionar que, sobre la base de estos puntos, se lleva a cabo la construcción de protocolos de intervención e investigaciones, sobre los mismos protocolos, en cuanto a su eficacia y eficiencia (Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 1997, 2004a, 2004b, 2000a, 2000b; Nardone et al., 2002; Watzlawick y Nardone 2000).

⁵⁹ A diferencia de la Terapia Familiar Clásica, el enfoque del MRI se centra más en el sistema-problema que en el sistema-familia (Hoffman, 1987). Lo que no excluye que la familia sea parte de este mismo. No se considera que el problema sea necesariamente un problema de familia (Weakland, 2000).

⁶⁰ Da costa, 1989; Grana, 1990 (citados en Nardone y Salvini, 2000; Nardone, et al., 2002)

⁶¹ He de aclarar que esta noción de la lógica "paraconsistente", fue introducida por Nardone (Nardone y Salvini, 2000; Nardone, et al., 2002) y no representan el punto de vista del equipo del MRI, en Palo Alto. Así mismo hay que aclarar que, desde mi punto de vista, Nardone ajusta esta idea de la lógica paraconsistente, como parte de su desarrollo teórico, pero los miembros del equipo del MRI, ya había hablado del trabajo con la paradoja, mucho antes de la anexión de Nardone a las ideas y al trabajo del MRI, quien se remonta a la filosofía oriental y de las artes marciales.

⁶² Una estratagema, es una estrategia de guerra, una fórmula, por así decirlo de vencer al enemigo, que traducido al ámbito terapéutico se podría definir como una estrategia que tiene la finalidad de dirigir y coordinar la intervención terapéutica (Nardone, 2004c).

énfasis es puesto en el cambio en la manera de actuar del cliente, mediante las, ya clásicas, “tareas” (prescripciones de comportamiento).

El terapeuta intentará influir sobre el cliente de manera que su queja inicial se solucione a satisfacción del cliente. Para lograrlo el terapeuta centrado en el enfoque del grupo del MRI podrá utilizar dos vías: A) una es impidiendo o rompiendo el sistema de retroacción que mantiene el problema, intervendrá principalmente en las soluciones intentadas. En otras palabras el objetivo no es que la persona haga algo, sino por el contrario que deje de hacer lo que hace para resolver el problema, se trata con las soluciones, pero además, debido a que no puedes dejar de hacer algo sin hacer algo distinto, se ofrece la alternativa de que el cliente haga algo, por lo general, beneficioso en lugar de las soluciones intentadas que han mantenido el problema (Bertrando y Toffanetti, 2004; Cade y O’Hanlon, 1995; Fisch y Schlanger, 2002; Fisch, et al., 1988; Hoffman, 1987; Ochoa, 1995; Sánchez, 2000; Watzlawick y Nardone, 2000) – las soluciones intentadas se convierten en un vehículo tanto para conocer el funcionamiento de un problema, como para la creación y utilización de intervenciones (Fiorenza y Nardone, 2004)–, mediante prescripciones de comportamiento. B) la segunda vía, pretendiendo cambiar la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado, ni sienta la necesidad de continuar bajo tratamiento (Fisch, et al., 1988; Hoffman, 1987; Watzlawick, 2000b; Watzlawick y Nardone, 2000), mediante acciones y comunicaciones terapéuticas.

En ambos casos el terapeuta se centrará en ayudar al cliente a modificar su percepción de la realidad de un modo distinto, de modo que se vea interviniendo en las realidades de segundo orden (Watzlawick, 2000). De esta manera un cambio en la visión respecto al problema produce un cambio en la conducta del cliente.

En ambos casos, también, la meta terapéutica será alterar la pauta de interacción (Ceberio y Watzlawick, 1998; Fiorenza y Nardone, 2004; Keeney, 1991; Keeney, y Ross, 1993; Nardone, 1997, 2000b, 2004a, 2004b; Nardone, et al., 2002), más no modificar la conducta problema o las soluciones intentadas, que son consecuencias secundarias de alterar la pauta.

Así “menos de lo mismo”, podrá llevar a “menos del mismo problema” (Cade y O’Hanlon, 1995).

Para lograr el “cambio” el equipo de Palo Alto ha retomado estrategias de intervención terapéutica surgidas, principalmente, de sus primeras investigaciones sobre el trabajo de Milton Erickson. Y basados en la visión anterior de creación de problemas y de solución propuesta en sus trabajos más importantes (Fisch y Schlanger, 2002; Fisch, et al., 1988; Nardone y Watzlawick, 1992; Ochoa, 1995; Watzlawick, et al., 1995, entre otros), han elaborado y adaptado algunas estrategias⁶³ para intervenir en las soluciones intentadas, arriba mencionadas, las cuales han clasificado bajo tres rubros: 1) Intervenciones principales; 2) Intervenciones generales y; 3) Intervenciones específicas (Bertrando y Toffanetti, 2004; Espinosa, 2004; Fisch, et al., 1988; Nardone y Watzlawick, 1992; Ochoa, 1995).

2.2.4.1. Intervenciones Específicas

El primer grupo que describiré serán las “intervenciones específicas”, que están íntimamente ligadas a los cinco intentos de solución ya mencionados.

1. Para solucionar un problema relacionado con el intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo, el grupo del MRI propone elaborar intervenciones enfocadas a que el cliente abandone sus intentos de auto-coacción y deje de esforzarse demasiado, para ello se pueden

⁶³ Se puede definir una estrategia como un conjunto de tácticas y maniobras ordenadas con la finalidad de alcanzar los objetivos prefijados, en común acuerdo entre terapeuta y cliente, para la terapia. Lo que presupone una variabilidad en su ser, es decir que las estrategias se reajusten progresivamente al problema presentado, vez tras vez, para llegar a un alto grado de precisión, eficacia y eficiencia de sí mismas (Nardone, 2004a).

- utilizar metáforas, reestructuraciones, prescripciones del síntoma⁶⁴, etc. (intervenciones que pertenecen al grupo de “intervenciones principales”, y que serán las últimas que describa). Como norma general se le pide al cliente que renuncie a una conducta concreta cuando se le enseña, explícita o implícitamente, a llevar a cabo otra conducta que de entrada excluya la conducta problemática⁶⁵ (Fisch, et al., 1988; Ochoa, 1995; Watzlawick, 1989).
2. Debido a que los problemas relacionados con el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo, implican la preparación del cliente ante el acontecimiento (por ejemplo, un alumno que estudia fatigante y minuciosamente para un examen que teme reprobar), de modo que dicho acontecimiento presente la oportunidad de ser dominado con antelación, el terapeuta debe dedicar sus esfuerzos a formular intervenciones, directrices y explicaciones, que expongan al cliente ante el acontecimiento temido, pero impidiendo que termine con éxito la tarea a realizar, al mismo tiempo que dichas intervenciones exigen del cliente la ausencia del dominio (o un dominio parcializado) de la situación. De lo contrario el terapeuta estaría contribuyendo con soluciones similares a las del cliente por solucionar su problema, es decir con “más de lo mismo” (Fisch, et al., 1988).
 3. Para los problemas generados por el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición, en donde por lo regular la persona aquejada sermonea a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y, además, exigir que la otra parte le trate con respeto y atención, se sugiere hacer que el “solicitante de ayuda” se coloque en un nivel, jerárquico, inferior, en una actitud de inferioridad, de debilidad, lo que podría parecer difícil de efectuar para el “solicitante de ayuda”, pues muestra el mismo sometimiento que le es exigido (Fisch, et al., 1988). Sin embargo se trata de romper con la exigencia mostrándose débil e impidiendo al otro exigir algo que ya ésta presente. Debido a la dificultad que puede ser percibida por el “solicitante de ayuda” (que por lo regular es el cliente), el terapeuta deberá preocuparse más por la venta de la intervención que por la intervención misma, debido a que el cliente no está convencido de realizar la tarea. Una variante de este tipo de intervenciones específicas es el llamado “sabotaje benévolo” (Fisch, et al., 1988; Ochoa, 1995).
 4. Lograr que una persona que solicita algo lo haga directamente, y no de manera indirecta, aunque la solicitud se formule de manera arbitraria, suele ser la manera de afrontar los problemas surgidos de los intentos por obtener la sumisión del otro u otros, al mismo tiempo que se niega que se esté haciendo esa petición, en otras palabras, del intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación de la petición. El terapeuta tendrá que idear una estrategia de tal modo que influya para que el cliente lleve a cabo dicha solicitud (Fisch, et al., 1988; Ochoa, 1995; Watzlawick, 1984).
 5. La “interferencia” es la intervención utilizada para abordar los problemas surgidos del intento de solución referido a “la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa”, y fue diseñada “para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre las dos partes al no haber el modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión” (Fisch, et al., 1988. P. 177). Sin embargo a veces suele bastar con entrevistar al defensor a solas, manifestando que el acusador está equivocado o que es quien causa el problema y entonces el defensor puede solucionar el problema a través de una acción unilateral.

2.2.4.2. Intervenciones Generales

Las “intervenciones generales”, por su parte, difieren de las anteriores, en cuanto a que estas poseen un ámbito de aplicación mucho más amplio, y por el hecho de poder utilizarse en cualquier momento de la terapia y en una amplia gama de problemas, suelen ser suficientes para generar un cambio y solucionar la queja que el cliente trae a terapia. Además pueden servir de objeto para prepara el terreno a una intervención específica o principal (Fisch, et al., 1988). Entre estas se encuentran:

⁶⁴ Por lo general se trata de invertir el intento del cliente por solucionar el problema mediante prescripciones paradójicas (Fiorenza y Nardone, 2004; Fisch, et al., 1988).

⁶⁵ Para una ejemplificación que ayude a aclarar las intervenciones específicas y las intervenciones generales, así como su utilización de manera más exacta, véase Fisch, et al. (1988).

- 1) Indicarle al cliente “no apresurarse” en la solución del problema. El objetivo es romper el patrón de soluciones intentadas de clientes que, por ejemplo: suelen esforzarse mucho, o a aquellos que suelen presionar al terapeuta a prescribirles una acción curativa eficiente, en tanto que ellos permanecen pasivos o colaboran poco o en ningún grado. Básicamente se le dice al cliente que no haga nada concreto, sólo se le dan instrucciones vagas como: “sería mejor que no haga nada que provoque o pueda provocar avances en la solución de su problema”. Este tipo de mensajes, usualmente, van acompañados de una serie de justificaciones del porqué el cliente debe ir lentamente en la solución de su problema.
- 2) Una variante de la anterior intervención es preguntarle al cliente si se encuentra en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema, es decir se le hace ver que existen peligros como consecuencia de la solución de su problema (peligros que en realidad son benévolos para el cliente). El objetivo de esta intervención, además de ampliar la postura de “no apresurarse”, ya que es una variante de ésta, suele ser el motivar al cliente (de manera indirecta, y a veces hasta sarcástica). Por ejemplo “una vez que usted deje de ser tan sumisa, ¿Cree que su marido estaría dispuesto a no dejar su ropa sucia en el baño y colocarla en el cesto de ropa sucia?”. Esta intervención también tiene el objetivo de romper con la resistencia que suelen presentar algunos clientes respecto a la solución de su queja.
- 3) El cambio de dirección (un giro de 180° respecto al postura, la directriz o la estrategia) es una intervención que suele ser requerida por el terapeuta cuando éste comienza a discutir con el cliente, de modo no deliberado por supuesto, no dándose cuenta de dicha reacción. También suele utilizarse cuando el terapeuta sugiere una acción y se muestra improductiva, aún cuando el cliente accede llevarla a cabo. En el primer caso el cliente rechaza o subestima las sugerencias del terapeuta, en el segundo se queja de la falta de funcionalidad de éstas.
- 4) La última intervención general suele ser utilizada cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, o se muestra reticente a probar algo nuevo. El terapeuta deberá abandonar la postura de “esto podría serle útil”, para pasar a sugerir cosas sobre “como empeorar el problema”. Este tipo de sugerencias hace que el cliente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus anteriores acciones, enfatizando además la manera activa del cliente respecto a la persistencia de su problema (Fisch, et al., 1988; Ochoa, 1995).

2.2.4.3. Intervenciones Principales

Las siguientes intervenciones son las llamadas “intervenciones principales” (Nardone y Watzlawick, 1992), y que entre estas se encuentran los reencuadres (*reframing*), motivo de esta larga exposición, así como el uso de metáforas, anécdotas, relatos, analogías (dentro de una categoría más amplia llamada “acciones y comunicaciones terapéuticas”) y las prescripciones de comportamiento. A continuación las describiré, de modo contrario, es decir comenzando con las prescripciones de comportamiento, de manera general, incluyendo el reencuadre, por ser este el marco teórico, el del enfoque del MRI, en el que me basaré en ésta tesis para realizar el análisis de los reencuadres, ejemplificados, y que me servirán para buscar el patrón para la construcción de reencuadres terapéuticos. Será general, la explicación, debido, también a que retomaré muchas de las ideas planteadas por el grupo del MRI en el apartado correspondiente al reencuadre como técnica de intervención.

A) Prescripciones de comportamiento.

Se trata de tareas que el cliente debe realizar más allá de la sesión, prescripciones que han de realizarse y seguirse en la vida cotidiana. Y que tienen la finalidad de exponer al cliente ante experiencias concretas, de manera que estas modifiquen la percepción que se tiene sobre el problema o la situación percibida como problemática (Watzlawick, 2000b; Watzlawick, et al., 1995). Esta manera de intervención “es un

factor que merece suma atención, porque el hecho de que el paciente actúe de forma activa, sin la presencia directa del terapeuta y en su actividad habitual cotidiana, es la mejor demostración que puede darse así mismo con relación a su capacidad de cambiar la situación problemática.” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 105).

Esquemáticamente las prescripciones de comportamiento⁶⁶ pueden dividirse en tres rubros⁶⁷ (Nardone y Watzlawick, 1992):

- a) Directas. Se trata de aquellas indicaciones que hace el terapeuta de manera directa y clara al cliente, respecto a una conducta que hay que seguir para solucionar el problema o para lograr algún objetivo terapéutico. Básicamente son usadas en situaciones en que el cliente es cooperativo o no presenta resistencia al cambio, para las cuales resulta suficiente darles la clave de la resolución del problema, prescribiéndoles la manera de comportarse frente a la situación percibida como problemática para que logren desactivar los mecanismos que la mantienen operante (Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone y Watzlawick, 1992; Ochoa, 1995).
- b) Indirectas. “Son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo. Es decir, mediante ellas se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito...” (Fisch, et al., 1988. P. 107). Por lo general se atrae la atención del cliente a otra cosa que no sea la situación o conducta problemática. Un ejemplo característico de los autores (Nardone, 1997; Nardone y Watzlawick, 1992) es la prescripción indirecta a un fóbico a quien se prescribe realizar, ante la presencia del síntoma, una tarea ansiógena y embarazosa, como es anotar con detalle sus sensaciones y pensamientos en aquel momento para luego poderlos presentar a examen del terapeuta, por lo común vuelve con el sentimiento de culpa de no haber llevado a cabo aquella prescripción embarazosa. Pero refiere también que, extrañamente –y no se explica como ha sucedido-, aquella semana no ha tenido los síntomas fóbicos. Evidentemente, ha sido tanto el elogio o el ansia por llevar a término la tarea asignada, que no ha manifestado el síntoma ante cuya presencia debería haber realizado la tarea. “En otras palabras, la atención se ha desplazado del síntoma a la tarea, produciendo la neutralización de la manifestación problemática mediante un ‘conflicto benéfico’...” (P. 108). Este tipo de prescripciones son utilizadas en pacientes con un cierto grado de resistencia a realizar las tareas, anteriormente, prescritas por el terapeuta.
- c) Paradójicas. Las prescripciones paradójicas, igual que las indirectas, poseen un gran poder de evitación de la resistencia y por ello son de gran utilidad en la fase prioritaria de ruptura del sistema que controla el problema. Consisten principalmente en prescribir la conducta problemática presentada por el cliente, ante un problema que se presenta como espontáneo o/e irrefrenable, ya que de esta manera se pone al cliente ante una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar. “También en este caso, la ejecución voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, que en calidad de tal ha de ser algo espontáneo e incontrolable” (P. 108). Las prescripciones paradójicas adoptan una fuerte posición terapéutica al desafiar constantemente el deseo de cambiar del cliente (Fiorenza y Nardone, 2004; Hoffman, 1987; Ochoa, 1995; Szprachman, 2003).

Para que las prescripciones, en todas sus formas, puedan ponerse en práctica y resulten eficaces, se requiere estudiarlas atentamente y presentarlas al paciente como verdaderos y auténticos imperativos hipnóticos, recurriendo a las técnicas de comunicación terapéutica descritas más abajo. Por consiguiente, las prescripciones deben ser declaradas “en un lenguaje pausado y medido, repitiendo varias veces el imperativo, y han de presentarse al paciente en los últimos momentos de la sesión” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 109)

B) Acciones y comunicaciones terapéuticas.

⁶⁶ Para una ejemplificación que ayude aclarar estas intervenciones principales véase: Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone, 1997, 2000a, 2000b, 2004a, 2004b; Nardone, et al., 2003; Nardone, et al., 2002; Watzlawick, 1990.

⁶⁷ Dicha clasificación es surgida del trabajo de Milton H. Erickson y propuesta por Haley.

Esta categoría hace referencia a técnicas de intervención que son utilizadas durante el transcurso de la sesión y que básicamente está integrada por las siguientes:

- a) *Aprender a hablar el lenguaje del paciente.*
- b) *Evitar las formas lingüísticas negativa.*
- c) *El uso de la paradoja y la comunicación paradójica.*
- d) *Uso de la resistencia*
- e) *Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico.*
- f) *Reencuadre.* (Nardone y Watzlawick, 1992)

a) *Aprender a hablar el lenguaje del paciente.* Representa un estilo de comunicación fundamental de este tipo de terapia y hace referencia a aprender y utilizar el lenguaje, tanto verbal como no verbal, del cliente, o de los presentes en terapia (Nardone, 1997; Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, et al., 1995).

En la Programación Neurolingüística (Bandler y Grinder, 1980, 1994; García, 2006; Grinder y Bandler, 1982, 1993; Krusche, 2000; Pérez, 1994) esta técnica es conocida como “igualación”, o “calcado”, y es útil para el establecimiento del *rapport* y surge del trabajo de Milton H. Erickson. Estos autores (me refiero a Bandler y Grinder) al parecer observaron que Erickson adoptaba, en los primeros contactos con sus pacientes, su mismo lenguaje y sus mismas formas de representarse la realidad.

b) *Evitar las formas lingüísticas negativa.* Nardone y Watzlawick (1992) mencionan que la práctica terapéutica ha hecho evidente que el uso de formas lingüísticas negativas del tipo “no hagas...”, “no deberías...”, “no puedes...”, etc., respecto de la conducta o las ideas del cliente, en cuanto a la situación problemática, tiende a culpabilizarlo y a producir reacciones de rigidez y rechazo. A lo que, en lugar de criticar y negar la actuación del paciente, aún cuando sea ésta absolutamente errónea y disfuncional, como alternativa proponen gratificar a la persona y, por medio de esta gratificación, impartir órdenes orientadas a la modificación de la conducta. Por ejemplo:

“...ante unos padres extremadamente hiper-protectores, que con sus cuidados familiares castradores no han hecho más que llevar al hijo a la inseguridad y a la fragilidad psicológica, la maniobra del terapeuta ha de consistir en felicitarles y darles satisfacción por los grandes esfuerzos que han hecho al ocuparse de un hijo tan problemático y por los grandes sacrificios vividos para protegerlo de tantos posibles peligros que ofrece el mundo. ‘Y así como hasta ahora lo han hecho bien, de ahora en adelante lo harán todavía mejor y tengo la certeza de que sabrán hallar la manera de que él asuma ahora su responsabilidad.’ Y aquí el terapeuta prescribirá acciones y comportamientos claramente contrarios a la conducta precedente de los padres. De éste modo, en lugar de culpabilizar a ambos padres por su error educativo y por su hiper-protección castradora diciéndoles: no hagan esto, no hagan aquello, se han equivocado en esto y en aquello, etcétera., se utiliza su carga de intervención transformándola, mediante una recodificación en forma positiva y una prescripción directa, con miras a una conducta educativa correcta y funcional que llevará a la resolución del problema.” (Nardone y Watzlawick, 1992. Pp. 94-95)

c) *El uso de la paradoja y la comunicación paradójica.* En el enfoque estratégico del grupo del MRI se tiene la concepción, debido a los planteamientos e investigaciones de donde surge la idea de crear un modelo de terapia, sobre que la utilización de la paradoja, y sus consecuentes variaciones, es la piedra angular, a menudo extraordinariamente eficaz, en las situaciones perceptivo-reactivas rígidas y que se caracterizan por la presencia de sintomatologías comportamentales redundantes. Siendo, por este motivo, que dicha técnica de intervención juegue un papel tan importante en este enfoque terapéutico (véase: Fiorenza y Nardone, 2004; Nardone y Watzlawick, 1992; Ochoa, 1995; Watzlawick, et al., 1995).

La paradoja es definida como “...un tipo de trampa lógica en la que tropieza toda la lógica racionalista clásica” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 96). Que saca de quicio a la lógica aristotélica de lo “verdadero” y “falso” y la noción dualista de “o..., o...” utilizadas como categorías que describen la realidad. Aplicada al contexto terapéutico, la paradoja posee la propiedad de desquiciar los círculos

viciosos y recurrentes de "soluciones intentadas", que obstinada y persistentemente presenta el cliente, por la simple razón de que pone en crisis el sistema preexistente (sistema perceptivo-reactivo) de percepciones de la realidad y reacciones ante ella (Nardone y Watzlawick, 1992).

Para el grupo de Palo Alto existen diversas maneras de utilizar las paradojas en terapia, que van desde las prescripciones paradójicas, a las formas de acciones y comunicaciones paradójicas a lo largo de las sesiones, un ejemplo de la utilización de la paradoja en la comunicación lo dan en su libro *El arte del cambio* (Nardone y Watzlawick, 1992), en el caso de un sujeto que manifestaba obsesivamente el terror de estar afectado por una enfermedad gravísima e incontrolable:

Cliente: doctor, estoy deshecho, me siento mal. ¡Estoy aterrorizado! Hay un mal dentro de mí, lo siento crecer, me moriré pronto. Nadie me quiere creer, pero estoy gravemente enfermo. Sudo siempre, siento como el corazón late con fuerza. Y además, ya se lo he dicho a mi mujer: alguien me ha echado el "mal de ojo". Usted no va a creer en estas cosas, pero es verdad, me lo ha dicho una bruja... nadie me quiere creer, pero me come por dentro.

Terapeuta: ¡Hum!... (Con actitud seria y pensativa) estoy convencido de que usted está verdaderamente enfermo y hasta que su enfermedad es realmente extraña. Sabe, hay muchas clases de mal de ojo. A usted probablemente, le han echado el "mal de ojo de la muerte" (ligera pausa).

Sí, creo que está usted verdaderamente muy mal, cada vez se ve peor; incluso, si lo miro bien, hasta me parece que está cambiando de aspecto ahora mismo.

Usted está mal, es verdad, lo veo como si estuviera a punto de ponerse muy mal. Sabe, estos males de ojo son terribles (cierta sonrisa).

C: pero, doctor, ¿qué me está diciendo! Entonces, es que me muero. Y entonces ¿es verdad! ¿Estoy gravemente enfermo! ¿Y cómo es posible, doctor, que todos los análisis médicos que me han hecho hasta ahora no me hayan encontrado nada? ¿Está usted convencido de lo que me ha dicho? ¿Qué estoy enfermo y que se ve que me han hecho el mal de ojo?

T: seguro (sonriendo ligeramente).

C: doctor, no me tome usted el pelo. Yo, ahora, no me siento mal; incluso, al hablar con usted, he dejado de sudar y me siento más tranquilo. Pero, dígame, ¿Es posible que a los 40 años el cerebro nos gaste estas malas pasadas?

Este ejemplo clínico muestra como en tales situaciones, en las que no funciona ninguna forma de confrontación lógico-racional, el recurso a la paradoja resulta eficaz para romper el mecanismo repetitivo de las fijaciones. (Nardone y Watzlawick, 1992. Pp. 97-98)

d) *El uso de la resistencia.* Derivada de la paradoja. Esta técnica pretende aprovechar la resistencia manifestada por el cliente ante la terapia o ante las prescripciones del terapeuta. "Se procede creando un 'doble vínculo' terapéutico, que se manifiesta colocando al paciente en una situación paradójica, en la que su resistencia, o su rigidez para con el terapeuta, llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia. De modo que la función prioritaria de la resistencia queda anulada mientras que se utiliza su fuerza para promover el cambio; la resistencia prescrita, de hecho, deja de ser resistencia y se convierte en cumplimiento..." (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 100). En el apartado referente al punto sobre formación de problemas ya he descrito sobre el tema, de manera que evitaré redundar en él.

e) *Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico.* Se trata de la narración de anécdotas, relatos o episodios realmente acaecidos, y que se adecuen a la realidad problemática del paciente, el fin es intervenir de manera indirecta, ya que se "esparcen" sugerencias dentro de un relato o son comunicadas en forma metafórica, para ayudar al cliente a solucionar la queja, aprovechando los personajes y las diversas situaciones de dicho relato, analogía, o metáfora, para lograrlo (Cade y O'Hanlon, 1995). Ya que, mediante este tipo de comunicación, se induce en el sujeto cambios efectivos de sus esquemas de acción respecto del problema que, a su vez, llevarán también al cambio consiguiente de sus esquemas perceptivos y cognoscitivos. "Esta modalidad de comunicación terapéutica minimiza la resistencia, en cuanto que la

persona no es sometida a exigencias directas o a opiniones directas sobre su modo de pensar y comportarse. El mensaje llega en forma velada y bajo apariencias de metáfora.” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 102).

La última modalidad de intervención terapéutica, y que es la que atañe a éste trabajo es:

f) *El Reencuadre*⁶⁸. Es una de las más sutiles técnicas de persuasión utilizadas dentro de modelo terapéutico del MRI y consiste en cambiar el marco de referencia perceptivo, sobre la situación considerada problemática, del cliente por otra igualmente válida, pero mayormente funcional, en términos de adaptación del sujeto con la situación problemática. Se trata de recodificar, en términos de comunicación, la realidad del cliente sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura (Ceberio y Watzlawick, 1998; Fiorenza y Nardone, 2004; Keeney y Ross, 1993; Nardone y Watzlawick, 1992; Ochoa, 1995; Watzlawick, 1989, 2000b; Watzlawick y Nardone, 2000; Watzlawick, et al., 1995). En palabras de los autores:

“No se cambia el valor semántico de lo que la persona expresa, sino que se cambian los marcos en los que se inserta este significado. Obviamente, si se cambia el marco se cambia también, de manera indirecta, el significado mismo. Esto es así porque, poniendo un mismo suceso dentro de contextos diversos y mirándolo desde perspectivas diversas, el suceso cambia por completo el valor. La realidad queda determinada por el punto de observación desde donde la mira el sujeto; si cambio el punto de observación, cambio también la misma realidad.” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 88).

Lo que cambia por tanto no es la situación misma, sino el marco de atribución (realidad de segundo orden, en términos watzlawickianos) de la situación.

El reencuadre esta basado en la noción constructivista, reformulada por Watzlawick dentro de este modelo terapéutico. Por lo general pretende lograr un cambio en la realidad de segundo orden, que es donde se crean y atribuyen los significados, así como se clasifican y etiquetan, a las cosas y fenómenos en general (Nardone y Watzlawick, 1992).

El uso del reencuadre, también está basado en la teoría del cambio propuesta por el grupo de Palo Alto, donde se propone lograr un cambio de segundo orden o cambio². El reencuadre es una intervención que cumple este fin, pues saca del sistema perceptivo, la situación, para integrarla en una clase distinta (Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, 1989, 2000b).

El terapeuta reestablece la situación, antes problemática, de modo que el cliente la perciba de una nueva manera, por lo general, de manera “no-problemática” (Hoffman, 1987).

El reencuadre puede ser un acto comunicativo puramente verbal⁶⁹, o bien también consistir en determinadas acciones del terapeuta que conduzcan a la persona a un desplazamiento de la perspectiva. Así como pueden producirse también efectos de reestructuración mediante prescripciones de comportamiento. “La reestructuración, además, puede tener diversos niveles de complejidad, que abarcan desde simples *redefiniciones cognoscitivas* de una idea o de un comportamiento hasta complicadas *reestructuraciones paradójicas*, pasando por el uso de *metáforas y sugerencias evocativas*” (Nardone y Watzlawick, 1992. P. 90).

⁶⁸ Debido a que este modelo de terapia será el marco teórico del cual partiré, para fundamentar mi tesis y para ejemplificar el uso del reencuadre de modo que pueda analizar dichos ejemplos y construir un protocolo de creación de reencuadres terapéuticos, sólo describiré de manera somera esta técnica de intervención, pues algunos apartados más estarán dedicados exclusivamente al tema.

⁶⁹ En este trabajo utilizaré solamente los reencuadres verbales para llevar a cabo mi análisis, pues creo que la terapia es un proceso de co-construcción, en el diálogo, y además de ser menormente estudiada y enfatizadas que las prescripciones de comportamiento, que son las utilizadas, también, para lograr un reencuadre.

Un ejemplo de la utilización del reencuadre de manera verbal lo retomaré de Ochoa (1995), quien muestra perfectamente el uso de esta técnica, sin recurrir a otras, como sucede con los ejemplos precedentes:

“...se puede redefinir una conducta rotulada como ‘depresión’, como de necesidad de ‘tomarse un respiro’...” (P. 47).

Veamos un ejemplo de redefinición cognitiva mediante el reencuadre, y su respectivo análisis, que propone Watzlawick (1989):

“El niño que tiene la costumbre de chuparse un dedo suele especializarse de ordinario en uno de los dedos de una mano, y sólo cambia a otro cuando no puede chupar el primero, por la razón que fuere. Pero en cualquier caso sigue chupándose el dedo, por mucho que hagan sus padres por quitarle tal costumbre. Una intervención eficaz, en la que se dan la mano los elementos de la prescripción de síntomas y la reestructuración (o reencuadre), consiste en que, en presencia de su madre, se le explique, con un lenguaje claro y persuasivo, que vivimos en una democracia en que todos tenemos los mismos derechos y que, por tanto no es posible chuparse sólo un dedo, en perjuicio de los nueve restantes. En adelante, pues, deberá chuparse también los otros dedos y todos por el mismo espacio de tiempo; si es preciso, la madre deberá vigilar, reloj en mano, para que a cada dedo se le concedan los derechos que le son debidos en un régimen democrático. Lo que hasta ahora había sido una costumbre placentera, que reportaba la ventaja adicional de que los padres nada podían hacer contra ella, toma ahora de pronto el aire de un deber, cuyo cumplimiento se convierte muy pronto en una carga -sobre todo porque los padres vigilan para que se cumpla. Pero la reestructuración ofrece una salida que posibilita que el niño ‘salve la cara’: le permite o bien chuparse los dedos por poco tiempo o bien renunciar totalmente a esta costumbre. Además, bloquea los anteriores intentos de solución de los padres (burlas, poner cosas amargas en el dedo, castigos, etc.), que no hacían sino prolongar el problema.” (P. 107)

Esta intervención además de utilizar el reencuadre, el chuparse un sólo dedo como algo “egoísta” a chuparse los diez dedos como algo “democrático”, se utiliza la prescripción del síntoma con fines paradójicos, con el fin de romper con las soluciones intentadas de impedir que se siga chupando el dedo.

Veamos otro ejemplo propuesto por Fiorenza y Nardone (2004), en el contexto educativo, que no por el hecho de haberse aplicado en ese contexto quiere decir que pierde su función interventiva, terapéutica o estratégica. El mensaje a un chico llamado Francesco que se la pasaba molestando y golpeando a uno de sus compañeros, y que fue formulado con la intención de que fuera el maestro encargado del grupo el que lo transmitiera, es el siguiente:

"Francesco, he comprendido la importancia y la utilidad de tu comportamiento y de tus actos hostiles. Discúlpame si hasta hoy te he tratado mal, pero no me había dado cuenta de que con tus comportamientos despreciativos con relación a Guilio, conseguías que los profesores y todos los demás, alumnos, conserje, etc., se ocuparan de él. Eres un chico sensible y has visto que lo estábamos descuidando. Ciertamente, esto te acarrea algunas pequeñas molestias, como los continuos castigos que estás obligado a soportar, pero seguramente esto es olvidable. Tú, te has puesto en segundo plano por él. Muy bien, maltratándolo le permites obtener atención por parte de los demás." (P. 65)

En este ejemplo el reencuadre es acompañado por la connotación positiva (clásica del trabajo del equipo de Milán). Se reencuadran “los comportamientos despreciativos” por “llamadas de auxilio” hacia los demás, respecto al agredido.

La terapia se convierte, de este modo, en el arte de la retórica (Ceberio y Watzlawick, 1998; Hoffman, 1987; Watzlawick, 1989; Watzlawick, et al., 1995). Fiorenza y Nardone (2004) lo expresan de la siguiente manera:

“... lo que hace posible la explicación y el éxito de la estrategia es el tipo de comunicación que el operador utiliza. Podemos afirmar que un componente fundamental de la intervención estratégica es precisamente el tipo de lenguaje y comunicación que le es propia.” (P. 50).

Ya Watzlawick (1989) lo había mencionado. Este autor se remontó a la historicidad de la comunicación terapéutica, para mostrar la importancia, en base a sus consecuencias de cambios conductuales, de su uso. Para él Antifonte fue el primero en utilizar un lenguaje terapéutico que consistía en la comprensión conceptual del interlocutor y la aplicación terapéutica de las reglas de interacción lingüística, específicamente “dejaba primero que los enfermos hablaran de sus padecimientos y luego les ayudaba con una forma de retórica que utilizaba tanto la forma como el contenido de las manifestaciones del enfermo, de tal modo que en un sentido absolutamente moderno, las ponía al servicio de la reestructuración de lo que el enfermo tenía por ‘real’ o ‘verdadero’, es decir, al servicio de una modificación de aquella concepción del mundo que le hacía sufrir.” (P.13).

Podemos observar que Watzlawick, en este fragmento, pone de manifiesto la importancia de utilizar el lenguaje del cliente, cosa que ya había sido sugerido en los trabajos de Milton H. Erickson (Nardone, et al., 2002). Pero Watzlawick desarrolla un poco más esta idea sobre la retórica terapéutica.

Este autor desarrolló todo un trabajo complejo⁷⁰ y con un sustento teórico muy importante, en donde propone la utilización de distintos lenguajes, dependiendo de la intención del terapeuta y de la intervención planeada, tomando, también, en cuenta la hemisferidad cerebral y las ideas del constructivismo.

Podemos ver que su propuesta no sólo hace referencia a la utilización del lenguaje del cliente, sino también el uso de lo que Weakland y Jackson (1958, citado en Watzlawick, 1989) llamaron “ilusión de alternativas, así mismo sugirió el bloqueo del hemisferio cerebral izquierdo, encargado del razonamiento y la comunicación lógica, entre otras funciones, así como la utilización de las formas lingüísticas propias del hemisferio derecho, encargado de la comunicación metafórica, para facilitar la sugestión de las prescripciones.

Otros tipos de artificios comunicativos mencionados por Watzlawick (1989) en este libro titulado *El lenguaje del cambio. Nueva técnica de comunicación terapéutica*, son el uso de los ya vistos mensajes y comunicaciones paradójicas, evitar las formas lingüísticas negativa, el uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico, así como el uso mismo de los reencuadres. (Nardone y Watzlawick, 1992; Szprachman, 2003; Watzlawick, 1989). Es, también, mencionada la empatía, como el tipo de persuasión más básico (Nardone, 2000c).

En detalle las intervenciones estratégicas requieren, al estilo del mejor hipnotista, la utilización de un lenguaje sugestivo capaz de inducir a las personas a cambiar sus modelos de comportamiento. Se pasa de un lenguaje meramente “descriptivo” a un lenguaje “sugestivo”, “inductivo”, que induce, valga la redundancia, a la experiencia de una realidad. O como lo expresa Nardone (1991, citado en Fiorenza y Nardone, 2004): “La comunicación cargada de sugestión se convierte en el vehículo fundamental para la inducción de prescripciones de comportamiento [y de reencuadres] que conduce al portador del problema a romper sus repetitivos y disfuncionales esquemas de acción.” (P. 50).

Por su parte Nardone (2000c), ha clasificado dos estilos de retórica y persuasión: la nacida de Descartes, de matriz aristotélico-racionalista, y, la ya expuesta, pascaliana, de naturaleza sofista y sugestiva, al estilo del sofista Antifonte.

Para Nardone (2000c) al utilizar el modelo de persuasión cartesiano obtendremos una intervención terapéutica al estilo clásico, racionalista y demostrativa, dirigida al *insight* del cliente, en cambio al utilizar un modelo pascaliano, la intervención será meramente estratégica, inductiva y sugestiva.

⁷⁰ Para mayor detalle sobre el uso de estas técnicas de comunicación remítase a la bibliografía (Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, 1989), o al capítulo referente al reencuadre en este trabajo.

Giorgio Nardone sostiene estas afirmaciones en base a los siguientes argumentos. Para él (2000c), la retórica cartesiana es racionalista y demostrativa, que, al estilo aristotélico, sugiere una argumentación lógica de “verdadero” o “falso”, del “tercero excluido” y del principio de “no-contradicción”, el buen lógico entenderá estos términos y sus implicaciones. Mientras que una retórica pascaliana (Nardone, 2000c, 2004c) implica el uso o utilización de los argumentos y del lenguaje del cliente, sin contradecirle, para poder dar una estocada en el punto clave, es decir en la propia lógica del cliente, pues como menciona el autor “... entonces se quedará contento, porque verá que no se engañaba y que su error estaba sólo en que no veía todos los aspectos... [de la situación]” (Nardone, 2000c. P. 92).

La distinción puede ir mas allá, la comunicación cartesiana implica buscar primeramente una ampliación de la conciencia (*insight*), para lograr un cambio en el comportamiento. Por su parte una comunicación pascaliana y estratégica, requiere un proceso inverso, se piensa que la conciencia es el efecto del cambio.

Las intervenciones tienen como objetivo principal hacer que el cliente (individuo, pareja, familia⁷¹), así como los involucrados en el problema (pareja, familia, amigos, profesionales, etc.) hagan algo diferente respecto al patrón-problema, o sistema perceptivo-reactivo, para lograr un cambio, mínimo en la mayoría de los casos⁷², pero que además sea legal, ético y que no cause daño a ninguno de los involucrados.

Para finalizar con esta parte de suma importancia sobre la comunicación terapéutica, hay que mencionar que, al igual que el uso de intervenciones destinadas a lograr un cambio basadas en el uso de la resistencia del cliente en terapia, acompañan a cada una de las intervenciones generales, descritas más arriba.

Por ejemplo: 1) Para clientes que colaboran, que no se oponen o no descalifican lo que el terapeuta pide o dice, se sugiere el uso de una retórica mas bien cartesiana, de tipo racional-demostrativa, para guiar al cliente hacia el cambio y las soluciones. “Su núcleo consiste en proceder de forma cartesiana, a redefinir de manera lógico-racional las disposiciones emotivas, cognitivas y comportamentales del paciente hasta llevarlo al cambio *consciente*” (Nardone, 2000c. P. 101); 2) Frente a pacientes que aún cuando quieren cooperar no lo consiguen, se sugieren sugerencias dirigidas a conducir al cliente a cambiar de forma indirecta, sin que éste se dé cuenta (Nardone y Watzlawick, 1992); 3) Se procederá a una modalidad retórico-persuasiva basada en el uso de la resistencia, mediante prescripciones y comunicaciones paradójicas, para finalmente proceder a una redefinición cartesiana del proceso terapéutico, en clientes que se oponen a cooperar o no colaboran con el terapeuta (Nardone, 2000c; Nardone y Watzlawick, 1992); 4) Por último, frente a clientes que no son capaces de colaborar o de oponerse deliberadamente, como es el caso de pacientes que muestran comportamientos esquizofrénicos, delirantes, maniacos o persecutorios, se sugiere recurrir a la orientación pascaliana y ericksoniana, que sugiere entrar en la lógica del cliente, asumir sus códigos lingüísticos y de atribución, así mismo, evitando toda descalificación y negación de la realidad del cliente, tratando de reorientarlo en una dirección diferente (Nardone, 2000c). Es evidente en estas sugerencias que el uso de algún tipo de retórica, sea cartesiana o pascaliana, no excluye a la otra, en cuanto a la lógica “o..., o...”, sino por el contrario se pueden complementar perfectamente bien para lograr el cambio requerido, dentro de la misma lógica del cliente.

O como lo expresa Szprachman (2003):

“La reconstrucción de la realidad que ayudará al cliente a cambiar tiene que encajar con la ventana a través de la cual él mismo percibe esta realidad. Nosotros, como terapeutas, podemos tener la mejor estrategia de cambio pero si no encaja con el marco de referencia, el cliente no tendrá ningún calce.” (P. 111).

⁷¹ A diferencia de la terapia familiar tradicional, no pretende, en la mayoría de los casos, reestructurar a la familia del cliente (Keeney y Ross, 1993).

⁷² Se tiene la noción de que un cambio mínimo producen un cambio mayor, un cambio en forma expansiva o manera de efecto de bola de nieve o de domino (Fisch y Schlanger, 2002; Nardone y Watzlawick, 1992).

Como podemos notar, las intervenciones están destinadas a organizar pautas de interacción social y de significado contextual (Keeney y Ross, 1993).

Así, pues, el terapeuta estratégico se orienta pragmáticamente a la acción y a la ruptura prioritaria del sistema de retroacción disfuncional que el paciente vive consigo mismo, con los demás y con el mundo, procurando por este medio hacer vivir concretamente al paciente nuevas experiencias perceptivo-reactivas. (Nardone y Watzlawick, 1992).

Resumiendo el enfoque del MRI, Fisch, et al. (1988) escribieron lo siguiente:

“Nuestro enfoque del tratamiento y de la solución de problemas constituye...”, “... esta visión de la naturaleza de los problemas y de su persistencia. Si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en el que las bienintencionadas conductas de ‘solución’ otorgan continuidad al problema, la alteración de tales conductas debe servir entonces para alterar el ciclo e iniciar la solución del problema, es decir, la desaparición de la conducta problemática, que ha dejado de estar provocada por otras conductas pertenecientes al sistema de interacción.”, “Por lo demás, siempre existe la posibilidad de que un cambio inicialmente pequeño de la interacción en círculo vicioso, dirigido de modo adecuado y estratégico, puede hacer que se inicie un círculo beneficioso...”, “...consideramos [en consecuencia] que el objetivo primordial de un terapeuta no tiene por que consistir en solucionar todas las dificultades sino en iniciar un proceso de inversión. Esto significa, asimismo, que incluso los problemas graves, complejos y crónicos se hallan potencialmente abiertos a una solución efectiva, mediante un tratamiento breve y limitado⁷³.”, “Supuesta esta concepción de los problemas y de su solución, el terapeuta debe transformarse en un agente afectivo de cambio. No solo debe lograr una visión clara de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla; debe considerar también en qué podría consistir el cambio más estratégico en las ‘soluciones’, y dar pasos que estimulen dichos cambios haciendo frente a los compromisos del cliente para continuarlos.” (Pp. 36-38)

En conclusión podemos sintetizar el trabajo del MRI en los siguientes puntos:

1. Se centra en la construcción del problema, como surgidas de la percepción de una dificultad.
2. Las dificultades pueden darse en las transiciones naturales de la vida.
3. Los problemas surgen de una evaluación equivocada de la magnitud de las dificultades.
4. Dichos problemas son construidos por la persistencia que ocurre en la interacción realidad-sujeto-soluciones intentadas.
5. Los problemas surgen, además, del intento de soluciones para resolverlo, basadas en conductas lógicas pero, en la mayoría de los casos, no efectivas, e inintencionadas.
6. Las soluciones intensifican la dificultad original. El problema nace de los intentos por resolverlo, al tiempo que las soluciones nacen (de manera recursiva) de la vivencia del problema (Keeney y Ross, 1993; Nardone, et al., 2002)
7. El fin de la terapia, del MRI, es lograr un cambio mínimo y efectivo.
8. Se tiene una concepción eminentemente pragmática, tanto en la definición del problema, como en las soluciones intentadas, además de en los objetivos terapéuticos y en las intervenciones y su valoración (Szprachman, 2003).
9. Las estrategias y las técnicas deben adaptarse al problema presentado y a la persona que la manifiesta.
10. Delante de escasos resultados, se debe cambiar la estrategia (Fiorenza y Nardone, 2004).

⁷³ Como podemos apreciar en uno de los trabajos del equipo de Palo Alto que lleva por título *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes* (Fisch y Schlanger, 2002).

APARTADO TERCERO EL REENCUADRE TERAPÉUTICO

La idea de que las realidades son siempre construcciones da al individuo la posibilidad de ser libre para decidirse por una realidad, para seleccionarla.

Watzlawick

Actúa siempre de forma que se creen nuevas posibilidades.

Von Foerster

Comúnmente el ser humano tiende a nombrar cosas, pone nombres a lo visible, a lo invisible, a lo indescriptible. Para ello hace uso del lenguaje de la cultura a la que pertenece, pero también de los contextos en donde se desarrolla su experiencia.

Sin duda la palabra, el lenguaje, nos ayuda a matizar, catalogar, clasificar, analizar, precisar conceptos, sentimientos, percepciones sobre lo "real". No es posible la realización de ningún hecho de pensamiento sin recurrir al lenguaje. Todo lo que se puede pensar y comunicar es factible a través del lenguaje. "El hombre es hombre y se reconoce como ser histórico y social por medio de su capacidad lingüística." (Gómez, 2003. P. 36.). Las palabras nos ayudan a mantener un orden de las cosas, a que éstas sean la misma cosa una y otra vez. Las palabras nos sirven para nombrar los fenómenos, sean estos reales o imaginarios, sean concretos y abstractos, nos sirven para referirnos al mundo. Nos ayudan a mantener ciertas abstracciones sobre el mundo de lo "real" y que éste no nos sea tan ambiguo. Estas abstracciones son los encuadres.

El lenguaje y las palabras con las cuales nos comunicamos en una determinada cultura transmiten ideas, ideas y percepciones acerca de lo "real", transmiten y construyen lo que hemos percibido, lo que hemos vivido⁷⁴. Cualquier cosa dentro de un organismo cognoscente puede convertirse en material de la experiencia, puesto que todo puede adquirir un significado, una significación semiótica, pues todo puede tornarse expresivo (Shotter, 1996). "La palabra nos ayuda a hacer el mundo.", "La palabra es mucho más que el ladrillo del edificio cultural, es la propia cultura, el conocimiento inmediato que tenemos de las cosas.", "...detrás de cada palabra emitida, hablada o escrita, hay una concepción de la vida, una visión del mundo, una sensibilidad concreta. Las palabras de cada persona diseñan un microcosmos, una auténtica red de sentimientos, una Weltanschauung (filosofía de vida) única e irreplicable. La palabra es sangre y la palabra es huella, expresión y testimonio perdurable más allá de la referencia..." (Gómez, 2003. P. 26.). Después de todo, las conversaciones, las narrativas y los relatos utilizan, todos, el lenguaje "no sólo como herramienta sino también como contexto." (De Shazer, 1999. P. 26).

Así pues, el encuadre es una idea, una parte del mapa del mundo de "lo real", el encuadre es una teoría sobre este mundo. Puede ser simple o puede ser compleja. Desde la simple afirmación "la tierra es redonda", hasta una "teoría heliocéntrica del sistema solar" o de la simple concepción de que "los hombres son mejores que las mujeres", hasta una "infinitud de investigaciones y teorías que demuestran lo contrario, o que lo confirman". De manera que nuestra representación, en encuadres, del mundo de "lo real" determinará lo que será nuestra experiencia de él, determinarán también "el modo de percibirlo y las opciones que estarán a nuestra disposición al vivir en el mundo" (Bandler y Grinder, 1980. P. 27)

Un encuadre o constructo es un proceso de atribución, es la atribución misma.

⁷⁴ De Saussure (citado en de Shazer, 1999) advierte que "el significante, a pesar de todas las apariencias de haber sido elegido libremente con respecto a la idea que representa [el significado], es fijo, no libre, con respecto a la comunidad lingüística que lo usa" (P. 36), de manera que cada palabra (significante) está relacionada arbitrariamente con su significación (significado), pero su significación está fijada cultural y socialmente (de Shazer, 1999).

El ser humano utiliza los encuadres o modelos para recrear⁷⁵ los aspectos de su experiencia y del mundo que vivencia, de la organización social en la que se desenvuelve, de sus procesos vitales, etc., por ejemplo, en el contexto terapéutico, un cliente tiene una concepción sobre la 'normalidad', 'la locura', 'la terapia', 'el trabajo del psicólogo', y en base a sus encuadres forma expectativas y determina su comportamiento. Los encuadres determinan nuestra conducta, nuestros pensamientos, nuestras emociones y nuestros sentimientos, nos construyen y nos constituyen como seres humanos.

"Depresión", "problemas maritales" y "problemas individuales" son sencillamente construcciones de quienes emplean esos términos. Para de Shazer (1999) lo que esos términos significan es arbitrario e inestable⁷⁶, en otras palabras, la significación varía según quien utiliza el término y de acuerdo con la persona a quien se dirige dentro de un contexto específico⁷⁷. "Esta manera de pensar sugiere que necesitamos observar el modo cómo hemos ordenado el mundo en nuestro lenguaje y la manera cómo nuestro lenguaje (que está antes que nosotros) ha ordenado⁷⁸ nuestro mundo⁷⁹." (De Shazer, 1999, P. 30)

El lenguaje se vuelve una forma de puntuación⁸⁰ del mundo de "lo real".

Si bien podemos encontrar en el ámbito clínico que la mayoría de las terapias se basan en el uso del lenguaje, en la relación cliente-terapeuta, para lograr exponer y comprender un problema, podemos también tener presente que los medios para lograr resolverlo son los mismos (en la mayoría de las terapias), es decir el lenguaje.

En el ámbito terapéutico muchos estudiosos se han encargado de nombrar ciertas conductas de distinta manera, por ejemplo, trastorno límite de la personalidad, aracno-fobia, esquizofrenia, complejo de Edipo,

⁷⁵ Las teorías representacionistas del significado asumen que este es producto de una correspondencia exacta entre el conocimiento y el mundo, que pretende explicar dicho conocimiento, de modo objetivo es decir tal cual es. Como sostiene Botella y Feixas (1998) estas teorías sostienen que una vez que nuestros órganos sensoriales han captado la información proveniente del mundo de "lo real", el cerebro almacena dicha información en forma de una copia, lo que sugiere que el conocimiento es lo que representa. Por mi parte sólo me afiliaré a la idea de que "el mapa no es el territorio", es sólo una aproximación subjetiva.

⁷⁶ De Saussure (citado en de Shazer, 1999) señala que "el vínculo entre el significante y el significado es arbitrario... [es decir], la idea de 'hermana' no está asociada por ninguna relación interna con la sucesión de sonidos s-ø-r que en francés sirve como su significante; esto podría representarse igualmente mediante cualquier otra secuencia. Queda probado por las diferencias que haya entre los idiomas y por la existencia misma de las diferentes lenguas". El significado "hermana" tiene su significante "sœur" en Francia y "sister" en Inglaterra. No hay razón para preferir *sister* o *sœur*, *ochs* a *bœuf* a *buey*. (P. 36) sin embargo hay que objetar que el contexto y las relaciones sociales en las que se ve implicado el uso exclusivo de un concepto o término determinan su significación, y su uso (léase la siguiente cita).

⁷⁷ El lenguaje al ser producto de la interacción deriva su principal significado del modo en que esta inmerso dentro de patrones de relación (Maturana, 1996), tanto relaciones sociales, como relaciones sujeto-objeto. Para Wittgenstein, como menciona Maturana (1996) "...las palabras adquieren su significado de un modo similar, digamos, a como una copa adquiere significado en el juego del brindis. A través de la socialización (relaciones con los otros) en el juego, uno pone en contacto la copa con la de los otros, en un cierto momento y a cierta velocidad, la coloca sobre los labios (relación sujeto-objeto) en un momento preciso y bebe de ella cierta cantidad. El significado de la copa está dado, entonces, por el modo en que funciona dentro del conjunto completo de prácticas (sociales y sujeto-objeto) que están dadas en el juego. Esto es, el mismo objeto (la 'copa') podría tener significados completamente diferentes dentro de otros juegos culturalmente constituidos." (Maturana, 1996. P. 167)

⁷⁸ Para Olso (1997) no sólo el contenido de la comunicación sino también los medios de comunicación (referidos a los medios electrónicos, y tecnológicos en general) moldean la conciencia y las realidades sociales. Lo que confirma los puntos de vista de McLuhan sobre el mismo tema y el cual sostiene que "...la cultura gráfica introdujo a la gente en un estilo perceptivo que es visual y espacial y en un correspondiente estilo mental que es altamente lineal, lógico y categórico" (P. 201)

⁷⁹ Según Botella y Feixas (1998), para Maturana y Varela el lenguaje no es concebido como un mecanismo de apropiación del mundo de "lo real", sino solamente como el origen mismo de crear al mundo a través de distinciones. Por mi parte, considero que cumple ambas funciones.

⁸⁰ La distinción podrá ser definida como la discriminación, la separación, consciente o inconsciente, de sucesos. Desde ésta definición, el lenguaje verbal, al nombrar cosas, también separa, o distingue, unas cosas de otras, permitiéndonos construir infinidad de realidades verbales: "un universo se engendra cuando se separa o aparta un espacio". -lo que Keeney llama "distinción". Y continua "... los límites pueden trazarse en cualquier lugar que nos plazca". El mismo Keeney (1991) remata diciendo "de este modo, a partir del acto creativo primordial de establecer distinciones pueden engendrarse infinitos universos posibles. Lo importante es que el mundo puede discernirse de infinitas maneras, según las distinciones que uno establezca" (P. 33). Cada distinción muestra una realidad diferente. "...cada configuración de distinciones de operación que el observador lleva a cabo, especifica un dominio de realidad como dominio de coherencias operacionales de su praxis del vivir..." (Maturana, 1996. P. 59).

sistema disfuncional, etc., incluso ciertos estudiosos han propuesto una clasificación de los problemas (DSM), o trastornos, como ellos les llaman, en distintas versiones, y que durante muchos años han servido para etiquetar a los clientes y poder determinar un tratamiento.

Pero el nombre (encuadres médicos) que se ha dado a los trastornos se ve también determinado no sólo por la profesión del que denota sino también del marco teórico y el contexto desde donde parte. Así, podemos encontrar dentro de la jerga psicoanalítica problemas como “complejo de Edipo”, “complejo de Electra”, “fijación oral”, etc. Mientras que dentro del enfoque conductista podemos encontrar “fobias”, problemas de reforzamiento”, etc. Para un terapeuta versado en el marco teórico-psiquiátrico, la “esquizofrenia”, “la anorexia”, “el trastorno de personalidad múltiple”, etc., serán más constantes en los expedientes que los ya mencionados. No es de descartarse que las mismas terminologías para nombrar ciertas conductas se encuentren en enfoques teóricos distintos, aún cuando el origen del trastorno sea visto desde distintos ángulos.

Como lo menciona Nardone⁸¹ (1997) “La correcta utilización del diagnóstico clínico, responde a la condición de "orientador" para el profesional, en miras al diseño de la estrategia de tratamiento adecuada, para arribar a una rápida y efectiva solución. El diagnóstico como guía de un proceso y no como un encasillamiento en este sentido abre caminos y no se encierra en sí mismo” (Nardone, 1997. P. 114). Ya que nos guste o no, como terapeutas influimos en nuestros clientes, y al ser de esta forma lo que nos queda es aceptar con responsabilidad, y concientes de ello, ésta influencia y no engañarnos al creer que somos iguales o neutrales a los ojos del cliente (Efran y Libretto. 1997). El contexto terapéutico es algo que implica reglas y roles, no podemos negarlos tan fácilmente, ya que al menos los clientes no lo hacen.

De manera que es en el ámbito de la terapia en donde reside la importancia para el presente trabajo. Los reencuadres o diagnósticos pueden verse como una técnica para determinar un problema y para, por lo tanto, determinar su tratamiento.

Watzlawick y el equipo del MRI (1995) mencionan al respecto:

“Los encuadres y sus rótulos afectan a las expectativas paradigmáticas o inducidas -por - el - reencuadre, y nos permiten articular y mensurar el mundo. Cualquier “hecho” concreto puede poseer varios y diferentes rótulos que implican diferentes encuadres (P. 58).

Una de las funciones del reencuadre es cambiar los significados, el sistema perceptivo-reactivo, del cliente respecto a su descripción del problema, cambiando las palabras denotativas con que se refiere a dicho problema.

Pero ¿Qué es el reencuadre terapéutico? Una cita puede ayudarnos, antes de definir concretamente el reencuadre:

El verdadero viaje de descubrimiento no consiste en buscar nuevas tierras sino en tener nuevos ojos (Marcel Proust).

De Shazer (1999) sostiene que “originalmente las palabras eran magia y hasta hoy las palabras han conservado mucho de su antiguo poder mágico... mediante las palabras puede hacerse a otra persona maravillosamente feliz o llevarla a la desesperación... las palabras provocan efectos y en general son el

⁸¹ Este mismo autor señala que “un uso equivocado del diagnóstico consistiría en explicitar el rótulo al paciente (aunque ello podría utilizarse como parte de una estrategia), con lo que se lograría enquistar aún más la sintomatología, tanto más cuanto que los pacientes traen un rótulo propio colgado por otros profesionales, amigos, parientes, etc., y esto lleva como resultado sendas profecías autocumplidoras, y construye y confirma el título colocado como corresponde a un ‘paciente obediente’...”, “...si el diagnóstico sirve para etiquetar a un paciente y encerrarlo en un manicomio o señalarlo como el ‘loco’ de la familia, resulta ser una aplicación dormitiva y estigmatizante. Si sirve para rebajar las ansiedades del profesional, creyendo que conocer el rótulo ya le otorga la solución de la problemática del paciente, también resulta un efecto dormitivo (Nardone, 1997. P. 114).

medio de influencia mutua entre los hombres.” (P. 23). Estas frases nos sugieren que el trabajo con el lenguaje, en terapia, y en cualquier tipo de conversación, crea magia, es decir que mediante el lenguaje, como terapeutas, creamos el cambio en nuestros clientes, co-creamos una nueva manera de ver al mundo, creamos magia. Es en el lenguaje entonces que podremos como magos reencuadrar la realidad del, y sobre, el cliente. Es decir cambiar no sólo la percepción que tiene el cliente sobre su problema, su realidad, sino, además, cambiar nuestra percepción, la del terapeuta, sobre la realidad del cliente.

El reencuadre es una forma de hacer que alguien (incluido el terapeuta) se pregunte: ¿De qué otra manera puedo hacer o considerar esta situación? (Shapiro, 2005)

"Con el reencuadre se intenta hacer que la persona piensen las cosas de un modo diferente, que vea la realidad con otra luz, tomando en consideración factores antes no considerados por qué no se habían percibido. Se vuelve a codificar la percepción de la realidad de una persona sin cambiar el significado de las cosas, pero cambiando su estructura. No se cambia el valor semántico de lo que la persona expresa, pero en la práctica se cambian los marcos dentro de los que se insertan tales significados. Y como el lector puede imaginar, cambiando el marco, se cambia de manera indirecta el significado mismo" (Fiorenza y Nardone, 2004. P. 62).

Con el reencuadre cambiamos los constructos, las realidades de los clientes. El fin es ese. Cambiamos una realidad por otra, cambiamos un constructo por otro. Al sostener que lo único que tenemos son realidades, es esto lo único que podemos reencuadrar. No podemos cambiar del todo, o al menos no es factible, el mundo de “lo real” sino la concepción que tenemos de ésta, la realidad, de primer o de segundo orden, que construimos sobre este, sobre el mundo de “lo real” (Bandler y Grinder, 1980).

Permítaseme presentar una definición, personal, elaborada del reencuadre como:

“la sustitución del marco conceptual, que hace referencia a una percepción, emoción y/o conducta, en el cual se experimenta una situación, por otro marco o encuadre igualmente válido, no necesariamente del mismo orden (es decir conceptual-conceptual, emotivo-emotivo y conductual-conductual, aunque indirectamente se influyen y determinan), que aborde los ‘hechos’ correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mayormente funcional, en términos de viabilidad del sujeto con la situación problemática, cambiando así por completo el sentido de los mismos”.

Analicemos la definición que propongo desde tres puntos: 1) la sustitución del marco conceptual; 2) sustitución en distintos órdenes lógicos; 3) el cambio en el sistema-perceptivo del cliente, o cambio2.

3.1. La Sustitución del Marco Conceptual.

Como ya lo he mencionado el postulado básico del enfoque estratégico es que “[la realidad que percibimos es fruto de la interacción]...entre el punto de vista de observación asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos con esa [, y en esa,] realidad; no existe, por tanto, una realidad ‘verdadera’ en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre sujeto y realidad.” (Watzlawick, 2000b. P. 17). Este postulado sugiere ver los trastornos mentales, los problemas de la vida, las patologías, o cualquier cosa de la cual se queje el cliente como producto de disfunciones perceptivas y reactivas, de manera que si cambiamos dichas modalidades perceptivas del cliente dentro del proceso de construcción mismo, cambiarán sus reacciones (Watzlawick, 2000b).

Al respecto, sugiere Nardone (1997):

“Parece evidente que cambiar esta rígida y articulada situación no es una tarea fácil pero, como veremos, tampoco es imposible. La dificultad reside en el hecho de que, para llevar a un sujeto a una efectiva y rápida solución de estos problemas, se debe actuar de manera que cambie no sólo sus reacciones, sino sobre todos sus percepciones.” (P. 87).

Así pues, la terapia estratégica del MRI se expresa en el reencuadre de la percepción del mundo de “lo real”, así como de las consiguientes reacciones del cliente a dicho reencuadre.

El reencuadre suele ser una de las técnicas utilizadas en la terapia estratégica del MRI para lograr este fin, es decir, para lograr una reestructuración del sistema perceptivo-reactivo de un cliente.

Como he aclarado, la percepción con la que creamos nuestras realidades, y las realidades mismas, están sujetas a una conceptualización y una consecuente significación del mundo de “lo real”. La sustitución conceptual implica el cambio de la forma en cómo el cliente define y describe su problema, en otras palabras, como lo nombra, como lo percibe.

Los distintos contextos y las distintas personas con las que el cliente se relaciona sugieren modos, conceptualizaciones, de llamar a las cosas. Desde conceptos como tristeza, depresión, bulimia, esquizofrenia, violento, loco, psicótico, etc. Un amigo podría decir que estamos locos, un familiar, que estamos mal, un especialista, que estamos deprimidos, otro, que somos esquizofrénicos, y cada cual sugerir y reforzar una u otra idea. Estos conceptos son determinados por la manera en que el cliente ha aprendido a puntuar su realidad. De modo que el cliente elige, y/o es enseñado a elegir, un concepto para nombrar a su problemática. Convencido de dicho diagnóstico, acude a buscar una solución.

Esta conceptualización hace referencia no a la problemática o al trastorno en sí sino a una percepción, una emoción, un sentimiento o a una conducta que al cliente molesta, incomoda o limita.

Cuando el cliente habla de su depresión se refiere a cosas que siente respecto a una situación, a cosas que piensa respecto a un suceso, a cosas que hace cuando se siente “deprimido”. La conceptualización, el marco conceptual o encuadre, abstrae todos estos aspectos.

Al cambiar o sustituir el marco conceptual con el que se nombra una situación estamos cambiando los aspectos emotivos, perceptivos y/o conductuales sobre lo que se nombra. Es decir no sólo se cambia un concepto. Se cambia el significado emotivo, perceptivo, conductual de lo que el cliente considera problema, de lo que abstrae el encuadre.

Así podemos cambiar el concepto de “personalidad múltiple” por el concepto de “voluble”. El primero podría implicar locura, mientras que el segundo implica variabilidad en la forma de ser o comportarse. Podemos cambiar el concepto que hace referencia a la emoción de “irritable” por el concepto que haga referencia a la misma emoción pero nombrado como conducta o actitud “poco tolerante”. O cambiar el concepto que hace referencia a la conducta “sumisa” por el concepto “falta de iniciativa” que hace referencia a una conducta.

De igual forma al cambiar la descripción, la manera de describir los acontecimientos, acerca de las situaciones consideradas como problemáticas, cambiamos la manera de ver el problema. Formar nuevas combinaciones descriptivas nos llevan a nuevos compuestos conceptuales (von Foerster, 2000b).

En otras palabras, no importa el origen de la enfermedad o síntoma (estructural, paradójico, psicodinámico, etc.), lo que importa es la interpretación de ese origen. Es esta interpretación la que hay que modificar.

Entonces “lo que importa es edificar la información a medida que se superponen, se contrastan y se ponen en juego diversas perspectivas en diversos niveles (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987. P. 15), lo que nos lleva al segundo punto.

3.2. Sustitución en distintos Órdenes Lógicos.

El reencuadre implica una noción de órdenes lógicos respecto a la realidad del cliente. Este cambio de orden lógico, que supone el reencuadre, es un meta-cambio o cambio². Fiorenza y Nardone (2004) mencionan:

"Un reencuadre para que llegue a producir el cambio y resolver el problema, debe sacar de su rígida estructura el problema y llevarlo al interior de otra estructura. Naturalmente no bastará simplemente transferirlo a una estructura cualquiera, sino que hará falta situarlo en una que congenie con el cambio deseado." (P. 69).

En este caso el cambio conceptual, por lo tanto, nos permite sustituirlo en distintos niveles. Podemos sustituir una conducta por una emoción o una percepción por una conducta, de modo que el cambio es jerárquico, vertical, es decir no sólo se sustituye una clase por otra sino una clase por un miembro de otra clase, o de la misma clase.

Pero ¿Qué entendemos por una "clase"?

Ibarra (1994) la define como "...conjunto de objetos heterogéneos, pero afines por sus características" (P. 102). Mientras que Lefebvre (2004) define una clase como la "clasificación de las proposiciones u ordenaciones de las cosas" (P. 35).

Por su parte Seiffert (1977), sostiene que a los objetos del mundo de "lo real" se le atribuyen predicados, por ejemplo "árbol", "libro", "mesa", etc., y ya que es propiedad de los predicados ser atribuidos a un número indeterminado de objetos del mundo de "lo real" (a diferencia de los nombres personales que sólo pueden ser atribuidos a un único objeto), es posible "concebir reunidos a todos los objetos a los que se puede atribuir un determinado predicado, y dar a esta reunión una designación específica. Esta designación es una clase" (P. 61).

De este modo, la reunión de todos los objetos del mundo de "lo real" a los cuales se les asigne el predicado "Q", es designada como la "clase" de todos los objetos "Q" (Seiffert, 1977).

Definamos entonces a una "clase" como una designación específica de la atribución de un nombre a un conjunto de objetos del mundo de "lo real".

Así "Un balón blanco de plástico puede ser considerado como un miembro de la clase de los juguetes etc. En cada momento la pertenencia de un objeto a una clase dada esta determinada no por el objeto en sí, sino por la particular opinión que nosotros tengamos del objeto. Las clases se forma no sólo sobre la base de las propiedades físicas de los objetos sino sobre todo sobre la base del significado y del valor que tienen para nosotros" (Fiorenza y Nardone, 2004. P. 68)

La sustitución no puede darse únicamente en las clases de conceptos o constructos que implican una descripción, sino también en las clases de conceptos o constructos que implican emociones, o pensamientos y/o conductas. De manera que es lineal, horizontal.

Podemos viajar de una clase a otra, dentro de la misma clase, etc. En otras palabras se cambian los marcos, desde la visión de tipos lógicos, que utiliza el cliente para clasificar sus experiencias, su concepción del mundo. Se cambia, tanto vertical, como jerárquicamente de un nivel lógico a otro, de un tipo lógico a otro, de la clasificación de 'trastorno' a 'problema' o 'dilema', de 'depresión' a 'tristeza', etc.

De manera que podemos viajar de una clase a otra, o dentro de una misma clase, sugiero tomar en cuenta los siguientes niveles o clases desde donde se puede percibir un problema. Sean tales niveles: a) el nivel intrapsíquico (problemas individuales), b) el nivel interpersonal (problemas con el otro), c) el nivel

sistémico u holístico (problemas con el mundo)⁸².

Es importante considerar estos niveles ya que el cliente cuando expone su problema puede ser que involucre a otro o al mundo y no solamente a él mismo en su problema o podría excluir alguno de estos elementos en su descripción e incluso excluirse a sí mismo del problema, es decir que considere que el problema, y por lo tanto la solución, no dependen de él sino de los demás, del mundo.

El terapeuta hábil podrá tomar en cuenta estos niveles para poder reencuadrar la realidad del cliente de uno de estos niveles a otro y poder encontrar mayor flexibilidad en la modificación del sistema perceptivo-reactivo problemático del cliente.

Por ejemplo si el cliente considera que el problema es exclusivamente suyo y no vemos que pueda contribuir mucho a la solución del problema, mientras que uno de sus familiares o su pareja pueden proporcionarnos una mayor participación en la solución, podríamos incluir a esta persona, además del cliente, como parte del problema para poder lograr un cambio indirecto⁸³.

En pocas palabras, "mediante adecuadas reestructuraciones se construyen realidades inventadas que producen nuevas realidades concretas" (Fiorenza y Nardone, 2004. P. 70).

Así pues, la diferencia entre un cambio de orden lógico en el reencuadre y el mero cambio conceptual radica en tomar en cuenta la pertenencia del encuadre a una clase, en el primer cambio, mientras que el mero cambio conceptual no implica la categorización del encuadre.

3.3. El Cambio en el Sistema Perceptivo-Reactivo del Cliente: Cambio2⁸⁴.

El cambio como ha propuesto el equipo del MRI, es inducido desde fuera del sistema. Para lograr este cambio se requiere un salto a un nivel distinto del sistema en donde se produce el problema.

En palabras de Heinz von Foerster (citado en Morin, 1994): "la autoorganización significa autonomía, pero un sistema auto-organizador es un sistema que debe trabajar para construir y reconstruir su autonomía y que, por lo tanto, dilapida energía". Energía e información que debe ser obtenida del medio exterior al sistema, lo que plantea la segunda ley de la termodinámica⁸⁵. En la base de la cual podemos afirmar que el "ser vivo extrae información del mundo exterior a fin de organizar su comportamiento" (Morin, 1994. P. 69)

⁸² Estas clases pueden a su vez pertenecer a meta-clases (clases de clases) o tener sub-clases. De modo que hay distintos niveles lógicos desde donde podemos observar o colocar un encuadre, tantos como el terapeuta o el cliente consideren.

⁸³ Es importante, desde mi punto de vista, advertir al participe que es sólo una estrategia para la solución del problema y mencionarle que si bien hemos hecho pensar al cliente que él también, el familiar, constituye parte del problema, para nosotros como terapeutas no es así. No es necesario crear clientes, sino participes, en otras palabras no es saludable enfermar a más personas ni hacer más grande el problema de lo que ya se percibe.

⁸⁴ Debo aclarar que el uso de la teoría de los tipos lógicos sólo la haré aplicable al aspecto del "cambio terapéutico", de la misma manera como lo hace el equipo del MRI. Esto lo he resuelto al estar de acuerdo con la idea de Bateson quien literalmente afirma "En la historia natural ciertos miembros de una clase, que difieren de los demás únicamente porque se hallan en los límites, llegan a transformarse en rótulos o en el nombre de su clase. Esta excepción a la regla de Russell que dice que ningún miembro de una clase puede ser el nombre de esa clase, es más aparente que real (y que me sucederá al hablar de la redefinición como un miembro de la clase de reencuadres). En la teoría de la comunicación y en la teoría de los tipos lógicos, no hay, por supuesto, objetos: solo hay *mensajes* llevados por esos objetos o esos eventos. Un sólo objeto (un nombre) puede llevar muchos mensajes que además pueden ser de diferente tipo. La regla de Russell establece solamente que el nombre o el mensaje de un tipo determinado no debe clasificarse como un nombre o un mensaje de un tipo diferente. El mapa no es el territorio, ni siquiera cuando el territorio físico es la única encarnación del mapa." (Bateson, 1979a. Pp. 195-196). Ésta afirmación sugiere entonces que cualquier reencuadre puede ser nombre y miembro a la vez, como ya lo he mencionado en los anteriores párrafos.

⁸⁵ "De acuerdo con la ley de la termodinámica, el cambio de entropía dS puede descomponerse en dos partes; el flujo de entropía, deS ; y la producción de entropía, diS . El flujo de entropía corresponde a los cambios con el mundo externo, en tanto que la producción de entropía se refiere a los procesos irreversibles que tienen lugar dentro del sistema (cambio1-soluciones ensayadas). La segunda ley de la termodinámica postula que la producción de entropía es positiva o nula, como resultado de lo cual la entropía de un sistema aislado aumenta hasta que el sistema alcanza el equilibrio." (Prigogine, 1994. P. 41).

En términos de la psicoterapia, podríamos pensar que cambiar un concepto que nombre a un determinado número de miembros, como propongo, sería caer en el cambio1, sin embargo aquí el cambio de nivel es de distinto orden o de distinta clase.

El sabio brujo Don Juan también advierte sobre este salto de nivel lógico: "Si queremos parar (cambiar) a nuestros semejantes, siempre hay que estar afuera del círculo que los oprime (sistema perceptivo-reactivo). En esa forma se puede dirigir la presión" (Castaneda, 1975. P. 12).

El cambio2 se refiere a lograr un salto del contexto "problema" a otro contexto "no-problema", o contexto "solución". Mientras que en el reencuadre se salta de un contexto problema "X" a un contexto problema "Y", es decir se salta de un problema a otro. Con esto no quiero decir que no se puede reencuadrar un problema por un no-problema, sino que aquí el cambio2 se refiere a eso: un cambio de "problema" a "no-problema".

El cambio 2 es provocado al cambiar el sistema perceptivo-reactivo del cliente al lograr cambiar su marco conceptual.

Al igual que cualquier otro tipo de intervención que tenga como finalidad cambiar el sistema perceptivo-reactivo del cliente, el reencuadre logra sacar al cliente de su única visión sobre el problema ampliando las posibilidades de interpretarlo, de percibirlo. El reencuadre saca al cliente de sus intentos de solución que mantienen al problema, colocándolo ante un "nuevo" encuadre, el problema reencuadrado, en donde las soluciones que se busca o se deben utilizar son otras. De modo que las antiguas soluciones no son necesarias, al menos no para el problema que el cliente presenta al terapeuta en ese preciso momento. Por ejemplo el tomar medicamentos como medida de solución para la depresión no es necesario para un simple "bajón", que podría ser aliviado con una salida con las amigas o una cena con el galán.

Bajo esta noción de cambio2, considero que el reencuadre es una técnica, no que persigue al *insight*, por parte del cliente, sobre el problema, incluso por parte del terapeuta, bajo la denotación de un diagnóstico, sino como una técnica que puede o no implicar a este, al *insight*.

El *insight* puede o no ocurrir, aún cuando pareciera que el reencuadre es el mismo *insight* del terapeuta. No es así, sólo es una visión del terapeuta sobre el problema del cliente. Mientras que el *insight* procura producir conciencia sobre el problema presentado por el cliente, el reencuadre sólo pretende co-crear nuevas alternativas de cómo el cliente puede ver su problema, de cómo ve el mundo.

Hay que tomar en cuenta la anotación de Papp (1983) sobre los elementos causales y circunstanciales que se presentan durante el transcurso de una sesión y otra, y sobre los que no tenemos control, ni los cliente y mucho menos los terapeutas. Estos elementos, cuales sean, muchas veces nos impiden predecir si se producirá o no un cambio o qué tipo de cambio se producirá, a lo más que podemos llegar como terapeutas es crear las condiciones para el cambio. A veces podemos producir poco o ningún cambio durante el transcurso de la terapia, no obstante posteriormente suelen ocurrir cambios inesperados, los cuales pueden tener o no nada que ver con la terapia (Papp, 1983).

Sin embargo lo que sí ocurre, cuando se produce un cambio, es que éste se expande por otros ámbitos del sistema, es decir que un cambio en un área de la vida del cliente puede expandirse a otras áreas. O que un cambio en el sistema perceptivo se expande al sistema conductual o emocional. El cambio se ramifica por todo el universo del cliente (Bateson, 1976. citado en Fiorenza y Nardone, 2004).

Lo que parece esencial es que las soluciones se desarrollan cuando terapeuta y cliente puede construir las expectativas de un cambio útil y satisfactorio.

Watzlawick parte de la noción constructivista acerca de que las personas construyen su realidad y que ésta

es sólo una manera de verla. Por lo tanto el reencuadre proporciona visiones alternativas a la noción del cliente respecto a su problema.

Pero ¿Qué función cumple o cuáles son los objetivos del reencuadre como técnica terapéutica?

Desde mi punto de vista, el reencuadre tiene una sola finalidad. Basado en el marco teórico del equipo del Mental Research Institute, el reencuadre tiene la finalidad, y cumple ese objetivo, de modificar el sistema perceptivo-reactivo del cliente.

Mediante el reencuadre se busca que el cliente tenga una visión distinta sobre su problema, es decir que su sistema perceptivo sobre el problema sea modificado, logrando mediante esto modificar el problema o la conducta problemática, el sistema reactivo. El objetivo es crear realidades alternativas mayormente funcionales, o viables, para el cliente, es decir en las que se pueda desenvolverse y desarrollar adecuadamente. Pues como sostienen Efran y Libretto (1997):

“...de cómo un problema es ‘lenguajeado’ (encuadrado) depende de cómo será resuelto”. (P. 73).

O como afirma Szprachman (2003):

“Bueno o malo son formas no-útiles de abordar problemas y realidades. Es mucho más útil encarar problemas en términos de funcionamiento o no-funcionamiento en un contexto dado. En estos términos es más fácil producir un cambio en la situación problemática.” (P. 110).

El objetivo del equipo del MRI es modificar el sistema perceptivo-reactivo interviniendo en el sistema reactivo, es decir generando respuestas conductuales o comportamentales que logren modificar la percepción del cliente, sin embargo con el reencuadre sucede lo contrario, es decir que mediante una modificación de la percepción del cliente sobre una realidad determinada, el problema, se logra modificar el sistema reactivo presente en el cliente. No es ajena esta forma de trabajar del equipo del MRI, pues bajo una visión estratégico-constructivista, la postura es siempre la relativización de la realidad del cliente, y de la propia, inclusive.

Cabe recordar que el interés del MRI es trabajar con la generación de conductas que lleven al cambio en el sistema perceptivo debido a que para ellos el interés por llevar al cliente a un *insight* del problema es innecesario. Como ya lo he mencionado, el reencuadre no es una técnica de intervención terapéutica que busque el *insight*. El reencuadre puede o no implicar como consecuencia un *insight*, es por ello que el cambio de polaridad en cuanto al trabajo prioritario con el sistema perceptivo, antes que el reactivo, es complementario y no un trabajo bajo una lógica unilateral o dualista.

Si bien el fin u objetivo general del reencuadre es modificar o romper el sistema perceptivo-reactivo del cliente, esto trae como consecuencia ciertos aspectos. Veamos a lo que me refiero. Por un lado al reencuadrar un constructo, o la realidad del cliente, respecto al problema en cuestión logramos: 1) despatologizar el problema, es decir que logramos que no sea visto como una patología o una enfermedad mental que requiera tratamiento, más que psicológico, psiquiátrico y/o médico; 2) normalizar⁸⁶ el problema, es decir al lograr tener una visión de no-patología estamos poniendo al problema en ese nivel lógico de problema y no de enfermedad. Estamos logrando poner al problema presentado como un problema más que requiere de una solución, o mejor dicho que tiene solución, a diferencia de las enfermedades mentales o las patologías que son vistas como controlables más que curables, y; 3)

⁸⁶ Para el equipo del MRI (Fisch y Schlanger, 2002), una de las finalidades del reencuadre es normalizar la situación problemática percibida por el cliente. Es decir, enmarcar la experiencia de un cliente, aunque sea totalmente indeseable y desesperante, como una reacción humana normal. "Es una manera implícita de darle a entender (al cliente): 'muy bien, usted tiene sus problemas, pero el hecho de tenerlos no significa que le pase nada malo'". (Fisch y Schlanger, 2002. Pp 136-137). El objetivo de la normalización es por tanto infundir tranquilidad y esperanza a los clientes respecto a la gravedad y solución de sus problemas, permitiendo, a la vez, disminuir la intensidad con la que el cliente ha intentado aplicar soluciones a su problema.

flexibilizar la realidad, o los constructos que componen la realidad del cliente respecto al problema, lo que nos puede proporcionar una flexibilidad, también, en el sistema perceptivo-reactivo del cliente y poder formular una intervención que nos permita complementar el reencuadre, o, aún cuando no lo complemente, para lograr un cambio y solucionar el problema, o generar soluciones al problema, junto con el cliente claro esta. Pueden ser vistos como objetivos particulares o como consecuencias del uso del reencuadre terapéutico. En otras palabras el reencuadre es el medio y es el fin.

Estos tres puntos manifestados como consecuencias del uso del reencuadre terapéutico también pueden ser vistos como objetivos del terapeuta. El objetivo puede ser despatologizar el problema o la situación problemática si el terapeuta considera necesario hacerlo, para ello se basará en el uso del reencuadre, así como de otras técnicas que pueden acompañar o no, o complementar o no al reencuadre. Así también puede ser objetivo del terapeuta normalizar la situación considerada como problemática mediante el uso del reencuadre o bien intentar flexibilizar la visión del cliente respecto a la situación problemática y generar un contexto propicio para utilizar alguna otra técnica de intervención.

De cualquier manera, el resultado será el mismo, cambiar o modificar el sistema perceptivo-reactivo sobre el problema que presenta el cliente.

Otro objetivo puede ser romper el sistema perceptivo-reactivo del cliente respecto al problema para generar soluciones alternativas, a las soluciones intentadas que forman parte del sistema, y resolver el problema. La terapia es vista, entonces, como el arte de sustituir una construcción de una realidad que ya no le permite al cliente adaptarse al mundo de “lo real” ni a sus experiencias, por otra realidad que se adapta mejor (Watzlawick, 2000a).

Hasta aquí la propuesta constructivista es que las personas crean realidades o explicaciones respecto al mundo real, respecto a las experiencias que han vivido. Estas experiencias, junto con el ámbito socio-cultural donde se desarrolla cada individuo, dan de alguna manera forma a las explicaciones de, en el caso de la psicología clínica, los problemas que el cliente trae a terapia. La visión constructivista plantea que el cliente crea ciertas realidades respecto a su problema y dirigen sus vidas dentro de estas explicaciones, que además son parte del problema. Al generar un reencuadre diferente del que tiene el cliente de su problema, generamos alternativas de dirigirse respecto al contexto específico donde se presenta la problemática.

Al tener una visión distinta o alternativa, creada por el reencuadre, de una cierta situación considerada como problemática, podemos generar soluciones distintas a las que se habían llevado a cabo hasta ese momento, tanto por el cliente como por la gente involucrada en el problema. Si hemos intentado ciertas cosas para resolver un problema, al verlo con otro matiz, desde otro ángulo, podemos crear y generar soluciones distintas a las que habíamos implementado.

Como menciona De Shazer (1991):

“...la terapia, a través del reencuadre, proporciona un tipo de espejo que puede ayudar a la gente a ver determinadas situaciones de modo diferente y por lo tanto a comportarse diferentemente. Aunque dos (o más) rótulos pueden aplicarse a una misma situación, no todos los rótulos son iguales. Algunos promueven conductas perjudiciales, mientras que otros parecen alentar comportamientos beneficiosos.” (P. 60)

Por su parte Keeney y Silverstein (1988) sostienen, al respecto de las soluciones alternativas, que el terapeuta debe partir de los marcos semánticos y políticos (sistema perceptivo y sistema reactivo del problema, respectivamente) que presenta el cliente en terapia pues estos son los ingredientes básicos de la realidad del cliente, los que a su vez deberán ser ordenados de manera distinta (reencuadrados) para buscar que el cliente construya “significados y pautas políticas más adaptativas” (Keeney y Silverstein, 1988)

Me gustaría proponer también que otra consecuencia/objetivo del uso del reencuadre terapéutico es la des-problematización de una situación. Si podemos des-patologizar, es decir considerar una situación como

una no-patológica, también podemos considerar a una situación dada como un no-problema. Como ya lo he mencionado De Shazer habla de discursos sobre el problema y discursos sobre las soluciones. También podemos hablar, entonces, de discursos sobre no-problemas, estos sugeridos por el terapeuta. Podemos hacerle pensar, al cliente que la situación que el considera problemática en realidad no lo es, y que quizás pueda ser sólo un mal entendido. Si por ejemplo llegase una chica que durante un tiempo le han dicho que ha subido de peso y que se está poniendo “gorda” podríamos decirle que su peso es el normal para la gente de su edad, demostrándole incluso con una báscula, y decirle que parece que los otros lograron jugarle una broma haciéndole preocuparse por cosas insignificantes. Esto podría ser un ejemplo de discurso sobre no-problemas.

El reencuadre al igual que el diagnóstico es un recurso lingüístico (Nardone, 1997).

Pues bien nos ha quedado claro que el mundo de “lo real” no lo podemos cambiar del todo, sería inútil que un aracno-fóbico tratará de deshacerse de todas las arañas de cada rincón del mundo, lo que podemos hacer es cambiar la realidad, los constructos, las ideas, los sentimientos, las emociones, las creencias, los encuadres que tienen los clientes sobre este mundo. Nos ha quedado claro también que el lenguaje es el que nos ayuda a describir éstas realidades, estos constructos, creencias, emociones, sensaciones, creencias, etc., es pues en el lenguaje en el que podemos intervenir, reencuadrándolo, para lograr un cambio en estas áreas.

En conclusión una “manera que tenemos a nuestra disposición son los pasos de la danza del lenguaje y su música de acompañamiento” (von Foerster, 2000b. P. 70).

El lenguaje: ¡que magia!
Von Foerster

3. 4. Tipos de Reencuadres Terapéuticos

"La cosa más compleja es resolver problemas complicados
mediante soluciones aparentemente sencillas"
Nardone

El reencuadre puede tener muchas formas. Lo podemos encontrar dentro de la comunicación coloquial entre las personas. Lo que aquí respecta me referiré a reencuadres netamente terapéuticos a diferencia de los coloquiales, es decir reencuadres que tienen el propósito, por parte del terapeuta, de provocar un cambio en la realidad, en la conducta, emoción o pensamiento de el denominado “cliente”, dentro de un contexto terapéutico.

Por mi parte, mediante el análisis del material bibliográfico del MRI y de Giorgio Nardone, en general, así como los ejemplos de reencuadres, en particular, en donde he encontrado una cierta lógica y constancia en los reencuadres, al igual que similitudes en unos y distinciones muy marcadas en otros, he nombrado y elaborado una clasificación de los reencuadres, fraccionada en cuatro clases.

La siguiente clasificación me servirá para el Análisis de Marcos Recursivos que pretendo presentar. Me servirá para clasificar los ejemplos seleccionados de los fragmentos con el fin de dar al lector un panorama, ejemplificado, aclaratorio del uso del reencuadre. Así mismo tendrá la finalidad de mostrar la diversidad en el uso del reencuadre. Pretendiendo sugerir al lector y practicante la elaboración del reencuadre desde distintos ángulos.

El reencuadre puede verse envuelto en distintas clasificaciones, que parten desde la manera en como es presentado, la finalidad que persigue y la estructura que intentará modificarse. Así pues, he decidido nombrarlas y clasificarlas de la siguiente forma:

3.4.1. Por el modo de presentación	3.4.2. Por la función del reencuadre	3.4.3. Por los elementos de la estructura gramatical del cliente (elementos de significados agregados)	3.4.4. Por la connotación que implican
1) Directos: a) Redefinición 2) Indirectos: a) Metáforas - Analogías - Encuadre metafórico - Metáfora - El cuento - El uso del humor b) El uso de símbolos. c) Tareas-reencuadre	1) Reencuadrar el nombre del problema 2) Reencuadrar el origen del problema. 3) Reencuadrar los cambios. 4) Reencuadrar la relación cliente-problema. 5) Reencuadre contextual 6) Reencuadre temporal. 7) Reencuadre del contenido. 8) Reencuadre del canal sensorial. 9) Reencuadre del nivel lógico del problema.	1) Sustantivos 2) Verbales 3) Otros Elementos (Generalizadores)	1) Positivos 2) Negativos 3) Lógicos

Fig. 2. Clasificación de reencuadres.

La topología de reencuadres, como podremos ver, se ve envuelta en criterios que nos hacen ubicar cada tipo de reencuadre en distintas clases, sin embargo, podemos notar que cada tipo de reencuadre puede pertenecer a otra clase. Esto se debe a que los criterios elegidos (por modo de presentación, por la función del reencuadre, por los elementos gramaticales, o por la connotación que implica), no se excluyen entre sí. Es, también, debido a que los encuadres presentados por el cliente, siguiendo la lógica del MRI, pueden pertenecer a una clase o a otra, o a ambas o varias y por lo mismo reencuadrarse de distintas maneras. De modo que podremos notar que podemos reencuadrar el nombre del problema de manera indirecta o reencuadrarlo con alguna connotación, así también, puede ser reencuadrado de manera indirecta o de manera directa y tener una connotación. Por lo tanto, parecerá que un tipo de reencuadre es el mismo que otro tipo. Esto no debe confundirnos, será, solamente, necesario reconocer los criterios que presento.

3.4.1. Reencuadres por modo de presentación

Los reencuadres pueden ser presentados al cliente de distintas maneras. Por ejemplo de manera directa o de manera indirecta, principalmente. De modo tal que podríamos hablar de dos ramas principales de reencuadres, también: directos e indirectos. Este tipo de reencuadres son generales, es decir que, a pesar de la función que pueda tomar un reencuadre o el tipo de estructura gramatical que intentará sustituir, los reencuadres siempre serán directos o indirectos.

A su vez estos se pueden dividir de distintas maneras. Pero permítaseme describir con un poco de detalle estos tipos de reencuadres y sus derivados o subtipos.

1. Reencuadres Directos

Podríamos definir los reencuadres directos de forma similar a como el equipo del MRI definen las

prescripciones de comportamiento directas, es decir, se trata de aquellas indicaciones [o verbalizaciones] (en el caso de reencuadres verbales) que hace el terapeuta de manera directa y clara al cliente (Nardone y Watzlawick, 1992).

Por lo general los reencuadres directos son palabras o frases que el terapeuta utiliza para cambiar la percepción que el cliente tiene sobre algún fenómeno. En este tipo de reencuadres el terapeuta no se anda con rodeos, sino que de manera clara e inteligible, para el cliente, comunica su punto de vista sobre la situación en cuestión.

Por ejemplo: si el problema es encuadrado por el cliente como un “trastorno de alimentación”, el terapeuta podría reencuadrar diciendo que el cree que es su comportamiento es “una manera de desperdiciar la comida”.

En el reencuadre directo se hace uso de palabras análogas a las utilizadas por el cliente. El conocimiento y uso del lenguaje del cliente nos permite ésta maniobra. Así mismo permite una mayor exactitud y comprensión del reencuadre presentado por el terapeuta, al ser claro en el mensaje.

Otro ejemplo es el siguiente (apoyándonos del des-encuadre⁸⁷): "usted no tiene por qué sentirse así... (des-encuadre),...Por el contrario debe estar ‘feliz’ porque lo abandonó, él la maltrataba y humillaba sin razón". (Reencuadre directo).

Uno de los reencuadres directos más utilizados es la redefinición. Como nos hace suponer la definición de reencuadre arriba presentada, el reencuadre puede dirigirse a cambiar actitudes, pensamientos, creencias, emociones, o comportamientos.

Por ejemplo: si quisiésemos reencuadrar directamente una actitud “machista” por parte del padre ante la educación de su hija, podríamos reencuadrar esa etiquetación de actitud por “conservador”. Si quisiéramos cambiar una creencia sobre, por ejemplo el aborto, como “una cosa satánica y anticristiana”, podríamos hacerlo a través de un reencuadre directo del siguiente tipo: “parece ser que el aborto para ti parece un pecado, madres mártires que han decidido no traer al mundo a sus hijos a aprender cosas del mal y no verse tentadas a pecar más a través de sus hijos”. Podríamos también cambiar una emoción de “enojo” (por celos), a “poco tolerante a las amistades de tu pareja”. O por ejemplo cambiar algún rasgo de identidad que defina al cliente, por ejemplo “soy muy terco” por “tu infatigable búsqueda de la razón”.

El reencuadre puede ser utilizado en distintos ámbitos. Por ejemplo, en base a la teoría de tipos lógicos podríamos presentar la siguiente clasificación (véase Fig. 3), en tipos de clases, presentada por Dilts, en su libro *como cambiar creencias con PNL* (2002. P. 94). Es importante aclarar que esta clasificación no es del todo completa, habrá alguien que quisiese agregar algo más y podrá hacerlo, ya que para mi sólo es una manera de puntuar mi realidad.

Como podremos observar esta pirámide hace referencia a aspectos del cliente. Esta pirámide nos ofrece una ascendencia jerárquica de los elementos que se pueden reencuadrar en el discurso o en el problema del cliente. Por ejemplo podemos elegir reencuadrar una creencia, un valor, una emoción, una aptitud, un comportamiento o un contexto.

⁸⁷ El des-encuadre es una técnica terapéutica que consiste en desafiar, de manera directa o indirecta, la realidad del cliente, **sin proporcionarle** un nuevo marco o encuadre. Es decir que al cuestionar la realidad del cliente, la percepción que tiene sobre determinado suceso, experiencia, fenómeno, etc., el terapeuta omite el presentarle al cliente un significado alternativo, una realidad alternativa (Cade y O’Hanlon, 1995; O’Hanlon, 1993). Así el significado queda al aire, como una moneda esférica, pues el terapeuta sólo cuestiona la idea, la creencia. Será cuestión del cliente descubrir y proporcionarse un nuevo significado, un nuevo encuadre.

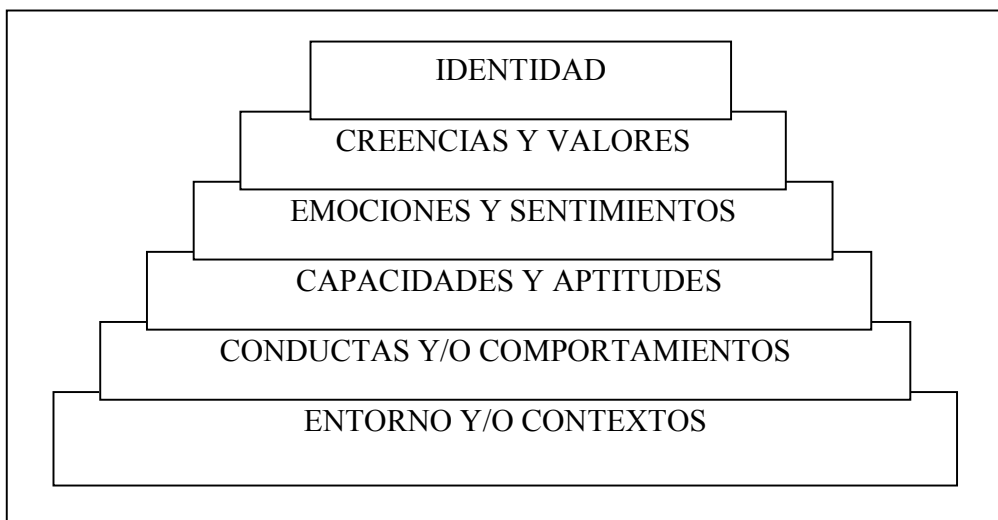


Fig. 3.

El reencuadre directo puede ser utilizado con cualquier tipo de clientes, pero se podría sugerir principalmente para clientes con una actitud más razonables, o que tienen la costumbre de razonar sobre todo tipo de cuestiones, principalmente sobre su problemática, así como con clientes que suele ser cooperativos (Nardone y Watzlawick, 1992).

2. Reencuadres Indirectos

Otro tipo de reencuadre, un grupo o clase de, son los reencuadres indirectos, entre los que se encuentran: las tareas, las metáforas, analogías, cuentos, entre otros.

Se asemejan mucho a los directos, pero difieren en la manera en cómo son presentados. Mientras que a los primeros se les llama por su nombre, a los segundo se les llama sutilmente de otro modo, es decir, mientras que los reencuadre directos se basan en el uso de conceptos concretos y se plantean en frases también directas, concretas y claras, los reencuadre indirectos son transmitidos mediante conceptos abstractos respecto, no a su significado, sino a su uso. Son transmitidos mediante mensajes metafóricos, analógicos, etcétera. Mientras que lo directos son literales.

El reencuadre indirecto puede definirse como aquellas indicaciones y/o verbalizaciones que enmascaran su verdadero objetivo (Nardone y Watzlawick, 1992).

El uso de recursos metafóricos, literarios y fantasiosos es clave en los reencuadres indirectos. La mayoría de ellos tiene la finalidad de generar un cambio en el sistema perceptivo-reactivo del problema del cliente mediante medios más bien sutiles y desapercibidos para el cliente.

Mientras que en el uso de reencuadres directos se tiene la finalidad de reencuadrar el sistema perceptivo-reactivo problemático del cliente de manera que el cliente note con mayor precisión y sea mayormente consciente del mensaje del cliente, en el uso del reencuadre indirecto, el reencuadre deberá ser casi imperceptible.

Los reencuadres indirectos son un recurso sumamente importante e interesante, generador de inventiva para hacia el terapeuta, ya que el valerse de comunicaciones simbólicas y/o metafóricas implica un gran esfuerzo creativo que estimula al terapeuta a generar y pensar en un cliente y/o un problema únicos. Pero también implican otros aspectos, como lo ha señalado Zeig (1980): 1) "...fomentan la independencia del cliente al obligarle a buscar un sentido al mensaje y, 2) al mismo tiempo, le imposibilitan el uso de sus

medios habituales de defensa y control, modelando su flexibilidad y soslayando la resistencia normal al cambio" (P. 193)

Unas de las ventajas de los reencuadres indirectos por sobre los directos es que los últimos se limitan a un sólo encuadre, una sola nominalización, y que es formulada por el terapeuta. Mientras que en los reencuadres indirectos la significación y los encuadres presentan múltiples interpretaciones.

Los reencuadres indirectos al igual que los directos se pueden sub-dividir en clase o tipos de reencuadres. Entre ellos podemos nombrar las metáforas, las analogías, las tareas de reencuadre indirecto, etc. A continuación haré una breve y ejemplificada descripción de estos subtipos.

a) Reencuadres Metafóricos.

La metáfora es un recurso literario que permite semejar a una cosa con otra.

En este tipo de reencuadre indirecto se encuadra una experiencia mediante frases o imágenes de una manera no literal, algunos subtipos son:

- a) Analogías. Cuando una cosa es asemejada a otra: "tus ojos de aceitunas". Haciendo referencia al color de ojos. (O'Hanlon, 1993)
- b) Cuando hay una imagen implícita en una descripción, se puede denominar encuadre metafórico. Por ejemplo: "mi mente corría a una velocidad de 1 km/minuto".
- c) La metáfora propiamente dicha es una figura literaria que consiste en identificar dos términos distintos. Por lo general se toman elementos de la experiencia del cliente para crear una historia. (O'Hanlon, 1993)
- d) El cuento. Narración breve, oral o escrita, de un suceso real o imaginario y que puede presentar una situación problemática que implique una respuesta parecida a la que podría utilizar el cliente en la solución de su problema.
- e) Para Bergman (1992) el humor es un medio eficaz de, y para, reencuadrar una situación problemática. Un ejemplo de este tipo reencuadrar es el presentado en el apartado primero sobre Erickson y la "niña cara de canela".

Un ejemplo de reencuadre por analogía es el presentado por Gordon y Meyer-Anderson (1981, citados en O'Hanlon, 1993; Zeig, 1980) sobre un caso de Milton Erickson:

"Erickson atendió en terapia a una enfermera soltera, observó que la mujer tenía un trasero grande y también amor a los niños. Le dijo: 'YO SE que tiene el trasero más grande de toda la creación. SE que no le gusta, pero es el suyo. Y le gustan los niños, de modo que querría casarse, tener hijos propios.....Y tiene miedo de que ese gran trasero constituya un obstáculo... Este es su error... Usted no ha leído el Cantar de los Cantares, de Salomón. TIENE que leer su Biblia. Se habla de la pelvis como de la cuna de los niños... El hombre que quiera casarse con usted no verá un gran trasero gordo... Verá una cuna maravillosa para los niños.' Los hombres que quieren ser padres QUIEREN también una linda cuna para el hijo." (P. 109).

Las historias pueden ser remembranzas, proyecciones o puramente fantasías, "... basarse en cosas que agradan o desagradan al cliente o ser un simple relato. Pueden afectar los campos fisiológicos y psicológicos, la salud, las emociones y el bienestar." (Thompson, 1992. P. 297)

Por otra parte, el tamaño de la metáfora es irrelevante, éstas pueden ser largas o cortas, incluso su nivel de complejidad puede también variar de complejas a meramente simples, limitándose incluso a una sola palabra o frase que modifique la percepción del cliente (Thompson, 1992). Podemos utilizar palabras al estilo psiquiátrico y/o médico para reencuadrar una situación: "deprimido", "triste", "decaído", etc., o podemos utilizar palabras al estilo poético y metafórico como por ejemplo: "te sientes como una tarde gris en primavera".

El uso de la metáfora tiene amplias ventajas. Una ya mencionada es su aspecto abstracto que permite una interpretación multivariada del relato presentado.

Las ventajas del uso de la metáfora, en general, es que:

1. Todas las metáforas “trasladan estructuras explicativas de un dominio familiar de experiencias a otro dominio ante la necesidad de su comprensión o reestructuración” (Krippendorff, 1996. P. 110)
2. Organizan las percepciones de sus usuarios y, cuando se actúa en base a ellas (a las metáforas), crean realidades experimentadas. (Krippendorff, 1996)
3. Permite que el cliente (sea un infante, adulto, mujer, hombre, etc.), no reconozca su posibilidad de optar por varias interpretaciones de lo relatado, y como consecuencia genere varias soluciones a su problema. Para Krippendorff (1996), las metáforas no son comparaciones ocultas sino los “vehículos lingüísticos mediante los cuales se construye algo nuevo” (P. 111)

Por ejemplo, el uso de metáforas con los niños puede tener muchas ventajas, entre ellas podemos enumerar:

1. Los niños no buscan la razón o motivación por la cual se les cuenta una determinada historia, pues sólo se limitan a escucharla con atención, curiosidad, maravillados del relato principalmente, con la mente abierta.
2. No se preguntan por qué se eligió esa historia en lugar de otra para serle contada.
3. No se preguntan si tiene una moraleja, o si tiene o no una explicación. (Thompson, 1992)

Por su parte Jeffrey Zeig (1980. P. 17) enumeró como sigue algunos de los valores que tiene el empleo de anécdotas y metáforas en la terapia:

1. No implican una amenaza.
2. Captan el interés del oyente.
3. Fomentan la independencia del individuo, quien al tener que conferir sentido al mensaje, extrae sus propias conclusiones o emprender acciones por propia iniciativa.
4. Pueden ser utilizadas para eludir la natural resistencia al cambio.
5. Pueden emplearse a fin de controlar la relación entablada con el sujeto.
6. Ofrecen un modelo de flexibilidad.
7. Pueden crear confusión y así promover en el sujeto una buena respuesta hipnótica.
8. imprimen su huella en la memoria, haciendo “que la idea expuesta sea más memorable”.

“Es realmente sencillo resolver problemas trabajando con metáforas ya que lo que perturba no es el hecho ocurrido en sí sino la manera como se vivió y basta con modificar la representación interna de lo que se vivió para que el dolor disminuya o desaparezca, y se promuevan cambios en la realidad del paciente” (Orozco de Gortari, 1999. P. 101).

Haley (citado en Rosen, 1994) menciona que Erickson no sólo se comunicaba metafóricamente con los clientes, sino que además operaba dentro de la metáfora a fin de producir un cambio, como podemos ver en el uso de la técnica de “siembra”, tan popular en el ámbito del lenguaje hipnótico.

b) Reencuadres por símbolos

El uso de símbolos en la terapia no puede pasar desapercibido. Algunos terapeutas tienden a utilizar rituales terapéuticos para lograr un cambio.

Un ritual “es una acción o una serie de acciones acompañadas de fórmulas verbales en las que están obligados a participar todos los miembros de la familia (o los involucrados en el problema). Como ocurre

con todo ritual, debe consistir en una secuencia regular de actos realizados según modalidades específicas de tiempo y lugar.” (Selvini Palazzoli en Selvini, 1990. Pp. 219-220).

El ritual por lo general se ve acompañado de símbolos. El uso de símbolos para reencuadrar una situación es de suma utilidad.

Por ejemplo podríamos pedirle a los clientes que de manera individual forme una figura de plastilina que represente al problema presentado, y en conjunción amasar la plastilina nuevamente y formar una figura que represente la solución del problema. De este modo podemos reencuadrar mediante las figuras de “individualización” y “desintegración” por la figura de “unión” y “trabajo en equipo”.

Por otro lado, un símbolo doloroso adquiere un significado diferente si éste es asociado a un nuevo efecto positivo, como en el caso de la connotación positiva utilizada por el grupo de Milán. "Al cambiar el efecto negativo asociado a un síntoma por otro positivo, reducimos además reacciones negativas secundarias como la autocompasión y el desaliento que, si no se refrenan, pueden adquirir una vida propia al cabo de un tiempo" (Bergman, 1992. P. 164).

Por ejemplo. “Una mujer en terapia con la hija no estaba segura de que esta última, diabética, tomara su medicamento o hiciera analizar muestras de orina cuando resultaba necesario para controlar la enfermedad. El terapeuta sugirió que la madre imaginara ser una enfermera a cargo de la paciente, de realizar las anotaciones concernientes a su progreso, y de revisarlas con el médico. A esa madre se le procuró un uniforme de enfermera, y se le dijo que no era la señora Robins, sino la enfermera Robins. La medicación, los análisis y los registros en adelante fueron realizados como era necesario hacerlos” (Madanes, 1984, citada en O’Hanlon, 1993. P. 111).

c) Tareas de reencuadre indirecto

Básicamente el terapeuta puede formular tareas que tengan la finalidad de reencuadrar el sistema perceptivo-reactivo del cliente.

Por ejemplo Steve de Shazer (1991), mencionó que un encuadre del tipo “este niño sabe cómo hacer para no mojar la cama” basta para iniciar algún cambio en las pautas del problema. “Hay una variedad de maneras mediante las cuales el terapeuta puede promover la aceptación y utilización de éste encuadre. Podría pedirle a la familia que observe lo que es diferente en las noches o en las mañanas en las que la cama no aparece mojada; también puede pedirle a cada miembro que prediga en secreto, para sí mismo, cuando el niño se va a dormir, si se despertará seco o mojado.” (P. 58). Una vez que la familia nos da razón de la tarea, si existe cualquier diferencia observada y observable, podemos construir o atribuir significados a esas diferencias o incluso construir otras intervenciones que nos ayuden a solucionar el problema, pues la tarea nos ha ayudado a reencuadrar la situación problemática. El terapeuta habrá generado una duda en la familia respecto a que el niño moja todas las noches la cama, es decir duda de los encuadres que tiene respecto al problema. “Sí la familia llega a dudar de su percepción, de que el niño siempre moja la cama, las conductas alternativas se convierten en una posibilidad real”. (P. 58)

El terapeuta formado en el marco sistémico, pero principalmente en el marco ericksoniano, estará acostumbrado al uso y creación de tareas formuladas exclusivamente para casos específicos. Sin embargo, para el lego, la formulación de tareas requerirá de más tiempo e ingenio.

Otro ejemplo de tareas cuyo objetivo era el modificar el sistema perceptivo del cliente nos lo da Milton H. Erickson frente a un cliente que utilizaba bastón, al cual le pidió utilizar bastones de distinta forma, color, textura, con lo cual logro modificar su percepción del bastón como una herramienta al bastón como un accesorio.

El caso de la enfermera Robins que ejemplifica el reencuadre por símbolos sirve también para aclarar este tipo de reencuadre.

3.4.2. Reencuadres Determinados por su Función

Esta clasificación de reencuadres, como su nombre lo dice, esta determinada por la función u objetivo que tiene el terapeuta al utilizar el reencuadre.

Es decir que si el objetivo del terapeuta es reencuadrar el origen del problema, será este mismo objetivo el que determine el nombre que tenderemos a darle al reencuadre para lograr nuestra clasificación.

Así, tenemos reencuadres cuyo objetivo son: 1) reencuadrar el nombre del problema; 2) reencuadrar el origen del mismo; 3) reencuadrar el contexto en el cual se presenta el problema; 4) reencuadrar el tiempo verbal del problema; 5) reencuadrar los cambios, 6) reencuadrar la relación cliente-problema, 7) reencuadrar el contenido, 8) reencuadrar el canal sensorial, 9) reencuadrar el nivel lógico del problema.

No obstante, podemos tener tantos reencuadres como objetivos tengamos para el cambio terapéutico.

De modo tal que permítaseme describir brevemente algunos de estos reencuadres.

1) Reencuadre del nombre del problema

Como su nombre lo dice se refiere a sustituir el nombre que el cliente ha asignado a su problema.

Por ejemplo: si el cliente se refiere a una situación como “histeria”, el terapeuta podría abogar por utilizar un sustantivo distinto, por ejemplo podría llamarla “desesperación”.

T: dígame ¿Cuál es su problema?

P: mi esposo me trajo porque soy muy histérica, todo me molesta.

T: ¡Aja! ¿Qué tipo de cosas le molestan?

P: me molesta todo doctor: los gritos de los niños, que la comida no este lista a tiempo, todo el tiradero en la casa, mi suegra, el ruido de la televisión, que este todo el tiempo encerrada...

T: parece ser que en realidad está distraída y molesta. Creo que tiene motivos para ello.

Para Nardone hablar con los pacientes en términos de problema, más que de enfermedad, significa construir una realidad terapéutica orientada a la solución, aunque también podríamos hablar de no-problemas. Reencuadrar el problema es “una maniobra comunicativa que representa una redefinición de los trastornos, a menudo con propiedades de auténtica intervención terapéutica por su característica de despatologización de los síntomas.” (Nardone, 1997. P. 53)

2) Reencuadrar el origen del problema

Un elemento importante y de gran utilidad es reencuadrar el origen del problema.

Muchos clientes vienen a terapia con una concepción, un constructo, sobre la labor de un psicólogo clínico. Esta concepción tradicionalmente se refiere el trabajo del psicoanalista, es por ello que los clientes tienen la costumbre de, antes de asistir a la terapia, tratar de buscar la explicación de su problema, encontrar su origen. De esta forma, llegan a nuestros consultorios mencionando, de antemano, el origen, o el que creen que es el origen, de su problema. Frases como "... es que cuando era chico...", o "... mi madre siempre me dijo...", etcétera, son tan comunes en las descripciones de los clientes. En muchas ocasiones el terapeuta se deja llevar por tan emotivas descripciones que pierde el objetivo de su trabajo, dirigiendo sus intervenciones a estos elementos del discurso del cliente, tratando en vano modificar el pasado del cliente.

Sin embargo mi propuesta es utilizar este tipo de nociones sobre el origen de los problemas que traen los

clientes a terapia y reencuadrarlas de modo que el terapeuta sea consciente de que dichas nociones sobre el origen patológico son también construcciones.

Por ejemplo, a una familia que cree que la depresión del padre se debe a "la preocupación por el dinero" se le puede reencuadrar esta noción sobre su presunto origen del problema por otra noción, también presunta. Supongamos el decirle que su depresión se debe a su "inseguridad de comunicarse con su familia". De modo que podamos trabajar en el ámbito familiar. O por ejemplo sugerir que se debe a un sentimiento de culpa porque no podía expresar el placer que se esperaba de él cuando su mujer le pedía participar en determinadas actividades", y así trabajar con la pareja únicamente.

No es mi intención sugerir un diagnóstico más preciso que nos pueda servir como guía para encaminar nuestras intervenciones. La idea, mejor dicho, es sugerir un marco de referencia más flexible tanto para el cambio como para las maniobras terapéuticas. Al final de cuentas el objetivo es romper con el sistema perceptivo-reactivo del cliente⁸⁸.

Veamos un ejemplo de Erickson (citado por O' Hanlon, 1993):

“Una mujer ejecutiva me pidió terapia porque en las reuniones perdía la voz (o se le volvía muy ronca o insegura). Al principio la paciente afirmó que su problema estaba relacionado con ‘una baja autoestima’. Cuando se le preguntó como lo sabía, pareció un poco sorprendida, y dijo que había visto a un hipnotizador, quien le sugirió que trabajarán sobre la autoestima para resolver el problema. Después de reunir más información, le respondí que, hasta donde yo podía verlo, no había ninguna relación entre su autoestima y sus dificultades vocales... Por otra parte, en vista de los elementos que ella aportó, y de su aspecto y elegancia (vestía con esmero y hablaba con claridad y confianza), yo no veía que existieran muchas pruebas de una falta de autoestima. Por el contrario, la paciente parecía tener un buen nivel de autoestima. Le pregunté si se sentía mal consigo misma. Contestó que no, pero había supuesto que ese era el problema después de ver al hipnotizador (sin ningún resultado) y de leer muchos libros de autoayuda. Sugerí que continuáramos con temas más relacionados con lo que la preocupaba. Ella estuvo de acuerdo enseguida.” (P. 110)

3) Reencuadrar los cambios

Otro tipo de reencuadre es la redefinición en el proceso de solución del problema. Dicho reencuadre implica observar el problema a la luz de los cambios logrados por el cliente después de cada intervención, o sesión. Implica considerar lo que ha cambiado así como lo que no se ha logrado aún, enfatizando que es en esos aspectos inmutable sobre los que hay que intervenir. Remarcando también el cómo y con qué técnicas se debe trabajar (Fiorenza y Nardone, 2004). Es recomendable utilizar con frecuencia este tipo de reencuadre, por ello considero que es uno de los pasos utilizables a considerar dentro de un esquema general del uso del reencuadre como intervención terapéutica.

T: ¿Cómo le ha ido desde la última sesión hasta hoy?

P: más o menos, en realidad las cosas siguen igual.

T: ¿Absolutamente todo?

P: bueno, no, el lunes nos sentamos a comer y pudimos estar tranquilos, al menos sin pelear.

T: o sea que lograron controlarse un poco.

P: si, yo le dije a mi hija que había dejado su ropa en el baño nuevamente y ella sólo guardó silencio y al terminar de comer fue a recogerla... pero yo ya lo había hecho.

T: me sorprende que hayan logrado ese pequeño, pero significativo cambio. Y me sorprende porque ustedes (usted y su hija) no podían pasar un momento juntas sin pelear por cualquier cosa o comentario. Creo que es un gran paso, al parecer ambas se han esforzado mucho y han tenido resultados.

⁸⁸ Aunque hay autores que proponen intervenir y romper el sistema perceptivo-reactivo del cliente en el lugar “adecuado” de dicho sistema, considero que ese "lugar adecuado" es también muy subjetivo en su determinación y por ello sugiero sólo buscar alterar o romper el sistema, cada terapeuta elegirá en que parte del sistema intervenir.

4) Reencuadrar la relación cliente-problema

Este reencuadre se refiere a la sustitución del paciente asignado por algún otro miembro que pudiese presentar mayor participación en el cambio terapéutico.

Esto por lo común puede servirnos con personas que tratan de obligar a una persona, señalada por ellos mismos como paciente asignado, a asistir a terapia.

Se trata de sustituir al cliente asignado, asignado regularmente por alguien más, más que por él mismo. En donde el problema que originalmente “pertenece” al paciente asignado, es atribuido a otra persona.

Por ejemplo, una cliente me llevó a su hijo para trabajar con él respecto a su consumo de marihuana. Después de platicar con él tratamos de llegar a un acuerdo puesto que él no pensaba dejar de hacerlo. Decidí trabajar con la madre puesto que la molestia era mayor para ella que para el hijo, y debido a que ella presentaba mayor disposición para hacer algo. Al modificar el sistema perceptivo-reactivo que generaba discusiones continuas entre la madre y el hijo, por el consumo de marihuana, se logró disminuir las discusiones y que el hijo consumiera menos cantidad de marihuana.

Parafraseando a Bergman (1986, citado en Fiorenza y Nardone, 2004), el desviar responsabilidades de una persona a otra o de una cosa a otra puede ser suficiente para modificar un síntoma y/o su sistema.

5) Reencuadre temporal

Otro tipo de reencuadre es el "reencuadre temporal" y básicamente consiste en re-conjugar los verbos utilizados para describir el problema.

Por ejemplo “estoy deprimida”, “es insoportable mi situación” por "cuando te sentías (en pasado) deprimida pensabas en lo bien que te verás en...", "la situación que te era insoportable e irresoluble antes de llegar aquí, te hace notar que... "

La temporalidad es un elemento de suma importancia pues pone a las creencias tanto en el pasado como en el futuro y por ello nos permite modificar o presentar, mediante el reencuadre, una idea nueva o más flexible que la anterior.

El siguiente ejemplo permitirá aclarar el reencuadre temporal:

“Un hombre de negocios adicto a la cocaína y el Percodan (droga ésta que había usado para tratar los dolores de cabeza severos que padecía desde los siete años de edad) fue cuestionado por Erickson en cuanto a su honestidad comercial. El paciente se defendió con vehemencia, protestando que era decente. Erickson lo enfrentó entonces con la deshonestidad de conservar el dolor de cabeza de un niño de siete años. El hombre se enojó con Erickson por el hecho de que insistiera en ese punto, pero al volver a su casa advirtió que la cabeza había dejado de dolerle. De nuevo en el consultorio, confesó que Erickson había estado en lo cierto; debía haberse quedado con los dolores de cabeza del niño. Dejó de tomar drogas, y ya no tuvo más dolores de cabeza.” (Haley, 1973, citado en O’Hanlon, 1993. P. 112).

6. Reencuadre contextual

“Los clientes, puesto que están atrapados en la queja, tiene por lo general certeza con respecto a sus detalles y a los diversos elementos que la hacen perturbadora. Pueden no expresar con claridad sus pensamientos y no ser capaces de describir muy bien el problema, pero están tan seguros en cuanto a sus encuadres, definiciones y significados. Si no lo estuvieran todavía estarían buscando una solución fuera del ámbito de la terapia. En consecuencia, cualquier duda acerca de cualquiera de los elementos puede

resultar de utilidad. En general, los ‘hechos’ no pueden ser puestos en duda⁸⁹, pero sí pueden serlo cualquier contexto” (de Shazer, 1991. P.176), por lo regular construyendo otro contexto.

Esta cita sugiere otro tipo de reencuadre que es el llamado "reencuadre contextual" (Shapiro. 2005).

El contexto es definido⁹⁰ como:

“...todos aquellos factores que influyen en la comunicación sin ser, por lo general, expresados explícitamente...”. “En nuestro caso específico entendemos por contexto aquella situación en la que padres [o cualquier cliente] y terapeutas parecen compartir los presupuestos sobre cuya base ellos se reúnen y comparten las obligaciones y los propósitos de la sesión. Sin un marco de referencia (contextual), compartido, al menos en mínimo grado, los malos entendidos y las discrepancias comunicativas son inevitables.” (Selvini Palazzoli, 1970, citada en Selvini, 1990. P. 76).

Estos marcos de referencia o contextos ayudan a crear significados. Y es mediante estos significados que nos movemos de distintas maneras en los distintos contextos ya que implican un conjunto de reglas y roles.

English y English (1977, citados en Selvini, 1990), afirman contundentemente éste punto sosteniendo que:

“...se ha aprendido que toda comunicación toma su significado del contexto en el cual tiene lugar; o más exactamente, que el significado de toda comunicación surge de la matriz contextual en la cual se desarrolla y a la que al mismo tiempo define. Pretendo referirme aquí al principio o ley del contexto, ‘según la cual palabras, frases, comprobaciones y conductas asumen un significado en relación con la situación en la que se observan, es decir, en aquellas circunstancias particulares que, en un momento dado, rodean a una persona (o varias personas) e influyen en su conducta’.” (P. 72)

Un contexto determinado exigirá a los comunicadores disposiciones, propósitos y expectativas acordes con la situación contextual. (Selvini Palazzoli, 1970, citada en Selvini, 1990. P. 72)

En este tipo de reencuadre se percibe el contexto como clave del cambio, ya que al ser, un significado, derivado de un contexto, específico, al cambiar el contexto, al reencuadrar el contexto, cambiamos también el valor, el significado que deriva de dicho contexto.

Bandler y Grinder (1980) mencionan que la conducta de los seres humanos “cobra sentido cuando es contemplada en el contexto de alternativas generadas por su modelo.” (P. 35)

Gilligan (1992) nos pone el ejemplo de una chica que se quejaba de retraimiento. El propone, al igual que en la Programación Neurolingüística (García, 2006) que el retraimiento, o cualquier tipo de conducta, no es bueno o malo, sino más bien funcional, es decir proponen buscar un contexto donde el retraimiento está permitido y pueda servirle de algo al cliente. Por ejemplo ante un asaltante que sólo busca un motivo para golpear a los rehenes, sería contraproducente enfrentarlo si no se cuenta con la habilidad para derrotarlo, y más aún, si éste se encuentra armado.

En otras palabras permite reconocer que hay un lugar positivo para prácticamente cualquier comportamiento” (Shapiro, 2000. P. 94).

Un par de ejemplos aclararan un poco más el término. Ante la afirmación por parte de un cliente del tipo: “soy demasiado sensible”, o “soy demasiado lento”, podríamos preguntarle, como terapeutas y con el fin de reencuadrar estas concepciones:

⁸⁹ Aunque podemos enfrentar unos hechos contra otros hechos.

⁹⁰ Otra definición nos la proporciona Sánchez (2000) quien dice que un contexto: “es el aspecto de la comunicación que se determina por los elementos culturales implicados al momento de comunicar.” (P. 123).

T: ¿Puedes decirme en qué momento sería beneficioso ser sensible?

P: Por ejemplo cuando me fijo que alguien de mis amigos está triste o nostálgico. Yo podría acercarme a él y apoyarlo.

O reencuadrar la segunda situación de la siguiente manera:

T: ¿En que circunstancias supondría una ventaja ser lento?

P: En una reunión de negocios donde se tomen decisiones importantes para la empresa

El reto para el terapeuta es pues reencuadrar, crear, los distintos contextos en los cuales el cliente podrá presentar esa conducta de manera más satisfactoria, es decir buscar el contexto en donde dicha conducta, o una conducta problemática, sea vista no como un problema sino, incluso, como una solución (Gilligan, 1992; O'Connor y Seymour. 1995).

Otro ejemplo de reencuadre contextual es el siguiente. Una persona que le dan miedo los lugares cerrados porque son deprimentes, inseguros, etc., podemos decirle: "en realidad creo que los teatros, salas de música, cines, etc., no son lo que usted piensa, a pesar de ser lugares cerrados, en ellos se presentan magníficas obras de arte que, como a usted, nos hacen sentir emociones maravillosas y ponen nuestros pelos de punta de la emoción tan agradable que nos provocan". En este ejemplo he reencuadrado los lugares cerrados "deprimentes e inseguro" por "magníficos y productores de emociones agradables". Pero principalmente he reencuadrado, y como consecuencia ampliado, la visión del cliente sobre su contexto de lugares cerrados como "elevadores", con poco entretenimiento y diversión a lugares cerrados como "el teatro", "el cine", etc., donde la diversión y el placer son el pilar de su existencia.

Como he mencionado el reencuadre contextual amplía la percepción del cliente sobre los contextos en donde éste presenta su problema. Por lo general las personas al presentar un síntoma o problema, nos desconectamos de otros contextos o de un contexto más amplio bloqueando en consecuencia el desarrollo de nuevas soluciones. (Gilligan, 1992)

En pocas palabras el reencuadre contextual: "Consiste en contextualizar la conducta indeseada en un marco interaccional dentro del cual resulta menos virulenta y más solucionable." (Orozco de Gortari, 1999. P. 99).

Esto demuestra que el individuo no está determinado intrínsecamente y de manera definitiva por la circunstancia de estar en un contexto determinado, sino que es la manera en cómo percibe lo que percibe de ese contexto lo que determina su comportamiento. Así pues, lo que adquirimos son sólo creencias acerca del mundo, de los otros y de nuestra experiencia, creencias que pueden ser tomadas en nuestra relación con la sociedad, y por lo tanto adoptadas, o creencias individualizadas y por lo tanto, individuales.

7. Reencuadre de contenido

"Con [el reencuadre] se intenta hacer que la persona piense las cosas de un modo diferente, que vea la realidad con otra luz, tomando en consideración factores antes no considerados porque no se habían percibido. Se vuelve a codificar la percepción de la realidad de una persona sin cambiar el significado de las cosas, pero cambiando su estructura." (Fiorenza y Nardone, 2004. P. 62). "Con la reestructuración podemos cambiar el marco a los eventos, sin cambiar su contenido. El contenido permanece invariable, lo que cambia es la representación del evento. Cambiar el marco a un cuadro no hace cambiar su contenido, o sea la pintura, pero modifica inevitablemente la visión de conjunto y en consecuencia las sensaciones que éste provoca en el observador." (Fiorenza y Nardone, 2004. P. 67).

Estas citas sugieren un cambio del marco, de ahí el nombre de re-en-cuadre, sobre ciertas situaciones, lo

que no sugiere o no limita es cambiar el contenido de las situación. Si bien un aracno-fóbico no lograría deshacerse de todas las arañas del mundo, es decir no podría controlar o cambiar ciertos hechos del mundo de “lo real”, si puede, o si podemos como terapeutas, cambiar el contenido de la realidad del cliente sobre la situación problemática, y en este caso el miedo a las arañas.

Lo que cambia a resultados de este tipo de reencuadre es el sentido atribuido a la situación, y no los hechos concretos correspondientes a ésta (Watzlawick, 1989, 199a, 1992b, 1995, 2000a, 2000b).

Para O'Connor y Seymour (1995) “...el contenido de una experiencia es cualquier cosa por la que usted opte centrarse.” (P. 190). Esto sugiere que el contenido es variable y puede ser modificado, en este caso reencuadrado.

Veamos detenidamente este tipo de reencuadre, que daré en llamar reencuadre de contenido. Si la realidad del cliente está formada por constructos y éstos por conceptos, que a su vez implican una abstracción, un contenido que hace referencia a una descripción de lo que el concepto pretende nombrar, entonces podemos cambiar esa abstracción.

Si el contenido de la creencia sobre que “las arañas son malas” es: “las arañas son malas puesto que son feas, y son peludas”, podemos cambiar o reencuadrar el contenido de la creencia “las arañas son malas”, al demostrar que el razonamiento es equivoco, es decir que el que las arañas sean feas o estén peludas no las hace malas.

El reencuadre ópera en el nivel de la meta-realidad, en el cual, como hemos intentado señalar, puede tener lugar un cambio incluso si las circunstancias objetivas de la situación están más allá del poder humano.

Un ejemplo más. En la siguiente frase lo que la hace generalizable es la implicación de la palabra subrayada:

“Todas las noches moja la cama”.

Podríamos pensar que el contenido de esta frase está en el predicado “moja la cama”, sin embargo el contenido está presente en la palabra que implica la generalización, a saber: “todas”.

Si argumentamos o encontramos una excepción a dicha generalización estamos reencuadrando esa realidad sobre “lo real”. Por ejemplo:

T: ¿En qué ocasiones el niño no moja la cama?⁹¹

Madre: Cuando duerme con nosotros.

Padre: o cuando va de visita.

T: Podríamos decir que entonces no todas las noches moja la cama.

A lo que el cliente podría responder aceptando el reencuadre.

Padre: Bueno, en realidad no todas las noches moja la cama, ¡solo algunas veces!

T: ¡solo algunas veces! (afirmando)

Esta palabra “algunas” es el reencuadre requerido, la nueva visión del cliente respecto a la cama mojada, que cambia el contenido de la oración. Pues no es lo mismo: “todas las noches moja la cama” a “algunas noches moja la cama”. Cambiamos el significado de la idea “moja la cama”, así como su contenido.

El reencuadre de contenido también consiste en cambiar el significado de un comportamiento que es aparentemente restrictivo (Shapiro, 2005. P. 94). Por ejemplo en frases como: “me quedo en blanco cuando me levanto para hacer una presentación”, se podría preguntar al cliente: ¿Qué otra cosa podría

⁹¹ Presentaré éste ejemplo con preguntas directas para encontrar excepciones sólo para fines prácticos.

significar para ti “quedarse en blanco”?, o a la siguiente frase: “me preocupa mucho cometer errores”, se le reencuadraría preguntándole al cliente: ¿Qué valor tiene para ti preocuparte mucho”.

Así pues reencuadramos el contenido tanto es posible como reencuadrar el marco que contiene ciertos significados.

“Una vez establecido el juego perverso, el significado atribuido a los acontecimientos amenazadores - como afirma Salvini (1991)-, tanto si son reales como imaginarios, no está solo gobernado por las creencias aprendidas culturalmente, sino también por el modo cómo funciona nuestra mente, o como organiza la información disponible, prescindiendo de sus contenidos.” “...En el plano del contenido, los ‘esquemas mentales’ realizan también una valoración de los hechos, en el sentido de que no sólo se ocupan de seleccionarlos y ponerlos de manifiesto, sino que actúan añadiendo elementos significados inexistentes, resolviendo las ocasionales incongruencias de tal manera que sean coherentes con una teoría sobre la realidad esperada” (Citado en Nardone, 1997. P. 81).

8. Reencuadre del canal sensorial

Las personas, según los estudiosos de la PNL, tendemos a comunicarnos bajo los canales perceptivos que utilizamos tanto para codificar como para de-codificar el mundo de “lo real”. Esto es posible de notar al escuchar los predicados verbales –únicamente los específicos- que utiliza el cliente en la descripción de su realidad. Por ejemplo si el cliente nos dice “no le veo fin a esta situación”, podríamos pensar que el canal con el que se comunica en ese momento es el visual.

El reencuadre del canal sensorial es hacer que el cliente cambie el canal con el cual se está comunicando en ese momento y utilizar otro para hacerle percibir las cosas de otro modo.

En los problemas presentes en pareja es común que los miembros de la pareja se comuniquen con canales distintos, lo que hace difícil la comprensión del mensaje o las demandas del otro.

Por ejemplo uno de ellos puede decirnos “...es que él no sintoniza lo que quiero”, mientras que él podría decirnos, “...no tu eres la que no siente mis necesidades”. Entonces, si uno se comunica con el otro bajo un canal distinto lo que obtenemos es una comunicación incomprensible. El terapeuta podría abordar la situación, como sugiere Satir (1991), expresándole al otro las necesidades de su pareja bajo el mismo canal que él, el primero, se comunica. Por ejemplo decirle a ella “¿Cómo sonaría el que no puedas encontrar el ritmo en tu relación, es decir que no sincronizan una buena melodía?, mientras que a él le podría decir “Cada vez que tu sientes la necesidad de algo, ella no comprende lo que necesitas alcanzar, pero también parece que tu no percibes que ella necesita sentir tu tacto en ciertas situaciones tales como...”. Hasta aquí lo que he hecho es trabajar bajo el mismo canal sensorial del cliente.

Para reencuadrar un canal lo que necesitamos es conocer el canal sensorial que utiliza el cliente en ese momento y utilizar otro que nos ayude a mostrarle un ángulo diferente de la misma situación. Por ejemplo:

T: ¿Cómo te sientes ante la posibilidad de un futuro nuevo? (Trabajo bajo el mismo canal- kinestésico)

C: Creo que bastante bien.

T: ¿Cómo te proyectas ante un futuro claro, una vez solucionado tu problema? (Trabajo bajo el canal visual)

C: No se, no entiendo su pregunta

T: Cierra los ojos. (El cliente lo hace). Imagina ¿Cómo te ves en un futuro próximo con tu problema resuelto? ¿Qué te ves haciendo?

C: Bueno, estoy sentado en una oficina esperando a que...”

Este ejemplo muestra el cambio o reencuadre de un canal sensorial por otro, por medio de los predicados verbales. Literalmente no cambiamos un canal por otro sino que cambiamos los predicados específicos de un canal por otro para hacer que el cliente perciba su problema con otro canal sensorial.

Así podemos reencuadrar el canal sensorial, sustituyendo los predicados verbales:

“al verme sentado bajo un árbol” por:
“pude sentirme a la sombra de un árbol”, o por:
“me sintonizaba a la sombra de un árbol”

9) Reencuadre del nivel lógico del problema

Este tipo de reencuadre hace referencia a ubicar el problema en otra clase o nivel lógico. Como lo he mencionado, una cosa u objeto puede ser colocada en distintas clases. Por ejemplo un león puede ser clasificado dentro de la clase de los felinos, pero también dentro de la clase de los carnívoros, o de los animales que viven en la selva, etc. Puede ser clasificado dentro de distintas clases y pertenecer a todas a la vez.

Lo mismo sucede con las situaciones o las experiencias consideradas como problemáticas. Por ejemplo, una conducta puede ser clasificada como miembro de una enfermedad o patología denominada “autismo”, como lo es la conducta “antisocial”, pero también puede ser clasificada dentro de la patología denominada como “trastorno antisocial” o en el “trastorno límite de la personalidad”, sin embargo puede pertenecer a uno o a todas al mismo tiempo, bajo el marco médico-psiquiátrico.

De modo que podemos reclasificar, o reencuadrar, una situación considerada como problemática bajo otro nivel o clase. Si por ejemplo una cliente llega y nos dice:

C: “Si mire, lo que pasa es que estoy loca porque ya no aguanto a mis hijos y estoy desesperada y no duermo bien...”

T: Espere un momento. Usted no esta loca, esta viviendo bajo mucho estrés, pero eso no es locura.

Este tipo de reencuadre es muy parecido al reencuadre directo o la redefinición, lo que cabe resaltar es que el nivel lógico del problema es el que es reencuadrado. En la redefinición se cambia un concepto por otro, en el reencuadre de nivel lógico se cambia la clase o el nivel al que pertenece un problema por otro nivel o clase.

Por ejemplo podríamos hablar de clases de “problemas” y clases de “no-problemas”, lo que aclararía mejor lo que intento decir con niveles lógicos.

En el ejemplo de Milton H. Erickson sobre el reencuadre por analogía de la pagina 58 de este trabajo, podremos ver un salto de clase, donde el encuadre “un gran trasero” va de la clase “desventajas para conseguir esposo” a la clase “ventajas para conseguir esposo”.

3.4.3. Reencuadre de los elementos Gramaticales del Discurso

Esta clase de reencuadres se refiere al elemento que el terapeuta desea reencuadrar dentro de la estructura gramatical usada por el cliente.

Para ello es necesario tener conocimiento del lenguaje que utiliza el cliente para describir su problema. Así mismo es importante utilizar este lenguaje para lograr una mayor aceptación del reencuadre. Es decir lograr empatar el lenguaje del cliente.

Como he mencionado más arriba, el discurso, y por consiguiente la significación del cliente respecto a su

problema, esta constituido, en la parte de su expresión verbal, de elementos gramaticales que, en este caso pueden ser sustituidos, o reencuadrados, por otros que cumplan el objetivo de alterar el sistema perceptivo-reactivo del cliente. Entre ellos podemos contar con los adjetivos, los verbos, sustantivos, los adverbios, artículos, interjecciones, etc.

Las palabras principales dentro de la estructura gramatical de la lengua y que nos sirven para identificar y representar nuestra manera de ver el mundo son, principalmente, el sustantivo, el adjetivo y el verbo. Cabe mencionar que dichos aspectos gramaticales dependen del contexto en donde se utilizan, así como de la forma en como se utilizan en dicho contexto.

En el ámbito clínico el sustantivo nos sirve para denominar y nombrar las cosas de nuestra experiencia, específicamente nos ayuda a nombrar nuestros problemas. El verbo nos ayuda a describir en términos de acciones dichos problemas, mientras que los adjetivos nos ayudan a delimitar la connotación de los sucesos que describimos, así como muchas otras cosas que ocurren en el proceso terapéutico.

Es posible notar que el artículo, el adverbio, la interjección, la preposición, etc. son elementos fundamentales, y a la vez secundarios, dentro de la estructura gramatical. Que si bien implican una denotación importante en la percepción del problema, o de las experiencias en general, no proporcionan elementos de gran envergadura para el reencuadre terapéutico.

Así también hay que tomar en cuenta que estos (verbos, sustantivos y adjetivos), son considerados, por algunos autores (Bandler y Grinder, 1980, 1994; García, 2006; Grinder y Bandler, 1982, 1993; Krusche, 2000; O'Connor y Seymour, 1995; Pérez, 1994; Shapiro, 2005) como predicados, sean estos específicos o inespecíficos. De manera que pasare por alto esta diferenciación y los tomaré como parte de la gramática. Lo que no quiere decir que no tengan importancia en cuanto a la señalización del canal sensorial utilizado.

Analicemos dos de los elementos gramaticales arriba mencionados dentro del marco de la construcción de reencuadres terapéuticos, y a lo cual llamaré por la función que cumplen en la estructura gramatical. Así que tendremos reencuadres sustantivales y reencuadres verbales.

1. Reencuadre Sustantival

Se refiere a tomar el sustantivo del sintagma explicativo del problema en el discurso del cliente y cambiarlo por otro sustantivo que permita tener una concepción distinta a la presentada por el cliente.

Este tipo de reencuadre es el mismo que la redefinición clásica del problema (arriba descrita). Lo que quiero enfatizar es que el principal eje del reencuadre es el sustantivo utilizado por el cliente para nombrar su experiencia problemática.

Por ejemplo si para nombrar su problema utiliza la palabra “depresión” podríamos utilizar un sustantivo análogo o sinónimo de este: “estoy deprimida” por “esta triste”, “abatida”.

El tipo de sustantivo (común, propio, concreto, abstracto, connotativo, denotativo, etc.) que el terapeuta considere seleccionar para reencuadrarlo será cuestión personal y relativa.

2. Reencuadre Verbal

El cliente en su odisea por describir la situación problemática en la que se ve inmerso tiende a utilizar verbos que describan las acciones del problema, es decir se vale de los verbos para describir su problemática. Ya que no sólo son nombre-sustantivos-encuadres. El cliente describe mediante acciones lo que esta sucediendo, lo que facilita nuestro trabajo.

De esta manera la “depresión” no sólo es un concepto o sustantivo abstracto, sino que se vuelve concreto

a medida que el cliente describe como es que se comporta “deprimido”, así el cliente describirá que “no come”, “todo el tiempo ésta triste”, “no sale con sus amigos”, etc.

Este tipo de elementos nos pueden servir para reencuadrar tanto el verbo como el sustantivo que utiliza el cliente para expresar su problema. Recordemos el caso de Milton Erickson en el que cambia el verbo “coleccionar obsesivamente periódicos” por “acumular periódicos”.

En cuanto al reencuadre del sustantivo mediante el uso del verbo, podemos tomar los verbo que utiliza el cliente para nombrar las acciones problemáticas, o que le hacen pensar que tiene un problema, lo que sucede frecuentemente con los parámetros de evaluación y diagnóstico psiquiátrico, para demostrarle al cliente que el sustantivo-encuadre que utiliza para nombrar su problema es incorrecto, es decir reencuadramos dicho sustantivo.

Otro aspecto importante del reencuadre verbal se refiere al tiempo en el que esta conjugado dicho verbo. Por ejemplo sí el cliente utiliza verbos conjugados en presente para describir su problema, el terapeuta puede re-conjugar o reencuadrar el tiempo utilizado por el cliente, es decir se vale del tiempo pasado o el tiempo futuro.

Por ejemplo si un cliente llega y nos dice “he estado deprimida en estos últimos días” podremos preguntarle “por qué motivos había estado tan triste”. (Véase reencuadre temporal)

Mientras que estos dos elementos gramaticales pueden ser fácilmente reencuadrados, y que además son los que hacen referencia directa al problema que describe el cliente, los otros elementos gramaticales como el artículo, el pronombre, la preposición, el adverbio, la conjunción y la interjección son de un reencuadrar más bien difícil y poco útil, lo que no quiere decir que no sean funcionales.

Por ejemplo si un cliente viene a nuestro consultorio y nos dice “tengo muchos problemas, uno de ellos es...” y termina enumerándonos una serie de situaciones y acontecimientos que pueden ser englobados en un sólo tipo de problema de manera que podamos reencuadrarlo, diríamos “así que tu problema se debe a la falta de asertividad”. El punto de este reencuadre es que se ha reencuadrado el artículo “los” por el artículo “el” y como consecuencia cambiamos la noción de muchos problemas (plural) por el problema (singular), lo que disminuiría posiblemente la preocupación del cliente.

O si un cliente llega y nos dice: “lo que pasa es que ellos no pueden ser tan indiferentes a mis necesidades”, haciendo referencia a una serie de demandas y situaciones que sólo son problemáticas para el cliente, podríamos reencuadrar la situación de la siguiente manera “si bien usted tiene ciertas necesidades, el único responsable de lo que hace con su vida o deja de hacer es sólo suya, así que el problema es de usted, más no es problema para ellos”. En este ejemplo la preposición “de” es sustituida por la preposición “para”, la cual proporciona una noción de una nueva direccionalidad del problema. O si le decimos “el problema es suyo más no de ellos” cambiamos un pronombre posesivo de tercera persona en plural por uno de primera persona en singular, invitando al cliente a participar en la solución de su problema.

3. Reencuadre de otros elementos Gramaticales (Generalizadores).

La finalidad de reencuadrar algún aspecto generalizado dentro de la realidad del cliente es romper con la visión cerrada que nos brindan las generalizaciones.

La sugerencia es trabajar sobre los elementos discursivos del cliente que nos hacen pensar en una generalización de ideas. Elementos como: los cuantificadores universales (todo, nada, siempre, nunca, etc.), los operadores modales (de necesidad: “debería...”, “necesito...”, “tengo que...”, etc.; de posibilidad: “podría...”, “...incapaz de...”, etc.), nos servirán para identificar el constructo generalizado, y generalizador.

Por ejemplo, los clientes se ven acompañados en sus realidades, o constructos, de palabras que hacen de la creencia una ley, una manda. Palabras como "debo", "tengo", "necesito", "estoy obligado a" son palabras que cambian el sentido de una creencia, ya que la hacen más pesada o más ligera según sea el caso. Por ejemplo:

"Debo quedar bien con mis suegros", es una creencia que hace que la persona que la posee se sienta obligada a llevar a cabo acciones que cumplan con la creencia, y probablemente hará hasta lo imposible para lograrlo, aún cuando de ello dependa su felicidad e incluso su dignidad.

Al reencuadrar "el debo" por alguna otra palabra puede cambiar la noción del cliente sobre la manera de comportarse con sus suegros.

Por ejemplo: "Es prudente quedar bien con mis suegros". Seguir esta idea implica mayor flexibilidad, tanto en la creencia como en el comportamiento de quien la cree, implica una mayor autonomía y da al sujeto la posibilidad de elegir.

Por ejemplo si le agregan otros elementos (uno de ellos puede ser un contexto): "Es prudente quedar bien con mis suegros cuando tengamos una reunión familiar", la afirmación queda condicionada.

Permítaseme crear otro ejemplo de reencuadre terapéutico:

P: Mi problema es que mis amigos no me miran con 'buenos ojos', aún cuando yo hago todo lo posible.

T: ¿Qué cosas has hecho para que te miren con 'buenos ojos'?

P: Los invité a salir, les pagó sus cuentas, les envié regalos y ellos no me aceptan.

T: Vaya, haces un gran esfuerzo.

P: Sí, pero no logro que me acepten, y por todo lo que hago por ellos, creo que deben hacerlo.

T: Bueno, por qué crees que ellos se ven condicionados a aceptar.

Esta concepción de condicionamiento, si es aceptada por el cliente, nos podría servir para una futura intervención, en un caso real. Véase también el caso que ejemplifica el reencuadre del contenido.

El reencuadre de los elementos gramaticales del discurso de una persona implica una valoración idiosincrásica de lo que el cliente está diciendo y cómo lo está diciendo. Podríamos valernos del lenguaje no verbal e intra-verbal para determinar cuál de los elementos gramaticales parece ser el que podría ser útil para cambiar el sistema perceptivo-reactivo del cliente. En otras palabras podríamos valernos del énfasis que se le da a ciertas palabras, por parte del cliente para describir su problema, o de la entonación, el volumen o el ritmo de la voz, de los gestos faciales y de muchos otros elementos intra-verbales que nos dicen mucho acerca del problema, tanto, sino es que más, que las palabras.

3.4.4. Reencuadres por Connotación

Al igual que las connotaciones estilo Milán, el reencuadre puede ser positivo, negativo o lógico.

1. El reencuadre positivo

La connotación del reencuadre positivo se refiere a la sustitución de un elemento (por lo general abstraído en un adjetivo) de la percepción del cliente respecto a su problema por otra con una valoración positiva, es decir que implica una conducta, idea, experiencia, sentimiento, etc., de los llamados positivos.

Por ejemplo si el cliente connota su situación mediante el adjetivo: "insoportable", podríamos tomar este adjetivo calificativo para reencuadrar la percepción que tiene el cliente de su situación. Por ejemplo diciéndole "Si bien la situación es difícil para ti...".

Es difícil determinar cuál sustantivo o cuál adjetivo son mejores para reencuadrar ya que el cliente indiscriminadamente los usa para describir su situación problemática.

Por ejemplo si el problema del cliente es que se siente culpable por “no tomar decisiones rápidamente” podríamos decirle que creemos que en realidad lo que hace es “valorar detenidamente las cosas, para tomar una decisión correcta”. De esta manera lo que era malo para el cliente puede ser reencuadrado como bueno o positivo.

De tal manera que podríamos pensar en distintas connotaciones tales como “sincero”, “bondadoso”, “sacrificante”, “solidario”, “caritativo”, etc., en fin muchas de las denominadas virtudes humanas.

Leamos un ejemplo de Erickson:

“Mientras se encontraba en una regresión hipnótica a una edad anterior, una paciente de Erickson le habló de una experiencia que había sido un tanto traumática para ella, en la cual rompió una ventana. Él le preguntó si había disfrutado; la mujer respondió que había sentido un shock. Erickson dijo: ‘es bueno aprender lo que es un shock.’” (Grinder, DeLozier y Bandler, 1977, citados en O’Hanlon, 1993).

2. Reencuadre Negativo

Por otro lado podemos reencuadrar algún elemento (también un adjetivo) del discurso-problema del cliente de manera negativa, es decir verlo a través de una connotación negativa, anti-valores, como “desleal”, “hipocresía”, “falsedad”, “avaricia”, “envidia”, etc., pueden ser comunes dentro de este tipo de reencuadres.

También el equipo de Milán reparo en este aspecto “Desde luego que una connotación positiva no es la única explicación posible de un síntoma; después de todo, se podría formular una connotación negativa igualmente verosímil. Empero, en una visión polifacética del problema, el terapeuta podía elegir entre varias verdades aquella que, a su juicio, resultaría más útil, por cuanto ninguna era menos ‘verdadera’ que las demás.” (Boscolo, et al., 1987. P. 25).

Por ejemplo, si una persona resulta que ha venido haciendo todo por que su pareja le quiera, hasta el punto de asfixiar la relación que tiene con esa persona, podríamos decirle: “realmente no puedo creer lo inconsciente que ha sido respecto a la forma en como su pareja prefiere que usted le ame, en realidad debería pensar un poco más en la forma en como a ella le gustaría que usted le demuestre su amor y no estar pensando solamente en usted, debería de pensar en dejar de comportarse de manera tan insensible.”

Es importante aclarar que lo positivo o lo negativo de una connotación dentro de un reencuadre es relativo, es decir que varía de cliente en cliente, de problema en problema y de terapeuta en terapeuta.

Esto me hace sugerir que no se trata de un asunto de moralidad, sino de funcionalidad terapéutica, en otras palabras, poder lograr un cambio en el sistema perceptivo-reactivo del cliente. Muchos pensarán ¿En dónde queda entonces la ética? Sí por ejemplo llegase un cliente que su problema es que ha sido violado por el padre o algún familiar, ni modo de decirle que “solo trataba de demostrarle su afecto”. Eso sería pensar que el terapeuta es un desalmado o insensible y que “no corre sangre por sus venas”.

La propuesta no es la indulgencia ni la satanización de los actos del cliente sino su alta recuperación y la pronta influencia, o mala influencia, sobre la afección de terceros.

3. Reencuadre Lógico.

El equipo de Milán adopto por abandonar la noción de connotación positiva o negativa. Para ellos “no hay

necesidad de decir que un problema es útil, beneficioso, o funcional; basta señalar que esas personas se han habituado a él y que es difícil quebrar ese tipo de hábitos. De este modo, se evita aparecer aprobando algún síntoma terrible, lo que la familia prescribirá como un sarcasmo; *en cambio, se le señala cuan significativo es en su contexto, cuán comprensible y tal vez indispensable por el momento*. A una familia que acepta esta reflexión le es mucho más difícil mantener intactas sus viejas ideas acerca del problema y, con frecuencia, queda en libertad para buscar una alternativa del síntoma: ésta dará respuesta al mismo dilema pero de un modo menos destructivo.” (Boscolo, et al. 1987. P. 34). A este modo de presentar el problema a las familias lo llamaron “connotación lógica”.

Al igual que la connotación lógica, el reencuadre lógico implica una argumentación, valga la redundancia, lógica del por qué del origen y la consistencia del problema. Para Boscolo, et al. (1987) “[la connotación lógica, que puede ser cambiado por el reencuadre lógico] es un mensaje por medio del cual el o los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto”. (P. 20)

En realidad considero que tanto la connotación lógica como el reencuadre lógico son completamente lo mismo, a diferencia del reencuadre positivo y/o negativo y la connotación positiva y/o negativa.

La diferencia entre el reencuadre (positivo o negativo) y la connotación (positiva o negativa), radica en el marco teórico desde donde se utiliza, es decir desde la postura del equipo del MRI y de la del grupo de Milán, respectivamente.

Para el equipo de Milán, la connotación hace referencia a la atribución de funcionalidad del síntoma dentro del sistema familiar (patógeno), mientras que desde el marco teórico del equipo del MRI, el reencuadre es visto como una atribución de significado a una situación, sea esta el síntoma o cualquier otro aspecto del sistema perceptivo-reactivo del cliente.

Permítaseme ejemplificar con un caso de Erickson, presentado en el libro *Raíces Profundas* (O’Hanlon, 1993):

“Un alumno de Erickson volvió antes de tiempo de su luna de miel, al borde de la disolución del matrimonio, porque no había podido lograr una erección con la recién casada. Esta se sentía ultrajada. Erickson atendió juntos a los dos miembros de la pareja, y sugirió que el hombre le había hecho a la esposa el mayor de los cumplidos. Le aclaró a la pareja perpleja que aparentemente el joven encontraba que la belleza de su mujer era tan abrumador, que temporariamente le hacía imposible reaccionar” (P. 112).

Cabe señalar también que el reencuadre es practicado en forma acorde a las predisposiciones mentales de cada cliente, así como a las creencias y patrones culturales de la persona (Rosen, 1994).

En conclusión el reencuadre puede ser visto y presentado desde muchas formas diferentes, de ahí que el reencuadre sea sólo, y suficiente, una solución alternativa, una realidad alternativa en donde el cliente puede moverse como pez en el agua.

APARTADO CUARTO ANÁLISIS DE MARCOS RECURSIVOS

La utilización del lenguaje y su análisis tiene gran importancia, ya que es mediante éste que tanto cliente como terapeuta construyen un discurso referente al problema, así como a las soluciones. Tanto terapeuta como cliente construyen y ordenan su discurso al escuchar y hablar con otro, en una especie de proceso recursivo, en donde el uno retro-alimenta al otro en un tema en específico: “el problema” y/o “las soluciones”.

Para algunos autores (Aguilar, 2004; Chenail, 1990/1991, 1992, 1995) mapear lo que el terapeuta hace en terapia y cómo cliente y terapeuta ordenan y construyen su discurso tiene gran relevancia, pues su aplicabilidad y practicidad se ven reflejadas en los discursos del cliente posterior a la terapia. Una forma de obtener un mapa de estos elementos, nos la proporciona el uso del Análisis de Marcos Recursivo (AMR).

Para este trabajo, dicho método me ayudará a formular una guía que sirva para la construcción de un protocolo acerca de cómo los terapeutas del MRI crean reencuadres como técnica de intervención en el contexto terapéutico, y en el discurso que se lleva a cabo en dicho contexto.

El AMR es un método propuesto por Bradford Keeney para la comprensión y presentación de las conversaciones, y posteriormente refinado por Ronald Chenail, quien lo utiliza como un método de investigación cualitativa para analizar todo tipo de discursos, incluidos las conversaciones y las narrativas (Chenail, 1995).

El AMR es un método “especialmente usado cuando hay un interés, por parte del investigador, para mapear las observaciones de cómo él, el investigador, mira el habla en una interacción recursiva” (Chenail, 1995. Párrafo 33).

En sus inicios, tras la aplicación de la teoría musical, Keeney empezó a desarrollar la metáfora de “marco” para comprender las conversaciones. La noción de marco le permitió ajustar conceptos, palabras, significados y conversaciones, a su trabajo de investigación. De ahí que en este nuevo sistema notacional, haya comprendido a las “palabras”, como “marcos”. El “agrupamiento contextual de palabras” se percibió como “galerías”, y la “creación de significados” como “recursión” (Chenail, 1995).

Keeney buscó aprender a escuchar “las secuencias del patrón de habla” de los clientes, así como observar qué elementos se presentaban de manera repetitiva en ese patrón, lo cual le sirvió para observar cómo los clientes se atascaban en un discurso “sobre” el problema. Así también, pudo observar que el cambio que se presentaba era debido, en parte, al cambio que el cliente presentaba en su descripción “sobre” el problema. En otras palabras el cambio significó modificar el modo de hablar de los clientes acerca de sus problemas (Chenail, 1995).

Al respecto Chenail (1990/1991, 1995) Menciona:

“Keeney fue curioso en el discurso terapéutico, ya que le interesaba conocer los patrones dentro de las interacciones del discurso, pensaba que si se identificaban los patrones repetitivos dentro de una conversación se puede ayudar a los pacientes a que solucionen su problema y esos cambios esperados dentro de la terapia se reflejarían en cambios en la forma de hablar de los pacientes acerca de sus problemas dentro de la terapia y dichos cambios también ocurrirán fuera de la terapia” (Pág. 42).

Las raíces del AMR son rastreadas hacia las nociones de Bateson (1972) y de Erving Goffman (1974), respecto al término “*Frame*”⁹². Dicho término es comprendido como un sinónimo de “contexto”. Para

⁹² Joseph (1999), hace una distinción dentro del trabajo de Goffman respecto a los términos “marco” y “contexto”. El primero es definido como: “Dispositivo cognitivo de la organización de la experiencia social que permite comprender lo que nos ocurre y

ambos autores, el “contexto⁹³” es el centro de sus visiones conceptuales. Desde el punto de vista de Chenail (1995), el contexto conduce, sigue y especifica el significado de una expresión.

Según Chenail (1995), para comprender una conducta es necesario que, como observador, identifiquemos o construyamos un “contexto” en el cual dicha conducta obtenga significación. Así pues la conducta a explicar sólo es significativa en un contexto, el cual, a su vez, es construido en la conversación, mediante la unión de frases, que, de la misma manera, son constituidas por enlaces de palabras. Así pues, podemos crear una cantidad ilimitada de significados a través de este juego de palabras. El contexto, por tanto, especifica el significado de una expresión.

Para Chenail (1995), el contexto es construido al entretener palabras, mientras que los significados surgen al unir texto y contexto. El retorno al significado creado dentro de un discurso nos refiere a un proceso recursivo, el cual nos remite a la generación de nuevos significados.

No obstante de la linealidad del lenguaje el discurso regresa a su punto de partida y retro-alimenta al hablante respecto de su discurso. De ahí la importancia de denominarlo “recursivo”, pues tanto a investigador como a terapeuta, sirve para guiar su investigación y sus intervenciones, respectivamente, dentro de un discurso directo con el receptor, ya que al comprender lo que está sucediendo en la conversación, podemos, además de “comprender”, “experimentar lo que está ocurriendo” en dicha situación, por lo que nuestra comprensión pueda ser re-ajustada o re-encuadrada (Chenail, 1995).

Sencillamente, la palabra “recursivo” hace referencia, en el caso del AMR, a la descripción del camino que recorre el discurso (Chenail, 1995). Es decir, toda conversación tiene un orden, dicho orden es determinado por la linealidad del lenguaje, pero también por las partes que componen el discurso. Estas partes pueden ser los temas, la gramática, los silencios, las aperturas, etc.

Por su parte Chenail (1990-1991) habla de un orden de recursión el que es dividido en tres niveles, los cuales ya habían sido presentados por Keeney en trabajos anteriores (1991, 1992) y por Bateson antes de éste: 1) el primero es la realidad de primer orden o conducta simple; 2) la realidad de segundo orden o interacción, y por último 3) realidad de tercer orden o ecología social o coreografía.

Así pues, el AMR puede ser definido como un “un tipo de análisis secuencial que ayuda al investigador a marcar las transformaciones semánticas dentro de una conversación” (Chenail, 1995. Párrafo 33)

Es un método de observación ideal para “organizar la participación del terapeuta en un tiempo real, tanto en el curso de un caso clínico como en el análisis *post hoc* del contenido de sesiones íntegras” (Keeney, 1992. P. 54), así como para crear patrones de marcos (o contextos) dentro de una conversación (Chenail, 1995), sean o no terapéuticas.

Como sostiene Chenail (1990-1991), el AMR es un sistema para rastrear el flujo de contextos en una conversación. Por ejemplo podemos encontrar, en el discurso de un paciente, el contexto o marco “problema”, así como el contexto o marco “intentos de solución”, mientras que “soluciones” es un contexto o marco de otro tipo, que podemos encontrar en un discurso. A través de este método, podemos saber el flujo de una conversación terapéutica sin caer en la redundancia ni en el ruido (Chenail, 1995).

Como afirma Aguilar (2004):

tomar parte en ello. Un marco estructura tanto la manera como definimos e interpretamos una situación como la forma en que nos comprometemos en un curso de acción.” Mientras que el “contexto” es entendido como “[el]...marco local y perceptivo en el que se desarrolla una actividad y espacio de palabra al que los participantes se refieren en el transcurso del intercambio. Desde el punto de vista de una ecología de las actividades, el término designa el medio y los recursos disponibles. Desde el punto de vista cognitivo, situado, remite a los índices que permiten a los participantes hacer inferencias sobre la acción o la conversación en curso” (P. 118).

⁹³ Explica Chenail (1995) que contexto proviene de la palabra “*contextus*”, la cual significa, ya sea, “coherencia”, o “secuencia de palabras”.

“Dentro de una conversación se está dando cierta secuencia, al analizarla se pueden hacer visibles los cambios que se presentan dentro de la conversación, y el analista puede marcar las diferencias de cuando se está hablando de una cosa o de otra, al establecer diferencias [éstas] se organizan dentro de ciertos marcos, entonces si [en]⁹⁴ la conversación nuevamente se presentan otras diferencias...” “... se abren otros marcos y así sucesivamente, al abrir o cerrar ciertas líneas o temas de conversación abrirá nuevos marcos que posteriormente se organizan en galerías...” (P. 46).

De esta forma se crea un mapa de la conversación, el cual permite conocer el flujo de dicho discurso (Chenail, 1995).

El AMR como método de análisis ayuda al terapeuta a reconocer significados, y patrones de significados, así como diferencias en una conversación (Chenail, 1995). Así, el AMR, se convierte en un método de puntuación-distinción artificial.

Desde un punto de vista pragmático, los significados no son estáticos ya que se construyen a partir de cómo se están dando los turnos en la conversación. En otras palabras, a partir de la interacción que se está dando a través de las palabras, de las frases, de la unión e intercambio de ellas, de los sonidos y silencios presentes en toda conversación (De Shazer, 1989, 1991; Rudes, Shilts y Berg, 1997, citados en Aguilar, 2004).

En términos Keeneyianos, el AMR nos ayuda a diferenciar diferencias (valga la redundancia) y crear puntuaciones respecto de una conversación o en todo tipo de discurso.

Cada observador puede construir una puntuación o secuencialización de marcos o contextos dentro de un mismo discurso, y el AMR es un modo de hacer, y para hacer, estos patrones de puntuación. Como menciona Chenail (1995. Párrafo 44); “...el AMR puede ser usado para conducir una análisis secuencial del discurso”.

Parafraseando a Aguilar (2004) para los terapeutas resulta útil conocer el camino que sigue una conversación, siendo esta la que determina la dirección que deberá tomar la terapia. Mediante el AMR es posible rastrear este camino, así como los significados y las formas en como se han usado tanto palabras como significados.

En terapia, tanto como en investigación, los participantes pasan de un marco a otro y de una galería a otra en busca del contexto que ofrezca recursos enriquecedores.

Entender la utilización del AMR no es tarea complicada, sino de creatividad. Keeney (1992) derivó una serie de distinciones, las cuales pueden seguir el terapeuta e investigador para describir los patrones interaccionales en el discurso terapéutico, incluso como guía de la práctica terapéutica y que presento a continuación:

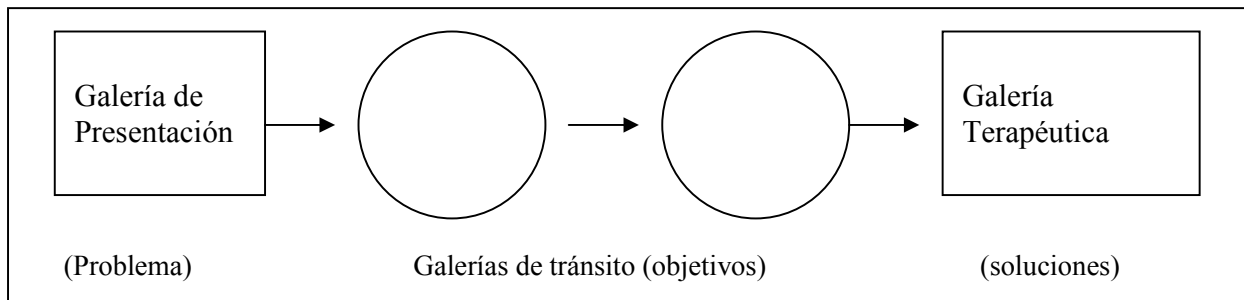
1. Marco. Es la herramienta fundamental para crear un patrón de la conversación. Este concepto indica los contextos que cliente y terapeuta se brindan el uno al otro. “Si están envueltos en una conversación vinculada con un problema presentado, como los perturbadores ataques de asma del hijo menor, podemos decir que la conversación tiene lugar dentro del contexto o marco de la ‘definición del problema’. Si terapeuta y cliente comienzan a explorar por qué sobrevino el asma, la conversación se habría desplazado al marco de “explicaciones del problema” (Keeney, 1992. P. 54).
2. Galería. Dicho concepto hace referencia a un grupo de marcos, es decir que es de un nivel o clase distinta a los marcos. Por ejemplo, los anteriores marcos (“definición del problema” y “descripción del problema”) son miembros de una misma galería: “El problema”, pues son de la misma clase “problema”. Mientras que si se hablase sobre “los objetivos terapéuticos” o “los

⁹⁴ Los corchetes son míos.

cambios obtenidos”, estos marcos se agruparían en la galería “soluciones del problema”. De esta manera, las conversaciones terapéuticas pueden ser contextualizadas por marcos y clases de marcos o galerías.

3. Apertura. Según Keeney (1992. P. 55) para “pasar de una galería a otra se requiere de una apertura: una puerta abierta que facilite el paso de una a otra”.
4. Galería de tránsito. Por último, el elemento que necesitan atravesar los participantes de una conversación terapéutica para pasar de una galería de presentación a una galería terapéutica, es la llamada galería de tránsito.

Keeney (1992. P. 55), al respecto, presenta el siguiente mapa (Fig. 4):



Así que la creación de una partitura terapéutica exige la identificación de una, o varias, secuencias de galerías, así mismo, es necesario identificar las aperturas y dar cuenta de todos y cada uno de los pasajes interesantes o significativos de la conversación. Con dicho método se pone de relieve el flujo de la conversación terapéutica. (Keeney, 1992).

Una vez obtenidos los elementos, Chenail (1995), sugiere algunos pasos para el análisis:

1. Lo primero es seleccionar y anotar algunos marcos dentro de un discurso.
2. Posteriormente, sugiere, jugar con los marcos para crear una variedad de figuras del habla, yuxtaponiendo los marcos.
3. Así también, necesitamos observar las distintas formas de significados que fueron construidos en este juego de palabras.

Un punto de suma importancia en el AMR es el proceso por el cual un observador o equipo de observadores da sentido a una colección de datos recogidos en una galería de marcos.

Entre las utilidades del AMR podemos enumerar las siguientes:

Como un análisis “secuencial”:

- Ayuda al investigador y al terapeuta a indicar sus percepciones sobre el cambio o traslado semántico presente en los discursos de la gente.
- Ayuda a crear patrones de palabras y apreciar cómo otros crean sus propias figuras del habla (Chenail, 1995).

Como un análisis “pragmático”:

- Ayuda al investigador a enfocarse en “cómo” los hablantes usan el lenguaje en sus intentos por describir su situación problemática o en sus intentos por describir una transferencia en el fluir de su discurso.

Como un análisis “semántico”:

- Ayuda a comprender los significados creados en el discurso.
- Ayuda a comprender los significados que tiene cada marco en el discurso.

Pero no nos limitemos. Estas tres variantes de AMR (Análisis secuencial, pragmático o semántico) son sólo una visión de la flexibilidad que podemos adoptar al utilizar este método dentro de la investigación.

De hecho como menciona Chenail (1995. Párrafo 63) “podemos combinar estos análisis y examinar, así, un análisis secuencial-semántico o un análisis pragmático de la secuencia semántica, etc.”

Algunos de los resultados obtenidos, gracias a la flexibilidad que presenta el AMR, son: la construcción de un único proceso terapéutico (Keeney, 1992). Chenail, et al. (Chenail, Duffy, Fortugno y Leeds, 1991; Fortugno, 1991, citados en Chenail, 1990-1991) han expandido la noción de enlace del AMR Keeneyiano, para crear un tipo de terapia con la cual abarcar textos metafóricos en el conocimiento y práctica de un marco-guía en terapia; por su parte Fortugno (1991, 1991, Julio. Citado en Chenail ,1992), ha presentado una variación de original AMR, llamado *Permeable Frame Analysis*.

APARTADO CINCO MÉTODO

5.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿En base a qué elementos y secuencia los terapeutas [Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1988); Nardone, G. (1997; 2000;2004a; 2004b); Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992); Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002); Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1995)], que trabajan con el modelo de la terapia estratégico-constructivista de la escuela del MRI, aplican y presentan a nivel verbal (como habla transcrita) la técnica del reencuadre?

5.2. PROPÓSITOS

Los propósitos del presente trabajo son:

- 1) Mediante la técnica de AMR obtener los elementos y las pautas para la construcción del reencuadre que utilizan algunos terapeutas representantes del modelo de terapia estratégico-constructivista de la escuela del MRI, en específico el trabajo reportado por escrito de Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1988); Nardone, G. (1997; 2000;2004a; 2004b); Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992); Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002); Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1995). Sin ser mi intención evaluar la eficacia y/o eficiencia del reencuadre como técnica terapéutica.
- 2) Brindar al estudioso y practicante clínico una esquematización del reencuadre, y de sus elementos, que lleve a la facilitación en la utilización de los mismos por parte de otros terapeutas, en complementación de otras técnicas terapéuticas.
- 3) Conocer los puntos de vista, descripciones y explicaciones, del uso del reencuadre hechas por los terapeutas o por los autores, exponentes del modelo del MRI, dentro de la bibliografía seleccionada.
- 4) Presentar una guía sobre la utilización del reencuadre que sirva para construir un protocolo para la construcción de reencuadres como técnica de intervención terapéutica.

5.3. TIPO DE ESTUDIO

- El tipo de investigación es cualitativa

5.4. ESTRATEGIA

- Análisis de Marcos Recursivos

5.5. MATERIAL DE ANÁLISIS

Se trabajó con “32 ejemplos” de reencuadres terapéuticos dentro de fragmentos de transcripciones de 14 casos expuestos en el *material bibliográfico* correspondiente al trabajo de terapeutas exponentes del modelo de terapia estratégico-constructivista de la escuela del MRI.

Criterios de elección:

- La bibliografía debía contener transcripciones, como mínimo con dos turnos de habla (encuadre-reencuadre), y descripciones de la utilización de la técnica del reencuadre sobre casos clínicos sin distinción de problemáticas.

Los textos elegidos fueron:

- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1988). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2000). Psicopercepciones. Barcelona: Herder
- Nardone, G. (1997). Miedo, pánico y fobias; La terapia breve. Barcelona: Herder.

- Nardone, G., Verbitz, R. y Milanese, R. (2002). Las prisiones de la comida. Barcelona: Herder.

Se eligieron dos tipos de *corpus*:

A) Fragmentos de transcripciones de casos donde se usa el reencuadre.

Criterios de elección de transcripciones:

- Se eligieron 32 fragmentos de transcripciones de 14 casos con diálogos entre terapeuta/ co-terapeuta//cliente.
- El corpus de los casos debía presentar al menos 1 encuadre y 1 reencuadre, puesto que la definición de “reencuadre”, presentada, sugiere una “sustitución” lo que implica dos turnos de habla como mínimo.
- La definición de reencuadre sugiere también la “descripción de hechos”, por tanto, un criterio de elección del corpus fue que en las transcripción se hiciera una descripción sea del encuadre, del reencuadre o de ambos.

Los fragmentos elegidos fueron:

De Fisch, R., Weakland, J. R. y Segal, L. (1988). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder.

Fragmento 1: Pág. 220

Fragmento 2: Pág. 248

Fragmento 3: Pág. 249

Fragmento 4: Pág. 251

Fragmento 5: Pág. 256-257,259-260

Fragmento 6: Pág. 300

Fragmento 7: Pág. 298

De Nardone, G. (2000). Psicoluciones. Barcelona: Herder.

Fragmento 8: Pág. 61

Fragmento 9: Pág. 73-74

Fragmento 10: Pág. 110-111

De Nardone, G. (1997). Miedo, pánico y fobias; La terapia breve. Barcelona: Herder.

Fragmento 11: Pág. 173-174

Fragmento 12: Pág. 200

Fragmento 13: Pág. 200

Fragmento 14: Pág. 231-232, 234

Fragmento 15: Pág. 262-263

Fragmento 16: Pág. 262-263

Fragmento 17: Pág. 279

De Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002). Las prisiones de la comida. Barcelona: Herder.

Fragmento 18: Pág. 71

Fragmento 19: Pág. 114

Fragmento 20: Pág. 141

Fragmento 21: Pág. 142

Fragmento 22: Pág. 147

Fragmento 23: Pág. 159-160

Fragmento 24: Pág. 160-161

Fragmento 25: Pág. 173

Fragmento 26: Pág. 174-175

Fragmento 27: Pág. 221

Fragmento 28: Pág. 222
Fragmento 29: Pág. 232
Fragmento 30: Pág. 233
Fragmento 31: Pág. 263
Fragmento 32: Pág. 277

B) Descripciones y explicaciones del uso del reencuadre hechas por los terapeutas de los casos o por los autores de la bibliografía.

Criterios de elección de descripciones de reencuadres hechas por los terapeutas de los casos o por los autores de la bibliografía.

- i. Se extrajeron 35 descripciones o explicaciones de los autores de la bibliografía, así como de los terapeutas, respecto a la utilización de los reencuadres terapéuticos, así como de los elementos necesarios para su uso, sin importar que no fueran transcripciones.

Los fragmentos elegidos se obtuvieron de los siguientes textos:

- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1988). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (1997). Miedo, pánico y fobias; La terapia breve. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2000). Psicosisoluciones. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2004a). Más allá de la anorexia y la bulimia. México: Paidós.
- Nardone, G. (2004b). No hay noche que no vea el día: La terapia breve para los ataques de pánico. Barcelona: Herder.
- Nardone, G., Verbitz, R. y Milanese, R. (2002). Las prisiones de la comida. Barcelona: Herder.

5. 6. PROCEDIMIENTO

Propósito 1. Mediante la técnica de AMR obtener los elementos y las pautas para la construcción del reencuadre que utilizan algunos terapeutas representantes del modelo de terapia estratégico-constructivista de la escuela del MRI, en específico el trabajo reportado por escrito de Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1988); Nardone, G. (1997; 2000;2004a; 2004b); Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992); Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002); Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1995).

1. Se seleccionaron textos exclusivos de autores exponentes del modelo de terapia estratégico-constructivista del MRI.

2. Mediante la lectura de los textos se eligieron los casos en donde los autores de la bibliografía o los terapeutas mencionaran haber utilizado la técnica del reencuadre, o que el caso presentara la utilización de un reencuadre con base a los criterios arriba mencionados.

3. Mediante la lectura de los textos, se eligieron los fragmentos de los casos con base a los criterios mencionados.

4. Por recomendación, de la Mtra. Lidia Beltrán Ruiz, se revisaron distintos métodos de análisis, eligiendo al AMR para el fin del presente trabajo.

5. Una vez compiladas las transcripciones de los fragmentos de los casos, se determinaron las galerías, los marcos, las aperturas, y todo lo necesario para el Análisis de Marcos Recursivos.

Con base, primeramente, en la siguiente definición del reencuadre se crearon las galerías, los marcos y aperturas.

Reencuadre: Podemos definir el reencuadre como “la sustitución del marco conceptual, que hace referencia a una percepción, emoción y/o conducta, en el cual se experimenta una situación, por otro marco o encuadre igualmente válido, no necesariamente del mismo orden (es decir conceptual-conceptual, emotivo-emotivo y conductual-conductual, aunque indirectamente se influyen y determinan), que aborde los ‘hechos’ correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mayormente funcional (alternativamente), en términos de viabilidad del sujeto con la situación problemática, cambiando así por completo el sentido de los mismos” (Watzlawick, et al., 1995)

La definición de reencuadre y la utilización del AMR sugieren la creación de las siguientes “galerías”:

Galería del problema. La cual se refiere, o debe contener, diálogos sobre el problema. Por lo general es el cliente el que presenta este tipo de información, sin embargo el terapeuta no queda excluido de hablar del problema. Por ejemplo, al preguntar sobre el motivo de consulta da pauta al cliente a hablar sobre el problema.

Galería del Reencuadre Terapéutico. Esta galería se refiere a los diálogos o mensajes que el terapeuta presenta al cliente para provocar un cambio en él o en su problema.

La definición de reencuadre sugiere la creación de los siguientes “marcos”:

Galería del Problema

Dentro de la Galería del problema como una clase de marcos, siguiendo la lógica del trabajo del MRI, podemos encontrar, en base a la definición de reencuadre, como mínimo dos “marcos”:

- **Marco conceptual del problema (encuadre).** Este puede ser definido como “una realidad o marco conceptual, es decir, una atribución de significado a una situación. Dicha atribución es arbitraria del significante, independiente de otras atribuciones, a priori o a posteriori a la experiencia, implícito o explícito (es decir manejarse como un concepto, como una descripción o como una explicación enunciada por el paciente respecto a su problema). Así pues, este marco debe hacer referencia a un concepto, ya sea implícito como explícito, respecto al problema o a alguna situación descrita por el cliente.
- **Marco descriptivo del problema.** El encuadre debe hacer referencia a ciertos hechos, esto sugiere, obviamente, la mención o descripción de los hechos.

Galería Terapéutica o del Reencuadre Terapéutico.

Dentro de la Galería Terapéutica, como una clase de marcos, podemos encontrar, en base a la definición de reencuadre, como mínimo tres “marcos”:

- **Marco conceptual del terapeuta (reencuadre).** Este marco debe referir a diálogos sobre un encuadre que sustituya a otro anteriormente presentado (una de las condiciones del reencuadre). Por lo general estos diálogos son presentados por el terapeuta, pues es el que realiza la intervención terapéutica.
- **Marco descriptivo del reencuadre.** Al igual que el encuadre, el reencuadre debe de ir acompañado de una descripción de sí mismo, pues como se menciona en la definición de

reencuadre, este, debe abordar “...los ‘hechos’ correspondientes a la misma situación concreta...”. Lo que sugiere un sentido distinto al presentado por el cliente.

- **Marco de refuerzo del reencuadre.** En este marco se ubicarán diálogos que dirige el terapeuta al cliente con la finalidad de que este, el cliente acepte con mayor facilidad el reencuadre o simplemente con el objetivo de reforzar el reencuadre. Básicamente este marco podrá hacer referencia a estrategias de *rapport*, de persuasión, etc. Incluso el des-encuadre puede ser ubicado en esta categoría.

El des-encuadre es una técnica terapéutica que consiste en desafiar, de manera directa o indirecta, la realidad del cliente, sin proporcionarle un nuevo marco o encuadre, con la finalidad de anular o arrojar dudas sobre el encuadre o significado anterior correspondiente a un fenómeno (Cade y O’Hanlon, 1995; O’Hanlon, 1993).

La apertura será entendida como: “una puerta abierta que facilite el paso de una a otra” (Keeney, 1992), es decir palabras o frases (por lo general conectores) que nos lleven de una galería a otra o de un marco a otra. El ejemplo presentado más arriba sobre la pregunta del terapeuta ¿Cuál es el problema? Sirve de apertura al cliente para hablar del problema.

A continuación muestro un esquema de presentación del análisis que se pretendía lograr:

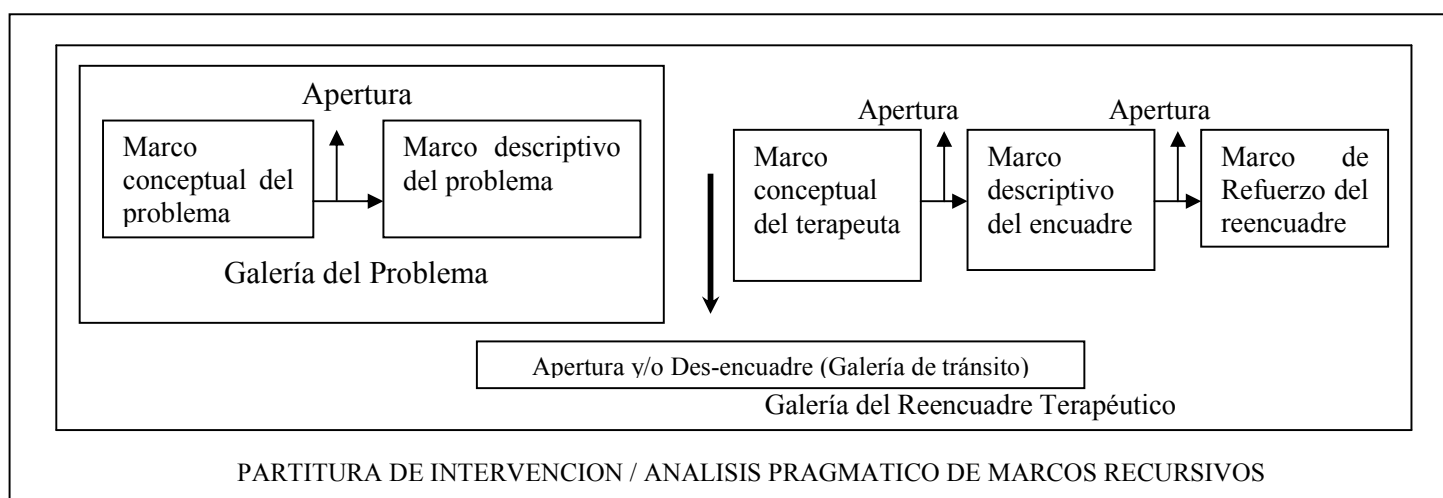


Fig. 5.

6. Se formuló una tabla para vaciar las transcripciones y realizar el análisis. Se presenta un cuadro de dos columnas, en el cual, a la izquierda se muestra el corpus, mientras que a la derecha se presentan los resultados del análisis (galerías, marcos, aperturas, etc.) de manera secuencial.

7. Se llevó a cabo el análisis sugerido para encontrar los elementos y las secuencias de la construcción de reencuadres terapéuticos.

8. Una vez elaborado el análisis se creó una guía de creación de reencuadres de manera secuencial, es decir la manera en cómo el terapeuta presenta galerías, marcos y aperturas, para encontrar la secuencia, el patrón, de la creación de reencuadres terapéuticos.

9. Se clasificaron los reencuadres encontrados.

10. Una vez encontrados los elementos (galerías, marcos, aperturas) implicados en el reencuadre y el patrón, o secuencia, de presentación de dichos elementos en la práctica de los terapeutas del MRI, se esquematizó y se explicó a manera de resultados y conclusiones.

11. Se creó una tabla que muestra las frecuencias de los elementos dentro de la utilización del reencuadre terapéutico en los fragmentos seleccionados.

Propósito 2. Brindar al estudioso y practicante clínico una esquematización del reencuadre, y de sus elementos, que lleve a la facilitación en la utilización de los mismos por parte de otros terapeutas, en complementación de otras técnicas terapéuticas.

1. Una vez realizado el análisis se realizaron distintos esquemas para representar los elementos utilizados en el reencuadre terapéutico, así como la secuencia en que estos se presentaban y la recursión encontrada en el diálogo transcrito de los fragmentos.

2. Se eligió un esquema que representara no sólo la recursión sino también el salto de una clase, o marco, a otro.

Propósito 3. Conocer los puntos de vista, descripciones y explicaciones, del uso del reencuadre hechas por los terapeutas o por los autores, exponentes del modelo del MRI, dentro de la bibliografía seleccionada.

1. Con base a la lectura de los textos se buscaron descripciones o explicaciones sobre el uso del reencuadre hechas por los terapeutas o autores de la bibliografía.

2. Se creó una tabla para vaciar las descripciones o explicaciones encontradas.

3. Se parafrasearon las descripciones o explicaciones de los autores respecto al uso del reencuadre con el fin de presentar una idea mayormente clara para el lector.

4. Se buscaron fragmentos de casos que ejemplificaran la descripción o explicación dada por los terapeutas o autores de la bibliografía respecto al uso del reencuadre.

Este material será útil para ayudar al estudioso a complementar el protocolo de creación de reencuadres con la manera de uso y elementos utilizados por los profesionales del MRI para presentar de manera efectiva y eficaz los reencuadres como técnica de intervención terapéutica.

Las listas y explicaciones se presentan a manera de resultados y conclusiones

Propósito 4. Presentar una guía sobre la utilización del reencuadre que sirva para crear un protocolo para la construcción de reencuadres como técnica de intervención terapéutica.

1. Con base a la definición del reencuadre expuesta en éste trabajo, se presentará una guía para la formulación de un protocolo para la construcción de reencuadres terapéuticos.

2. Con base en el Análisis de Marcos Recursivos, se formuló una sistematización, a manera de guía, para la creación de reencuadres terapéuticos. Considerando las galerías y marcos, y analizando de manera descriptiva la frecuencia con que estas aparecen en las interacciones verbales. Bajo estos supuestos:

- a) Los terapeutas que utilizan el reencuadre como técnica de intervención se basan en cierto tipo de información del cliente o de la sesión para crear sus reencuadres.
- b) Los terapeutas tienen un estilo o técnica para presentar el reencuadre a sus clientes.

APARTADO SEXTO RESULTADOS

A continuación presentaré los resultados de manera que complazcan los propósitos de este trabajo.

Propósito 1. Mediante la técnica de AMR obtener los elementos y las pautas para la construcción del reencuadre que utilizan algunos terapeutas representantes del modelo de terapia estratégico-constructivista de la escuela del MRI, en específico el trabajo reportado por escrito de Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1988); Nardone, G. (1997; 2000;2004a; 2004b); Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992); Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002); Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1995).

Propósito 2. Brindar al estudioso y practicante clínico una esquematización del reencuadre, y de sus elementos, que lleve a la facilitación en la utilización de los mismos por parte de otros terapeutas, en complementación de otras técnicas terapéuticas.

Para éstos dos¹ propósitos presentaré los resultados en tres formas, los cuales clasificaré dentro de las categorías: 1) Elementos de la galería terapéutica; 2) Características de los elementos de la galería terapéutica, y; 3) Secuencia de los elementos de la galería terapéutica.

6.1. GALERÍAS Y MARCOS

6.1.1. Elementos de la Galería Terapéutica.

Los elementos encontrados, dentro de la Galería Terapéutica, mediante el Análisis de Marcos Recursivos son los siguientes:

- A) Reencuadres.
 - i. Tipos de reencuadres
 - ii. Especificación del encuadre del cliente.
 - iii. Recapitulación.
- B) Personalización del reencuadre
- C) Descripción del reencuadre
- D) Apertura del terapeuta
- E) Des-encuadre
- F) Refuerzo del reencuadre
 - Insistencia (frases o conclusiones)
 - *Rapport*
 - Utilización de las palabras del cliente.
 - Uso de operadores modales
 - Utilización del condicionador “si no...”
 - Lectura de la mente.
 - Reducción al absurdo.
 - Utilización de un referente contextual.
 - Utilización de la referencia a otros casos
 - Connotación lógica
 - Sugerencia y Personalización de una intervención
 - Encuadre de la solución
 - Especificación de la solución del problema
- G) Encuadre del terapeuta.
 - Descripción del encuadre del terapeuta

¹ Debido a que pretendo que los resultados sean claros para el lector conjuntaré el análisis de los fragmentos con los esquemas que lo representan.

- Personalización del encuadre del terapeuta

Permítase presentar el siguiente cuadro en donde explico los elementos encontrados en los fragmentos así como el ejemplo, o los ejemplos en donde dichos elementos pueden ser encontrados.

Tipos de reencuadre		Fragmento en que se puede encontrar
Por el modo de presentación	Indirecto	31
Por los elementos de la estructura gramatical del cliente	Sustantivales	1, 8, 9, 19, 26, 29
	Verbales	11, 14, 26
	De generalizaciones	5, 7, 19, 23, 29
Por la valoración que implican	Positivos	3, 4, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 25, 28, 29
	Negativos	21, 24, 25, 26, 27
Por la función del reencuadre	Del nombre del problema	5
	Del origen del problema	6, 12, 22, 23, 29
	De los cambios	13
	De la relación cliente-problema	11
	Contextual	15
	Temporal	3, 8, 32
	De contenido	1, 2, 6, 10, 18, 20, 30, 31, 32
	Del nivel lógico del problema.	14, 23, 25
Otros	Implícitos.	9, 19

Fig. 6.

Elemento	Fragmento en el que se puede encontrar
Reencuadre del reencuadre	1, 9, 11, 14, 23, 26
Descripción del reencuadre	1, 9, 10, 19, 23, 25, 28, 29, 31
Especificación del encuadre del cliente	2, 14, 23, 27, 29
Recapitulación	23
Personalización del reencuadre	2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32
Apertura del terapeuta	1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32
Des-encuadre	3, 4, 19, 23, 29, 31
Refuerzo del reencuadre mediante la insistencia. (frases o conclusiones)	1, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 28, 29, 32
Rapport	2
Utilización de las palabras del cliente	1, 13, 22, 26
Uso de operadores modales	13
Utilización del condicionador “si ...entonces”	13
Lectura de la mente	14
Despatologización	2
Reducción al absurdo	14
Utilización de un referente contextual	15
Utilización de referencia a otros casos	5
Connotación lógica	26
Sugerencia y personalización de una intervención	1, 9, 10,
Especificación de la solución del problema	2
El terapeuta muestra falta de experiencia	5
Encuadre del terapeuta	2, 5, 6, 14, 19, 29, 30
Descripción del encuadre del terapeuta.	19, 26
Personalización del encuadre del terapeuta	6

Fig. 7.

6.1.2. Secuencia de los elementos de la Galería Terapéutica

Respecto a la secuencia de estos elementos, diré que es variable, respecto al orden de los mismos, en cada caso².

Posterior al cuadro de abreviaturas, presento un cuadro compuesto por tres espacios. El primero (izquierdo) contiene los ejemplos tomados del material bibliográfico, ya comentado; el segundo (derecho) es el análisis de Marcos formulado para cada ejemplo; el tercer espacio (inferior) contiene la graficación de los elementos encontrados, mediante el Análisis de Marcos Recursivo, así como la secuencia en que se presentan.

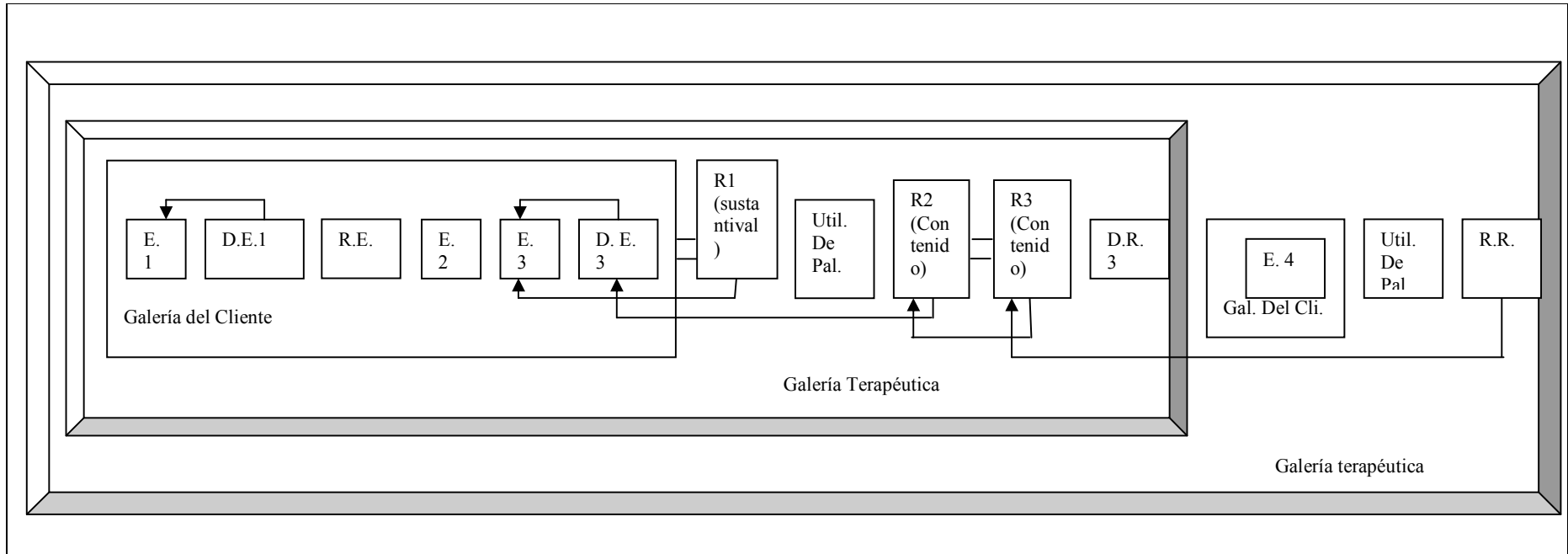
Es importante presentar las abreviaturas para no hacer tan extensas y confusas las galerías:

Gal. Ter.	Galería terapéutica
Gal. Cli.	Galería del cliente
E. (1,2,3,n.)	Encuadre del cliente
D. E. (1,2,3,n.)	Descripción del encuadre del cliente
R. E	Refuerzo del encuadre del cliente
=	Apertura (del cliente o terapeuta)
R. (1, 2, 3, n.)	Reencuadre
P. R.	Personalización del reencuadre
Util. De pal.	Utilización de las palabras del cliente
E. T.	Encuadre del terapeuta
R. R.	Refuerzo del reencuadre
Des-E.	Des-encuadre
P. E.	Personalización del encuadre
D. R.	Descripción del reencuadre
D. E. T.	Descripción del encuadre del terapeuta.
Conn. Log.	Connotación lógica
Terapeuta pide especific. De un E.	Especificación del encuadre del cliente
Recapitulación	Recapitulación
<i>Rapport</i>	<i>Rapport</i>
Lectura de la mente.	Lectura de la mente.
Sugerencia y Personalización de una intervención	Sugerencia y Personalización de una intervención
Despatologización	Despatologización
E. Sol.	Encuadre de la solución
Especif. Sol.	Especificación de la solución del problema
Reducción al absurdo	Reducción al absurdo
Encuadre del terapeuta.	Encuadre del terapeuta.
Descripción del encuadre del terapeuta	Descripción del encuadre del terapeuta
Personalización del encuadre del terapeuta	Personalización del encuadre del terapeuta
Terapeuta muestra falta de experiencia	Terapeuta muestra falta de experiencia

Fig. 8.

² Para el análisis de los resultados sólo presentaré los elementos correspondientes a la Galería Terapéutica, a la cual corresponden: El reencuadre, propiamente dicho, la apertura del terapeuta, la descripción del reencuadre, el refuerzo del reencuadre, la personalización del reencuadre. Pues siendo el objetivo de este trabajo la formulación de una guía para la construcción de un protocolo de creación de reencuadres terapéuticos, es decir de la participación del terapeuta. No quiero decir que la intervención del cliente no tenga validez o sea menos importante que lo del terapeuta, solamente que no pretendo mostrar como es que los clientes presentan sus encuadres.

CORPUS	ORDEN DE PRESENTACION Y CONSTRUCCION DEL REENCUADRE TERAPEUTICO
<p>Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal (1988) Fragmento 1 Caso 1 En el caso siguiente, los padres de una muchacha de 15 años se habían puesto en contacto con el centro de terapia breve por sugerencia del funcionario encargado de la libertad provisional de su hija. Esta se había fugado de casa y había sido internada temporalmente en un reformatorio juvenil, pero ahora había vuelto a casa otra vez. Los padres tienen poco más de 40 años de edad y su hija, llamada Suzie, es la mayor de cuatro hijos.</p> <p>Mad: A menudo comentamos que tiene una especial habilidad para vencer la resistencia de los demás. <u>La gente que la conoce, incluso los muchachos, sabe muy bien que es tozuda.</u> Ella domina perfectamente esta técnica. Si hago memoria, recuerdo mil veces en que <u>he acabado por decir: “sí, puedes hacerlo. Ahora déjame tranquila.”</u> Primero habría dicho: “no, Suzie”; y a veces, muchas veces, reconozco que digo que “no” porque se planta miles de cosas al cabo del día.</p> <p>T: <u>Ella</u> tiene al parecer una forma, digamos una técnica muy, muy eficaz de vencer la resistencia que ustedes, de ambos, al parecer. <u>Como es obvio, no es algo razonable. Es algo que a ustedes les pone los nervios de punta.</u> No es... <u>ella no les vence apelando a la razón; les vence con sinrazones.</u> (P.219)</p> <p>M: Tozudez, sí.</p> <p>T: Tozudez. <u>Me pregunto que podrían hacer ustedes dos que siguiese esta misma línea.</u> Sería cuestión de darle una dosis de su propia medicina, por así decirlo. Como es obvio, también ella tiene su talón de Aquiles; se le pueden poner los nervios de punta, exactamente igual que ella se los pone a ustedes. <u>¿Podrían sugerirme algo al respecto, darme una idea?</u> (P. 220)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encuadre 1. El encuadre presentado por el cliente (“especial habilidad”), hace referencia a un encuadre dentro de la clase “atributos personales”. 2. Descripción del Encuadre. La madre describe la función del encuadre, de la habilidad: “para vencer la resistencia de los demás” 3. La madre hace referencia a “los otros” para reforzar el encuadre siguiente. 4. Encuadre 2. “es tozuda”, encuadre presentado por la madre, se encuentra dentro de la clase de “definición personal”. 5. Encuadre 3. La madre presenta un encuadre nuevo a la “especial habilidad”, sustituyendo este encuadre por “técnica”. 6. Descripción del Encuadre de la Madre. La madre describe la eficacia de la “técnica”: “he acabado por decir: ‘sí, puedes hacerlo. Ahora déjame tranquila.’” 7. Personalización del Reencuadre. El terapeuta personaliza el reencuadre dirigido a la hija de los clientes utilizando el pronombre personal “ella” con lo cual se dirige exclusivamente a la hija. 8. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye “especial habilidad” y “técnica” por “forma”, un encuadre que se encuentra dentro de la misma clase que los encuadres de la madre. 9. Utilización de las Palabras del Cliente. El terapeuta utiliza la nominalización que la madre ha utilizado para designar la conducta de la hija: “una técnica”. 10. Reencuadre 2. El terapeuta connota de manera positiva el encuadre de la madre (“técnica”), reencuadrando, sustituyendo, “especial” por “eficaz”, dándole mayor status a la conducta de la hija. 11. Apertura. El terapeuta apela a la frase “como es obvio” para presentar su reencuadre, y a la vez le sirve para cuestionar, des-encuadrar, la referencia conceptual del cliente. 12. Reencuadre 3. El terapeuta reencuadra el encuadre “muy eficaz” propuesto por el mismo, sustituyendo dicho encuadre por “no es algo razonable”. 13. Descripción del Reencuadre. El terapeuta describe su reencuadre mediante las frases: “no les vence apelando a la razón; les vence con sinrazones.”, lo que cambia la percepción que los padres puedan tener del encuadre “técnica”, así mismo dicho reencuadre cuestiona la “eficacia” de la “técnica” al presentarla como “no razonable”. 14. Encuadre 4. La madre vuelve a su encuadre “tozudez”. Podríamos pensar que la madre no acepta el reencuadre del terapeuta, sin embargo, no acepta la nominalización y si la descripción del reencuadre, así como el reencuadre secundario “no es algo razonable”. Recordemos que el reencuadre puede pertenecer a la misma clase del encuadre o a otra. 15. Utilización de las Palabras del Cliente. El terapeuta utiliza el mismo encuadre “tozudez”. 16. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta sugiere una intervención o posible solución al problema: “me pregunto que podrían hacer ustedes dos que siguiese esta misma línea”, y “¿Podrían sugerirme algo al respecto, darme una idea?”. Personalización de la intervención. El terapeuta utiliza el pronombre “ustedes”, el cual personaliza tanto la tarea como los reencuadres dirigidos a la actitud de los padres.



Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal (1988)

Fragmento 2

Caso 2

Este era un hombre soltero, de 35 años, que presentaba un problema para tocar el violín en escenarios con un público amplio.

T: Le agradezco que haya venido hoy aquí, de modo que estas personas que nos acompañan tengan ocasión de ver cómo trabajamos de acuerdo con nuestro estilo peculiar, pero no creo que usted vaya a ganar demasiado con ello. Pienso que su situación resulta bastante peliaguda. Lo he comentado un poco con el doctor Y (el terapeuta que trata al paciente en el centro de salud mental). Él me ha informado un poquito, y bueno, no parece que yo pueda cambiarle con un simple chasquido de dedos; pensar eso sería muy poco realista. Para empezar, aunque sé que esto implicará repetir algunas de las cosas que usted ha estado comentando antes con él, yo soy nuevo en el caso; me he limitado a hablar cinco minutos con él. ¿Podría decirme, en esencia, cuál es el problema que le aqueja y que le ha hecho venir aquí?

p: Soy profesor de música, de violín, y estoy tocando muy, muy, muy mal hasta el extremo de que me tiemblan las manos, me sudan cuando toco, cosa que no me sucede en ningún otro momento. En resumen, se trata de eso.

T: De acuerdo. Cuando dice que toca mal, ¿Quiere decir que toca ante una audiencia, en público?

P: Sí.

T: Cuando toca a solas o cuando da clase, ¿Qué sucede entonces?

P: Cuando toco para una o dos personas no pasa nada. Cuando tengo que tocar algo desde el principio hasta el fin, todo suele ir bien.

T: Ajá (pausa). Cuando dice que si tiene que tocar algo desde el principio hasta el final, ¿No se da siempre dicha situación en público, o delante de una audiencia ha tratado de tocar sólo parte de una pieza?

P: No recuerdo haber intentado tocar nunca parte de una pieza.

...

...

T: De acuerdo (pausa). Cuando habla de una o dos personas a lo más, ¿Consiste en eso esencialmente una ejecución pública?

P: Sí.

T: Bien, ¿Es peor a partir de esa cifra? Por ejemplo, ¿cuatro es dos veces peor que dos, o...?

P: No, no es así.

T: Entonces, si se trata de una o dos personas, esto parecería que...

P (interrumpiendo): Bueno, podría ser así. No avanza en progresión geométrica.

T: Ajá.

P: Sin lugar a dudas si se tratase de una situación en la que ésta sala estuviese llena de gente, sería malo. O en todo caso suele serlo.

T: Aja (pausa). Bueno, a decir verdad, a mí me pasa algo muy parecido. Si ésta sala estuviese llena, estaría aún más nervioso de lo que estoy. Siento que me están mirando desde mis espaldas, a través de la cámara, pero no quisiera afirmar con ello que resulte algo comparable a lo que usted me describe; es simplemente un fenómeno similar. (pausa) Muy bien, entonces si hay mas gente, la cuestión empeora, pero no en una relación directamente proporcional al número.

...

...

1. El terapeuta pide la descripción de un encuadre (el problema), mediante las siguientes preguntas: “¿Podría decirme, en esencia, cuál es el problema que le aqueja y que le ha hecho venir aquí?”. Con esta pregunta el terapeuta sugiere un encuadre.

2. Descripción de un Encuadre. El cliente, al responder la pregunta del terapeuta, describe su encuadre: “estoy tocando muy, muy, muy mal (connotación) hasta el extremo de que me tiemblan las manos, me sudan cuando toco...”.

3. Encuadre 1. La anterior descripción sugiere un encuadre ubicado en la clase “definición personal”, la cual podría ser: “soy malo tocando el violín”. El encuadre es implícito.

4. El terapeuta pide una descripción más detallada del encuadre, sugiriendo a su vez un encuadre: “¿...ante una audiencia, en público?”, “cuando toca a solas o cuando da clase, ¿Qué sucede entonces?”, “ha tratado de tocar sólo parte de una pieza?”, “¿...o dos personas a lo más, ¿Consiste en eso esencialmente una ejecución pública?”, “¿Es peor a partir de esa cifra?”.

5. El terapeuta busca hacer rapport y despatologizar el problema del cliente mediante la siguiente analogía: “a mí me pasa algo muy parecido. Si esta sala estuviese llena, estaría aún más nervioso de lo que estoy. Siento que me están mirando desde mis espaldas, a través de la cámara, pero no quisiera afirmar con ello que resulte algo comparable a lo que usted me describe; es simplemente un fenómeno similar”.

6. Encuadre de la Solución. El cliente sugiere un encuadre de la solución al problema, la cual se expresa en las frases: “digno ejecutante”, “cuando la ocasión lo exija”, el cual hace referencia a una definición personal, marcada por el verbo “ser”.

7. El terapeuta pide descripción de la solución (“Si dejamos de lado el problema actual, ¿A qué nivel cree que se halla ahora su capacidad o su potencial?”), a su vez que sugiere un encuadre dentro de la clase de “definición personal”: “capacidad”, “potencial”.

8. El cliente acepta el encuadre, pero haciendo referencia al nivel de su capacidad connotándola de manera negativa, lo que proporciona un encuadre negativo: “no es muy elevado”

9. Encuadre 2. El cliente utiliza la frase “...algunas personas han hecho toda una carrera en música. Carreras muy importantes”, haciendo referencia a casos particulares para comparar su potencial, lo cual sugiere un encuadre del tipo “no soy mejor que ellos porque ellos han estudiado”, el cual se ve reflejado en la frase “no tengo tantas condiciones como esas personas”.

10. Apertura. El terapeuta cuestiona y des-encuadra el encuadre del cliente iniciando con el conector “pero” como apertura, y continúa

P: Si, quiero ser un **digno ejecutante** (hablando con cierta deliberación) cuando la ocasión lo exija.

...
...

T: Ajà, pero si usted se comparase a sí mismo, no con su propia imagen de lo que ha interpretado, sino con la grabación de algún otro interprete, que le parecería el resultado? Si dejamos de lado el problema actual, ¿A qué nivel cree que se halla ahora su capacidad, o su potencial?

P: No sé que decirle.

T: Ya.

P: No es muy elevado; no, probablemente (suspira)... **algunas personas han hecho toda una carrera** en música. **Carreras muy importantes**.

T: Mmm...

P: No tengo tantas condiciones como esas personas.

T (pausa): Pero, ¿Es tan bueno como algunos de los que han hecho carrera?

P: Si

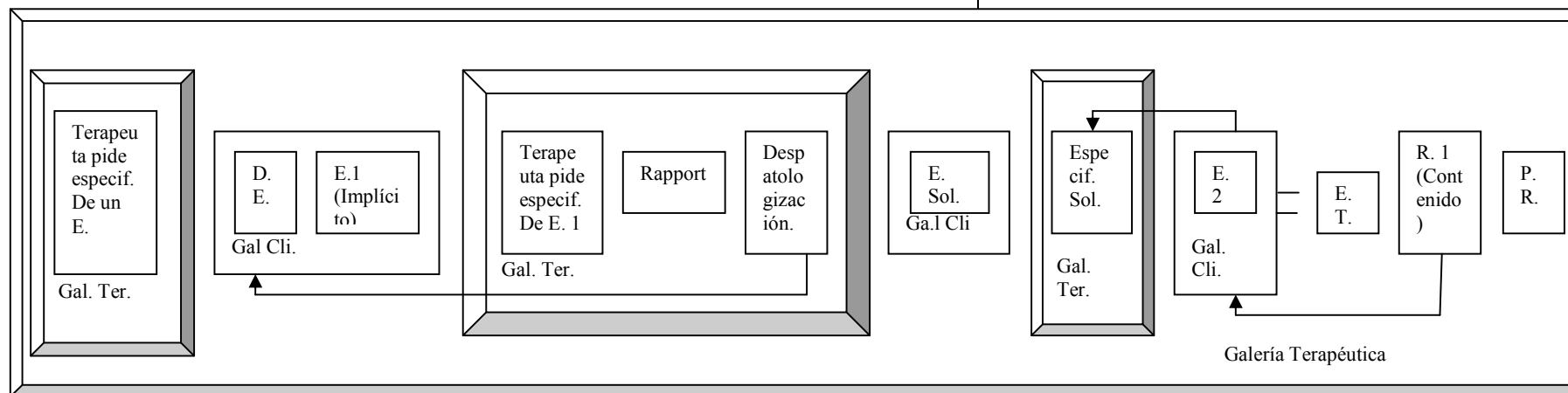
(P. 248)

con una pregunta que sugiere un encuadre: “Pero, ¿Es tan bueno como algunos de los que han hecho carrera?”.

11. Encuadre del Terapeuta. El encuadre sugerido por el terapeuta es: “Es tan bueno...”.

12. Reencuadre 1. Hay un reencuadre indirecto o implícito en la pregunta del terapeuta, el cual sugiere la idea “no necesitaste estudiar una carrera para ser tan bueno como alguien que si lo hizo”, el cual acepta el cliente al afirmar sus capacidades.

13. Personalización del Reencuadre. Al utilizar la conjugación del verbo “ser” en segunda persona del singular, se presenta una personalización del reencuadre, pues muestra una dirección de la atribución reencuadrada por el terapeuta, únicamente dirigida al cliente en cuestión.



Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal (1988)

Fragmento 3

Caso 2

P (interrumpiendo): "Hasta que se convierta en algo tan familiar para ti como cualquier acontecimiento normal y ordinario." Pero jamás se convirtió en algo tan familiar para mí, y no se transformará en algo familiar si **soy tan malo que nadie quiere escucharme.**

T: (pausa) Tengo una cierta curiosidad: si resulta que **era tan malo hace va tiempo** ¿Cómo es que se decidió a volver a intentarlo?

P: Parece raro, de veras.

T: ¿Cómo sucedió eso?

P: **No renuncie. No renuncie a mi talento,** supongo.

T: Aja.

P: Sería... un breve resumen de la cuestión. Además, hay otras razones. No me sentía particularmente satisfecho con lo que estaba haciendo, no hacía nada, y (pausa) tengo que seguir alguna carrera.

T: De acuerdo. Y entonces, ¿Volvió usted a tocar, al menos en parte, **por rebeldía?**

P: Si. (P. 249)

1. Encuadre 1. El cliente presenta el siguiente encuadre: "soy tan malo", el cual hace referencia a una definición personal.

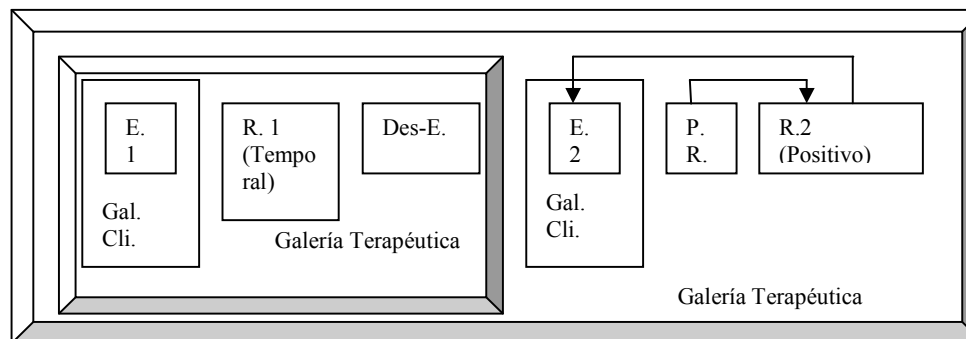
2. Reencuadre 1. El terapeuta reencuadra el aspecto temporal conjugando el tiempo presente utilizado por el cliente ("soy") sustituyéndolo por el pasado ("era") y haciendo referencia al tiempo en pasado: "hace ya tiempo", buscando, quizá, que el cliente tenga una percepción de un problema lejano en el tiempo.

3. Des-encuadre. El terapeuta utiliza una pregunta ("¿cómo es que se decidió a volver a intentarlo?") para des-encuadrar y cuestionar la actitud del cliente.

4. Encuadre. El cliente responde con un encuadre a la pregunta del terapeuta: "no renuncie", haciendo referencia a una actitud, la cual es exigida por el terapeuta en la anterior pregunta.

5. Personalización del Reencuadre. El uso del pronombre "usted" personaliza la dirección del reencuadre, es decir que se hace referencia a los hechos presentados por el cliente.

6. Reencuadre 2. El terapeuta sustituye "no renuncie" por el encuadre "rebeldía" dentro de la misma clase (actitud / actitud). Ambos encuadres tienen una connotación positiva, sólo que el reencuadre del terapeuta implica una conducta y una actitud más fuerte.



Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal (1988)

Fragmento 4

Caso 2

La Táctica del Cambio.

Caso 2

Ejemplo 4.

P: Bueno, yo... yo creo de veras que eso es un consejo razonable, sólo que **soy una persona tan increíblemente escéptica** acerca de casi todo que nunca se cuál es la mejor manera de actuar en el terreno en que me encuentro en cada momento. **Si** yo

1. Encuadre. El encuadre, presentado por el cliente, se refiere a una "definición personal" (**soy una persona tan increíblemente escéptico...**).

2. Encuadre. También, el cliente, encuadra el posible cambio sugiriendo un encuadre y condicionándolo: "**si yo fuese una persona absolutamente segura**". Así también presenta las consecuencias del posible cambio ("las cosas me irían mejor").

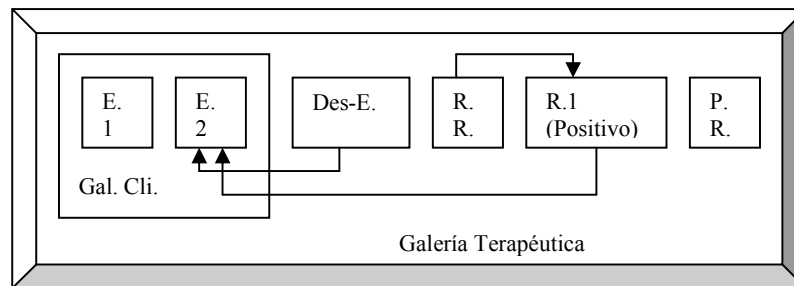
3. Des-encuadre. El terapeuta cuestiona el posible cambio y apela a una actitud negativa respecto al cambio: "no veo como podría ser usted jamás..."

4. El cliente acepta la actitud del terapeuta ("no lo seré...").

5. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta acepta la postura del cliente, al afirmar: "muy

fuese una persona absolutamente segura de mí mismo, aunque me hallase en una realidad más bien nebulosa, las cosas me irían mejor de lo que me van.
T: (pausa) No veo cómo podrá ser usted jamás una persona absolutamente segura dada su...
P (interrumpiendo): No lo seré...
T: ... presente experiencia en...
P: ... no lo seré. De acuerdo.
T: Muy bien. Eso es conveniente, porque si usted fuese una persona así, a mí... a mí me daría un miedo terrible lo que fuese a pasarle después. (El paciente ríe.)
Ah, de acuerdo. De modo que primero le aconsejaron: "sigue adelante, te acostumbraras a ello poco a poco, y dejarás de sentirte así." Pero esto no le sirvió demasiado, incluso en aquella época, hace tanto tiempo, y ahora está usted en tratamiento. ¿En qué consiste este tratamiento?
(P. 251)

bien". Dicha frase no sólo sirve para poner al terapeuta del lado del cliente sino que, además, refuerza el reencuadre que presentará el terapeuta.
6. Reencuadre 1. El terapeuta utiliza la frase "eso es conveniente" y "a mi me daría un miedo terrible lo que fuese a pasarle" para sustituir la idea de "el cambio es conveniente" surgida de la solicitud de la cliente al ir a consulta, es decir que se cambia ésta idea por la idea "el cambio para usted puede ser peligroso, pues 'a mi me daría un miedo terrible'", pero además esta idea sirve para prescribir el síntoma y servir como paradoja ("sigue adelante"). Mientras el paciente define su falta de confianza en sí mismo como algo erróneo, el terapeuta utiliza su postura anterior -"sea escéptico"- para redefinir la actitud del paciente, como escepticismo saludable.
7. Personalización del Reencuadre. El terapeuta utiliza la presentación del verbo "ser" acompañada del pronombre "usted", lo cual personaliza el reencuadre. Así también la utilización de un condicional "si", junto con el pronombre personal para la segunda persona del singular "usted" y el verbo "ser" conjugado en futuro personalizan el reencuadre presentado por el terapeuta.



Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal (1988)

Fragmento 5

Caso 2

T: Bueno, según un viejo adagio, a veces es mejor vivir con esperanza que llegar al destino. Y es posible que su madre haya asumido esta postura durante mucho tiempo. Vamos a cambiar de tema, y voy a preguntarle sobre otra cuestión. ¿Ha pensado en algún momento en las desventajas potenciales y posibles que tendría para usted el hecho de superar este problema?

P (pausa): ¿Las desventajas de superar este problema?

T: Si.

P: De hecho, he pensado en ello, porque yo... creo que quizás me sienta a disgusto conmigo mismo. Me sentiría molesto con las relaciones que yo tendría porque... en realidad, he fantaseado demasiado con respecto a mis potencialidades (suspira). Y he pensado que, sin duda, es posible que yo no..., bueno, en cierto modo, es algo que me asusta bastante. (Pp. 256-7).

...

1. Encuadre. El terapeuta pide al cliente pensar en las desventajas de solucionar el problema, lo cual sugiere un encuadre "problema".
2. El cliente acepta el encuadre "problema".
3. Descripción del encuadre. El cliente ofrece una descripción que hace referencia a "sensaciones": "me sentiría molesto", "me asusta bastante". Dichas descripciones serán presentadas para referirse a un encuadre que el cliente presenta posterior a su descripción.
4. Encuadre. Las anteriores descripciones hacen referencia a las sensaciones que les haría sentir determinada situación, dicha situación es encuadrada como "las desventajas de solucionar el problema". Así mismo, dichas descripciones connotan el encuadre como: "molesto" y "me asusta".
5. Reencuadre 1. El terapeuta ubica el encuadre del cliente ("problema") como un particular problema "es de la clase de problemas", sustituyendo una "generalización" por una "especificación". Esto hace ver al problema como un problema especial.
6. El terapeuta muestra su falta de experiencia en un conocimiento requerido para valorar al cliente: "aunque no soy experto en música", como estrategia para convencer al cliente de su veracidad, ya que posterior a esta confesión, refuta la misma idea para exponer su

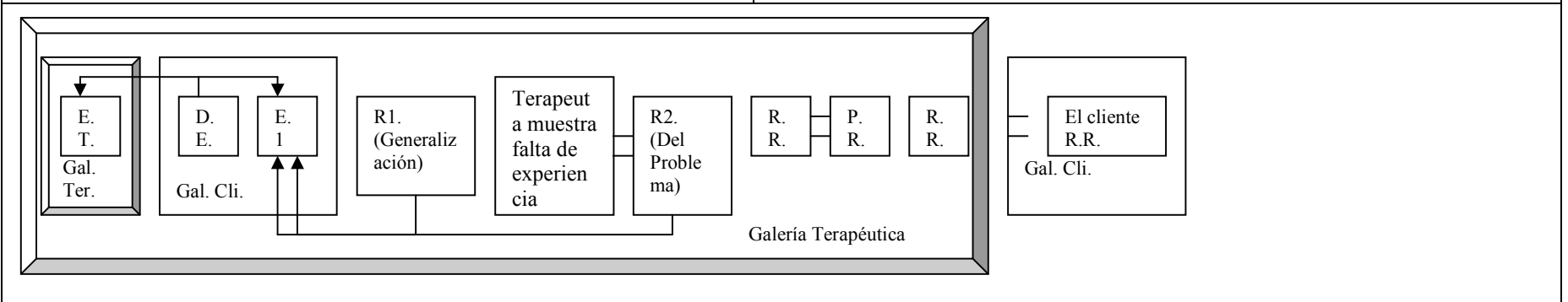
...
 P: Esto (suspira) podría estar sin duda relacionado con el problema en sí mismo.
Las desventajas.

T: (pausa) Oh, mire, básicamente, tiene que pensar *usted* en ello. Le daré un par de ideas que se me ocurren sobre la forma o la medida que pueden asumir las cosas. Una posibilidad consistiría en que podría plantearse una desventaja incluso en el caso de que, por casualidad, su talento resultase de veras notable. Quizás en esto usted se esta equivocando por demasiado modesto. Si así fuese, ¿Qué pasaría? Esto le llevaría -o por lo menos, tendería a llevarle- a ensanchar su ámbito de actuación, cosa que le haría presentarse ante auditorios cada vez más numerosos, y ante críticos aún más exigentes. Bueno, esto no sucedería a menos que supere **este problema** en esencia, pero es que **es de la clase de problemas** -tal es mi impresión, *aunque no soy experto en música-* pero me da la sensación, *basándome en mis propias observaciones, y en el trato con personas que plantean problemas similares a éste*, de que **hay un núcleo de la dificultad que jamás se supera del todo**. *Nunca se deja de estar un poco ansioso* en una situación de interpretación en público, ante personas que le contemplan a uno críticamente. Por ejemplo, *es notorio* que *a los atletas les ocurre exactamente lo mismo*. De modo que, *por mucho que usted mejore*, lo cierto es que **hay un núcleo de su problema que nunca va a desaparecer del todo**.

El terapeuta insiste en el tema de las desventajas de una mejoría, ofreciendo otro ejemplo de hipotético problema aún en el caso de que el paciente posea mucho talento. Asimismo, se define como normal un cierto nivel no especificado de densidad.

P: Bueno, *por supuesto, a veces me pregunto* si en realidad **tengo algún problema**, *porque me doy cuenta de que todo el mundo está nervioso, y yo ahora estoy un poco nervioso*. Es (suspira)... pero mi nerviosismo de ahora no es comparable con el... esto es lo que me hace pensar que aquí tengo un problema, en este momento (risas), *pero no es nada comparable con el nerviosismo que me invade cuando tengo que tocar en público*. (Pp. 259-260)

experiencia en problemas parecidos al del cliente.
 7. Apertura. El terapeuta cuestiona y des-encuadra su inexperiencia en la música mediante aperturas tales como “aunque”, “basándome en mis propias observaciones”, “y en el trato con personas que plantean problemas similares a éste”.
 8. Reencuadre 2. El terapeuta apela a la ocurrencia de la imposibilidad de solucionar totalmente su problema (“hay un núcleo de la dificultad que jamás se supera del todo. *Nunca se deja de estar un poco ansioso*”), “ya que es un problema de la clase de problemas” y no un problema como los otros. En otras palabras trata de despatologizar mediante la exposición de “el tipo de cambio” que se presenta en su “tipo de problema”.
 9. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta utiliza la referencia a otros casos (analogía) para reforzar su reencuadre: “Por ejemplo, es notorio que a los atletas les ocurre exactamente lo mismo. De modo que, por mucho que usted mejore, lo cierto es que hay un núcleo de su problema que nunca va desaparecer del todo”.
 10. Personalización del Reencuadre. El terapeuta utiliza frases como “para usted”, y pronombres como “usted”, pero la palabra que personaliza con mayor énfasis el reencuadre es el pronombre “usted” utilizado en la frase “por mucho que usted mejore”. De manera que la generalización que presenta el terapeuta respecto a los casos de ansiedad, se convierte en una especificación, personalización, del caso del cliente.
 11. Apertura. En este fragmento último, el terapeuta utiliza aperturas del tipo “es notorio”, “exactamente lo mismo”, “por mucho que usted mejore”, recurriendo a “la obviedad”, “la analogía” y “la inevitabilidad del problema” como recursos para reforzar su reencuadre.
 12. Refuerzo del Reencuadre. El descriptor del caso en la bibliografía consultada menciona: “El terapeuta insiste en el tema de las desventajas de una mejoría, ofreciendo otro ejemplo de hipotético problema aún en el caso de que el paciente posea mucho talento. Asimismo, se define como normal un cierto nivel no especificado de densidad.”
 13. El cliente acepta el reencuadre (“a veces me pregunto si en realidad tengo algún problema”).
 14. Apertura. El cliente utiliza aperturas del tipo “porque”, “y yo ahora” para describir la nueva percepción que se ha logrado con el reencuadre.
 15. A su vez recurre a la obviedad y la referencia de “los otros”: “todo el mundo esta nervioso”.



Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal (1988)

Fragmento 6

Caso 3

El paciente que protagoniza este caso era un hombre de 58 años de edad, que había padecido dos derrames cerebrales con un intervalo de seis meses entre ambos. El segundo derrame se había producido seis meses antes de nuestro contacto inicial con el caso. El paciente se había recuperado parcialmente de sus derrames, y tanto el internista como el neurólogo que lo trataban creían que un grado razonable de actividad física le permitiría recuperarse aún más., sin embargo, el paciente no era dócil y se resistía a los esfuerzos de los médicos y de los miembros de su familia, que pretendían poner en práctica ese programa de recuperación. Por el contrario, pasaba la mayor parte del tiempo acostado en la cama, o contemplando pasivamente la televisión sentado en un sillón.

(descripción de la actitud del paciente después del derrame)

Esposa: Bueno, cuando te digo que levantes la pierna y que dejes de arrastrar el pie, Hon, lo hago únicamente por tu propio bien, porque creo que si te concentras con la fuerza suficiente en levantar la pierna derecha, entonces estarás en condiciones físicas de lograrlo. Ha sido sólo en las últimas tres semanas cuando has comenzado a arrastrar ese pie, y creo que no se trata sólo de algo físico, pienso que tienes un poco de pereza.

P: No, simplemente me pasa eso; esta pierna no se levanta.

Esposa: Bueno, se levantará si tú tratas de que se levante.

Paciente: Camina a mi lado, y levántamela.

...

...

T: Bueno, creo que habría que empezar con usted, para que me diga como ve el problema ahora.

...

Esposa (leyendo): "Durante los primeros seis o nueve meses, me pase la mayor parte del tiempo sosteniendo a Sam en mis brazos, consolándolo, y llorando con él, y también por él. Creo que lloré más de lo que llora una persona por término medio durante toda su vida. La profunda depresión en la que él había caído nos afecta tanto a ambos que no había nada que aliviase el dolor. Durante esos meses, lleve a Sam tres veces por semana al Centro Medico de Lakes, para hacer terapia verbal, utilizábamos un magnetófono para grabar las frases, y leíamos y aprendíamos de nuevo a pronunciar las palabras. También trabajábamos en terapia física, en la medida en que él lo aceptaba. A él no le interesaban estos ejercicios, y yo intentaba darle ánimos y convencerle de que íbamos a superar este trance tan terrible que había arruinado nuestras vidas, y de que él volvería a ser el mismo de antes. Caminábamos, y yo lo estimulaba, pero él pasaba la mayor parte de las horas del día en su silla, viendo la televisión o durmiendo en la cama. En el plazo de unas cuantas horas mi marido dejó de ser un hombre saludable, fuerte, inteligente y capacitado, para transformarse en un ser humano confundido y físicamente arruinado. Yo no me había preocupado de las cuestiones económicas ni de los impuestos desde hacía años, pero súbitamente tuve que dedicarme de nuevo a todas esas tareas. Me pasaba horas trabajando en la contabilidad doméstica, cumpliendo un maremagno de formularios del hospital y de la seguridad social y realizando todas las gestiones necesarias para obtener su pensión de invalidez. Vivo en el vacío. Hay un silencio absoluto. Él dice a veces seis palabras, o incluso una frase de vez en cuando. Soy criticada por encender la televisión durante las comidas, pero la televisión es la única alternativa al silencio. Nuestros amigos han dejado de visitarnos, y tampoco vienen sus amigos, dado que la visita se convierte en un

1. Encuadre 1. La esposa maneja la siguiente frase: "pienso que tienes un poco de pereza", para referirse a una actitud, la actitud de su esposo, vista como el "problema" a solucionar.

2. Descripción del Encuadre. La cliente describe el encuadre cómo sigue: "La profunda depresión en la que él había caído nos afecta tanto a ambos que no había nada que aliviase el dolor", "A él no le interesaban estos ejercicios", "pero él pasaba la mayor parte de las horas del día en su silla", "para transformarse en un ser humano confundido y físicamente arruinado", "Vivo en el vacío. Hay un silencio absoluto. Él dice a veces seis palabras, o incluso una frase de vez en cuando. Soy criticada por encender la televisión durante las comidas, pero la televisión es la única alternativa al silencio. Nuestros amigos han dejado de visitarnos, y tampoco vienen sus amigos, dado que la visita se convierte en un vacío embarazoso; él no dice nada, y soy yo la que tengo que llevar el peso de la conversación con todos."

3. Encuadre del Terapeuta. El terapeuta (1) clasifica el encuadre de la esposa en la clase de encuadres referidos a "una actitud".

4. Personalización del Encuadre. El terapeuta (1) personaliza el encuadre al referirse exclusivamente a la actitud del marido mediante un pronombre posesivo ("su actitud").

5. Apertura. El terapeuta (2) utiliza la frase "me molesta tener que mencionarlo" como apertura a su reencuadre.

6. Reencuadre 1. El terapeuta (2) sustituye la actitud "pereza" por un encuadre de la misma clase (actitudes): "tozudo", pero además dicho reencuadre es usado dentro de otra clase, la clase de "definición personal", pues utiliza el verbo "ser" el cual define a una persona.

7. Personalización del Reencuadre. Al utilizar el pronombre posesivo "su" dentro de la frase "su marido", el terapeuta (2) personaliza el reencuadre dirigido a la actitud del esposo de la cliente.

8. La cliente acepta el reencuadre con la frase "ha dado en el clavo", la cual, a su vez, sirve al cliente como apertura a la descripción del reencuadre.

9. La cliente hace referencia a personajes de alta jerarquía que han encuadrado a su esposo dentro de la misma nominalización, haciendo referencia a los mismos hechos: "Un día su médico de cabecera me preguntó: "señora, me de la impresión de que Sam ha sido terco durante toda su vida, y no

vacío embarazoso; él no dice nada, y soy yo la que tengo que llevar el peso de la conversación con todos. Debido a ello, mis hijos dicen que hablo demasiado.”

...
...

T: Seria magnifico provocar un cambio en **su actitud**...

Esposa: Si...

T: ... de modo que él empezará a hacer cosas que ahora no esta haciendo, cosas necesarias, cosas cotidianas, rutinas, que no hace ahora. ¿Cuál sería el indicio más claro de ha cambiado de actitud? ¿Qué tendría que empezar a hacer el solo, de esas cosas cotidianas, obvias, personales, que uno hace docenas de veces durante el día, y que ahora no esta haciendo?

...

T.W: Me molesta tener que mencionarlo, pero me da la impresión de que su marido es un hombre bastante tozudo.

E: Ha dado en el clavo. Un día su médico de cabecera me preguntó: "señora, me de la impresión de que Sam ha sido terco durante toda su vida, y no sólo a partir de la hemiplejia, ¿Verdad?" Le contesté: "lo es, sin duda, y lo ha sido siempre durante los 35 años que llevo casada con él, y durante los cinco años de noviazgo; **es la persona más tozuda que jamás haya conocido.**"

T: Oh, entonces no se trata de un simple daño cerebral.

E: Él es tozudo. (P. 300).

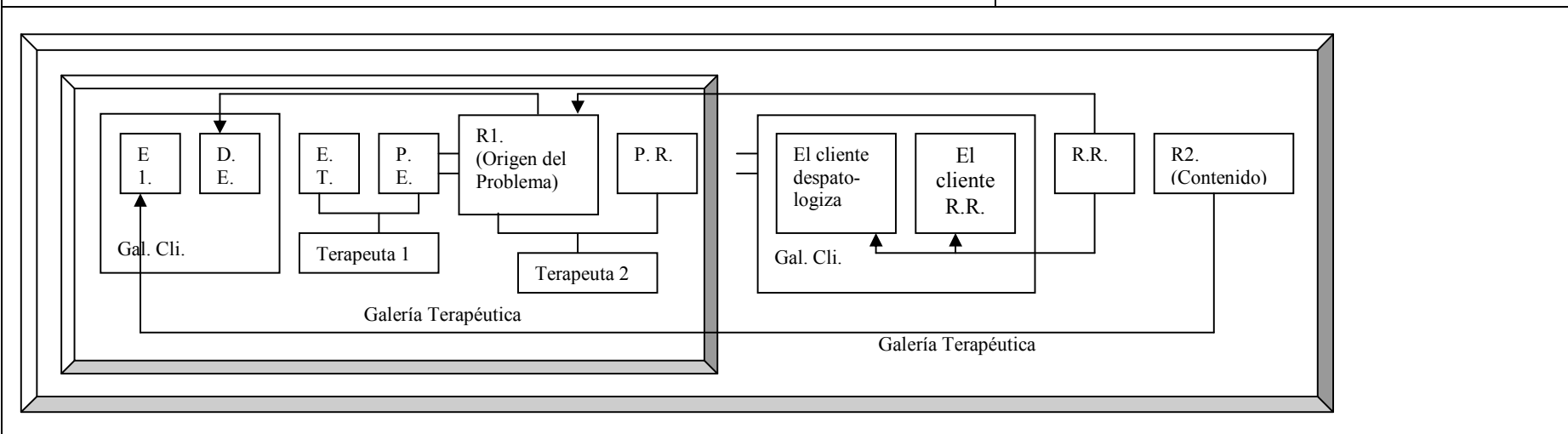
sólo a partir de la hemiplejia, ¿Verdad?"

10. Con esta última parte (“...y no sólo a partir de la hemiplejia...”) la cliente despatologiza a su esposo como consecuencia del reencuadre del terapeuta.

11. Así mismo, la cliente, apela a su experiencia para reforzar el reencuadre: “lo ha sido siempre durante los 35 años que llevo casada con él, y durante los cinco años de noviazgo; es la persona más tozuda que jamás haya conocido.”

12. El terapeuta (1) refuerza el reencuadre cuyo objetivo parece ser despatologizar el problema: “*Oh, entonces* no se trata de un simple daño cerebral”.

13. Reencuadre 2. El terapeuta (2) sustituye los referentes de los encuadres “daño cerebral” por “no se trata de un simple daño cerebral”. Es decir que lo que se reencuadra es “el problema de daño cerebral” por “el problema de actitud”, de esta manera se puede observar un reencuadre de las causas del problema.



Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal (1988)

Fragmento 7

Caso 3

Esposa: Si. Le pedí disculpas y dije: "lo siento, trataré de no volver a servir este plato nunca más, porque sé que no te gusta", y el no dijo nada. Esta mañana se levantó, en los últimos tiempos cuando se levanta, se acerca mí, me da un beso

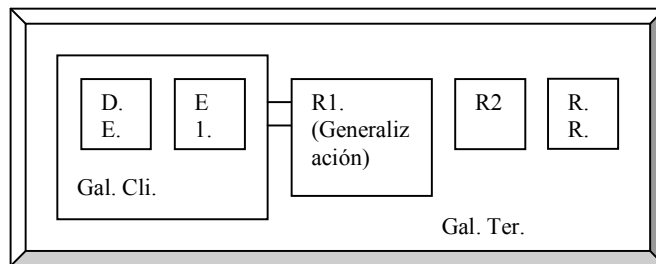
1. Descripción del Encuadre. La cliente presenta una descripción del encuadre: “se levanta”, “se levanta”, “se acerca a mi, me da un beso”, “y dice: ‘buenos días’”, “se sentó..., empezó a leer... y no pronunció una sola palabra”.

2. Encuadre 1. Esta descripción del problema sugiere un encuadre implícito que me gustaría no definir, pero para referirse a una “conducta / actitud” y ser de carácter “negativo”.

3. Apertura. El terapeuta utiliza la frase: “bueno, no se lo tome tan apecho”, como apertura

en la mejilla y dice: "buenos días", cosa que es una mejoría, porque jamás acostumbraba decir buenos días ni nada; se limitaba a sentarse en la mesa con su periódico. Pero esta mañana lo hizo. Dijo "buenos días", se sentó a la mesa, empezó a leer el periódico y no pronunció una sola palabra. Y al final, le miré y grite con toda la fuerza de mis pulmones: "¡cállate!", sólo para darle un susto, y para que cayese en cuenta de que no había dicho ni media palabra.
T: Bueno, no se lo tomé tan a pecho. Nadie es perfecto. Todos cometemos errores. (P. 298)

para pasar del encuadre de la cliente a el reencuadre terapéutico.
4. Reencuadre 1. El terapeuta presenta el reencuadre: "nadie es perfecto", que sustituye el encuadre implícito de la cliente sobre la "actitud" de su esposo. Dicho reencuadre hace referencia a una "percepción" de la cliente respecto a su esposo.
5. Reencuadre 2. Aquí podemos notar, también, que la esposa del paciente identificado presenta una inducción. El terapeuta lo que hace es cuestionar la inducción y presenta, en su lugar, reencuadra, la particularización por una generalización que modifica la percepción de la cliente.
El reencuadre se da en dos niveles distintos. (R1 y R2)
6. Refuerza el Reencuadre. El terapeuta apela a una generalización "todos cometemos errores", para reforzar su reencuadre.



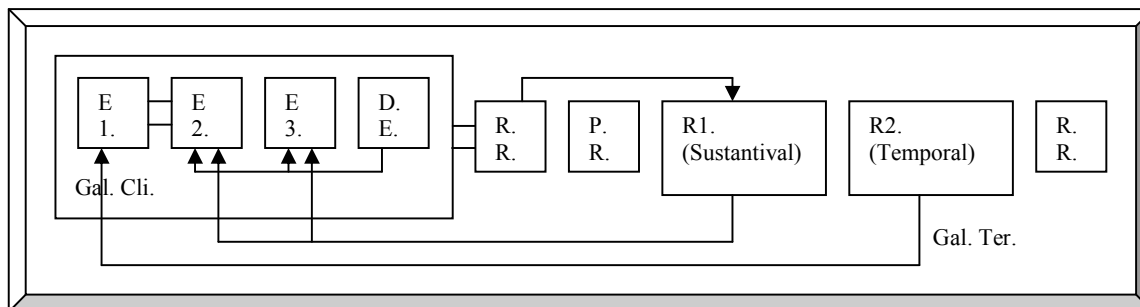
Nardone, G. (2000)
Fragmento 8
Caso 4

La cliente declara que hace más de diez años que no es capaz de alejarse sola de su casa sino únicamente distancias muy cortas, y que no se imaginaría nunca venir autónomamente desde su ciudad hasta Arezzo, ni en auto ni en tren; continuamente siente el terror de ser víctima de un grave ataque y de morir de un infarto, sufrir un ictus o enloquecer. La señora tienes además otra característica importante. Como es doctora, ha leído y estudiado todos mis libros, por lo tanto se presenta inmediatamente con una actitud retadora, afirmando:
P: ¿Usted no creará, de ningún modo, que me hará hacer las piruetas que les prescribe a sus pacientes? Yo no haré nunca esas piruetas, no iré nunca a comprar una manzana, como usted consigue que sus pacientes hagan según leí en un libro suyo. ¡Así que invéntese algo diferente para mí, por que no haré nunca esas cosas tan estúpidas!
Yo la miro, y respondo:

1. Encuadre 1. El cliente presenta el encuadre: "no creará", el cual hace referencia a la percepción del terapeuta respecto al uso de sus técnicas de intervención, lo que pone en duda su efectividad.
2. Apertura del Cliente. La frase "de ningún modo" le sirve al cliente de apertura a su descripción respecto al encuadre.
3. Encuadre 2. El encuadre: "Cosas estúpidas"; se refiere a la actitud de la cliente respecto a una conducta (hacer piruetas, comprar una manzana), y se utiliza esa denominación para referirse a las técnicas de intervención del terapeuta.
4. Encuadre 3. Los encuadres: "algo diferente", "esas cosas"; presentados por la cliente, se refieren a las técnicas de intervención del terapeuta.
5. Descripción del Encuadre "esas cosas tan estúpidas". La cliente utiliza las siguientes frases: "hacer piruetas", "comprar una manzana", para describir su encuadre.
6. Apertura del Terapeuta. La palabra "pero" sigue el cuestionamiento del encuadre (un des-encuadre) del cliente, así como, al mismo tiempo, sirve de apertura a la sustitución del encuadre (reencuadre).
7. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta refuerza su reencuadre mediante el uso del conocimiento de la cliente respecto a las técnicas de intervención (lo que afirma la correspondencia con los mismos hechos de la cliente).
8. Personalización del Reencuadre. Al utilizar la palabra "usted", el terapeuta personaliza el reencuadre, es decir que la concepción que el terapeuta tiene de los hechos del cliente (encuadre) es exclusivamente referida a la situación del cliente y no a alguna otra. En otras palabras, el terapeuta corta a la medida el reencuadre presentado al cliente.
9. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye el encuadre "Esas cosas tan estúpidas" por "trucos", dándole mayor jerarquía a las intervenciones, a las cuales hace referencia la cliente con su encuadre. El reencuadre se encuentra en la misma clase que el encuadre (concepto-concepto)

T: Pero, teniendo en cuenta que usted conoce también los trucos, creo que funcionarán aún mejor. (P. 61).

10. Reencuadre 2. El terapeuta sustituye “no creerá” por “creo”. El reencuadre es temporal, de futuro a presente, de modo que se modifica la percepción del cliente respecto a la validez de las intervenciones.
11. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta sugiere una mayor efectividad (“funcionarán aún mejor”), basada en la negativa de la cliente debido a su conocimiento de las intervenciones.



Nardone, G. (2000)

Fragmento 9

Caso 5

En la descripción del caso el terapeuta menciona que el cliente se refiere a su problemática como “manías”. Este caso no debería ser presentado, sin embargo confiando en la palabra del autor al fidelizar con comillas (“manías”) el encuadre del cliente, pasará a analizarlo.

T: A partir de hoy, hasta la próxima sesión, cada vez que usted tenga un ritual, si lo hace una vez hágalo cinco veces, ni una más ni una menos; puede no hacerlo, pero si lo hace una vez hágalo cinco veces, ni una vez más ni una vez menos.

“Por lo tanto, si se lava una vez las manos, lo hará cinco veces; ni una vez más ni una vez menos. Puede no hacerlo, pero si lo hace una vez, lo hará cinco veces.

Si desinfecta alguna cosa o alguna persona, hágalo cinco veces, ni una vez menos, ni una vez más. Puede no hacerlo, pero si lo hace una vez, hágalo cinco veces, ni una vez más ni una vez menos”.

P: Eso es una tortura, pero si es necesario, lo haré.

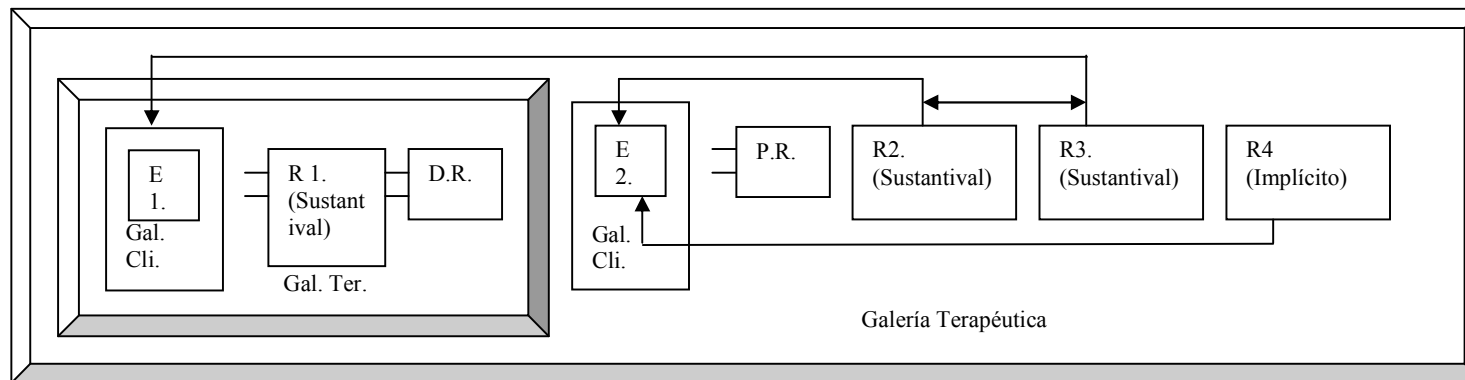
T: Disculpe, pero alguien como usted tan

1. El reencuadre es presentado como parte de una tarea que el terapeuta ha recomendado al cliente.
2. Encuadre. La palabra “manías” fue el encuadre que el cliente refirió en la primera sesión como motivo de consulta (la cual no es transcrita en el material bibliográfico, de hecho el autor del texto maneja la palabra entre comillas para sugerir que es la palabra que ha utilizado el cliente), y se refiere a una conducta. Las cosas que el cliente hace para no infectarse de SIDA.
3. En la transcripción no se presenta la descripción hecha por el cliente respecto a las “manías”.
4. Apertura del terapeuta. La prescripción “cada vez que tenga...” sirve al terapeuta como apertura para presentar su reencuadre dentro de la galería terapéutica.
5. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye el encuadre “manías” por el encuadre “ritual”. El reencuadre se encuentra en la misma clase que el encuadre (conducta-conducta).
6. Apertura del Terapeuta. La frase: “por lo tanto” sirve para pasar a la galería terapéutica y a la descripción del terapeuta sobre su reencuadre.
7. Descripción del Reencuadre. El terapeuta describe en primer lugar su reencuadre antes de presentarlo: “si se lava las manos”, “si desinfecta a alguna cosa o alguna persona”. Hace referencia a los mismos hechos a los que el cliente encuadra como “manías”.
8. Encuadre. El cliente ofrece el encuadre: “eso es una tortura” para referirse a la tarea que pide el terapeuta. Utiliza un adjetivo calificativo-negativo.
9. Apertura del Terapeuta. Las frases: “disculpe, pero” y “tan acostumbrado” sirven para des-encuadrar el encuadre, a lo cual argumenta haciendo referencia a la conducta del cliente (“hacer cosas extrañas”).
10. Personalización del Reencuadre. “alguien como usted” sirve al terapeuta para personalizar el reencuadre que presentará al cliente. Este recurso al parecer refuerza el reencuadre, el cual se ve acompañado con la frase “puede hacer también”, que también personaliza el reencuadre.
11. Reencuadre 2. El terapeuta sustituye el encuadre “es una tortura” por “cosas extrañas”. El reencuadre se encuentra en una clase distinta al encuadre. Esto es, sustituye un adjetivo que califica negativamente una intervención por un adjetivo que califica indiferenciadamente la conducta del cliente (percepción-conducta).
12. Reencuadre 3. El terapeuta, a su vez, sustituye el encuadre “manías” por “cosas extrañas”. Dejando dentro de la misma

acostumbrado a hacer cosas extrañas, puede hacer también esto. (P. 73-74).

clase al reencuadre que presenta (conducta / conducta).

13. Reencuadre 4. El terapeuta sustituye el encuadre “tortura” por el encuadre “esto”. El reencuadre no es explícito, es decir que queda abierto a la atribución del cliente. Tanto encuadre como reencuadre se encuentran en la misma clase (percepción-percepción).



Nardone, G. (2000)

Fragmento 10

Caso 6

Una joven mujer, casada hace algunos años, relata que desde hace algún tiempo su marido se ha vuelto intratable, la agrede continuamente, incluso cuando ella no tiene ninguna culpa o responsabilidad, la descalifica y maltrata incluso frente a extraños. Por lo demás, en su relación no falta nada, afirma ella, ¡pero él tiene este "mal carácter"!

Pregunto a la señora, como de costumbre, qué ha intentado hacer para calmar a su esposo. Ella responde que ha intentado explicar sus razones, hacerle entender que se equivoca, pero cuando procede de esta forma él se enfurece aún más y le dice: "¿Ves cómo no te entiendes nada?".

También en esta situación, el comportamiento decididamente razonable de la señora no hace más que producir un incremento del comportamiento irracional del marido.

T: ...esta prescripción le parecerá un poco extraña, si no extravagante, pero deberá seguirla al pie de la letra. Cada vez que su esposo la agrede o la descalifique, usted deberá replicar así: "sabes, querido, me he dado cuenta últimamente de que cuando me tratas así me gustas aún más, me despiertas algo sensual, animalcezo, me siento aún más atraída por ti; por favor, continúa haciéndolo.

P: Pero esto no es verdad, ¡me da tanta rabia que lo asesinaría!

T: Esto lo sabemos, pero tengo curiosidad de ver la reacción de su esposo ante esta declaración suya.

1. Encuadre del Cliente. La cliente utiliza la palabra “mal carácter” para encuadrar la actitud y conducta de su esposo.

2. Descripción del Encuadre. En la transcripción no se presenta la descripción de la cliente, sin embargo el terapeuta la menciona (“su marido se ha vuelto intratable, le arremete continuamente, la descalifica y maltrata”).

3. El reencuadre está destinado a ser presentado (tarea) por la cliente a su esposo, de modo que se presenta de forma indirecta.

4. Descripción del Reencuadre. Nuevamente, la descripción del reencuadre es presentada antes que el reencuadre: “la agrede o descalifique”.

5. Reencuadre 1 con connotación positiva y prescripción de la conducta del esposo. El reencuadre no está presentado en un concepto, sino en una idea: “tu actitud me atrae”. De modo que se sustituye la idea “tu conducta me atemoriza, no me gusta me da tanta rabia que lo asesinaría” por “tu conducta o actitud me atrae”. El terapeuta pide a la mujer que connote de manera positiva la actitud de su esposo.

6. Encuadre. El terapeuta nota que la esposa en su intento de solución, trata de calmar a su esposo recurriendo a la razón.

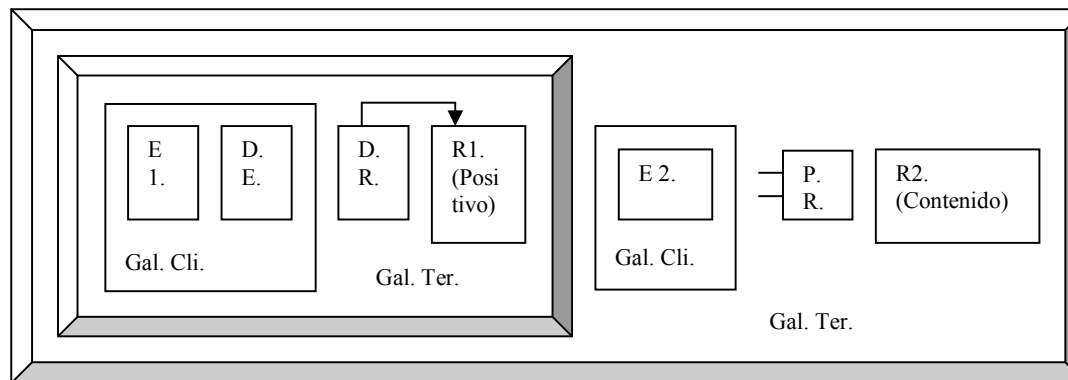
7. Apertura del Terapeuta. La frase “puede ser..., pero”, así como: “ya que”, sirven de apertura al reencuadre.

8. Personalización del Reencuadre. El terapeuta hace uso de la frase “ya que usted”, en donde la palabra “usted” personaliza el reencuadre y lo refuerza con la frase “está tan acostumbrada”. La frase completa (“ya que usted está tan acostumbrada”) funciona como método de personalización y persuasión muy efectivo para la aceptación del reencuadre.

9. Reencuadre 2. El terapeuta sustituye el encuadre: “actitud apaciguadora de la cliente” (un encuadre no explicitado por la cliente, pero hecho evidente por la descripción de las

P: Me dirá que me volví loca o imbécil, le dará aún más rabia.
 T: Puede ser..., pero podría suceder también algo diferente..., ya que usted está acostumbrada a todo esto..., haga este experimento..., es sólo por una semana..., cada vez que su marido le agrede o la trate mal, **responda diciéndole que esto la excita, que la atrae tanto hacia él que le cuesta frenar ese impulso sexual.** (Pp. 110-111).

soluciones intentadas), por “responda diciéndole que esto la excita, que la atrae tanto hacia él que le cuesta frenar ese impulso sexual”. El reencuadre se encuentra en la misma clase que el encuadre (actitud / conducta-actitud / conducta).



Nardone, G. (1997)

Fragmento 11

Caso 7

P: Porque no lo intento, pero no lo intento porque tengo miedo de encontrarme en una situación de... no sé, de... además pienso, creo que se lo dije la otra vez, durante un tiempo estuve bien, eludiendo en cierto sentido el problema: tomaba el Xanas y estaba resuelto. Quiero decir que, aparte de los primeros tiempos en que la terapia farmacológica era aún más... después digamos que en un momento dado llegué a un sólo Xanas, que era (completamente opcional). De vez en cuando decía “lo dejo ya”, y después decía “pero ¿Por qué tengo que dejarlo?, cuando lo tomo me encuentro tan bien...”. Durante un tiempo lo tomaba efectivamente así, por costumbre, pero como una ayuda: “ahora me lo tomo, y así después me encontraré bien, no me preocuparé”. Hasta que un día... no sé si es porque empeore, pero no fue tanto por el empeoramiento como por la necesidad de probarme a mí misma que no me podía (nada podía servirme ya). Ya no sirvió de nada. Existía el peligro de tener entonces una de aquellas crisis sin... no tenía ya...; esto me dejaba completamente al descubierto porque “he tomado un Xanas, debería encontrarme mejor, y en cambio me siento mal”. Sólo que esto en un momento dado... hace un tiempo ya no lo tomo. Me puede suceder o no suceder, pero he suprimido en cierto modo la excusa, digamos; sin embargo, por otra parte también creo... si por una parte, esto es, quiero decir que me considero valiente porque “voy a probar sin”, pero por otra parte sé que esto lo hago impulsada tal vez por otro motivo, por que si me ocurre después de esto es que verdaderamente estoy en crisis, porque me parece que ya no hay nada que funcione. Por

1. Encuadre del Cliente. El cliente presenta los encuadres: “eludiendo”, “aspecto de apartarse”, “de esconderse”, para referirse a una actitud / conducta.

2. Descripción del Encuadre. El cliente describe su encuadre de la siguiente forma: “tomaba el Xanas”, “lo tomaba efectivamente”, “por costumbre”, “pero como una ayuda”, “ahora me lo tomo”, “no me preocuparé”, “Hasta que un día...”, “Ya no sirvió de nada”, “Existía el peligro de tener entonces una de aquellas crisis”, “esto me dejaba completamente al descubierto porque ‘he tomado un Xanas, debería encontrarme mejor, y en cambio me siento mal’”, “hace un tiempo ya no lo tomo”, “he suprimido en cierto modo la excusa”.

3. Apertura del Terapeuta. La oración “o sea que...” sugiere una reinterpretación por parte del terapeuta, lo que sirve de apertura al reencuadre.

4. El uso del pronombre personal “usted”, al parecer personaliza el reencuadre del terapeuta dándole mayor correspondencia a los hechos presentados por el cliente en sus encuadres.

5. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye los encuadres: “eludiendo”, “aspecto de apartarse”, “de esconderse”, una conducta vista como un defecto, por “experta en evitar” como una virtud, es decir el reencuadre se centra en la connotación del encuadre. El reencuadre se encuentra en una clase distinta a la del encuadre (actitud / conducta-atributo personal).

6. Reencuadre 2. El terapeuta sustituye la conducta “eludiendo”, “aspecto de apartarse”, “de esconderse”, por “técnica de evitación”, es decir que deja de ser una simple conducta para ser algo estructurado y efectivo.

tanto siempre aparece este aspecto de apartarse... de esconderse frente...

T: A las cosas.

P: Junto al hecho de que...

T: *O sea que usted* se ha convertido en una experta en evitar.

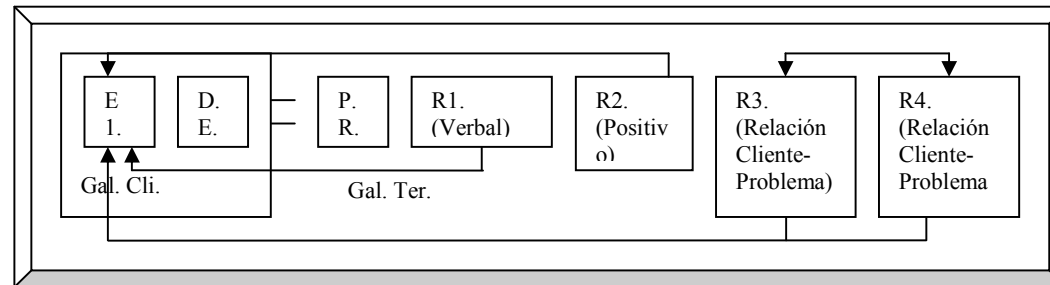
P: Ah, muy experta.

T: Es la técnica de la evitación, como yo la llamo; es una de las soluciones ensayadas que complica el problema porque: ya que he evitado esto evitaré también lo otro, y después lo otro, y después lo otro, y después lo otro, y después lo otro, hasta que no hay...

(Pp. 173-4)

7. Reencuadre 3. El terapeuta vuelve al encuadre del cliente respecto a la percepción que tiene este de la actitud / conducta (“eludiendo”, “aspecto de apartarse”, “de esconderse”), al usar la frase “es una de las soluciones ensayadas que complica el problema”.

8. Reencuadre 4. El mismo reencuadre (“es una de las soluciones ensayada que complica el problema”), reencuadre las soluciones que realiza el cliente para resolver su problema, de “soluciones” a “soluciones-problema”.



Nardone, G. (1997)

Fragmento 12

Caso 7

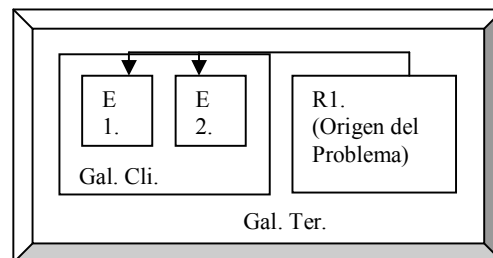
P: Hasta cierto punto yo también pensé que tenía como un “trastorno filosófico”, no la había elegido la filosofía, estaba un poco cerrada

T: Le faltaba una buena visión flexible del mundo. (P. 200)

1. Encuadre. El encuadre presentado por el cliente es: “trastorno filosófico”, con el cual que se refiere a una percepción.

2. Encuadre. Con: “Un poco cerrada”, el cliente se refiere a una actitud involucrada en su problema, específicamente como determinante de su problema.

3. Reencuadre1. El terapeuta sustituye el encuadre “trastorno filosófico”, “estaba un poco cerrada” presentando un encuadre de la misma clase al encuadre segundo (presentado en el párrafo anterior): “visión flexible del mundo”. Dicho reencuadre hace referencia a los mismos hechos que el cliente. El reencuadre se encuentra en clases distintas que el encuadre del cliente (conjunta los dos encuadres en una sola; “la actitud de la cliente”). Aunque se podría pensar que se reencuadra el primer encuadre, mientras que el segundo es sólo una descripción de éste, más no lo es y no se puede estar seguro de si hace referencia a uno o a otro.



Nardone, G. (1997)

Fragmento 13

Caso 7

P: Como ha ido la semana: bueno, si, **no espléndidamente** pero en conjunto... **discretamente bien**. **No espléndidamente**, en el sentido de que por ejemplo el domingo cogí el coche y me fui al campo, bueno, a la casa de mis abuelos, digamos, y... en un momento dado me asalto uno de mis terrores en el coche. Además pensé: “pero, ¿Por qué tengo que tener miedo si ésta distancia no es nada, si he ido a Arezzo?”. Creo que fue **un día poco especial**, aparte del hecho de que el domingo... el domingo siempre es un poco especial.

T: Bien; superó el momento.

P: Si; luego llegué a casa, luego volví a trabajar, luego volví por la tarde, en resumen...

T: Lo importante es pensar que tiene que haber algún momento de recaída mental en el mecanismo del miedo, si no lo hubiera, iría mal, tiene que haberlo. (P. 200)

1. Encuadre del Cliente. El cliente hace referencia a la percepción de una situación (“la semana”) mediante los encuadres: “no espléndidamente”, “discretamente bien”.

2. Descripción del Encuadre. Para describir su encuadre, el cliente utiliza la siguiente frase: “en un momento dado me asalto uno de mis terrores en el coche”.

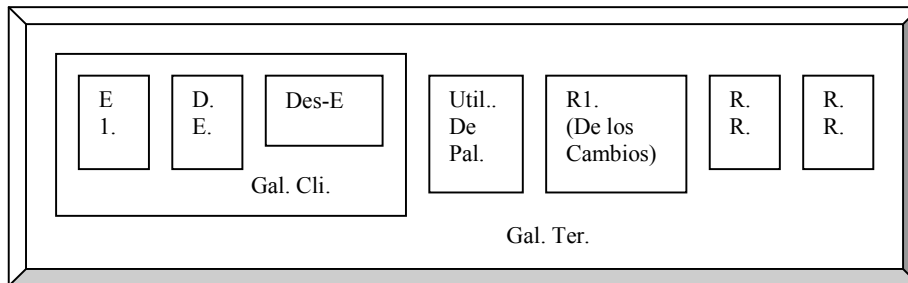
3. Des-encuadre. El cliente cuestiona los hechos que son parte de su encuadre haciendo uso de experiencias anteriores que refutan y contradicen el encuadre; “¿por qué tengo que tener miedo si esta distancia no es nada, si he ido a Arezzo?”.

4. Utilización de las palabras del Cliente. El terapeuta hace uso del lenguaje del cliente para favorecer la comprensión de su mensaje: Cliente (“en un momento”), terapeuta (“superó el momento”). Ambos encuadres (“momento”) son igualmente inespecíficos.

5. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye la percepción de connotación negativa de un cierto momento (“no espléndidamente”, “discretamente bien”), por una connotación igualmente negativa (“recaída mental”). Sin embargo las consecuencias de un encuadre y otro son distintas. La distinción se refiere a que hay un reencuadre secundario, donde se sustituye la idea de “¿por qué tengo que tener miedo...” por “tiene que haber algún momento”, “si no lo hubiera, iría mal”, “tiene que haberlo”.

6. El uso de palabras como “tiene que” juegan un papel importante en el cuestionamiento de la percepción del encuadre del cliente y refuerza el reencuadre volviéndolo perceptible como incuestionable.

7. También es notorio la utilización de un condicionador (“si no...”), que cuestiona el encuadre del cliente y lo des-encuadra.



Nardone, G. (1997)

Fragmento 14

Caso 8

P: Y varios lavados, el bidet, lavar las manos, cosas así.

T: Por lo tanto, supongo que **todo lo que ha sido usado en ciertas relaciones...** debes lavarlo bien.

P: No entiendo.

T: Supongo (pausa)... que debes lavar bien (pausa)... todo lo que ha sido usado en cierto tipo de relaciones sexuales.

...

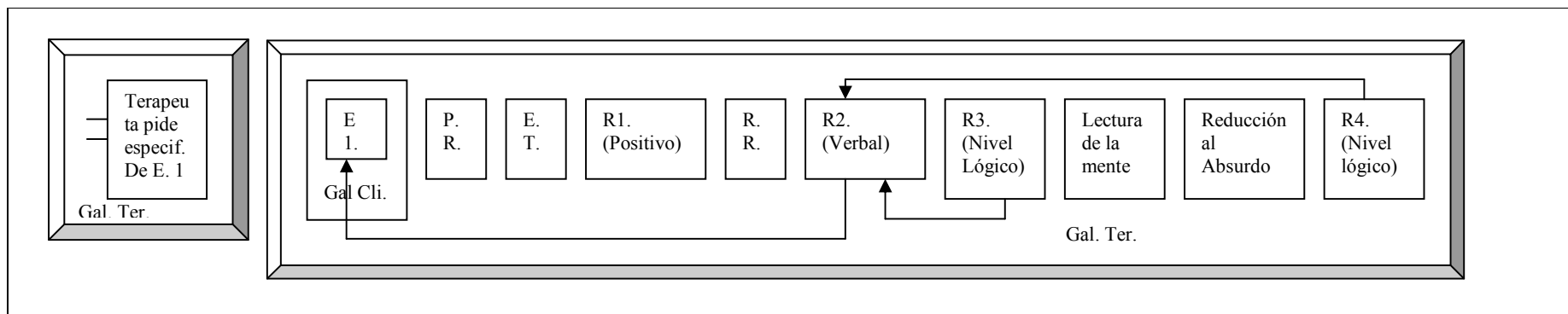
...

1. Apertura del Terapeuta. El terapeuta utiliza la frase: “por lo tanto” que además de servirle de apertura, le sirve para reforzar la idea del cliente.

2. El terapeuta pide la especificación de un encuadre implícito (“la conducta de desinfectar todo”), mediante las frases: “todo lo que ha sido usado en ciertas relaciones... debes lavarlo bien”, “te preocupas de limpiar sobre todo lo que se ha usado en ese tipo de relaciones sexuales”, y la pregunta: “¿Cómo te limpias todas las zonas que se han usado en un tipo de relación sexual?”.

3. Encuadre. El encuadre presentado por el cliente es implícito y se trata de una conducta “desinfectar todo” (el encuadre hace referencia a

<p>T: Así que <u>te preocupas de limpiar sobre todo lo que se ha usado en ese tipo de relaciones sexuales</u>.</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>T: Ah, ¡me lo imagino! Hummm, hummm. Y dime, <u>¿Cómo te limpias todas las zonas que se han usado en un tipo de relación sexual?</u> (Pp. 231-232)</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>T: Humm, hummm. Por tanto sabemos que <u>tu síntoma fundamental sirve para protegerte del terror a tener el SIDA...</u></p> <p>P: ¡Eh!</p> <p>T: Aunque sabes que no tienes el SIDA porque...</p> <p>P: No, no.</p> <p>T: Pero crees que podría pillarlo...</p> <p>P: ¡Eh!</p> <p>T: Porque está en todas partes.</p> <p>P: Eh.</p> <p>T: O sea que <u>es tan fuerte el miedo a pillarlo que tienes que esterilizaste continuamente</u>.</p> <p>P: Eh, ¡sí!</p> <p>T: ¡Desde luego has encontrado una buena <u>estrategia para evitar el SIDA!</u></p> <p>P: ¡Eh! (Ríe).</p> <p>T: <u>Piensas. ¡Seguro que así no lo cojo!</u></p> <p>P: Eh, eh, ¡Sí!</p> <p>T: <u>Es genial, habría que empezar a divulgar, a difundir entre la gente el miedo y ésta estrategia tuya. ¿No?</u></p> <p>P: ¡Eh!</p> <p>T: <u>Enjuagamos la boca con alcohol, después vomitamos, provocándonos el vómito cada vez que hagamos algo; nos lavamos, esterilizamos el miembro, los hombres, de manera terrible: las mujeres, hacemos que se pongan sosa cáustica en la vagina...</u></p> <p>P: (ríe).</p> <p>T: ...todo más o menos así, ¿Eh? ¡Una buena solución!</p> <p>P: Me está tomando el pelo, ¿Eh?</p> <p>T: No. ¡Es una buena solución! (Pausa)... Sí eliminamos esta solución, ¿Qué ocurre? (P. 234)</p>	<p>conductas: lavar, limpiar).</p> <p>4. Personalización del Reencuadre. Así también la utilización del pronombre posesivo “tú” en “tú síntoma” vuelven el reencuadre hacia, y exclusivamente, el cliente, es decir que dicho pronombre personaliza el reencuadre.</p> <p>5. Encuadre del Terapeuta. El terapeuta encuadra dicha situación como “síntoma”.</p> <p>6. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye la idea implícita de que una “conducta obsesiva” o un “síntoma” son algo negativo y problemático por la connotación positiva referente a dicha conducta (“desinfectar todo”) como una “protección”.</p> <p>7. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta al dar una función al “síntoma” del cliente refuerza su reencuadre, ya que este es válido para la función que cumple (<u>sirve para protegerte del terror a tener el SIDA</u>).</p> <p>8. Reencuadre 2. Así mismo, el terapeuta, sustituye las conductas de “lavar” y “limpiar” por la conducta “esterilizar”. El reencuadre se encuentra en la misma clase que el encuadre.</p> <p>9. Reencuadre 3. Por otra parte, el terapeuta reencuadra el encuadre que él mismo ha presentado: “esterilizar”, referente a un nivel de conducta por el encuadre: “estrategia”, referente a una conducta más elaborada y operacionalizada.</p> <p>10. Lectura de la Mente. El terapeuta utiliza el recurso que, Grinder y Bandler han llamado “lectura de la mente”, le ayuda a afirmar su reencuadre (“piensas,...”).</p> <p>11. Reducción al Absurdo. Así también, el terapeuta reduce al absurdo el síntoma del cliente como recurso para reforzar su encuadre y convencer al cliente de aceptar su encuadre y/o cuestionar su síntoma: “Es genial, habría que empezar a divulgar, a difundir entre la gente el miedo y esta estrategia tuya, ¿No?”. “Enjuagamos la boca con alcohol, después vomitamos, provocándonos el vómito cada vez que hagamos algo; nos lavamos, esterilizamos el miembro, los hombres, de manera terrible: las mujeres, hacemos que se pongan sosa cáustica en la vagina...”</p> <p>12. Reencuadre 4. La conducta de “tu síntoma”, “estrategia” son sustituidas por un encuadre con mayor importancia en el contexto de terapia y ante una problemática social (una buena solución”).</p>
---	--



Nardone, G. (1997)

Fragmento 15

Caso 8

Mad: Sigue con el alcohol, evidentemente, ayer se lo puso en el trasero porque vio una pequeña manchita..., por cualquier tontería hace una gran escena. Además, **palabrotas cuando se enfada**.

T: Bueno, en N. (ciudad donde viven) tienen un lenguaje muy expresivo.

Fragmento 16.

Mad: Sí, pero a mí no me gusta. De todos modos, dijo: "Mamá, cuando te veo **siento algo, siento ganas de matarte**", siempre me da pellizcos.

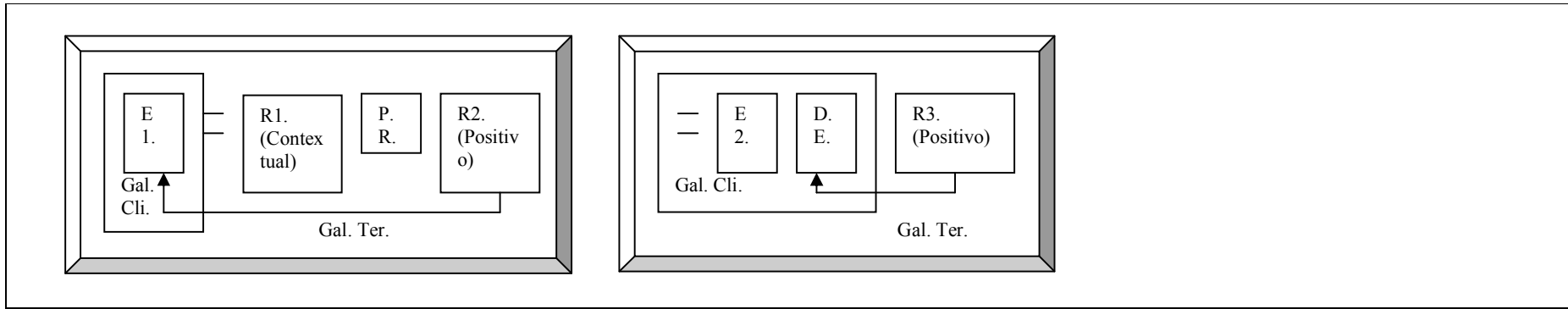
T: Es una manera de transmitir afecto.

Mad: Sí, pero molesta. (Pp. 262-263)

1. Encuadre. La cliente utiliza el encuadre: "palabrotas cuando se enfada", para referir una conducta de su hijo al estar enojado.
2. Apertura del Terapeuta. La palabra "bueno" puede verse como una apertura al reencuadre, es decir para pasar del encuadre al reencuadre.
3. Reencuadre 1. El terapeuta utiliza una referencia contextual: "en N. (ciudad donde viven)", para darle un contexto a la conducta del hijo de la cliente, lo cual sirve para despatologizar dicha conducta, o al menos para ser tomada como algo más convencional dentro de un contexto, algo distinto a un síntoma.
4. Personalización del Reencuadre. Así mismo, la utilización de un referente contextual, en este caso "en N." personaliza el reencuadre, puesto que los clientes viven en dicha ciudad, y por lo tanto lo referente a ello calza en la conducta de los clientes.
5. Reencuadre 2. El terapeuta sustituye el encuadre "palabrotas" por "lenguaje muy expresivo" en base al contexto.

El diálogo no se corta.

6. Apertura del Cliente. El cliente utiliza las frases "sí, pero" y "De todos modos" que sirven como apertura al diálogo del cliente, así como una refutación del reencuadre que el terapeuta le ha presentado.
7. Encuadre. "dijo" como encuadre, en este ejemplo, se refiere a una conducta. Mientras que "siento algo", "siento ganas de matarte" se refieren a una percepción.
8. Descripción del Encuadre. El cliente describe su encuadre mediante las frases: "me da pellizcos"
9. Reencuadre 3. El reencuadre ("es una manera de transmitir afecto") presentado por el terapeuta, sustituye a "dijo" y "siento algo", "siento ganas de matarte" englobando a los dos encuadres dentro de la clase de conducta. O quizás sólo reencuadrando la conducta "me da pellizcos" dejando de lado los encuadres.



Nardone, G. (1997)

Fragmento 17

Caso 9

T: Estupendo, ¿Ahora debe tener más experiencia a la hora de hacerlo, no?

P: La segunda vez ya fue mejor.

T: ¿Sólo lo has hecho una vez? (sorprendido). ¿Y eso porqué?

P: Porque cada día **luego se convierte en un vicio.**

T: **Bueno, sí, un dulce vicio.**

P: Bueno... pero...

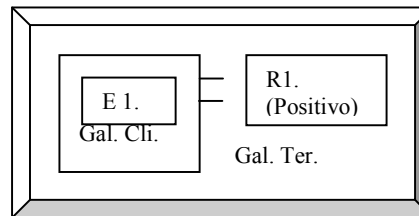
(P. 279)

1. Encuadre. Podemos notar el encuadre “un vicio” que maneja el cliente para referir la idea de que un vicio es una “enfermedad”.

2. Apertura del Terapeuta. El terapeuta utiliza la frase “bueno, si,” para iniciar su reencuadre, esta frase también cuestiona o refuta el encuadre del cliente, des-encuadrándolo.

3. Apertura del Terapeuta. El terapeuta retoma la conclusión del cliente al afirmarla (“Bueno, si...”.) que le sirve como apertura para presentar su reencuadre.

4. Reencuadre 1. El terapeuta reencuadra, sustituye, la idea “un vicio es malo” por el encuadre “un dulce vicio”. El terapeuta cambia la connotación implícita de tener “un vicio” de negativa a positiva, o al menos a la idea de que “un vicio” puede tener algo positivo.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)
Fragmento 18.

Caso 10

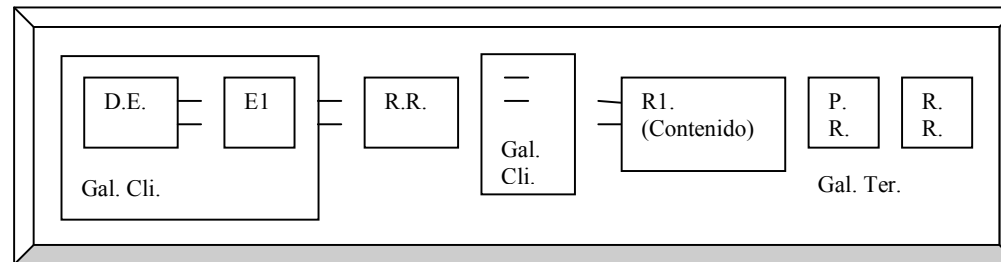
P: Yo se que le he engañado y lo siento muchísimo, pero antes de engañarle a él, me he engañado a mí misma, lo visité durante un año y medio, pero usted sabe que **las anoréxicas son mentirosas, esconden...**

T: Lo se muy bien, y no espero de ningún modo que usted me diga la verdad, sabe...

P: ¡Pero le estoy diciendo la verdad!

T: Pero yo no espero que diga la verdad, es más, creo que **la mejor manera de decir la verdad es mentir**, si cuando usted miente piensa que logra engañar, pues, ¡Mienta!... **esto me ayudará a entender sus verdades** mucho mejor que si usted se esforzara por decir la verdad, mienta todo lo que pueda, cuanto más consiga usted mentir, mejor la entenderé yo. (P. 71)

1. La descripción del encuadre por parte del cliente puede ser observada en las siguientes frases: “le he engañado”, “me he engañado a mí misma”, “esconden”.
2. Apertura del Cliente. La palabra “pero” sugiere una apertura al encuadre.
3. Encuadre 1. El cliente presenta una descripción de encuadre y posteriormente el encuadre “las anoréxicas son mentirosas”. Este encuadre se encuentra en una clase de conductas, pero específicamente de atribución a un tipo de persona. Este encuadre sugiere la idea de que “las mentiras son malas” y por lo tanto las “anoréxicas son malas”.
4. Apertura del Terapeuta. El terapeuta retoma la conclusión del cliente al afirmar (“Lo se muy bien...”) que le sirve como apertura para presentar su reencuadre.
5. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta mediante la frase “...no espero de ningún modo que *usted* me diga la verdad” prepara y refuerza un posterior reencuadre.
6. Apertura del Cliente: “pero”.
7. Apertura del Terapeuta: “pero”. Ambos “pero” sirven, además de apertura, para refutar la idea del otro.
8. Reencuadre 1. El encuadre “la mejor manera de decir la verdad es mentir”, sustituye, desde una clase distinta (atribución personal-connotación de la idea “las mentiras son malas”), al encuadre, implícito, presentado por el cliente. Así también el terapeuta usa una prescripción (“pues, ¡mienta!”, “mienta todo lo que pueda”) para reencuadrar la idea implícita de “las mentiras no dicen cosas verdaderas”. Sustituyendo ésta idea por “esto me ayudará a entender más sus verdades”.
9. Personalización del Reencuadre. Nuevamente en éste ejemplo, se presenta el uso de pronombres personales (“usted”), por parte del terapeuta, los cuales personalizan el reencuadre y lo fortalecen al ser exclusivamente dirigidos al cliente presente.
10. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta remata su reencuadre con la frase “cuanto más consiga usted mentir, mejor la entenderé yo.”, con lo que refuerza su reencuadre.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 19.

Caso 11

T: Cuando el placer llega da placer.

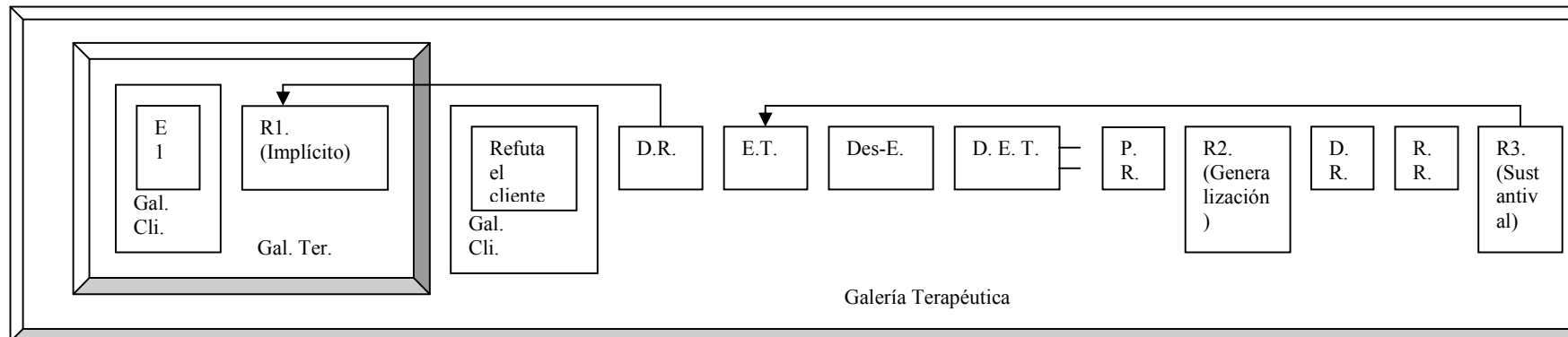
P: **Nunca tengo suficiente**, quiero decir...

T: **Esto me alegra**, mucho más que todo

1. Encuadre. “nunca tengo suficiente” es el encuadre presentado por la cliente. Este encuadre hace referencia a las transgresiones diarias que el terapeuta le ha pedido al cliente en la sesión anterior. Así que se refiere a la percepción que tiene la cliente de las transgresiones.
2. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye la idea implícita “el placer puede ser un vicio, y por lo tanto malo”, surgida de la frase “nunca tengo suficiente” por la idea implícita del terapeuta “el que usted tenga placer me alegra, mas no me preocupa” surgida de la frase: “esto me alegra”.
3. El cliente refuta el reencuadre del terapeuta, con la frase “Pero a mi no”

lo demás.
 P: Pero a mi no.
 T: No te he dicho que te abandonarás. Haz lo que hemos dicho, pero es importante que sientas las sensaciones.
 P: Pero yo ya las sentía antes.
 T: Claro, todas las anoréxicas tienen un hambre canina, pero logran mitigarla, pero sobre todo la viven como una culpa, en cambio cuando tu me dices que tienes hambre y ganas, es diferente, comienzas a percibirlo como un placer que puedes controlar, ya que puedes permitirte una trasgresión diaria. (P. 114).

4. Descripción del Reencuadre. El terapeuta describe su reencuadre con la finalidad de que sea comprendido y en consecuencia, aceptado (“No te he dicho que te abandonarás. Haz lo que hemos dicho, pero es importante que sientas las sensaciones”).
5. Encuadre del Terapeuta. El terapeuta presenta un encuadre: “las anoréxicas tienen un hambre canina”, a lo cual suma una generalización “Todas”. El encuadre se encuentra en la clase: sensaciones.
6. Des-encuadre. Se puede notar la palabra “pero” como apertura a la descripción del terapeuta.
7. Descripción del Encuadre del Terapeuta. El terapeuta describe el encuadre que ha presentado: “la viven como culpa”.
8. Apertura del Terapeuta. La frase “en cambio” sirve al terapeuta para introducir su reencuadre.
9. Personalización del Reencuadre. La utilización de la frase “cuando tú” personaliza el reencuadre, separando la conducta de “todas las anoréxicas” a “tú conducta”.
10. Reencuadre 2. El reencuadre “cuando tu”, “es diferente”, se refiere a un reencuadre que particulariza el síntoma. Es decir que se sustituye el encuadre ubicado en una generalización “todas” por el encuadre “tu”, lo que sugiere una diferencia.
11. Descripción del Reencuadre. El terapeuta describe su encuadre: “cuando tu me dices que tienes hambre y ganas”, “comienzas a percibirlo como un placer que puedes controlar”.
12. Apertura del Terapeuta y Refuerzo del Reencuadre. La palabra “ya que” sirve como apertura y reforzamiento del reencuadre que va acompañado por el uso de datos que verifican el reencuadre “puedes permitirte una trasgresión”. Cabe destacar que éste reencuadre, así como el encuadre sobre el que se trabaja es producto del terapeuta y no del cliente, aunque va unido al reencuadre primero del ejemplo.
13. Reencuadre 3. El sustantivo “trasgresión” sustituye al sustantivo “hambre canina”, dando una percepción menos patológica.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 20.

Caso 12

T: Ah... ¿Un egipcio guapo?

P: Si, estaba decidida a vivir esa historia, no tenía dudas, la quería vivir, en general hago lo contrario, me escondo como un conejo; en el mejor momento, no encontré el preservativo, lo tenía en la maleta; y la otra noche salgo con este chico y estábamos a punto de hacer el amor, pero no tenía preservativo, estaba en casa, y anoche descubrí que lo tenía en la cartera: ¿Cómo no iba a saberlo? Claro que lo sabía. **Siempre encuentro una excusa.**

T: Bueno, **la barriga en el medio no basta.**

P: Claro...claro.

T: ¿Esto salvaguada mucho?

P: Si, hay una gran dificultad. (P. 141)

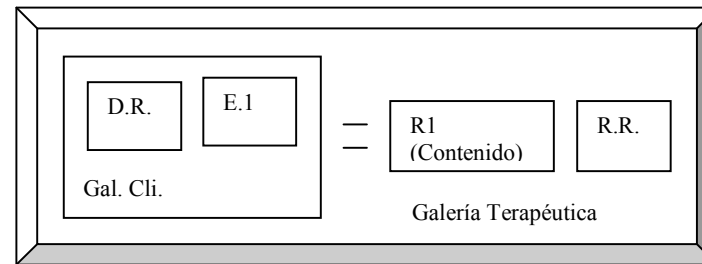
1. Descripción del Encuadre. El cliente comienza por la descripción del encuadre: “me escondo”, “no encontré”, “claro que lo sabía”.

2. Encuadre. Posterior a la descripción, el cliente presenta su encuadre: “siempre encuentro una excusa” que se refiere a una actitud.

3. Apertura: la palabra “bueno” puede verse como una apertura para pasar del encuadre sobre “el problema” al encuadre sobre un “no-problema”.

4. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye “siempre encuentro una excusa” (dentro de una clase de ‘actitud’) por “la barriga en el medio no basta” (dentro de una clase de percepción). Es notable que el terapeuta reencuadra la actitud de esconderse por una supuesta finalidad del síntoma de la cliente (“estoy gorda como excusa a...”).

5. Refuerzo del Reencuadre. Con la pregunta “¿Esto salvaguada mucho?”, el terapeuta refuerza su reencuadre.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 21.

Caso 12

P: Yo quisiera llegar a los setenta y cinco.

T: ¿A los setenta y cinco?

P: Si, porque con ese peso me gusto.

T: ¡Que caradura es usted!

P: No, no es cierto... no porque me gusto físicamente, sino porque cuando llego a sesenta quilos, tengo la cara muy larga se suelta demasiado y no me gusto tanto, después me viene el complejo del mentón.

T: Ah, claro.

P: Así que después está eso y sería otro parche.

T: **De bola de grasa repugnante a mentirosa.** (P. 142)

1. Encuadre. “setenta y cinco”, éste encuadre se encuentra en un nivel de percepción por lo que más adelante menciona la cliente como descripción del encuadre.

2. Descripción del Encuadre. “...no porque me gusta físicamente”, “cuando llego a los 70 Kilos, tengo la cara muy larga se suelta demasiado y no me gusto tanto, después me viene el complejo del mentón”, son frases que la cliente utiliza para describir el encuadre “problema”.

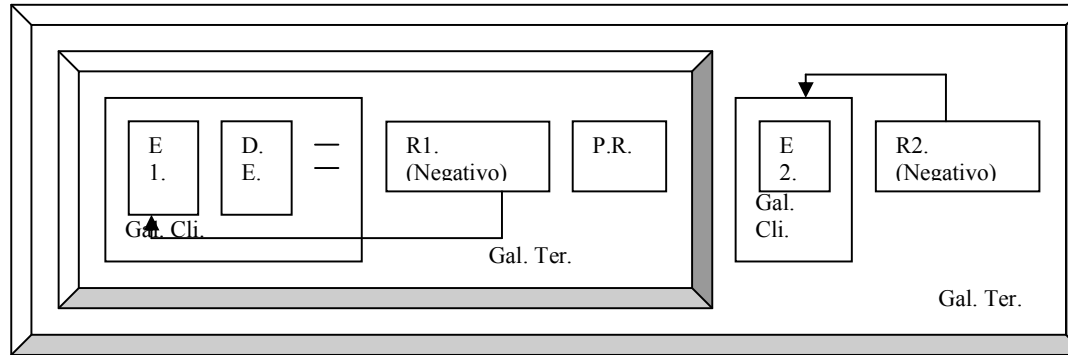
3. Apertura. Las palabras “porque” y “sino porque” sirven de apertura al cliente tanto para su encuadre como para su descripción del encuadre.

4. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye el encuadre “setenta y cinco”, “con ese peso me gusto”, que se encuentran dentro del plano: perceptivo, por “caradura es usted”, que se encuentra en una clase de “atributo personal”.

5. Personalización del Reencuadre. La utilización del pronombre “usted” personaliza el reencuadre “caradura” como atributo personal.

6. Encuadre 2. La cliente sugiere un encuadre (“sería otro parche”) dentro de una clase “percepción”, que hace referencia a la percepción que tiene la cliente de la gordura.

7. Reencuadre 2. El terapeuta sustituye el encuadre del cliente: “sería otro parche” por el encuadre “de bola de grasa repugnante a mentirosa”. Donde la sustitución es de un encuadre “perceptivo” por otro de la misma clase, pero que además reencuadra al tipo de problema “de grasa repugnante” por “mentirosa”.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)
Fragmento 22.

Caso 12

P: Bueno, de todas maneras, pienso que yo si, por ejemplo, conseguiera una satisfacción completa con el sexo, con las relaciones sexuales... ¿Y si me vuelvo adicta al sexo?

T: ¡Dios mío!

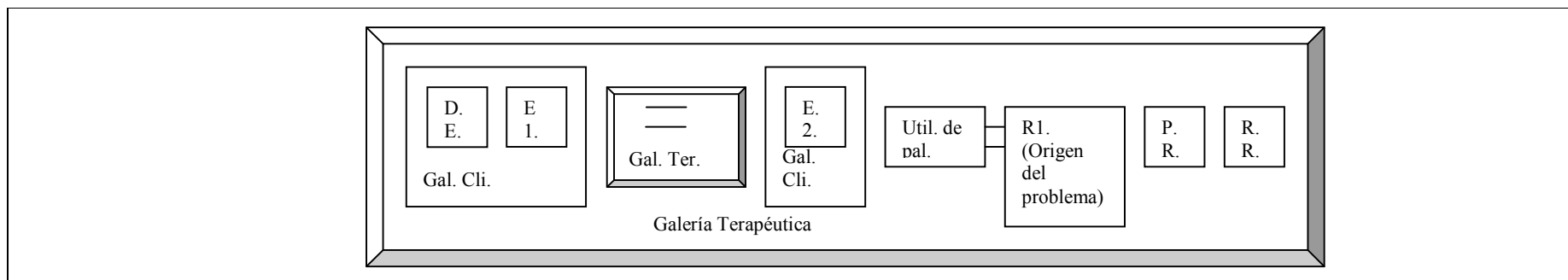
P: Entonces tendría que tener siempre una persona cerca. Y si después me gusta mucho, como sospecho, sería una anormal, es decir que sería peor que una prostituta y esto... este es el discurso que digo que no tiene sentido... porque la prostituta lo hace por trabajo, mientras que yo, que en cambio me divierto, no. ¿Entendido? El problema es que aunque este gorda estas cosas aumentan.

T: ¡Dios mío! ¿Siendo gorda también? Entonces la grasa no te protege tanto.

P: No.

T: Te obliga solamente a elegir a hombres no muy atractivos. (P. 147)

1. Descripción de un Posible Encuadre. La cliente sugiere un posible encuadre mediante la siguiente descripción: “adicta al sexo”.
2. Encuadre. La frase “aunque este gorda estas cosas aumentan” sugiere una posible función del síntoma, a saber: “la gordura me protege”.
3. Apertura. El terapeuta utiliza la frase: “Dios mío”, que puede servir como des-encuadre.
4. Encuadre 2. El cliente presenta los siguientes encuadres: “sería una anormal”, “sería peor que una prostituta”.
5. Utilización del encuadre implícito del cliente (“la gordura protege”), así como de la descripción y los encuadre explícitos (“adicta al sexo”, “sería una anormal”, “sería peor que una prostituta”) como consecuencia desagradable y perjudicial.
6. Apertura. La palabra “entonces” sugiere una apertura, la cual propone una conclusión a la misma formulación de las consecuencias de un encuadre supuesto por el cliente.
7. Reencuadre 1. “la grasa no te protege tanto”, frase utilizada por el terapeuta, sustituye la idea “la grasa protege”. Donde el plano de conclusión y reforzamiento del encuadre es dado por el mismo cliente.
8. Personalización del Reencuadre. La conjugación del verbo “proteger” segunda persona del singular (“te protege”) dirige el reencuadre exclusivamente al cliente presente en sesión.
9. Refuerzo del Reencuadre. Con la frase: “ Te obliga solamente a elegir a hombres no muy atractivos”, el terapeuta refuerza su reencuadre, el cual, como podemos notar, es aceptado por la cliente.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 23.

Caso 12

T: Así que C., si he entendido bien, tu consigues prescindir sin problema de la comida, pero si pierdes el control después tienes que vomitar. ¿Verdad?

P: (asiente) Además me lo paso siempre comiendo. Siempre. Puedo comer dos platos de pasta, puedo comer de todo, realmente de todo, leche, galletas...

T: ¿Hasta que lo terminas todo?

P: Hasta que no queda nada.

T: Bien, pero ¿Esto ocurre siempre cuando comes o sólo cuando pierdes el control?

P: Esto, cuando... por ejemplo mi madre me dice: “No, come esto también”. Entonces yo digo: “...está bien, si como esto como todo”. No puedo regularme. No consigo entender cuando estoy satisfecha y cuando no.

T: ¿Esto te pasa siempre o bien puedes comer sin vomitar?

P: No, no puedo.

T: No puedes.

M: No, ahora si que puede.

T: ¿Qué puedes comer sin vomitar?

P: Eh... carne, verduras, leche.

T: ¿Y que te hace vomitar exactamente? ¿Los pasteles, la pasta, los carbohidratos?

P: La pasta.

T: ¿Y los pasteles?

P: Humm, el chocolate también.

T: ¿Pero si sólo comes carnes y verduras no vomitas?

P: No (moviendo la cabeza).

...

...

...

P: Antes vomitaba siempre. Aunque comiera carne, después vomitaba.

T: Bien. Pero entonces ¿Desde cuándo comes la carne y no vomitas? ¿Desde hace poco?

P: Sí, de hecho he aumentado uno a dos kilos porque he comido carne... fruta por la mañana y... leche.

1. Descripción del Encuadre-Problema. El terapeuta dirige sus preguntas a especificar tanto el patrón problema como una definición exacta del encuadre-problema. Es decir que, el terapeuta, en base a sus protocolos de intervención intenta encuadrar el problema en una definición exacta para que su intervención sea efectiva.

2. Reencuadre 1. El tipo de preguntas, utilizadas por el terapeuta, dirigidas a especificar el problema, reducen la percepción del problema, de un problema general a un problema determinado en ciertas condiciones y ciertos aspectos, en otras palabras, el reencuadre sirve para despatologizar.

3. Des-encuadre/ Encuadre. Con la pregunta: “¿...es tu cuerpo que engorda o es esta cosa irrefrenable de comer y vomitar?” el terapeuta sugiere un encuadre a la problemática del cliente, des-encuadrando, a su vez la idea de un “gran problema”, encuadre implícito en la descripción de la cliente.

4. El cliente acepta el reencuadre, lo cual lo podemos notar en la frase: “ambas cosas”, que sustituye la idea de que el problema es un problema reducido.

5. Descripción del encuadre nuevo por parte del terapeuta. El terapeuta mediante sus preguntas pide una especificación aún más detallada del encuadre que ha elegido el cliente (“¿En la última semana cuántas veces te has dado un atracón y has vomitado?”, “¿Qué haces después de los atracones, largos ayunos?”). Al parecer la intención del terapeuta ha sido, mediante sus preguntas, crear o sugerir un encuadre del problema (dentro de la clase de percepción) que después pretenderá reencuadrar.

6. Recapitulación. El terapeuta recapitula las respuestas del cliente y crea un encuadre supuestamente dado a entender por el cliente, sin embargo el terapeuta, como lo he explicado, ha sugerido y dirigido al cliente a ese encuadre: “¿Tienes tendencia a ayunar, a aflojar muchísimo, de manera tal que después las ganas de comer aumentan, verdad? Y acabas dándote el atracón. Después, si vomitas las ganas te amentarán todavía más, enseguida. Si ayunas durará uno, dos o tres días, después vuelves a darte el atracón. De manera que tus buenas soluciones momentáneas para resolver el problema en realidad son lo que mantienen el problema.”

T: Dime, ¿Para ti tu mayor peligro es tu cuerpo que engorda o es ésta cosa irrefrenable de comer y vomitar?

P: Ambas cosas.

T: Bien.

P: Vomitar ya no , porque ahora sé que no tengo que vomitar. Pero después me siento muy mal, se me hincha la barriga, como si el estomago se me hubiese encogido.

T: Dime, ¿En la última semana cuántas veces te has dado un atracón y has vomitado?

P: Tres veces, no, pero sin vomitar.

T: Te has dado atracones durante la semana pero no has vomitado... tres veces... pero ¿Qué haces después de los atracones, largos ayunos?

P: Eh... como menos.

T: ¿Tienes tendencia a ayunar, a aflojar muchísimo, de manera tal que después las ganas de comer aumentan, verdad? Y acabas dándote el atracón. Después, si vomitas las ganas te amentarán todavía más, enseguida. Si ayunas durará uno, dos o tres días, después vuelves a darte el atracón. De manera que tus buenas soluciones momentáneas para resolver el problema en realidad son lo que mantienen el problema.

P: Humm.

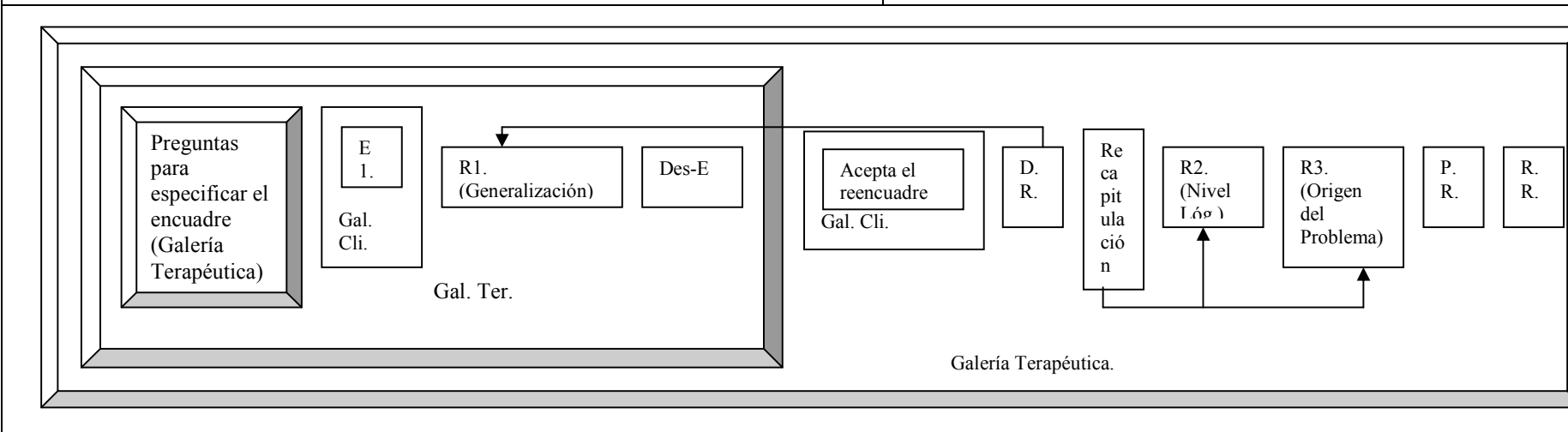
T: Pero tanto el ayuno como el vómito te llevan inevitablemente al atracón. Así que deberían ser las primeras cosas que habría que cambiar. De lo contrario serás víctima de los atracones y de los vómitos y tendrás el problema de engordar. ¿Tienes un peso ideal en la cabeza? (Pp. 159-160)

7. Reencuadre 2. Podemos notar un reencuadre en la frase “De manera que tus buenas soluciones momentáneas para resolver el problema en realidad son lo que mantienen el problema”, ya que sugieren un origen distinto del problema, es decir que no es el problema, el problema, el problema, sino las soluciones que el cliente utiliza para solucionar su situación.

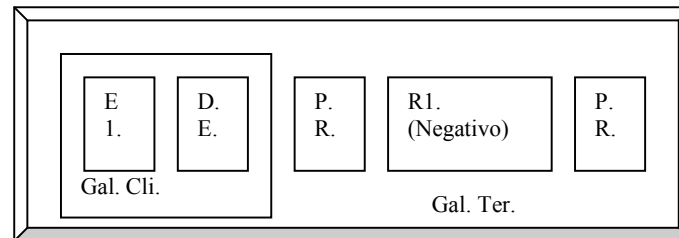
8. Reencuadre 3. El terapeuta sustituye el problema “¿Para ti tu mayor peligro es tu cuerpo que engorda o es esta cosa irrefrenable de comer y vomitar?” por “tanto el ayuno como el vómito te llevan inevitablemente al atracón”. Dicho reencuadre se encuentra en una clase distinta a la del encuadre. Mientras que el segundo se encuentra en la clase “definición del problema”, el reencuadre se ubica en la clase “consecuencias del problema”.

9. Personalización del Reencuadre. La utilización de pronombres “tu” “tú” y frases del tipo: “para ti”, sirven para personalizar el reencuadre, de modo que el cliente comprenda que el terapeuta se refiere a los hechos que él, el cliente, ha presentado.

10. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta refuerza su reencuadre con una advertencia: “...deberían ser las primeras cosas que habría que cambiar. De lo contrario serás víctima de los atracones y de los vómitos y tendrás el problema de engordar...”.



<p>Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002) Fragmento 24. Caso 12 M: Si, <u>yo insisto en las cosas justas</u>. Quisiera que comiera un buen trozo de carne, frutas y todo lo que... T: Usted la controla mucho, ¿Verdad? ¿A ti (dirigiéndose a la paciente) qué efecto te produce que tu madre te controle tanto? (Pp. 160-161)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encuadre. El encuadre “yo insisto en las cosas justas” hace referencia a una conducta positiva, lo que muestra a la persona como buena (“yo soy justa”). 2. Descripción del Encuadre. La madre de la cliente describe su actitud respecto al problema “Quisiera que comiera...”. una actitud de sobreprotección, por cierto. 3. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye el encuadre “yo insisto...” como una conducta positiva por una conducta negativa “usted la controla mucho”. El reencuadre se encuentra en el mismo nivel que el encuadre del cliente (conducta / conducta), haciendo referencia a los mismos hechos. 4. Personalización del Reencuadre. El terapeuta señala al cliente con el pronombre “usted” para personalizar el reencuadre, lo cual refuerza la atribución que el terapeuta pretende hacer para reencuadrar la conducta de la madre. 5. Personalización del Reencuadre. Con la afirmación “...te controle...”, dirigida a la cliente, el terapeuta personaliza el reencuadre, pero además lo refuerza, pues da por sentado su reencuadre.
--	--



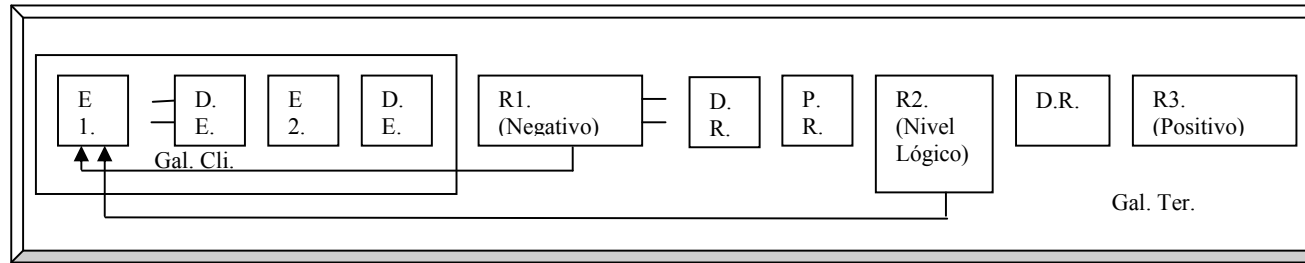
<p>Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002) Fragmento 25. Caso 12 M: Eso si, de hecho <u>he escondido toda la comida</u> porque después <u>se siente mal, tiene dolores de estomago muy fuertes</u>. T: Esto es precisamente lo que usted tiene que evitar, ¿Recuerda que la última vez le pedí que observara sin intervenir? M: ¿Quiere decir que no tengo que esconder la comida? T: Absolutamente. M: Pero ya la he escondido sin que me viera. T: Así <u>se comporta como su cómplice</u> porque <u>hace que la comida se vuelva más apetecible</u>, pues <u>buscarla, encontrarla y comerla se convierte todavía en algo más trasgresor</u>. La última vez dijimos lo difícil que es para dos padres observar sin intervenir, pero cuanto más se presten <u>ustedes</u> al juego, <u>cuanto más intenten ayudarla, más daño le harán</u>. Y esto no deben olvidarlo, tienen</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encuadre 1. Se presenta un encuadre implícito sobre una actitud de “sobre-protección” (“he escondido la comida”). 2. Apertura. La madre de la cliente hace uso de un conector “porque” el cual sugiere las razones por las cuales la madre ha tomado cierta actitud ante la hija. 3. Descripción. La descripción del encuadre hace referencia a las razones por las cuales ha actuado la madre de manera “protectora” (“se siente mal”, “tiene dolores de estomago muy fuertes”). 4. Encuadre 2. Se presenta un segundo encuadre referente a una conducta (“no tengo que esconder la comida”), la cual lleva la idea implícita de una actitud protectora. 5. Descripción del Encuadre. El encuadre anterior es descrito como sigue: “la he escondido sin que me viera”. 6. Reencuadre 1. El terapeuta reencuadra desde una clase del mismo tipo que los encuadres Conducta / actitud (“se comporta como su cómplice”), haciendo evidente el reencuadre, sustituyendo “soy su protectora” (encuadre implícito) por “es su cómplice”. 7. Apertura. Al igual que la madre de la cliente, el terapeuta utiliza el conector “porque” para dar las razones de su reencuadre”. 8. Descripción del Reencuadre. El terapeuta argumenta mediante la descripción las consecuencias de la conducta de la madre vista desde el reencuadre presentado por el terapeuta: “hace... más apetecible”, “buscarla, encontrarla y comerla se convierte... en algo trasgresor”. 9. Personalización del Reencuadre. Nuevamente la utilización de pronombres (“ustedes” “usted”) sugieren una personalización del reencuadre al referirse a la conducta manifiesta por los padres, la cual es encuadrada como una solución. El terapeuta al personalizar el reencuadre logra una mayor correspondencia de este con los hechos que encuadra el cliente. 10. Reencuadre 2. El terapeuta connota de manera negativa la actitud protectora de la madre, en base a las consecuencias
---	---

que tener miedo de ayudarla, cuanto más le ayuden, mas daño le harán. Si usted le esconden la comida, hace que para ella este desafío de buscarse la comida se convierta en algo todavía más fantástico. (P. 173).

que su comportamiento tiene para el problema, de manera que sustituye la idea de “esconder la comida ayudará a solucionar el problema”, por “es algo más trasgresor”.

11. Descripción del Reencuadre. El terapeuta describe su reencuadre con la frase: “cuanto más intenten ayudarla, más daño le harán”.

12. Reencuadre 3. El terapeuta termina con el reencuadre “más fantástico”, que califica a la comida. Es decir de negativa a positiva.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 26.

Caso 12

T: Pero tu hermana dice: “yo no tengo porque pedir disculpas, pues tengo razón”. ¿Te lo esperabas? ¿Te esperabas que ella adoptara ésta posición?

H: Siempre he adoptado ésta posición, este es el problema.

T: Bien, entonces presta atención, nosotros estamos en un 50% de acuerdo contigo, y también estamos de acuerdo en un 50% cuando te enfadas con ellos. Bien, pero no estamos de acuerdo contigo en un 50% cuando adoptas una posición que se parece a la de tu madre en estos días cuando esconde la comida, es otra manera de agravar el comportamiento de tu hermana. Sin darte cuentas estas tratando de emplear, al menos en lo que a tú se refiere, un correctivo, pero en lugar de ser un correctivo es una actitud cómplice de la situación, porque así le das más poder todavía.

H: Es cierto. (asiente)

T: Así has fortalecido el papel funcional y las ventajas secundarias de este trastorno. Es más, cuanto más persistes en esta posición, más se mantendrá tu hermana en la otra, porque de éste modo tendrá otra ventaja: la de haberte acorralado. Pero no ha sido ella quien te ha acorralado, te has acorralado tú sola, así que mejor no podría ser.

M: Sin embargo sufre mucho por la falta de su hermana, su presencia, porque ella ha sido... siente la falta.

T: Si, pero un momento, me gustaría recalcar algo, y no quisiera parecer cínico, pero cuando afrontamos este tipo de problemas lo primero que tenemos que hacer es evitar sobredimensionar el afecto o la emotividad

1. Descripción del Encuadre. El terapeuta describe en primer lugar su encuadre “yo no tengo porque pedir disculpas, pues tengo razón”, la cual sugiere un encuadre dentro de la clase de “actitudes”.

2. Encuadre. En este caso la actitud es positiva respecto al problema, sin embargo el encuadre es inespecífico: “ésta posición”.

3. Utilización de las palabras del Cliente. El terapeuta utiliza como herramienta el mismo lenguaje que utiliza el cliente: “adoptas una posición”.

4. Personalización del Reencuadre. El terapeuta utiliza los pronombres “ti”, “tu”, para personalizar el futuro reencuadre.

5. Reencuadre 1. “una posición” es reencuadrada como una posición “negativa” (“es otra manera de agravar el comportamiento de tu hermana”), al ser manejada como una conducta similar a la de la madre (“que se parece a la de tu madre... cuando esconde la comida”), a la cual, al encuadre, se le aplican las mismas consecuencias de la actitud de la madre (“agrava el comportamiento”).

6. Reencuadre 2. El reencuadre “un correctivo” hace referencia a la función de la actitud / comportamiento de la hermana como solución del problema, sustituyendo la idea implícita de “lo que hago sirve para corregir el problema”. Este reencuadre, que a su vez será reencuadrado, es sugerido por el terapeuta.

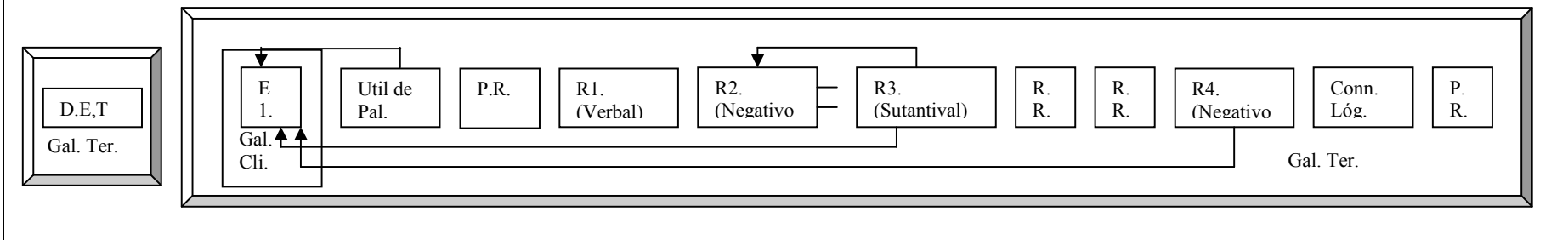
7. Apertura. La palabra “pero” sirve de apertura al reencuadre y como cuestionador (des-encuadre) del reencuadre anterior.

8. Reencuadre 3. El terapeuta sustituye: “actitud cómplice”, encuadre, sugerido por el terapeuta, por “un correctivo” el cual se encuentra en una clase distinta (conducta) a la del reencuadre (actitud).

9. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta presenta las consecuencias de la conducta de la hermana respecto a la comida (en los intentos de solución) de modo que la frase “...porque así le

declarada, en cambio tenemos que valorar un poco más la dinámica que alimenta el trastorno. En este caso, a partir del momento en que su hija mayor se opone, adopta, desde afuera, una posición drástica frente a su hermana y frente a ustedes, se convierte en una ventaja porque de este modo C. los tiene todavía más controlados a todos, y con su patología le convierte en la persona más importante del mundo, se siente el centro del universo y mientras este juego perdure no tendrá ninguna motivación, no digo consciente, sino emotiva para librarse del problema. Mientras la mantengamos en una posición en la que tener el problema es la posición más provechosa que existe, inconscientemente querrá mantener el problema. No te hemos convocado para decirte: “¿Quieres aún ser cómplice de tu hermana?”. (Pp. 174-175)

das más poder todavía.”, refuerza el reencuadre.
 10. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta refuerza su reencuadre, una vez que la cliente lo acepta, de la siguiente manera: “Así has fortalecido el papel funcional y las desventajas...”
 11. Reencuadre 4. La actitud que sirve para “solucionar la situación” se sustituye por una nueva función “la de haberte acorralado. El encuadre aquí presentado (“solucionar la situación”, como función) es implícito.
 12. Connotación Lógica. El terapeuta hace uso de un recuento de la situación atribuyendo a esa manera de organizarse la causa del problema: “se convierte en una ventaja porque de este modo C. los tiene todavía más controlados a todos, y con su patología le convierte en la persona más importante del mundo, se siente el centro del universo”
 13. Personalización del Reencuadre. Palabras como “contigo”, “tú”, “ti”, “te acorralo”, “tú sola”, sirven para personalizar el reencuadre, y lograr, posiblemente, una reflexión de una conducta específica de los clientes, en este caso de la hermana de la paciente identificada.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 27.

Caso 13

P: Sí, imposible, además ésta semana me sentí físicamente mal, así que...

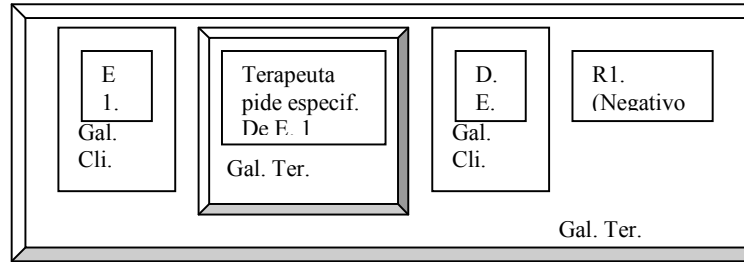
T: ¿Qué significa?

P: Bah, me hice una ecografía porque estoy mal, tuve mucha fiebre; el ginecólogo me ha dicho que probablemente está relacionado con la ovulación, en fin, algo un poco abstracto.

T: Tempestad hormonal (ríe).

P: Supongo que sí. No sé. Ahora estoy mejor. (P. 221)

1. Encuadre. Las frases: “físicamente mal”, “relacionado con la ovulación” encuadran una sensación.
2. El terapeuta pide una definición o descripción del encuadre: “¿Qué significa?”.
3. Descripción del encuadre. El cliente presenta su descripción: “el ginecólogo me ha dicho que probablemente está relacionado con la ovulación”
4. Reencuadre 1. El terapeuta utiliza la frase: “Tempestad hormonal” la cual sustituye los encuadres del cliente “físicamente mal” y del ginecólogo “relacionado con la ovulación”. El reencuadre pasa de una clase (sensaciones) a otra (atributo personal), que es presentado como una metáfora (“tempestad”).



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 28.

Caso 13

P: ... quiero decir, no teniendo problemas de otro tipo, ésta ovulación era un poco...

T: Excesiva.

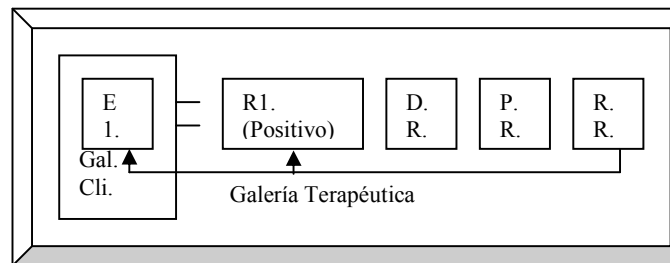
P: Un huevo gigantesco (ríe).

T: ¡Fantástico! ¡Qué productividad! Hemos dicho, ¿No?, que usted es una persona extremadamente sensual y carga de erotismo (ríe). ¿Se da cuenta? Se ha desatado un temporal hormonal, una ovulación (ríe).

P: No sé. Dios mío (ríe).

T: ¿Se da cuenta? Tenemos también el referente fisiológico, si queremos ser simpáticos (ríe). (P. 222)

1. Encuadre. Las palabras: “ovulación”, “huevo”, “gigantesco” son los encuadres que presenta la cliente. Los dos primeros encuadres se encuentran en la clase “nominalización” del problema, mientras que el tercero se utiliza para connotar de manera negativa los encuadres primeros.
2. Apertura. La expresión “¡Fantástico!” puede ser vista como una apertura para pasar de un encuadre al reencuadre.
3. Reencuadre 1. El encuadre “productividad” sustituye al encuadre “gigantesco” dentro de una clase distinta. De “connotación” a “función”. Dicho encuadre sugiere la nueva percepción, la cual es descrita por el terapeuta.
4. Descripción del Reencuadre. El terapeuta hace uso de frases tales como: “es una persona extremadamente sensual y carga de erotismo”, para describir su reencuadre.
5. Personalización del Reencuadre. El reencuadre utiliza un pronombre personal “usted” acompañado del verbo “ser”, lo cual personaliza el reencuadre al resultar una afirmación destinada a una cualidad del cliente en sesión.
6. Refuerza el Reencuadre. El terapeuta refuerza su reencuadre mediante la pregunta: “¿Se da cuenta? Tenemos también el referente fisiológico”. Es decir que el terapeuta apela a lo obvio.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 29.

Caso 13

CoT: Buenos días, ¿Cuál es el problema?

P: Bueno, no sabría definir mi problema. Me aconsejaron venir aquí porque desde los 17 años tengo problemas. Empecé a

1. Encuadre del Terapeuta. El terapeuta sugiere un encuadre: “problema”, al que el cliente acepta y responde.
2. Encuadre 1. El cliente acepta el encuadre y utiliza el término sugerido por el terapeuta: “tengo problemas”.
3. Descripción del Encuadre. El cliente describe su problema de la siguiente forma: “provocarme el vómito después de comer...”

provocarme el vomito después de comer... este es mi problema.

...

...

T: Para usted ¿El vómito es una estrategia para no engordar mientras goza de los alimentos que le gustan, o bien, comer y vomitar, cuando se lo programa, es una especie de ritual agradable?

P: No lo sé. A veces vomito porque he comido demasiado, otras porque me da placer hacerlo. Aunque lo sé ya de antes... es como quitarse un peso de encima.

...

...

T: Cuando la secuencia es esta, ¿Qué es más agradable, comer o vomitar? ¿O las dos cosas?

P: Cuando me he liberado, al final eso es lo más agradable.

...

...

T: Ahora su marido no está y podemos decírselo: es como si fuera el encuentro con un amante secreto. La fantasía, el arrebató, la consumación y la descarga. Supongo que para usted, y disculpe la provocación, es también el mayor placer.

P: Con respecto a tantas otras cosas, sí.

T: ¿Con respecto a todas las cosas, no?

P: Sí, es cierto.

T: Por eso le digo que es su amante secreto, porque es lo más agradable que existe.

P: En ese momento sí.

T: Entonces es una cosa a la que es difícilísimo renunciar, porque es un placer, el placer más intenso. Quiero que usted haga una sola cosa para nosotros. Antes que nada piense que su trastorno en realidad no se basa en el sufrimiento, como otros trastornos, sino simplemente en el placer. Así que usted, cada vez que come y vomita, piense que en realidad es como si encontrara un amante secreto. (P. 232)

4. El terapeuta busca una definición del encuadre, pero a la vez, mediante sus preguntas sugiere un reencuadre (reencuadre1): “¿El vómito es una estrategia para no engordar mientras goza de los alimentos que le gustan, o bien, comer y vomitar, cuando se lo programa, es una especie de ritual agradable?”.

5. Descripción del Encuadre. El cliente describe el encuadre: “he comido demasiado”, “me da placer hacerlo”. A la vez de su descripción, da su encuadre “me da placer”, haciendo referencia a una “sensación”.

6. El terapeuta pide una descripción del encuadre más específica mediante preguntas tales como: “¿Qué es más agradable, comer o vomitar? ¿O las dos cosas?”, con lo que sugiere un reencuadre 2.

7. Apertura. El terapeuta hace referencia a la ausencia del marido para comenzar con su reencuadre, haciéndolo muy personalizado (“ahora su marido no está”)

8. Reencuadre 3. El terapeuta utiliza una analogía para reencuadrar (“amante secreto”), la cual sustituye un encuadre que se encuentra en una clase de “sensaciones” (“me da placer”) para pasar a una “conducta” (“el encuentro con un amante”).

9. Descripción del Reencuadre. Frases como: “la fantasía, el arrebató, la consumación y la descarga”, son utilizadas por el terapeuta para describir los hechos de su encuadre, mismos hechos referidos por el cliente.

10. Personalización del Reencuadre. El terapeuta personaliza su intervención dirigiéndose a la cliente de la siguiente manera: “Supongo que para usted...”.

11. Reencuadre 4. “el mayor placer” es un encuadre que hace referencia a una sensación, misma a la que hace referencia el encuadre “me da placer” el cual es sustituido por el primero, dentro del turno del terapeuta.

12. Encuadre 2. El cliente acepta el reencuadre del terapeuta pero lo limita.

13. Reencuadre 5. El terapeuta ante tal limitación, generaliza su reencuadre.

14. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta utiliza la palabra “porque” para reforzar su reencuadre, es decir, utiliza el “porque” para respaldar su reencuadre.

15. Reencuadre 6. El terapeuta presenta un nuevo reencuadre al encuadre del cliente. Sustituye “problema” por “es lo más agradable que existe”.

16. El terapeuta en este caso sugiere su reencuadre y posteriormente refiere al encuadre.

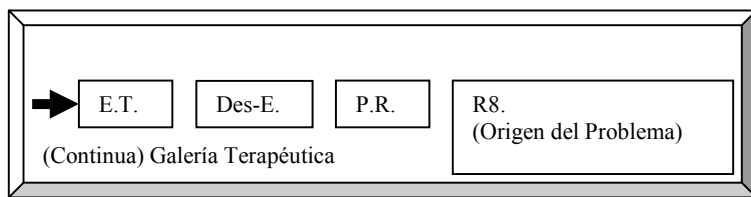
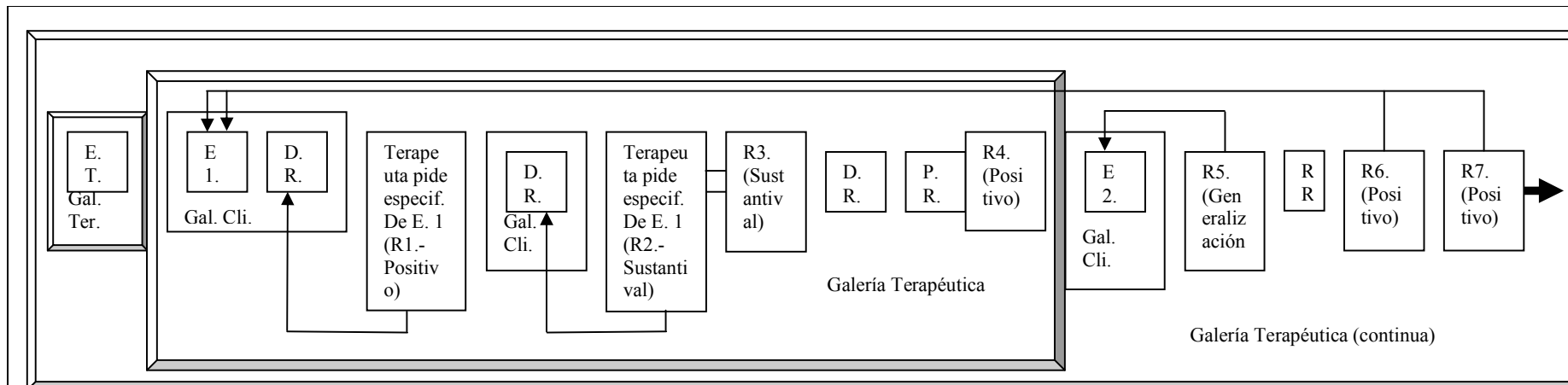
17. Reencuadre 7. El terapeuta menciona la frase: “es un placer, el placer más intenso” con la que sustituye un encuadre implícito en la palabra “problema” utilizada por cliente y terapeuta: “un problema implica un ‘sufrimiento’”.

18. Encuadre del Terapeuta. El encuadre sugerido por el terapeuta (“no se basa en el sufrimiento”) es implícito en el “problema”.

19. Des-encuadre. La frase “como otros” ayuda al reencuadre a despatologizar el problema, al comparar la gravedad del problema de “los otros” con el placer del “suyo”.

20. Personalización del Reencuadre. El terapeuta al utilizar palabras o frases tales como: “Para usted”, “es su”, “usted” personaliza el reencuadre. Así también separar el problema del cliente con la frase “su trastorno” y “como otros trastornos” le ayuda a personalizar el reencuadre y la posterior tarea.

21. Reencuadre 8. El terapeuta reencuadre el origen del problema del “sufrimiento” al “placer”.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 30.

Caso 13

CoT: Buenos días, ¿Cuál es el **problema**?

P: Bueno, no sabría definir mi problema. Me aconsejaron venir aquí porque desde los 17 años tengo **problemas**. Empecé a **provocarme el vomito después de comer...** este es **mi problema**.

...

...

T: Todas las mañanas intente pensar en esa fantasía, intente proyectarse más allá de este problema, *además*, para que llamarlo "problema" cuando sabemos que **le gusta tanto**, más allá de su amante secreto... (P. 233).

1. Encuadre del Terapeuta. El terapeuta sugiere un encuadre: "problema", al que el cliente acepta y responde.

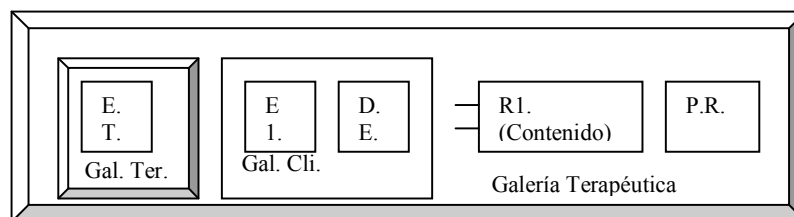
2. Encuadre 1. "tengo problemas".

3. Descripción del Encuadre: "provocarme el vómito después de comer..."

4. Apertura. Utiliza la palabra "además" para anteponer su reencuadre.

5. Reencuadre 1. "le gusta tanto" sustituye al encuadre "problema" en una clase distinta (de "problema" a una "preferencia").

6. Personalización del Reencuadre. En este ejemplo podemos notar una personalización del reencuadre cuando el terapeuta utiliza la frase "cuando...le gusta tanto", que es un verbo conjugado en segunda persona del singular.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 31.

Caso 14

(En diálogos anteriores hace referencia a su ex -novio)

P: No como, llego a casa por la noche, me encuentro con un ambiente cada vez más insoportable, porque ahora mis padres no me controlan tanto con respecto a este problema, pero ahora es algo que yo siento siempre en el aire, es algo evidente, pero he notado que especialmente en estos últimos meses no consigo tener un diálogo con ellos, quiero decir que si hablo de lo que sea no me entienden, tengo que explicárselo de diez maneras distintas, noto un envejecimiento precoz en ellos, que para mí es algo realmente alarmante.

T: ¿Qué edad tienes?

P: Casi 28.

T: Bien, bien, de manera que vuelves a casa de noche...

P: Claro, y entonces paso de un ambiente en que se exige una mayor capacidad de comprensión, rápida, donde tengo que estar a la altura de las circunstancias, tengo que entender todos los problemas, un ambiente en el que parecería que tuviera que tratar con personas obtusas, y me enfado con ellos, me pongo nerviosa y todo acaba siempre de la misma manera.

...

...

T: Del mismo modo que los peces no pueden pretender que la gaviota nade bajo agua, porque se ahoga, sólo puede zambullirse y volver a salir.

La naturaleza suele hacer bromas pesadas, se puede nacer gaviota entre los peces y a lo mejor a ti te ha ocurrido eso. Por lo tanto, esta lucha por pretender que ellos también vuelen como tú, es lo peor que puedes hacer por tú. Intentas cambiar a quien no puede hacerlo, lo repito, a lo sumo pueden asomarse desde el agua, pero eso no es volar: saltan. Si quieres alguien de tu nivel tienes que encontrarlo entre los que vuelan, no entre los que nadan, pero según tengo entendido te habías hecho la ilusión de haberlo encontrado en el pasado pero aquel tampoco era una gaviota, a lo mejor era un tiburón que intentaba destrozarte.

P: Sí, eso sin duda (ríe).

T: Y tú también tienes mucho miedo, de manera que es más seguro estar bajo la superficie y esperar que los peces se transforman en gaviotas, en lugar de volar por las alturas, por que ahí hay peligro, están los halcones, las águilas, las aves rapaces más grandes.

P: Esa es la contradicción en la que vivo, porque en familia después de todo me siento alguien, porque...

T: Porque tú vuelas y ellos no, obviamente.

P: Yo creo que, sin embargo, fuera siento, no sé, fuera siento que hay mil ojos que apuntan hacia mí.

T: Hay pájaros que vuelan mejor que tú, que son más fuertes que tú, que

1. Descripción del Encuadre. La cliente presenta la siguiente descripción sobre los hechos de su encuadre: “no consigo tener un diálogo con ellos”, “si hablo de lo que sea no me entienden, tengo que explicárselo de diez maneras distintas, noto un envejecimiento precoz”

2. Encuadre 1. El encuadre “es algo realmente alarmante.”, presentado por la cliente hace referencia a la “percepción” de una relación.

3. Descripción del Encuadre. Hace una comparación del encuadre en distintos contextos y con distintas personas: “paso de un ambiente en que se exige una mayor capacidad de comprensión, rápida, donde tengo que estar a la altura de las circunstancias, tengo que entender todos los problemas, un ambiente en el que parecería que tuviera que tratar con personas obtusas, y me enfado con ellos, me pongo nerviosa”, como consecuencia de la problemática: “y todo acaba siempre de la misma manera”.

4. Reencuadre 1. El terapeuta reencuadra la situación, la percepción de la cliente acerca de la relación con sus padres con una metáfora: “los peces no pueden pretender que la gaviota nade bajo agua”, “se puede nacer gaviota entre los peces”. Es decir que reencuadra la comparación que la cliente hace respecto a su problema (“paso de un ambiente en que se exige una mayor capacidad de comprensión” Vs, “no consigo tener un diálogo con ellos”). El reencuadre se encuentra en la misma clase del encuadre.

5. Descripción del Reencuadre. La metáfora explica y describe el reencuadre, pretendiendo dar claridad al reencuadre: “Del mismo modo que los peces no pueden pretender que la gaviota nade bajo agua, porque se ahoga, sólo puede zambullirse y volver a salir”, “se puede nacer gaviota entre los peces y a lo mejor a ti te ha ocurrido eso”, “. Si quieres alguien de tu nivel tienes que encontrarlo entre los que vuelan, no entre los que nadan.”. Este último diálogo sugiere la solución al problema.

6. Personalización del Reencuadre. Con la frase “...como tu...”, “ti”, “de tu nivel”, el terapeuta personaliza su mensaje.

7. Des-encuadre. El terapeuta presenta un des-encuadre en la siguiente frase: “tienes que encontrarlo entre los que vuelan, no entre los que nadan”, que podrá servir para la presentación de su reencuadre.

8. Apertura del Terapeuta. El terapeuta presenta el conector “pero” que le sirve para pasar a su reencuadre.

9. Encuadre 2. El cliente en diálogos anteriores hace referencia a un ex-novio con el cual lograba comunicarse bien, a diferencia de la comunicación que mantenía con sus padres, al cual el terapeuta encuadra como “gaviota”, es decir que encuadra la percepción que tiene la cliente respecto a su ex-novio como “gaviota”, dentro de la metáfora.

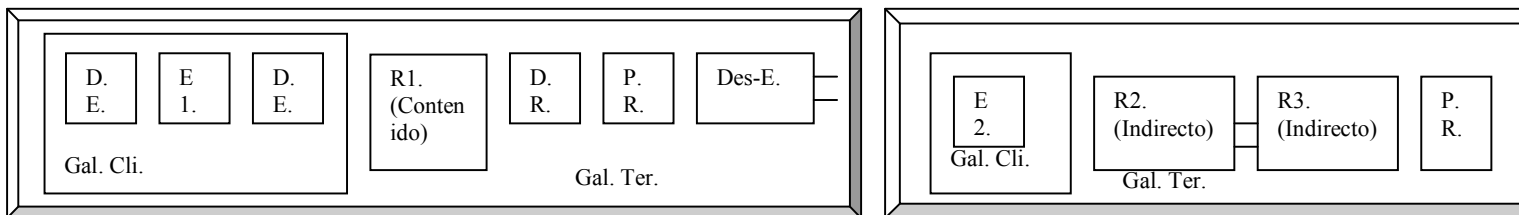
10. Reencuadre 2. El terapeuta sustituye el encuadre de “gaviota” que implica una concordancia con la cliente al compararla con ella como “gaviota”, en otras palabras, tanto la cliente como el ex-novio son encuadrados, en la metáfora, como “gaviotas”, para luego sustituir el encuadre del novio por el de “tiburón”.

11. Apertura. El terapeuta utiliza “a lo mejor” para sugerir su encuadre. La diferencia es que con ésta apertura no afirma un reencuadre, sino que lo sugiere, lo que podemos notar en ejemplos anteriores, pero la diferencia es el tipo de apertura. En este ejemplo la apertura es una suposición, mientras que en otro ejemplo es una pregunta o un conector.

12. Reencuadre 3. El encuadre de “gaviota” que implica “una buena comunicación” es sustituida por “destrozarte” que refuerza el reencuadre anterior (“tiburón”), sugiriendo que entre “gaviota” y

tienen garras, picos... (P. 263)

“tiburón” no puede haber una buena comunicación.
13. Personalización del Reencuadre. Palabras como “ti”, “tú”, “como tu”, son utilizadas por el terapeuta, las cuales sirven para personalizar la metáfora y por lo tanto personalizar el reencuadre presentado en dicha metáfora.



Nardone, G., T. Verbitz y R. Milanese. (2002)

Fragmento 32.

Caso 14

Cot: ¿Qué has descubierto que podías hacer al lograr durante 15 días no hacer lo que hacías usualmente?

P: Eh... pues muchas cosas, porque me he comprado un ordenador y me he quedado en casa para familiarizarme con las nuevas tecnologías.

T: Para ser cada vez más competente en el trabajo.

P: Lo hago por un interés personal, además los programas que tengo en casa no tienen nada que ver con los que...

T: Para ser cada vez más competente con toda las cosas.

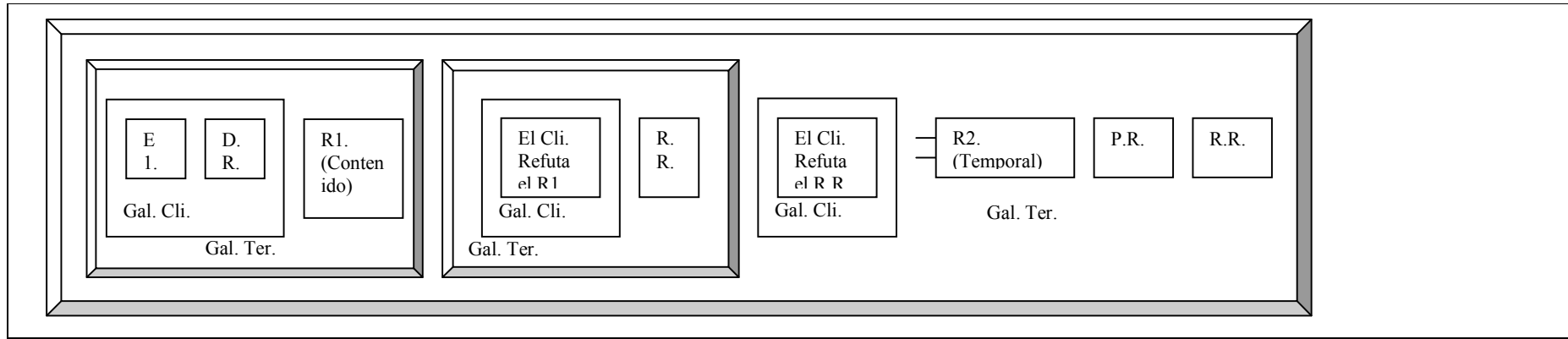
P: No es que lo haga para ser más competente, es algo que me interesa...

Cot: Pero serás más competente, es un nuevo conocimiento.

P: Sí, creo que también puedo utilizar lo que aprendo.

Cot: Por supuesto. (P. 277)

1. Descripción del Encuadre. El cliente describe un hecho: “me he comprado un ordenador”.
2. Encuadre 1. Éste hecho es encuadrado dentro de la frase: “familiarizarme con las tecnologías” haciendo referencia a una “conducta”, donde la intención es el “conocimiento”.
3. Reencuadre 1. El terapeuta sustituye el encuadre “familiarizarme” por “ser cada vez mas competente en el trabajo” el cual hace referencia a una “conducta”, donde la intención es la de “desarrollar una habilidad”. Así mismo sugiere un contexto “en el trabajo” como parte de la intención de desarrollar una habilidad.
4. Encuadre 2. El cliente refuta el reencuadre del terapeuta con la frase: “lo hago por un interés personal”, sugiriendo otro encuadre, el cual hace referencia a una conducta “lo hago” sustituyendo, reencuadrando, una conducta “ser cada vez” propuesta por el terapeuta.
5. Refuerzo del Reencuadre. El terapeuta insiste en su reencuadre: “para ser cada vez más competente con toda las cosas”.
6. Apertura. El cliente refuta el reencuadre mediante su apertura “no es que...”.
7. Apertura del Terapeuta. La palabra “pero” sirve como apertura y como refutación del encuadre de la intención del cliente “no es que”, de manera que des-encuadra la noción del cliente.
8. Reencuadre 2. En la frase: “serás mas competente”, el terapeuta reencuadra el aspecto temporal (“serás”) apelando a la lógica “sí aprendes serás competentes”.
9. Personalización del Reencuadre. Al referirse constantemente a los hechos del cliente, de manera personal, es decir como un atributo, una habilidad, el terapeuta personaliza el reencuadre.
10. Refuerzo del Reencuadre. Con la afirmación de la respuesta del cliente (“por su puesto”) el terapeuta refuerza la aceptación de su reencuadre.



6.1.3. Características de los elementos de la Galería Terapéutica.

i. Reencuadres

En todos los fragmentos podemos notar al menos un reencuadre, sin embargo, hay ejemplos, la mayoría, en que se presenta más de un reencuadre. Podemos notar como el terapeuta reencuadre más de un encuadre o un mismo encuadre con varios reencuadres.

El lector podrá notar como aún cuando la mayoría de reencuadres son hechos mediante sustantivos o adjetivos calificativos, la finalidad del reencuadre es distinta, por ello los he denominado en base a su finalidad y no en base a la palabra que es utilizada. El lector podrá observar como el terapeuta aún cuando sustituye un adjetivo por otro o un sustantivo por otro, lo hace con la finalidad de reencuadrar los cambios o el origen del problema, o para cambiar la connotación del sustantivo o del adjetivo.

El lector podrá notar también como el terapeuta reencuadra ideas amplias y no sólo conceptos, es decir que si el concepto abstrae una idea o ciertas características de la realidad, una idea lo hace de la misma manera. Puede ser que la idea no muestre un encuadre explícito, pero también es reencuadrable.

La mayoría de los reencuadres presentados se encuentran en una clase distinta que el encuadre presentado por el cliente. Así mismo podemos observar ejemplos en que el terapeuta cambia de nivel lógico el encuadre del cliente, también mediante un sustantivo o un adjetivo.

Un punto importante es que el terapeuta presenta uno o dos, o más reencuadres. Es decir que reencuadra varios encuadres o varias situaciones que al parecer se encuentran encuadradas en un encuadre, valga la redundancia, de nivel lógico distinto, como lo es el contexto.

En este caso el terapeuta puede hacer un juego con los reencuadres. Presentando uno como negativo para reencuadrarlo como positivo o viceversa, como lo hace en los ejemplos 11, 14, 26. Que además resulta ser una estrategia sumamente interesante puesto que refuerza el reencuadre anterior, lo que es evidente en el ejemplo 31.

Una observación más es que el terapeuta presenta el reencuadre acompañado de otras técnicas de intervención como es el caso de connotaciones lógicas (Fragmento 10); prescripción de la conducta (Fragmento 10), en otros que es presentado como una tarea del cliente para otra persona (Fragmentos 9 y 10), o simplemente acompañado por una intervención (Fragmento 1).

En general los reencuadres, al estilo del MRI, están destinados a despatologizar la visión del cliente respecto a su problema.

i. Tipos de Reencuadres

Los reencuadres presentados en los ejemplos son de distintos tipos. Podemos encontrar encuadres **indirectos** (como en los fragmentos 27-metáfora, 29-analogía, 31-metáfora) o reencuadres directos (como en todos los demás). Podemos notar que las sustituciones son sobre percepciones, conductas, sensaciones, hechos en general.

En conjunto podemos notar que pueden ser del mismo orden lógico que el presentado por el cliente en su encuadre o puede ser de orden distinto. Ésta decisión suele valerse de la experiencia del terapeuta, pues es él quien decide qué parte del discurso del cliente puede ser mayormente

vulnerable al cambio. El terapeuta deberá notar por lo tanto qué palabras o encuadres son convenientes cambiar y que hechos son más propensos para abstraer en otro encuadre, el del terapeuta. El terapeuta deberá decidir si interviene en el aspecto cognitivo, conductual o emocional del cliente. Para ello debe rescatar los encuadres que hagan referencia a estos hechos y evaluar cuál de ellos puede servir para lograr un cambio profundo y a corto plazo.

Podemos observar en los ejemplos reencuadres **sustantivales**. Es decir reencuadres, donde el terapeuta sustituye un sustantivo por otro, pero donde el segundo tiene una connotación positiva, o simplemente una connotación distinta. En el ejemplo 1 es evidente la presentación de una redefinición del problema, mediante un **sustantivo** (véanse también los fragmentos: 3, 8, 9, 19, 26, 29).

Podemos encontrar también reencuadres de los llamados, en este trabajo, **verbales**, ya que el terapeuta reencuadra el verbo que el cliente utiliza para nombrar una acción respecto a su problema, como en los fragmentos 11, 14, 26.

O también observamos reencuadres con **connotación** distinta como en el ejemplo 10 donde el terapeuta sustituye “tu conducta me atemoriza, no me gusta (me da tanta rabia que lo asesinaría)” por, como una connotación negativa, por “tu conducta o actitud me atrae” como una connotación **positiva** (otros fragmentos: 4, 14, 16, 17, 28, 32). O simplemente un encuadre de connotación negativa por un reencuadre de connotación, también, **negativa**, pero donde las consecuencias de uno y otro cambian. Como lo hizo, el terapeuta, en el ejemplo 13. Así mismo podemos encontrar ejemplos donde la connotación del reencuadre es negativa aún cuando el encuadre del cliente sea positivo, como en los fragmentos 21, 24, 26, 27, 29.

Podemos notar reencuadres en donde el cliente presenta una **generalización** y que el terapeuta particulariza mediante el uso de pronombres o adjetivos posesivos, como en los fragmentos 5, 19 y 23. O viceversa, es decir que una particularización la convierte en una generalización, como en el fragmento 7.

Podemos notar también como el terapeuta reencuadra el **contenido** del encuadre, como en los fragmentos 1, 2, 6, 10, 18, 20, 30, 31. Por otra parte en los fragmentos 6, 12, 22, 23, 29 son claros respecto al reencuadre del **origen del problema**. Mientras que en el ejemplo 5 el terapeuta reencuadra **el nombre del problema** del cliente.

También podemos encontrar reencuadres donde el terapeuta se enfoca en sustituir la percepción del cliente respecto a **los cambios** (Fragmento 13), o ejemplos donde se centra en reencuadrar la **relación del cliente con su problema**, despatologizando así la percepción que el cliente presentaba en su discurso.

Podemos encontrar reencuadres **temporales** como “no creerá” por “creo” (Fragmento 8) o “soy” por “era” (Fragmento 3), o “serás” (Fragmento 32), que a diferencia del octavo y tercer ejemplos, no hay un encuadre del cliente que lo anteceda, sino que el terapeuta sugiere el tiempo como un factor reencuadrable. Es evidente también la presencia de un reencuadre **contextual** (Fragmento 15), donde el terapeuta ubica una conducta en un espacio en que esta es normal.

Los reencuadres pueden pertenecer a la misma clase que el encuadre presentado por el cliente (“cosas tan estúpidas” por “trucos”) o a **clases distintas** (“manías” por “ritual”; “es una tortura” por “cosas extrañas”), por mencionar unos ejemplos (véase los fragmentos: 14, 18, 25).

Uno de los aspectos importantes es la clasificación de dos tipos de reencuadres: 1) el reencuadre explícito y; 2) el reencuadre implícito.

Es notorio para el lector, también, que el terapeuta presenta reencuadres **explícitos**, como en el ejemplo 10 que sustituye a “tortura” por “esto”. Es decir que el reencuadre no tiene forma, por llamarlo de algún modo. Sino que queda abierto a la definición del cliente. He de aclarar que este reencuadre es distinto al des-encuadre, en donde no se deja un encuadre sustituto.

Por otro lado el terapeuta también reencuadra de manera **implícita** es decir no con un sustantivo sino con una idea o frase general, como en el ejemplo 19, donde el cliente menciona “nunca tengo suficiente” con cierta preocupación, mientras que el terapeuta reencuadra con la frase “eso me alegra”, dando a entender, quizás, que eso no lo considera como un problema y por tanto el cliente tampoco debería considerarlo problemático, o como en el fragmento 9.

También podemos notar como el terapeuta reencuadra mediante **preguntas**. Es decir que mediante la búsqueda de una especificación de la problemática presentada, mediante preguntas, el terapeuta reduce la visión de problema, como en los fragmentos 3 o 23.

El terapeuta puede sustituir, es decir reencuadrar, una idea o encuadre implícito, con un reencuadre explícito, como en el ejemplo 18. Es decir sustituir una idea que sugiere un encuadre, el cual nunca ha sido nombrado por el cliente, por un reencuadre que tiene un rostro propio.

El terapeuta puede utilizar distintos tipos de reencuadre y reencuadrar distintos encuadres presentados en sesión. Ya sea mediante metáforas, analogías, mediante el uso del humor, así como de operadores modales, sustantivos, verbos, adjetivos, etc. También puede reencuadrar el aspecto temporal de los hechos, como vimos en algunos ejemplos, o el contexto en donde se presenta un encuadre, siendo recomendable para el terapeuta escuchar la manera en cómo el cliente utiliza las palabras y cómo las acomoda en su discurso.

i. Especificación del Encuadre del Cliente.

Es notorio que el terapeuta necesita un encuadre, ya sea proporcionado por el cliente o propuesto por el mismo. En algunos casos también es necesaria una descripción o explicación de dicho encuadre. Quizás sea porque el terapeuta necesita especificarse: A qué hechos hace referencia el encuadre. Pues como podemos observar en los ejemplos hay encuadres que son muy vagos, o son implícitos, lo que dificulta su comprensión o los hechos que abstrae. Pero también puede ser parte de la rutina de entrevista con el fin de comprender el problema del cliente. Es recomendable, por ello, que el terapeuta tenga un encuadre bien definido, es decir que se sepa a qué hechos hace referencia, y/o a en que nivel lógico se encuentran dichos hechos, si es a nivel emocional, perceptual, conductual, etc. Con ello el terapeuta logrará conocer el terreno del encuadre del cliente y podrá tener la posibilidad de encontrar más de un reencuadre para presentar al cliente.

En los fragmentos 2,14, 23, 27, 29, es notorio este tipo de elementos. En los ejemplos en que esta estrategia se presenta suele hacerse mediante preguntas que permitan especificar el encuadre, es decir que se pretende saber lo mayormente posible por conocer el encuadre del cliente.

Algunas de estas preguntas a su vez sugieren un encuadre como en el fragmento 2, o un reencuadre, como sucede en el ejemplo 29.

ii. Recapitulación.

La recapitulación es, en ocasiones indispensable, pues logramos coherencia y credibilidad. Al recapitular lo que el cliente nos dice, le mostramos que hemos estado atentos a su discurso y que

nos preocupamos por él. Si presentamos, posterior a la recapitulación, un reencuadre, este no tendrá dificultad al ser aceptado.

En el fragmento 23 el terapeuta hace uso de la recapitulación de las respuestas del cliente a sus preguntas con la finalidad de sugerir un encuadre, que además se ve seguido por un reencuadre de las consecuencias de dicho encuadre.

Por lo general la recapitulación consiste en retomar el tema del discurso del cliente y presentárselo de otra manera. Es decir que el terapeuta repite la descripción del cliente, con la finalidad de agregar algún otro elemento como por ejemplo una connotación, o como en el caso del ejemplo 23, un reencuadre.

ii. Personalización del Reencuadre

En la personalización del reencuadre regularmente el terapeuta utilizó los hechos del cliente, o su problemática, así como otros recursos, para lograr que el cliente entendiera y aceptara el reencuadre. El terapeuta deberá tener en cuenta los recursos que el cliente lleva a la terapia, tanto su problema como su lenguaje, o una conducta cualquiera. Es también importante que el terapeuta reconozca la individualidad del cliente y de su problema. Aún cuando el problema de un cliente en cuestión sea muy parecido a otros el terapeuta deberá hacer personal no sólo el reencuadre sino su trato con el cliente presenta.

En los casos y ejemplos presentados el terapeuta, por lo general (en 27 de 32 fragmentos) personaliza el reencuadre mediante pronombres personales o pronombres posesivos como: “usted”, “suyo”, “tu”, “tú”, “contigo”, “ti”, “su”. Con lo cual muestra al cliente que se hace referencia exclusivamente a su problema y que la percepción que tiene el terapeuta del cliente y de su problema es referida únicamente a ellos. Esto puede proporcionar mayor credibilidad en el terapeuta, ya que se logra una mayor aceptación del reencuadre.

Así pues el cliente entiende que la percepción del terapeuta debe ser evaluada por él, lo que provoca un cambio en la percepción del cliente respecto a su problema. Siendo, pues, la finalidad de la personalización del reencuadre, que el reencuadre sea dirigido exclusivamente a ese cliente, en ese momento en particular.

Otra de las finalidades de la personalización del reencuadre, es reforzar al mismo. Tal es el caso de palabras como: “alguien como usted...puede hacer esto también”, “ya que usted esta tan acostumbrada”, “un caso más o menos parecido al suyo”.

Podemos notar también que la referencia a los hechos descritos por el cliente son simplemente personalizadores del reencuadre. Así mismo, la utilización de referentes contextuales (como en el fragmento 15) o cualquier referente que haga alusión al cliente, personaliza el reencuadre, como con frases: “cuando tu”, “tu conducta”, “para ti”, “te acorralo” “te protege”, “tu sola”, “para usted”, “es su”, “como tu”,

El simple hecho de conjugar un verbo en segunda persona (tu o usted) personaliza el reencuadre.

iii. Descripción del Reencuadre.

El terapeuta en algunas ocasiones describe su reencuadre. Al parecer con la finalidad de que los hechos que encierra el encuadre del cliente concuerden con los hechos que encierra su reencuadre.

Básicamente las descripciones son sobre hechos que el cliente menciona como parte del problema. Pueden ser, estos, hechos concretos o percepciones del cliente o ideas del cliente sobre sensaciones

o emociones, o conductas. Las descripciones al hacer referencia a los mismos hechos, muestran al cliente que el terapeuta entiende su problemática (Fragmento 8, 10).

Por otra parte el terapeuta hace referencia a descripciones distintas pero que hacen referencia al encuadre presentado por el cliente (Fragmento 9).

Así mismo podemos notar que en algunas ocasiones la descripción es presentada antes que el reencuadre (Fragmentos 9, 10).

El llevar la descripción del reencuadre hasta las consecuencias de los hechos descritos por él, es también, parte de la estrategia terapéutica, como lo muestra el terapeuta en el ejemplo 25.

El terapeuta también describe su reencuadre, ampliándolo, es decir que no sólo puede retomar la descripción que el cliente ha hecho del encuadre, sino que además, ya que el reencuadre es un marco distinto, este puede ser ampliado en cuanto a los hechos que abstrae. (Fragmento 28)

El terapeuta, también, al utilizar las metáforas describe su reencuadre metafóricamente, como en el ejemplo 31.

Incluso el terapeuta puede crear un encuadre para el cliente, y cuando este es aceptado, el terapeuta lo describe dentro de su reencuadre, como en los fragmentos 19 o 29.

La descripción del encuadre puede ser breve o tan larga como el terapeuta pueda o quiera. Es recomendable que esta descripción incluya los hechos a los que el cliente hace referencia mediante su encuadre, lo que proporcionará coherencia con el encuadre del cliente y por tanto aceptación del reencuadre terapéutico.

En general la descripción del reencuadre refuerza el reencuadre terapéutico.

iv. Apertura del Terapeuta.

La apertura del terapeuta (encontrada en 24 de los 32 fragmentos) sirve para cerrar con el diálogo del cliente, así como para dar aparente continuidad al encuadre del cliente, pero principalmente para cuestionar su discurso. Así también sirve para comenzar y dar a inicio a su intervención, terapéuticamente hablando, o simplemente para ampliar su visión sobre el problema mediante alguna pregunta.

Palabras como “pero” “disculpe, pero”, “puede ser..., pero”, “en realidad”, “después de...”, “en cambio”, “ahora su marido no está”, “a lo mejor”, “aunque”, “es notorio”, sirven para cuestionar el discurso del cliente. O como en el caso de “a lo mejor” que como apertura sugiere una suposición.

Como podemos notar muchas de estas palabras son conectores.

Mientras que frases como: “por lo tanto”, “bueno”, “bueno, sí”, “¡Fantástico!”, “por mucho que usted mejore”, sugieren una conclusión y son utilizadas por el terapeuta para pasar a la Galería Terapéutica.

Por otra parte, frases como: “o sea que”, “bueno no se lo tome tan a pecho”, ayudan al terapeuta a dar una reinterpretación de lo que el cliente ha expuesto.

Otras como “en cambio”, “ya que...”, “Dios mío”, “porque”, “además”, “como es obvio”, “basándome en mis propias observaciones”, “me molesta tener que mencionarlo”, sirven para dar apertura a la sustitución de encuadre y reforzar dicha sustitución, pues sugieren una comparación.

En general la función de las aperturas en los casos presentados es 1) cuestionar el encuadre presentado por el cliente, 2) como conectores, para dar paso a la Galería Terapéutica y 3) reforzar el reencuadre terapéutico.

Cabe mencionar que debido a que el corpus de este trabajo es escrito, suelen no presentarse otro tipo de aperturas del estilo “no verbales”, tales como “mmm”, movimientos de cabeza, de manos, etc., y que tienen la función primaria de permitir pasar a otra galería, tomar la palabra, o sugerir que el cliente continúe con su discurso, a diferencia de las aperturas encontradas en los ejemplos presentados, que muchos de ellos, además de estas funciones primarias, refuerzan el reencuadre o cuestionan al encuadre del cliente.

Así pues es necesario que el cliente opte por las aperturas de mayor peso en el discurso del cliente. Por lo general las aperturas pueden ir acompañadas de una contra-argumentación. Siendo necesario para el terapeuta conocer estrategias de comunicación. Usualmente en los miembros del equipo del MRI trabajan con un lenguaje hipnótico.

v. Des-encuadre

En los ejemplos 3, 4, 5, 23, 29 podemos observar el uso del des-encuadre como parte de la presentación del reencuadre terapéutico.

En el ejemplo 3 podemos observar como el terapeuta des-encuadra el encuadre del cliente mediante el cuestionamiento los hechos abstraídos en el encuadre del cliente. Mientras que en el fragmento 23 podemos notar como el terapeuta des-encuadra mediante el uso de preguntas que cuestionan directamente la noción del cliente respecto a su problemática, así también, dentro de la pregunta que utiliza el terapeuta para des-encuadrar, sugiere un encuadre al cliente, para definir los hechos que este expone. La misma estrategia de des-encuadre, mediante preguntas, es utilizada por el terapeuta en el fragmento 4.

En el ejemplo 5 podemos notar como el terapeuta, después de haber asumido su falta de experiencia en un tema, des-encuadra ésta postura al utilizar frases como: “aunque”, “basándome en mis propias observaciones”, “y en el trato con personas que plantean problemas similares a éste”, se coloca nuevamente en la posición de experto a la que había renunciado, al parecer para obtener credibilidad en lo que plantee. O por ejemplo en el fragmento 29 hace una comparación del “cliente” con “los otros” y lo pone en el mismo nivel de otras personas con lo que logra flexibilizar la visión del cliente respecto a su encuadre, así como para estimular al cliente a buscar un encuadre nuevo a su problema.

Es claro notar que el des-encuadre además de flexibilizar los encuadres de los clientes, cumple la función de reforzar el reencuadre por anticipación, si es presentado antes del reencuadre.

vi. Refuerzo del Reencuadre

Uno de las estrategias utilizada por el terapeuta para que el reencuadre sea aceptado con mayor facilidad por el cliente, así como para que el reencuadre sea más efectivo es reforzar su reencuadre.

El refuerzo del reencuadre es de importancia y parece depender de que tan crítico pueda ser el cliente, o que tan dispuesto este para aceptar la visión, o encuadre, del terapeuta.

He de mencionar que aún cuando la recapitulación, la personalización del reencuadre, la descripción del reencuadre, la apertura del terapeuta o el des-encuadre refuercen el reencuadre, su objetivo principal es otro. Así pues algunas palabras son utilizadas con el único propósito de reforzar el reencuadre, mientras que otras lo refuerzan de manera secundaria.

Dentro de la retórica podemos notar como los oradores utilizan ciertas estrategias o ciertas palabras con connotaciones, u otros elementos del discurso, para reforzar su idea principal. Esto lo podemos notar en distintos ejemplos, donde el terapeuta de distintas maneras refuerza su reencuadre.

En algunos ejemplos podemos notar las siguientes estrategias:

- **Insistencia (frases o conclusiones)**

Por ejemplo podemos notar frases “Oh, entonces...” (Fragmento 6) que sugiere una conclusión y que refuerza el reencuadre que ha sido aceptado por la cliente. O frases como: “todos cometemos errores” que sugiere una generalización (Fragmento 7). El terapeuta puede utilizar preguntas como: “¿Esto salvaguarda mucho?”, que refuerza el reencuadre al tiempo que cuestiona o des-encuadre el encuadre del cliente, y que pide una conclusión al cliente (Fragmento 20); “¿Se da cuenta? Tenemos también el referente fisiológico”, que enfoca al cliente respecto al reencuadre y por lo tanto hace evidente algo que el cliente no había notado y el terapeuta si, reforzando el reencuadre (Fragmento 28). O simplemente el terapeuta puede insistir en su reencuadre, como en el fragmento 32.

Por ejemplo en el octavo fragmento el terapeuta refuerza su encuadre mediante la utilización de la actitud y el conocimiento de la cliente respecto a las estrategias de intervención clásicas del cliente. Dichas estrategias son connotadas de manera negativa por la cliente, mientras que el terapeuta sustituye esa negatividad de la cliente mencionándole que “teniendo en cuenta que usted conoce también los trucos, creo que funcionarán aún mejor”. Podemos notar que en este ejemplo el terapeuta no sólo apela al conocimiento del cliente sino, además, personaliza el reencuadre (“usted”) y acompaña su reencuadre principal (“trucos”) por un reencuadre secundario de tipo temporal (creo), lo cual también refuerza el reencuadre.

En el fragmento 32 el terapeuta refuerza su reencuadre mediante la insistencia de su reencuadre, apoyado de la apertura “pero” que es un conector muy fuerte para negar lo que el cliente refuta.

Por otro lado, en el fragmento 5 hace un refuerzo del reencuadre muy interesante, ya que utiliza varios elementos para lograr su objetivo. En primer lugar muestra su falta de experiencia en un conocimiento requerido para valorar a su cliente, con lo cual obtiene mayor credibilidad y confianza. Posteriormente cuestiona esa ignorancia suya, mediante una apertura “aunque”, “basándome en mis propias observaciones”, “y en el trato con personas que plantean problemas similares a éste”, con lo cual el terapeuta se coloca en la posición de experto.

También podemos observar que la presentación de varios reencuadres, como he mencionado más arriba, sirven para reforzarse entre sí, o para reforzar un reencuadre principal (Fragmentos 1, 14, 23, 29).

- **Rapport**

Es típico el hacer *rapport* con el cliente dentro del trabajo del MRI. En el ejemplo 2, el terapeuta no sólo busca hacer *rapport*, sino que además hace referencia a sí mismo con la finalidad de reencuadrar el problema del cliente, de grave a común, tan común que incluso el terapeuta lo ha vivido.

Sin embargo, el *rapport* no sólo se presenta al utilizar un reencuadre terapéutico, sino que durante toda la sesión y principalmente al inicio de la terapia.

- **Utilización de las palabras del Cliente.**

La utilización de las palabras del cliente, con las que encuadre su problema, es una de las estrategias que algunos terapeutas utilizan para lograr diversas finalidades dentro de la terapia. Entre éstas, el lograr *rapport* con el cliente, así como lograr comunicarse de manera que para los dos, cliente y terapeuta, el mensaje resulte comprensible. Considero que ésta es la importancia de la utilización de las palabras del cliente, que nos proporciona información sobre el contexto o los contextos donde se ha desarrollado, y se desarrolla el cliente, lo que es de gran ayuda para realizar nuestras intervenciones, como en el ejemplo del reencuadre donde el terapeuta utiliza el contexto de una ciudad para reencuadrar una conducta vista como mala en otro contexto.

Otra de las finalidades del uso de las palabras del cliente, como vemos en los fragmentos 1, 2, 13, 26, 22, es la de lograr presentar el reencuadre en términos que el cliente entiende, pues ha sido él quien los ha utilizado.

En el fragmento 13 el terapeuta utiliza palabras como: “momento”, palabra utilizada por el cliente para hacer referencia al tiempo en que se presenta su problemática. Este tipo de palabras son inespecíficas, es decir que no sugieren un tiempo determinado, lo que el terapeuta utiliza para hacer referencia al mismo hecho. O como en el ejemplo 26 que el terapeuta utiliza la misma palabra inespecífica que utiliza la cliente (“adoptas una posición”) para describir su actitud. Podemos ver el uso de éste mismo recurso en los fragmentos 1 y 2.

Podemos observar como en el fragmento 22, el terapeuta utiliza el encuadre implícito del cliente para reencuadrar la función del problema de la cliente. Esta estrategia, además de ser parte de la utilización del lenguaje del cliente, sirve como utilización de los recursos que el cliente trae a terapia. Así mismo sirve como reencuadre

- **Uso de Operadores Modales**

Los operadores modales son utilizados por algunos terapeutas para que sus mensajes o directrices tengan más peso sobre el cliente.

Por lo general son palabras del tipo: “debería”, “tiene que”, “debe”, “puede”, etc.

Algunos programadores neurolingüísticos, ya han hablado de la efectividad del uso de operadores modales como “debo”, “tengo”, “necesito”, que suelen ser o hacer referencias a ideas arraigadas en la comprensión del mundo por parte del cliente. Es por ello recomendable que el terapeuta identifique estos operadores para identificar, a su vez, las creencias que el cliente trae a terapia y decidir si es conveniente reencuadrar estas creencias si es que están involucradas en la percepción problemática del cliente. O simplemente utilizarlas para ayudar al cliente a crear otro tipo de ideas respecto a su realidad.

En el fragmento 13, el uso del “tiene que”, por parte del terapeuta, ayuda a reforzar el reencuadre.

- **Utilización del condicionador “Si ...entonces”**

El uso de condicionadores “si... entonces...” es común en la persuasión. En el fragmento 13 el terapeuta lo utilizó para reforzar su reencuadre mencionando que si no hubiera una recaída estaría mal, por lo tanto también sirve para reencuadrar la percepción del cliente respecto a que el presentarse una recaída es malo, o perjudicial.

Este condicionador, también podemos verlo como una apertura a la Galería Terapéutica, sin embargo su función es, primariamente, presentar conclusiones al cliente respecto a una conducta.

- **Lectura de la Mente.**

La utilización de la lectura de la mente, con la frase “piensas: ¡Seguro que así no lo cojo!”, por parte del terapeuta, en el fragmento 14, sirve para reforzar el reencuadre que ha presentado el terapeuta.

- **Reducción al Absurdo.**

En el ejemplo 14, el terapeuta lleva a la cliente a una conclusión absurda respecto a su problema. Ésta estrategia ayuda al terapeuta a reforzar su reencuadre, al decirle al cliente que es necesario divulgar su idea, respecto a un método para no contagiarse de SIDA.

- **Utilización de un Referente Contextual.**

El terapeuta puede reforzar su reencuadre mediante las referencias. Esto es, puede referirse a otros, personas, cosas o casos, con la finalidad de ampliar la visión del cliente, y quizás para romper una generalización.

El terapeuta, en el fragmento 15, utiliza un referente contextual (en M.), con la finalidad de darle un contexto, valga la redundancia, a la conducta del hijo, siendo de ésta manera que logra reencuadrar la conducta problemática como una conducta común en un lugar en específico.

- **Utilización de la Referencia a otros Casos.**

Como lo he marcado, la referencia a otros casos o a sí mismo, como en el fragmento 5, es un recurso que refuerza el reencuadre presentado por el clínico.

- **Connotación Lógica.**

A diferencia de la recapitulación que sólo pretende mostrar los hechos del cliente, la connotación lógica utilizada por el terapeuta en el fragmento 26, pretende no sólo presentar los hechos sino, además, sugerir una conclusión irrefutable respecto a la conducta de ayuda de los padres de la paciente designada, de modo que le sirva para generar un cambio en la percepción que los padres tienen de la ayuda que le prestan a su hija. De este modo el terapeuta refuerza su reencuadre.

- **Sugerencia y Personalización de una Intervención.**

El terapeuta del MRI por lo general no trabaja solo con intervenciones en sesión sino que, además, lleva la terapia al contexto donde se presenta. Mediante tareas o encomiendas para casa, el terapeuta interviene en el patrón-problema del cliente.

Así mismo, el terapeuta no trabaja sólo con una intervención, sino que, además puede utilizar tantas como crea conveniente.

Como complementariedad del reencuadre, el terapeuta reta a los padres de la chica del fragmento 1, con la finalidad de sugerir una intervención que genere un cambio en la manera de dirigirse en la confrontación con la hija. Ésta estrategia suele ser presentada con independencia al reencuadre, pero en este ejemplo podemos observar la ventaja que tiene el ir juntas, pues refuerza el reencuadre y da la razón al terapeuta. En los fragmentos 9 y 10 el terapeuta también sugiere una intervención.

Como en otros ejemplos, el terapeuta de los fragmentos 1, 9 y 10 personaliza (es decir utiliza pronombres personales, posesivos, etc.) la intervención surgida del reencuadre presentado.

G) Encuadre del Terapeuta.

En ocasiones el terapeuta sugiere un encuadre al cliente, ya sea directamente (Fragmentos 6, 14, 19, 29, 30) o mediante preguntas, con la finalidad, al parecer, de reencuadrar dicho encuadre (Fragmentos 2, 5, 23).

Incluso en ocasiones él mismo presenta el encuadre que reencuadrará, como lo hizo en los fragmentos 1, 14, 23 y 29. O como en el fragmento 6, en donde no sólo presenta un encuadre para reencuadrarlo, sino que además lo personaliza, garantizando que el reencuadre sea aceptado.

El terapeuta puede, inclusive, dar una descripción de su encuadre como en el fragmento 26, con la finalidad de que el cliente acepte dicho encuadre y se apropie de él.

- **Descripción del encuadre del terapeuta**

Al igual que en el reencuadre, el terapeuta describe su encuadre (Fragmentos 19, 26) con la finalidad de abstraer en ellos los hechos presentados por el cliente.

- **Personalización del encuadre del terapeuta**

La personalización del encuadre también ésta presente, fragmento 6, con lo que podemos notar que éste elemento, la personalización, es un factor importante para los terapeutas de los ejemplos de éste trabajo.

6.2. DESCRIPCIONES DE REENCUADRES HECHAS POR LOS TERAPEUTAS DE LOS CASOS O POR LOS AUTORES DE LA BIBLIOGRAFÍA

Propósito 3. Conocer los puntos de vista, descripciones y explicaciones, del uso del reencuadre hechas por los terapeutas o por los autores, exponentes del modelo del MRI, dentro de la bibliografía seleccionada.

Permitase presentar el siguiente cuadro en donde expongo descripciones sobre reencuadres presentadas por los terapeutas que trabajaron en los casos o por el autor de la bibliografía.

Sugerencia	Ejemplo
Fisch, R., J. H. Weakland y L. Segal (1988). La táctica del cambio. Como abreviar la terapia. Barcelona: Herder	
<p>1. Parafraseo. Para Fisch, et al. (1988), parte del uso del lenguaje del cliente es parafrasear las quejas respecto a su problema, procurando no salir de la visión del cliente. Esto da credibilidad al terapeuta.</p> <p>El terapeuta da comienzo a su intervención parafraseando las quejas formuladas por los padres y utilizando su propio vocabulario, por ejemplo, cuando hablan de "vencer resistencias". Al empezar de esta forma el terapeuta adquiere credibilidad. Luego continúa mediante una reformulación del problema. Ha advertido que uno de los factores centrales en la solución ensayada consiste en enfrentarse con Susie y conseguir que sea dócil apelando a sermones y exhortaciones. El replanteamiento del terapeuta, entonces, se inicia calificando lo que ella hace como una "sinrazón", y no como una "rebelión". (Pp. 219-220)</p>	<p>T: ella tiene al parecer una forma, <u>digamos una técnica muy, muy eficaz de vencer la resistencia</u> que ustedes, de ambos, al parecer. Como es obvio, no es algo razonable. Es algo que a ustedes les pone <u>los nervios de punta</u>. No es... ella no les vence apelando a la razón; les vence con sinrazones. (P. 219)</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>M: <u>tozudez</u>, sí.</p> <p>T: <u>tozudez</u>. Me pregunto que podrían hacer ustedes dos que siguiere ésta misma línea. Sería cuestión de darle una dosis de su propia medicina, por así decirlo. Como es obvio, también ella tiene su talón de Aquiles; se le pueden poner <u>los nervios de punta</u>, exactamente igual que ella se los pone a ustedes. ¿Podrían sugerirme algo al respecto, darme una idea? (P. 220)</p> <p>Fisch, et al. (1988). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder. Pp. 219-220.</p>
<p>2. Para Fisch, et al. (1988) es recomendable crear un futuro alternativo al problema.</p> <p>“El terapeuta insiste en el tema de las desventajas de una mejoría, ofreciendo otro ejemplo de hipotético problema aún en el caso de que el paciente posea mucho talento. Así mismo, se define como normal un cierto nivel no especificado de densidad.” (Pp. 259-260)</p>	<p>P: esto (suspira) podría estar sin duda relacionado con el problema en sí mismo. Las desventajas.</p> <p>T: (pausa) Oh, mire, básicamente, tiene que pensar usted en ello. Le daré un par de ideas que se me ocurren sobre la forma o la medida que pueden asumir las cosas. Una posibilidad consistiría en que podría plantearse una desventaja incluso en el caso de que, por casualidad, su talento resultase de veras notable. Quizás en esto usted se ésta equivocando por demasiado modesto. Sí así fuese, ¿Qué pasaría? Esto le llevaría -o por lo menos, tendería a llevarle- a ensanchar su ámbito de actuación, cosa que le haría presentarse ante auditorios cada vez más numerosos, y ante críticos aún más exigentes. Bueno, esto no sucedería a menos que supere este problema en esencia, pero es que es de la clase de problemas -tal es mi impresión, aunque no soy experto en música- pero me da la sensación, basándome en mis propias observaciones, y en el trato con personas que plantean problemas similares a éste, de que hay un núcleo de la dificultad que jamás se supera del todo. Nunca se deja de estar un poco ansioso en una situación de interpretación en público, ante personas que le contemplan a uno críticamente. Por ejemplo, es notorio que a los atletas les ocurre exactamente lo mismo. De modo que, por mucho que usted mejore, lo cierto es que hay un núcleo de su problema que nunca va desaparecer del todo.</p> <p>Fisch, et al. (1988). La táctica del cambio. Como abreviar la terapia. Barcelona: Herder. P. 271. Pp. 259-260.</p>
<p>3. Fisch, et al. (1988) recomiendan sondear el reencuadre.</p> <p>“El terapeuta realizar la intervención de sondeo. No insiste en la cuestión pero ha insinuado que, en virtud del problema que entraña la perdida de memoria, el paciente puede utilizar el mismo mecanismo para superar su ansiedad ante el auditorio. En cierto modo, podemos considerar ésta intervención como una sugestión hipnótica que no se produce en situación de</p>	<p>T: Oh, de acuerdo. Veamos si capto la diferencia. Si usted toca una pieza sin olvidar un trozo, pero no necesariamente la interpreta bien, ¿En eso consistiría el primer paso?</p> <p>P: Mmmm...</p> <p>T: Ajá.</p> <p>P: "bien" es una palabra demasiado importante.</p> <p>T: es una pena que usted no pueda tener otras clases de pérdidas de memoria.</p> <p>P: (pausa) ¿Cuáles?</p>

<p>trance. Como mínimo, sirve para reencuadrar el problema del modo más optimista porque, es decir, da a entender que los olvidos del paciente no son sólo un problema sino una capacidad, y que, además, uno puede lograr una modificación del problema mediante el simple método de efectuar una variación en aquello que se olvida.” (P. 271)</p>	<p>T: bueno, todo... todo lo que usted tendría que hacer sería, en vez de olvidar la música, olvidar al auditorio.</p> <p>Fisch, et al. (1988). La táctica del cambio. Como abreviar la terapia. Barcelona: Herder. P. 271.</p>
<p>Watzlawick, et al. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder</p>	
<p>4. Watzlawick, et al. (1995) mencionan que “...el terapeuta puede recurrir a las ventajas del síntoma para proporcionarle otro sentido.” (P. 119)</p>	<p>“Por motivos que no viven al caso, un sujeto que tartamudeaba acentuadamente no tenía más remedio que probar suerte como vendedor a domicilio. Se comprende que ello acentuó su preocupación por el defecto, que había padecido durante todo su vida. La situación le fue reestructurada del modo siguiente: los vendedores a domicilio son mirados generalmente con desagrado por su habilidoso y adulatorio modo de intentar convencer a la gente para que adquiera algo que no desea compra. Desde luego, se entrena a los vendedores a domicilio para pronunciar un casi ininterrumpido discurso ponderando sus artículos, más ¿no resulta enojoso estar expuesto a tan insistente y pesado aluvión de palabras? Por otra parte ¿no es cierto que la gente escucha con atención y paciencia a quien padece un defecto de dicción como él? ¿Será éste capaz de imaginar la increíble diferencia existente entre la charla apresurada, torrencial que emplean habitualmente los vendedores ambulantes y el modo como tendría que hablar él en la misma situación? <u>¿Se le había ocurrido pensar la insólita ventaja que podía suponer su defecto de palabra en su nuevo empleo?</u>”</p> <p>Watzlawick, et al. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder. P. 119.</p>
<p>5. Watzlawick, et al. (1995) sostienen que es recomendable utilizar técnicas de confusión. “La confusión inicial, al prepararse el terreno para una reestructuración, se convierte entonces en una etapa importante en el proceso de llevar a cabo el cambio2.” (P. 126)</p>	<p>Basta ejemplificar con una anécdota contada por Erickson (En Watzlawick, Weakland, Fisch, 1995) sobre la técnica de confusión: “Un día de mucho viento, un sujeto se precipitó sobre mí al volver la esquina de un edificio y chocó fuertemente conmigo cuando yo estaba pugnando contra el viento. Antes de que pudiese recuperar su equilibrio para hablarme, yo mire despacio mi reloj y cortésmente, como si hubiese preguntado la hora, le dije: ‘son exactamente las dos y diez’ aún cuando eran entonces cerca de las cuatro de la tarde, y me marché. Media manzana más allá me volví, viendo como continuaba mirándome, asombrado y confuso por lo que le dije.”</p> <p>Watzlawick, et al. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder. P. 126</p>
<p>6. Implícitamente es sugerible utilizar los sentimientos del cliente (Watzlawick, et al. 1995)</p>	<p>“Así por ejemplo, dudamos que podrá lograrse ningún efecto terapéutico mediante la tradicional definición de la rigidez como la cúspide del iceberg de la hostilidad femenina contra el varón. Esto sirve tan sólo para sustituir alguna clase de alteración mental (por ejemplo, un trastorno emocional) por una forma de hostilidad, y tan sólo puede servir para dar lugar a sentimientos de culpa y para agravar la situación conflictiva entre los cónyuges. Sobre todo, si la hostilidad está de hecho implicada, puede ser utilizada para reencuadrar el problema presentándolo como producido por la hiperprotección de la mujer con respecto al varón: ¿Es que ella tiene quizás miedo de que él no sepa cómo enfrentarse con el impacto de su sexualidad desinhibida? ¿Está ella segura de que él no experimentará un <i>shock</i>? ¿Qué sucedería si él se convirtiese en impotente? Dadas todas estas incertidumbres ¿No es mucho mejor para ella proteger su <i>ego</i> y hacerle creer al cónyuge que es ella misma y no él quien tiene un problema sexual? Si esta reestructuración del problema</p>

	<p>es presentada ante ambos esposos, el terapeuta puede dirigirse luego al marido y afirmar que, por otra parte, no parece ser él la clase de hombre que necesita forzosamente de tal protección. Ya que (suponiendo siempre que ella sienta hostilidad) proteger al marido a extensas suyas es la última cosa que la mujer estaría dispuesta a hacer, esta reestructuración del problema utiliza su hostilidad como un incentivo para demostrar a su marido (y al psicoterapeuta) que ella no tiene intención de protegerle y de asumir el papel de paciente. Al mismo tiempo provoca la virilidad del marido y le induce a sostener que no precisa de la protección de la mujer y que le agradecería que ella renunciara a su inhibición.”</p> <p>Watzlawick, et al. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder. (P. 128)</p>
<p>7. Watzlawick, et al. (1995) sugieren tomar en cuenta los puntos de vista, las expectativas, los motivos y premisas, es decir, toda la trama conceptual, de aquellos cuyos problemas han de ser modificados. <i>Tomar lo que el paciente nos aporta</i>, es una de las reglas básicas de Erickson para la solución de problemas inter-humanos. (P. 129)</p>	<p>“Una modalidad similar de reestructuración puede utilizarse con respecto al frecuente conflicto entre una esposa regañona y un esposo que se retrae en actitud pasivo-agresiva. El comportamiento de ella puede definirse como siendo, por una parte, perfectamente comprensible ante el silencio punitivo de su marido, pero por otra posee el inconveniente de hacerle aparecer a él como demasiado bueno para cualquier observador exterior. Ello es debido a que éste comparará ingenuamente el comportamiento de él con el de ella y verá solamente la tranquila y amable paciencia de él, su indulgencia, el hecho de que parezca actuar tan normalmente a pesar de la sumamente tensa situación que tiene que soportar de nuevo todas las noches en su hogar, etcétera. Es precisamente la necesidad de esta reestructuración del comportamiento de la mujer lo que dará lugar a que ella cese de "realzarle" a los ojos de los demás, a expensas suyas; pero en el momento en que ella cese en éste comportamiento él se retraerá menos y nada es más conveniente, en último término, que el éxito.”</p> <p>Watzlawick, et al. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder. P. 129.</p>
<p>8. Es sugerible (Watzlawick, et al., 1995) utilizar la prescripción de la recaída con la finalidad de reencuadrar el síntoma. (P. 163)</p>	<p>“La intervención expresada en el ‘¡Ve despacio!’” puede ser fructíferamente combinada con la prescripción de una recaída, sobre todo cuando alguien ha superado por primera vez un obstáculo al parecer insuperable y se halla a un tiempo animado por su éxito, pero temeroso de que se haya tratado de una mera casualidad. Se le puede decir entonces que inevitablemente sufrirá una recaída, pero que ello es de desear, ya que le permitirá comprender mucho mejor la índole de su problema, y que, por tanto, deberá contribuir a provocar dicha recaída, de preferencia antes de la próxima sesión. Dentro del ámbito de esta paradoja del tipo ‘¡se espontáneo!’, tan sólo pueden suceder dos cosas. O bien que tenga una recaída, en cuyo caso esté acontecimientos será reestructurado como demostración de que posee ahora el control suficiente como para dar lugar deliberadamente a una recaída; o bien no se producirá ésta última, lo cual "demuestra" que tiene ahora la suficiente capacidad de control para evitar deliberadamente su problema. En cualquiera de ambos casos se le dirá de nuevo que vaya despacio.”</p> <p>Watzlawick, et al. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder. P. 163.</p>

<p>9. Watzlawick, et al. (1995) sostienen que es importante identificar y utilizar las emociones del cliente para adaptarlas al reencuadre. (Pp. 164-165)</p>	<p>“Un muchacho había sido expulsado del colegio tras haberse sorprendido vendiendo barbitúricos en el patio del mismo. Se encontraba preocupado, no tanto por echar de menos al colegio, sino por haberse estropeado el “negocio”. Su preocupación se transformó en intensa ira cuando el director le comunicó que la expulsión “era por su propio bien y para ayudarlo”. Antes de su expulsión, el director le informó que se le aceptaría cualquier trabajo que realizarse en su casa (deberes, preparación de exámenes, etcétera) y que se le permitiría a su madre que recogiese en el colegio las tareas a realizar y se las llevase a casa. Ya que el muchacho nunca había sido muy buen estudiante y por otra parte estaba ahora furioso contra el director por su expulsión del colegio, le dijo a su madre que no le daba la gana de hacer ningún trabajo escolar en casa. Fue entonces cuando la madre acudió a nosotros en busca de ayuda.</p> <p>Dio a la madre las siguientes instrucciones: al volver a casa debería decirle sencillamente al muchacho que había hablado de la situación con otras madres y que había llegado a una conclusión, pero que no estaba segura si debería decirle de que se trataba. Tras vacilar durante un tiempo debía seguir adelante y explicarle a su hijo aquello que había dudado en contarle: el director del colegio daba mucha importancia a la asistencia a clase por parte de los estudiantes, ya que estaba convencido de que un estudiante no podía avanzar sin una asistencia constante, y que probablemente le había expulsado para que fracasase el curso entero. Luego tenía que insistir en que si durante éste período de expulsión del colegio, el muchacho realizaba sus deberes también o mejor que si asistiese a clases, el director habría quedado confuso y contrariado al ver que un alumno que no asistía a clases era capaz de igualar o incluso mejorar los resultados de los que asistían. Debía concluir su narración indicando que lo mejor sería que “lo hiciese demasiado bien” para no dejar en mal lugar al director. La madre refirió más adelante al psicoterapeuta que su hijo, al oír esto, sonrió con una mueca diabólica y que un fulgor de venganza reblandeció en su mirada. Había descubierto un modo de descargar su odio y le importaba poco que ello exigiese un trabajo duro. En una de las siguientes sesiones, la madre informó que su hijo se había entregado a sus deberes escolares ‘con espíritu de venganza’ y que había comenzado a obtener mejores calificaciones que cuando asistía al colegio. Esperaba que el terapeuta pudiese hacer que el muchacho fuese a verle y que de algún modo le hiciese aceptar la propuesta del director, pensaba que de tal forma menguaría el enfado y la intransigencia con respecto a los deberes escolares. En lugar de ello, el psicoterapeuta, dándose cuenta de que el enfado del muchacho contra el director representaba un punto de apoyo para verificar un cambio.”</p> <p>Watzlawick, et al. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder. Pp. 164-165.</p>
<p>Nardone, G. y P. Watzlawick (1992). El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder.</p>	
<p>10. Nardone y Watzlawick (1992) sugieren presentar el reencuadre bajo una especie de disertación teórica sugestiva tendente a explicar que las personas que rodean al paciente son ya parte integrante del sistema disfuncional y que, al estar implicadas en el mismo problema, no pueden en realidad aportar nada para el cambio de la situación. (Pp. 118-119)</p>	<p>“Afirmamos que su problema, <u>como todos los problemas</u>, requiere sin duda de la ayuda de los demás. Pero, si queremos dar solución a esta situación dramática, debemos partir de la comprobación de que el soporte y la ayuda que se le da no alcanza ciertamente a cambiar su situación. Se continúa diciéndole que no sólo no ha de contar con el sostén y la protección de los demás como solución del problema, sino que más bien ha de comenzar a pensar que aquella ayuda le resulta peligrosa y nociva, porque puede agravarle el problema. Aún cuando por el momento le sea imposible prescindir de ella.</p> <p>Lo que producen, con su sostén y ayuda, es sólo la confirmación de su incapacidad y de su dependencia respecto de ellas. Y esto funciona de una manera tan sutil que la situación no tiene más salida que empeorar todavía más.</p> <p>No obstante, hay que reafirmar que, por el momento, a él no le queda más remedio que recurrir a los demás. Como el lector habrá entendido bien, esta primera reestructuración tiende a canalizar el miedo del paciente,</p>

	<p>incentivándolo con miras a provocar reacciones que rompan su sistema de relaciones interpersonales, el cual contribuye a mantener operante el problema del miedo y de su inseguridad.</p> <p>De hecho, redefiniendo el sostén y la ayuda de los demás como algo que aumenta sus síntomas, se remueve la perspectiva del paciente de cara a percibir su vida relacional actual. Ahora puede contemplarla no ya como ánora de salvación, sino como algo peligroso y nocivo.”</p> <p>Nardone, G. y P. Watzlawick (1992). El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder. Pp. 118-119.</p>
<p>11. Nardone Y Watzlawick (1992), recomiendan recurrir a evidencias. (P. 123)</p>	<p>“...la redefinición ha sido: "como ha podido comprobar, se puede anular su problema precisamente provocándolo voluntariamente. Es una paradoja, pero sepa usted que a veces nuestra mente funciona más con paradojas que con la lógica. Usted está aprendiendo a no caer más en la trampa de su trastorno y de sus 'soluciones ensayadas', que complican los problemas en vez de resolverlos." Y por toda la sesión se ha seguido con este mismo tono. En el caso de la segunda respuesta, la redefinición ha sido, en cambio: "Muy bien, usted está aprendiendo a modular y administrar su trastorno. Si usted es capaz de provocar los síntomas de una manera voluntaria, también ha de ser capaz de reducirlos y anularlos." Y se ha seguido de igual manera durante toda la sesión.</p> <p>En ambas situaciones, por consiguiente, la definición se ha centrado sobre el refuerzo de la conciencia y confianza relativas al cambio y a la resolución completa del problema.</p> <p>Nardone, G. y P. Watzlawick (1992), El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos, Barcelona: Herder. P. 123.</p>
<p>12. Recurrir a la razón. Para Nardone y Watzlawick (1992): el terapeuta puede recurrir a una argumentación razonable, aún cuando no parezca correcta, con el fin de reforzar su reencuadre.</p> <p>“...se introduce la siguiente reestructuración mediante una manifiesta reflexión sobre los caracteres diferentes de ambos hermanos...” (Pp. 153-154)</p>	<p>T: (dirigiéndose al hermano dominante) De las charlas que he tenido con su hermano y con usted, <u>me parece evidente</u> que tienen como dos velocidades diferentes y dos estilos de comunicación distintos. <u>Usted es</u> muy fuerte, exuberante, afirmativo; <u>su hermano, en cambio</u>, es introvertido, sumiso, conciliador. <u>Es evidente</u> que su hermano, en este tipo de dimensiones familiares, se puede sentir arrollado por la excesiva velocidad de usted. Sabe usted, la diferencia entre ustedes dos es semejante a aquella que hay entre un acorazado y un barco mercante. El acorazado es una nave de guerra potentísima y veloz, mientras que barco mercante es una nave lenta, resistente a la carga, pero que no puede desarrollar grandes velocidades. Ahora imagine que ustedes dos son un acorazado que lleva a remolque un barco mercante. Si el acorazado acelera demasiado, el barco mercante no aguanta la velocidad y puede romperse o volcar y hundirse en las aguas (pausa). Por ejemplo, ahora ustedes se escapa por la tangente de las mujeres; calma, ¡no vayamos tan deprisa! (Pausa). Se requiere calma y comprensión, porque si no...”</p> <p>Nardone, G. y P. Watzlawick (1992). El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos. Barcelona: Herder. P. 153-154.</p>
<p>Nardone, G. (1997). Miedo, pánico y fobias; La terapia breve. Barcelona: Herder.</p>	
<p>13. Utilizar los códigos del cliente. Para Nardone (1997) puede ser de utilidad apropiarse del estilo y modos de pensar del cliente, si es que el terapeuta tiene que efectuar cambios representacionales o de acción. Es decir que se debe “aprender a hablar el lenguaje del cliente”. (P. 29)</p>	<p>A una niña, llevada por su madre con Erickson, que sus amigos, compañeros, etc., se burlaban de ella por su cara llena de pecas, Erickson (citado en Rosen, 1994) le dice ladrona, a lo cual la niña se indigna y trata de defenderse contra la acusación. Erickson remata su intervención diciendo que la niña era una ladrona pues tenía la evidencia en toda su cara (las pecas). Al respecto relata:</p> <p>“Ella reaccionó emocionalmente, y en forma favorable, con respecto a sus pecas. Se hallaba en un estado de ánimo adecuado para reaccionar favorablemente porque yo había</p>
<p>14. Utilizar los recursos del cliente. Se parte de la premisa de</p>	

<p>que la mente humana no es pasiva, determinada o reactiva, sino que en la mayor parte de sus procesos es activa y constructiva, esto es, crea la realidad que después sufre. Es decir que puede ser útil utilizar los recursos con que el cliente se presenta en terapia, incluso el síntoma mismo. (P. 29)</p>	<p>intensificado su hostilidad y su cólera de manera deliberada, y luego le produjera un vacío mental, literalmente, al decirle que sabía dónde estaba cuando robo, qué había robado, y que yo tenía pruebas de ello. Así, cuando la acusación de ser una ladrona resultó improcedente, ella se sintió aliviada. En realidad yo estaba bromeando con ella, se convirtió en una situación divertida. Y a ella le gustaban los bizcocho de canela, los bollitos de canela y yo le puse a sus <u>pecas</u> un nuevo nombre (<u>cara de canela</u>). Lo terapéutico fueron sus emociones, sus ideas, sus reacciones. Aunque ella no las conociera”.</p> <p>Rosen, S. (1994). Mi voz irá contigo. Cuentos didácticos de Erickson. España: Paídos. P.137</p>
<p>15. Lograr y mantener un excelente <i>rapport</i> con el cliente. La calidad de las relaciones interpersonales entre terapeuta-paciente/s son un factor decisivo para obtener el éxito final. (Nardone, 1997. P. 45)</p>	<p>Véase el ejemplo 2 del corpus. El terapeuta busca hacer <i>rapport</i> y despatologizar el problema del cliente mediante la siguiente analogía: “<u>a mi me pasa algo muy parecido. Si esta sala estuviese llena, estaría aún más nervioso de lo que estoy.</u> Siento que me están mirando desde mis espaldas, a través de la cámara, pero <u>no quisiera afirmar con ello que resulte algo comparable a lo que usted me describe; es simplemente un fenómeno similar</u>”.</p> <p>Fisch, et al. (1988). La táctica del cambio. Como abreviar la terapia. Barcelona: Herder. P. 248</p>
<p>16. Para Nardone (1997), hablar con los pacientes en términos de problema, más que de enfermedad, significa construir una realidad terapéutica orientada a la solución (por otra parte, los problemas están hechos para ser resueltos). Se trata de una maniobra comunicativa que representa una redefinición de los trastornos, a menudo con propiedades de auténtica intervención terapéutica por su característica de despatologización de los síntomas. (P. 53)</p>	<p>En el ejemplo 5 podemos observar este hecho: “Bueno, esto no sucedería a menos que supere <u>este problema</u> en esencia, pero es que <u>es de la clase de problemas</u> -tal es mi impresión, <u>aunque no soy experto en música-</u> pero me da la sensación, <u>basándome en mis propias observaciones, y en el trato con personas que plantean problemas similares a éste,</u> de que <u>hay un núcleo de la dificultad que jamás se supera del todo.</u>”</p> <p>Fisch, et al. (1988). La táctica del cambio. Como abreviar la terapia. Barcelona: Herder. (Página 259-260)</p>
<p>Nardone, G. (2000). Psicoluciones. Barcelona: Herder.</p>	
<p>17. Nardone (2000) sostiene que “...los ejercicios terapéuticos sugeridos al cliente deben concordar con el lenguaje del paciente, con su lógica y con su capacidad de percibir la realidad.” (P. 67), lo cual ayuda a reforzar los reencuadres presentados al cliente durante la sesión.</p>	<p>P: exactamente, doctor, él es el imán que me succiona... T: bien. Pues si él es un imán ¿Cómo se puede bloquear su capacidad de atracción? P: -necesitamos usar un vidrio. ¡El imán no actúa sobre el vidrio!- exclama él. T: sí, pero existe también otra sustancia que se opone al imán –respondo yo, y continuo: Creo que hemos encontrado la manera de vencer al imán. A partir de ahora hasta que te vuelva a ver la próxima semana, consigue una de esas bolsas grandes de celofán, que es un tipo especial de plástico, confeccionate un traje con ese material y pónelo todas las mañanas debajo de la ropa; de esta forma impediremos que el imán atraiga tu energía y así podrás recuperar tus fuerzas... El paciente me observa y se despide con una extraña sonrisa de satisfacción. La semana siguiente me dice que se siente como un león porque el plan funcionó, su energía dejó de ser succionada; añade que sufrió bastante calor con el traje pero que lo importante era haber conseguido bloquear el imán. Otro efecto, no menos importante que la “magia” de la estrategia sugestiva, fue que el paciente, en el momento en que sus percepciones cambiaron, refirió haber notado que la persona-imán también había cambiado, incluso le dio un poco de pena porque ahora le parecía un pobre hombre inofensivo por el cual ya no sentía ninguna rabia.</p> <p>Nardone, G. (2000). Psicoluciones. Barcelona: Herder. Pp. 50-51.</p>

<p>18. Nardone (2000) también sugiere "...utilizar una estructura lingüística y comunicativa basada en una dinámica hiperlógica pero hipnóticamente confusa con redundantes articulaciones del hablante. De este modo se construye una "realidad" en el interior de la cual la fuerza del síntoma..." "...es vinculada en contra del propio trastorno, provocando una suerte de cortocircuito en la dinámica del problema." (Pp. 84-85).</p>	<p>Un sujeto refiere que desde hace algún tiempo se siente bloqueado por tales "manías", a tal punto que no logra desarrollar ninguna actividad, ni profesional ni de esparcimiento, en cuanto vive atormentado por dudas que se desencadenan sin tregua en su mente.</p> <p>En este tipo de patología psicológica, la "solución intentada" disfuncional de fondo se expresa en el hecho de que la persona busca dar respuestas racionales y reconfortantes a dudas y preguntas irracionales, y cuanto más lógica sea la duda más buscará dar respuesta lógica, introduciéndose así cada vez más en complicados y dolorosos intentos por dar una respuesta racional a problemas irracionales.</p> <p>Se presenta a este paciente, al igual que a todos los caso de este tipo, la siguiente fórmula, como técnica de reestructuración de las percepciones del sujeto.</p> <p>T: sabe..., no existen respuestas inteligentes a preguntas estupidas. Pero si estas preguntas le llegan, usted no puede evitarlas. Por el contrario, si usted busca evitarlas vendrán más, si intenta no pensar en ellas pensará más, porque ¡Pensar en no pensar es ya pensar! ¡Debería conseguirse no pensar en pensar que debería no pensar para no pensar! No obstante, usted no puede bloquear las preguntas y las dudas, éstas vendrán a su mente inexorablemente. Sin embargo usted puede bloquear las respuestas, y si logra bloquear la respuesta inhibirá gradualmente la pregunta. Pero para bloquear la respuesta debe pensar que, cada vez que intenta responder una pregunta estúpida con una respuesta inteligente, convierte en inteligente la pregunta y reafirma su utilidad. De esta manera, alimenta la cadena de dudas. Por tanto, cada vez que dé una respuesta a una duda abrirá la puerta a nuevas preguntas y estará nuevamente en medio del juego sin fin que usted ya conoce bien. Todo empeorará, no sólo persistirá.</p> <p>De manera que cada vez que usted responde a una duda estúpida con una respuesta inteligente alimenta la cadena. Piense en ello, así logrará bloquear la respuesta.</p> <p>Nardone, G. (2000). <i>Psicosoluciones</i>. Barcelona: Herder. Pp. 84-85.</p>
<p>Nardone, G. (2004a). Más allá de la anorexia y la bulimia. México: Paídos.</p>	
<p>19. Otra recomendación es presentar el reencuadre como un argumento ofensivo y denigrante (Nardone, 2004a).</p> <p>"Todo el diálogo de nuestro primer encuentro se centró en este sentido, es decir, en que realmente él no era un "paranoico", sino un grotesco "paquidermo humano andante". Ésta conversación, aparentemente cruel, curó de golpe la presunta enfermedad mental del sujeto reorientando la atención hacia el problema real de su aspecto inaceptable." (Pp. 72-73)</p>	<p>"Era un joven del norte de Italia que pesaba casi 200 kilos, alto, grande, pero, sobre todo, tremendamente gordo. Su cuerpo estaba claramente desproporcionado, en el sentido de que la parte superior era mucho más diminuta que la enorme parte inferior. Esto hacía que su forma de andar fuera muy grotesca, ya que la desproporción evidente unida al enorme tonelaje hacían de su caminar algo curiosamente ridículo.</p> <p>Pero lo que hizo el encuentro verdaderamente curioso fue la solicitud terapéutica que ésta persona me planteo: la curación de su trastorno paranoico, caracterizado por una forma severa de manía persecutoria, que había sido diagnosticado por algunos psiquiatras y psicoterapeutas que le habían tratado y que había resistido a sus intervenciones terapéuticas. La realidad, verdaderamente paradójica, era que la manía persecutoria diagnosticada se manifestaba en la creencia de que las personas, a su paso, se reían de él y, como consecuencia, inició un comportamiento de aislamiento social. En otros términos, el sujeto se apartaba del mundo para, así, evitar la vergüenza del ridículo que reconocía claramente en las miradas, los gestos y los cursos de la gente que se encontraba por la calle.</p> <p>Miré a esta persona directamente los ojos y le dije que, francamente, si le hubiera visto, yo también me habría fijado y habría hecho un gesto de desaprobación o ironía, ya que su aspecto y su modo de moverse eran verdaderamente grotescos. El hombre, en lugar de molestarse por mi observación, aparentemente ofensiva, exclamó: 'entonces, usted no cree que este loco, sino que veo las cosas tal como son'.</p> <p>Yo le respondí: 'claro que sí, consideró que no puede pasar desapercibido y sin que comenten sobre usted'.</p> <p>El respondió: 'por lo tanto, cree que las cosas no cambiará mientras siga gordo'. Aproveché la ocasión y le dije: 'si yo hago lo que sea para destacar negativamente, después no puedo lamentarme del rechazo y del</p>

	<p>sarcasmo de los demás’.”</p> <p>Nardone, G. (2004a). Más allá de la anorexia y la bulimia. México: Paidós. Pp. 72-73.</p>
<p>20. Nardone (2004a) sostiene que “en ocasiones es necesario procurar tener el mismo punto de vista del cliente hasta percibir lo que siente es lógico y razonable y, después, evitando cualquier crítica, añadir algo que la persona crea que no es peligroso y contrario a sus convicciones” (P. 88).</p>	<p>“Con una joven de 35 años que tenía el problema de comer y vomitar después, Nardone intervino de la siguiente manera</p> <p>Ella me describe, de forma exhibicionista, las agradables porquerías que hace con la comida. Entonces le digo: ‘bien, pero ¿No cree que podría especializarse en ello y hacerlo aún mejor? Quisiera que de aquí y hasta nuestro próximo encuentro, una vez al día, se comprometiera a hacerlo de la manera más placentera posible, es decir, intenté hacerlo de la forma más maravillosa, elija el sitio más cómodo, la mejor hora: piense, por ejemplo, después de las 12 de la noche, cuando todos duermen, piense en el gusto de hacerlo a escondidas, por la noche, con la tensión de que los demás se despierten. Preparé toda la comida con la que le gusta tener sus encuentros ‘eróticos’ y seleccione la forma más agradable de comer y vomitar después. En definitiva, ¡Busqué lo mejor y goce todo lo que pueda!’.</p> <p>La joven, sorprendida, me dijo: ‘es una persona extraña, ¿Acaso usted come y vomita también?; si no es así, ¿Cómo logra comprenderme tan bien?’. Yo le insistí: ‘quiero hacerle una sugerencia más para hacerlo mejor. Piense en si en realidad distribuir el placer en tantos episodios a lo largo del día no será reducirlo. ¿No cree que, una vez descubierta la mejor manera, hacerlo sólo una vez sería mucho más placentero, puesto que el placer estaría concentrado?’.</p> <p>Nardone, G. (2004a). Más allá de la anorexia y la bulimia. México: Paidós. P. 96-97.</p>
<p>Nardone, G. (2004b). No hay noche que no vea el día: La terapia breve para los ataques de pánico. Barcelona: Herder.</p>	
<p>21. Nardone (2004b) sugiere recurrir a reencuadres utilizados en casos anteriores (reencuadres formulados). Dicho reencuadre es presentado como una percepción de manera sugestiva, y no como una orden.</p> <p>“Esta sugestiva ‘reestructuración’ es la forma, elaborada y formalizada gracias a una prolongada experimentación, de poner al miedo frente al miedo, es decir, el miedo mayor de un futuro empeoramiento contra el miedo actual a afrontar determinadas situaciones. Sin embargo, lo importante es que esto no se prescribe, sino que se induce como percepción: no se pide a la persona que actúe de modo diferente, sino que considere los efectos de sus acciones”. (Pp. 70-71).</p>	<p>“...el problema consistía en la absoluta incapacidad para alejarse sola de los lugares que consideraba seguros, es decir, lugares en los que Elisa hallaba personas de confianza dispuesta a intervenir si se encontraba mal. Esta espléndida mujer padecía desde hacía once años ataques de pánico cada vez que se encontraba sola y esto le sucedía incluso en su casa. A causa de ello, se había organizado la vida de forma que no estaba nunca sin al menos una persona que pudiese presentarse de inmediato a la primera demanda de ayuda, es decir, como máximo, a unos pocos minutos de ella.”</p> <p>Reencuadre: "...quisiera que reflexionases, ahora, sobre el hecho de que cada vez que pides ayuda, directa o indirectamente, para no quedarte sola o para no caer en el pánico, recibes dos mensajes al mismo tiempo. El primero es tranquilizador: "te ayudo, te protejo, así que estate tranquila"; el segundo es patógeno: "te protejo porque tú no eres capaz de arreglártelas sola". Este segundo mensaje, al repetirse en el tiempo, no sólo mantiene tu problema, sino que tiende a hacerlo empeorar, porque cada vez que tú pides ayuda y la recibes, te confirmas a ti misma que sin aquella te habrías encontrado mal y, de este modo, refuerzas tu sentido de incapacidad personal. Por lo tanto, quiero que tú pienses que cada vez que pides ayuda, y la recibes, haces empeorar tu trastorno, aunque en aquel momento tengas la sensación de estar a salvo. Yo sé perfectamente que no eres capaz de no pedir ayuda, pero piensa que cuando lo haces incrementas tu problema. Piénsalo y basta. Sé que no eres capaz de dejar de pedir ayuda en determinadas situaciones, pero piensa que cuando la pides y la recibes estás contribuyendo a aumentar tu miedo."</p> <p>Nardone, G. (2004b). No hay noche que no vea el día: La terapia breve para los ataques de pánico. Barcelona: Herder. Pp. (70-71)</p>

<p>22. Utilizar las emociones del cliente (sus recursos).</p> <p>“...le hice notar que, en aquel caso, su reacción de rabia había hecho que ella, desplazando su atención de los síntomas del miedo a la ofensa recibida, lograra superar su límite.” (Nardone, 2004b. P. 89)</p>	<p>A una mujer con miedo a volar, explico que había ido al banco y al acercarse al cajero, estaba indecisa en entrar o no en aquel cuchitril tan parecido a un ascensor. Mientras estaba allí pensándolo, se acercaron dos señores que le hicieron una señal, con no demasiados buenos modales, para que se diera prisa. Así que entro un poco ruborizada a causa de su gesto vulgar.</p> <p>Explicó que la sensación de humillación había hecho que el miedo desapareciera: una vez dentro, esperó la entrada de los dos “maleducados” y se lo echó en cara de forma educada. Uno de ellos la mandó solemnemente a la porra, por lo que ella, aún más indignada, decidió que ya que estaba allí, podía pedir el saldo de su cuenta.</p> <p>La amable señora respondió que, sin embargo, no podía pelearse con cualquiera en el aeropuerto para conseguir subir al avión. Yo le hice notar que si para desmontar sus miedos bastaba enfadarse con alguien, evidentemente su problema no podía considerarse insuperable. Con un simpático brillo en los ojos me dijo que desde este punto de vista para ella absolutamente nuevo, su dificultad parecía francamente redimensionada.</p> <p>Nardone, G. (2004b). No hay noche que no vea el día: La terapia breve para los ataques de pánico. Barcelona: Herder. P. 89.</p>
<p>23. Nardone (2004b) recomienda desplazar la atención del cliente, del problema a cualquier otra cosa. (P. 89)</p>	<p>A la mujer del ejemplo del punto anterior Nardone le hace el siguiente comentario:</p> <p>“Cazando la ocasión al vuelo le hice notar que, en aquel caso, su reacción de rabia había hecho que ella, desplazando su atención de los síntomas del miedo a la ofensa recibida, lograra superar su límite.”</p> <p>Nardone, G. (2004b). No hay noche que no vea el día: La terapia breve para los ataques de pánico. Barcelona: Herder. P. 89.</p>
<p>24. Según Nardone (2004b) el reencuadre debe presentarse en un lenguaje sugestivo, casi hipnótico. (P. 95).</p>	<p>Véase el análisis del ejemplo 9 en el apartado anterior.</p> <p>En la descripción del caso el terapeuta menciona que el cliente se refiere a su problemática como “manías”. Este caso no debería ser presentado, sin embargo confiando en la palabra del autor al fidelizar con comillas (“manías”) el encuadre del cliente, pasará a analizarlo.</p> <p>T: A partir de hoy, hasta la próxima sesión, <u>cada vez que usted tenga un ritual</u>, si lo hace una vez hágalo cinco veces, ni una más ni una menos; puede no hacerlo, pero si lo hace una vez hágalo cinco veces, ni una vez más ni una vez menos.</p> <p>“<u>Por lo tanto, si se lava una vez las manos</u>, lo hará cinco veces; ni una vez más ni una vez menos. Puede no hacerlo, pero si lo hace una vez, lo hará cinco veces.</p> <p>Si <u>desinfecta alguna cosa o alguna persona</u>, hágalo cinco veces, ni una vez menos, ni una vez más. Puede no hacerlo, pero si lo hace una vez, hágalo cinco veces, ni una ves más ni una ves menos”.</p> <p>P: <u>Eso es una tortura</u>, pero si es necesario, lo haré.</p> <p>T: <u>Disculpe, pero alguien como usted tan acostumbrado a hacer cosas extrañas, puede hacer también esto.</u></p> <p>Nardone, G. (2000). Psicosoluciones. Barcelona: Herder. Pp. 73-74</p>

6.3. CONSTRUCCIÓN DE REENCUADRES TERAPÉUTICOS

Propósito 4. Presentar una guía sobre la utilización del reencuadre que sirva para crear un protocolo para la construcción de reencuadres como técnica de intervención terapéutica.

Permítaseme retomar el planteamiento de este trabajo:

¿En base a qué elementos y secuencia los terapeutas [Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1988); Nardone, G. (1997; 2000;2004a; 2004b); Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992); Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002); Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1995)], que trabajan con el modelo de la terapia estratégico-constructivista de la escuela del MRI, aplican y presentan a nivel verbal (como habla transcrita) la técnica del reencuadre?

La finalidad es responder a ésta pregunta a manera de discusión. Los resultados obtenidos en el presente trabajo nos hacen notar una respuesta bastante amplia sobre el tema del reencuadre terapéutico. Podemos notar distintos elementos dentro de la galería terapéutica, características importantes pertenecientes a dichos elementos y finalmente una serie de secuencias respecto al orden y aparición de los elementos encontrados en las galerías terapéuticas que ayudan a crear un reencuadre terapéutico.

Desde mi punto de vista, y seguramente desde el punto de vista del lector, éste trabajo muestra cómo se aplica y se presenta un reencuadre terapéutico. Puede ser obvio para el lector notar los elementos necesarios y su aplicación. Pero creo que es necesario presentar una guía para la construcción de un protocolo de creación de reencuadre, ya que uno de mis objetivos ha sido “brindar al estudioso y practicante clínico una esquematización del reencuadre, y de sus elementos, que lleve a la facilitación en la utilización de los mismos por parte de otros terapeutas, en complementación de otras técnicas terapéuticas”.

La definición de reencuadre, así como las galerías y marcos presentados sugieren una primer guía de creación de reencuadres que consiste en:

1. Lo primero que se necesita es, según la definición de reencuadre, un encuadre (este es dado habitualmente por el cliente) de alguna situación. Dicho encuadre debe hacer referencia a una percepción (en el sentido de la definición proporcionada más arriba y no meramente como una sensación de algo), una conducta o una emoción.
El encuadre puede ser implícito o explícito.
2. La descripción del encuadre, específicamente de la percepción, conducta o emoción a la que hace referencia el encuadre.
3. Otro marco o encuadre (reencuadre, dado por el terapeuta, en este caso). Un encuadre que puede ser o no de la misma clase del encuadre del cliente.
4. La sustitución.
5. Que dicho marco haga referencia a los mismos hechos a los que el encuadre del cliente se refiere.
6. Esto último implicaría una descripción de los hechos, basada en el nuevo encuadre, para corroborar su correspondencia.

6.3.1. GUÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE REENCUADRES TERAPÉUTICOS

De los resultados obtenidos en esta investigación me permito presentar una breve de guía que sirva a los interesados en el trabajo con reencuadres terapéuticos, y que sirva de complementación a los resultados y su descripción:

1. El terapeuta debe identificar un encuadre o marco conceptual (o los que este considere necesarios) de la descripción del problema presentada por el cliente. Este encuadre puede ser implícito o explícito. Así mismo, a dicho marco el cliente puede agregarle una descripción de los hechos a los que hace referencia el marco en cuestión.

T: ¿Cuál es el motivo por el que me visita?

P: Lo que pasa es que quiero que me ayude, por que **soy muy sobre protectora** con mi hijo.

T: ¿Cuántos años tiene su hijo?

P: Dos

T: ¿Por qué piensa que es **sobreprotectora** con él?

2. Sí un terapeuta no conoce o no entiende los hechos a los que el cliente se refiere con su encuadre, el terapeuta, puede pedir al cliente una descripción o especificación de su encuadre. Puede suceder también que el terapeuta no éste interesado en la descripción del encuadre y lo de por entendido.

T: ¿**Por qué piensa que es sobreprotectora con él?**

P: Por que me la paso cuidándolo mucho, si llora tantito ya quiero llevarlo al doctor por que creo que esta enfermo, o si se rosa, le pongo muchas cosas para que se cure.

T: ¿Qué más?

P: Por ejemplo no lo dejo jugar en la tierra y lo abrigo muy bien, le pongo hasta dos suéteres y bufanda, gorro y guantes.

T: ¿**Cómo es que ser sobre protectora es un problema para usted?**

P: Bueno es que dicen que si sobreprotejo mucho a mi hijo, cuando crezca no va a ser independiente y va a ser muy enfermizo.

T: Aja

P: Y es malo sobreprotegerlos mucho si no les hace uno mal, pero no quiero que se enferme o le pase algo.

3. El terapeuta debe elegir un encuadre de los identificados en la conversación con el cliente. Dicho encuadre será sustituido por el reencuadre o encuadre del terapeuta. Los encuadres que el terapeuta elija pueden ser un sustantivo, un adjetivo, un verbo, etc.

T: ¿Por qué piensa que es **sobreprotectora** con él? (se ha elegido el encuadre “sobreprotectora” que puede clasificarse como un adjetivo con una valoración negativa: “cuando crezca no va a ser independiente y va a ser muy enfermizo”)

4. El terapeuta debe buscar un encuadre que pueda sustituir al encuadre del cliente, es decir que debe contar con ciertas características:

- a) Debe hacer referencia a los mismos hechos que enmarca el encuadre presentado por el cliente.

T: Bueno, en realidad creo que **una madre debe amar a sus hijos**. ¿No es así?

P: Si, pero...

T: Usted y yo sabemos, y todas las madres, que **hay que cuidar a los hijos si es que se les aman**. Usted ama a su hijo y debe protegerlo, **sobre todo si es pequeño**.

En este ejemplo el verbo “amar” que es el reencuadre que sustituye al encuadre presentado por el cliente (“sobreprotectora”) hace referencia a los mismos hechos descritos (“me la paso cuidándolo mucho”) por la cliente los cuales son abstraídos en el encuadre.

- b) Bajo la lógica del MRI, puede pertenecer a una clase distinta a la que pertenece el encuadre del cliente.

El encuadre de la cliente “sobreprotectora” pertenece a la clase de “actitud”, mientras que el reencuadre “amar” es un verbo, además de pertenecer a la clase de “sentimientos”.

5. El terapeuta hace la sustitución, es decir cambia el encuadre del cliente por su encuadre, en éste caso se hace de manera verbal.

T: Bueno, en realidad creo que **una madre debe amar a sus hijos**. ¿No es así?

6. El terapeuta puede hacer la sustitución del encuadre del cliente de distintas maneras, es decir que puede presentar su reencuadre:
 - a) De manera directa

El ejemplo presenta un encuadre directo.

- b) De manera indirecta

Mientras que el terapeuta en un reencuadre posterior lo hace de manera indirecta.

T: Usted lo ama y por ello no le gustaría que se enfermarse o se cayese y lastimarse, no le gustaría verlo con fiebre, gripe o una pulmonía por ello lo abriga tanto. Creo que hay momentos en que **uno debe dejar que el cuerpo respire un poco de oxígeno**.

7. La sustitución del encuadre del cliente puede presentarse en distintos niveles o clases, por ejemplo:
 - a) Se puede hacer la sustitución del encuadrar del problema, del origen del problema, de los cambios obtenidos en sesión, de la relación que el cliente tiene con el problema, del contexto en donde se presenta el problema, del aspecto temporal;
 - b) Puede también reencuadrarse el contenido del encuadre del cliente, así como el nivel lógico en que el encuadre enmarca al problema;
 - c) La sustitución del encuadre del cliente también puede darse a nivel connotativo, ya sea de manera positiva, lógica, o negativa.

En este ejemplo, el reencuadre utilizado sirve para cambiar la connotación del encuadre. Es decir que se sustituye un encuadre negativo por uno de valoración positiva.

8. En la sustitución del encuadre del cliente el terapeuta puede utilizar estrategias de comunicación como:
 - a) Describir del reencuadre

T: Usted y yo sabemos, y todas las madres, que hay que cuidar a los hijos si es que se les aman. Usted ama a su hijo y debe protegerlo, sobre todo si es pequeño.

...
T: Además, es natural que se preocupe tanto, pues es su primer hijo y todas las madres cuando son primerizas se asustan con cualquier cosita.

Su hijo es muy pequeño y debe cuidarlo para que crezca sano. Con el tiempo aprenderá a cuidarlo menos, pues el aprenderá a cuidarse por sí mismo.

...
T: Usted lo ama y por ello no le gustaría que se enfermarse o se cayese y lastimarse, no le gustaría verlo con fiebre, gripe o una pulmonía por ello lo abriga tanto. Creo que hay momentos en que uno debe dejar que el cuerpo respire un poco de oxígeno.

- b) El uso de aperturas (conectores)

T: Bueno, en realidad...

...
T: Además, es natural...

- c) La técnica del des-encuadre

T: Usted y yo sabemos, y todas las madres...

- c) O simplemente reforzar su reencuadre mediante distintas estrategias (*Rapport*, la utilización de las palabras del cliente, uso de operadores modales, utilización del condicionador “si no...”, la lectura de la mente,

reducción al absurdo, utilización de un referente contextual, utilización de la referencia a otros casos, la connotación lógica, sugerencia y personalización de una intervención, encuadrar la solución, especificar la solución del problema, etc.).

T: Usted y yo sabemos, y todas las madres... (Utilización de la referencia a otros casos)

T: Además, es natural que se preocupe tanto, pues es su primer hijo y todas las madres cuando son primerizas se asustan con cualquier cosita. (Connotación lógica)

9. El terapeuta debe personalizar el reencuadre, para lograr mayor aceptación de éste.

T:...**Usted ama a su** hijo y debe protegerlo...

T: Creo que **usted** le demuestra mucho amor **a su** hijo

10. El terapeuta debe retroalimentar la presentación del reencuadre, hasta que el cliente haya aceptado el encuadre del terapeuta, de manera que esto sirva para evaluar si la sustitución se presentó o no. Es decir que al ser aceptado el reencuadre, la sustitución se llevó a cabo, puesto que no podríamos hablar de un reencuadre terapéutico si no se ha sustituido nada.

T: Bueno, en realidad creo que una madre debe amar a sus hijos. **¿No es así?**

P: Sí, pero...

11. El terapeuta puede reencuadrar tantos encuadre como él decida o reencuadrar un encuadre en distintos niveles lógicos.

P: Bueno es que dicen que si sobreprotejo mucho a mi hijo, **cuando crezca no va a ser independiente y va a ser muy enfermizo.**

T: Además, es natural que se preocupe tanto, pues es su primer hijo y todas las madres cuando son primerizas se asustan con cualquier cosita.

Su hijo es muy pequeño y debe cuidarlo para que crezca sano. Con el tiempo **aprenderá a cuidarlo menos, pues el aprenderá a cuidarse por sí mismo.**

En este fragmento se reencuadre el encuadre “independiente” por “cuidarse por sí mismo” en donde el terapeuta da por hecho que el niño aprenderá a cuidarse.

12. En caso de no ser aceptado el reencuadre, el terapeuta puede optar por otras técnicas de intervención.

Como podemos notar ésta breve guía de la creación de reencuadres terapéuticos puede cumplir con el objetivo de la tesis, es decir, presentar al estudioso la posibilidad de aprender una intervención terapéutica de manera fácil y esquemática.

Esta guía para la elaboración de un protocolo de creación de reencuadres terapéuticos también ayudará a los instructores en terapia a presentar de manera fácil y sencilla muchas formas de crear reencuadres.

DISCUSIÓN

El presente trabajo puede servir como guía tanto a instructores como a alumnos para aprender de manera fácil y sencilla a crear reencuadre, puesto que no solo presento los elementos que se requiere para crear un reencuadre, así como sus características, sino que además muestra muchas series de secuencias en donde los elementos se mezclan de maneras diversas para formar no solo una manera de reencuadrar sino tantas como el estudioso pueda formar.

En lo personal, el presente trabajo me ha llevado a lograr una comprensión distinta al uso del lenguaje dentro de la terapia. Antes de ello consideraba importante, en su mayor parte, el uso de tareas o prescripciones para lograr una comprensión distinta del problema del cliente o simplemente para lograr la solución del mismo. En aquel entonces no era muy activo respecto a mi papel como terapeuta, pues por formación, consideraba que solo había que escuchar un poco al cliente y buscar una solución o lograr una prescripción acorde a la realidad del cliente, en pocas palabras sólo esperaba que la sesión llegara a un punto casi final para poder intervenir como terapeuta.

El leer ejemplos sobre reencuadres terapéuticos y practicar la construcción de reencuadres, me ha llevado a comprender que el uso del lenguaje dentro de la sesión terapéutica, y fuera de ella, en mi vida cotidiana, debe ser cauteloso. Pues es mediante el lenguaje, pero no exclusivamente, que creamos nuestra realidad acerca del mundo y de nuestro experimentar en él.

En la actualidad, y como consejo, considero importante el participar activamente en un diálogo con el cliente, no sólo para construir un reencuadre, sino para una intervención exitosa, así mismo considero importante comprender cómo es que el cliente se comunica con nosotros.

Debido a que el cliente se comunica en distintos niveles es conveniente ser respetuosos y atentos con lo que el cliente dice, cómo lo dice, y cuál es su fin al decírnoslo, puesto que detrás de la descripción del problema parecería que hay intenciones distintas a la simple terapia. Podría ser que encontráramos algún cliente que sólo vaya a terapia para convencer a alguien de que está cambiando aun cuando no lo este haciendo. El qué dice, el cómo lo dice, y el para qué lo dice se han vuelto en una guía para mi y para mi trabajo.

De manera aún más personal, después de un fuerte problema que tuve, el buscar distintos encuadres de mi situación, me ha ayudado a encontrar matices dentro de mi problema que no había tomado en cuenta o que simplemente no quería o no podía ver, pues me encontraba dentro de las soluciones intentadas que agravan el problema. Esto me hace confirmar que el problema no solo se encuentra plagado en un proceso recursivo de meras conductas, sino también de un proceso recursivo de pensamientos, emociones y sensaciones que también mantienen el problema en el nivel de problema.

Al utilizar el reencuadre como técnica de intervención dentro de mi vida personal he logrado entender que no sólo nos debemos centrar en romper el patrón del problema a un nivel puramente conductual o perceptual, sino también comprender que la ruptura puede, y en ocasiones debe, ser en otros niveles como en el aspecto emocional o en el nivel de las sensaciones.

Por otra parte para un terapeuta formado dentro del marco teórico del Mental Research Institute, una guía de creación de reencuadres le ayudará a perfeccionar sus intervenciones. Sobre todo si se parte de la visión constructivista sobre la formación de problemas. El presentar una visión distinta a la presentada por el cliente, hace que este vea su problema desde otro ángulo, lo cual no quiere decir que tenga un *insigth*. Solamente se le presenta al cliente un modo distinto, y despatologizante, de ver su problema.

El trabajo del MRI se ha distinguido por su marco teórico respecto a la creación de problemas, en donde se ha visto a este como un patrón, un proceso. Los miembros de MRI se han dedicado a encontrar una manera de cómo romper con ese patrón del problema. Este trabajo, por su parte, ha logrado esquematizar de manera específica una de las técnicas utilizadas por los terapeutas formados bajo el marco terapéutico del MRI para solucionar problemas. Es decir he tratado de pasar de la búsqueda de patrones problemas a la búsqueda de cómo hacer para solucionar problemas.

Desde mi punto de vista muchos de nosotros como principiantes del arte de la terapia no sabemos como hacer para intervenir. Muchas de las intervenciones las aprendemos mediante los libros, y algunos cuantos de la observación de cómo nuestros maestros han hecho una intervención. Otros pocos, hemos tenido la oportunidad de aprender mediante la experiencia con pacientes reales en las clínicas zaragozanas. En pocas palabras siempre ha sido la experiencia la que ha ido retroalimentándonos poco a poco para lograr realizar una intervención.

Pero en realidad muchos de nosotros no sabemos como lo hacemos, es decir no sabemos que hicimos y sobre todo no sabemos como lo hicimos. En muchas ocasiones se camina en la oscuridad, y en muchas ocasiones se nos propone actuar de una manera y si esta funciona, pues que bien, pero, ¿si no funciona? Pues haz algo distinto. Creo que esta manera de trabajar no nos da seguridad en lo que hacemos puesto que navegamos sin destino, a tientas, lo que no es bueno para nuestros clientes. Considero que la esquematización de técnicas de intervención terapéutica nos pueden ayudar a tener una visión, más amplia de lo que se hace en terapia.

Comprendo también que en muchas de las ocasiones se intelectualiza una intervención más de lo que suele suceder realmente en terapia. Por lo que es necesario tomar en cuenta nuestro trabajo. En mi caso presento una de las visiones que tengo sobre el reencadre terapéutico. Esto es debido a que lectura, tras lectura de mi trabajo he comprendido cosas distintas en momentos distintos, o junto con la Mtra. Lidia Beltrán notaba cosas que antes no había notado. No pretendo decir que este trabajo sea mera intelectualización, afortunadamente el método de investigación utilizado a aportado mucho, a lo que regresaré mas adelante.

De manera general observo que mi trabajo presenta aportaciones de suma importancia para la psicología clínica, esto es, que el terapeuta es una persona igual que el cliente con puntos de vista igualmente validos. Puedo notar también que invita a los terapeutas a adentrarse en la esquematización de otras técnicas terapéuticas. Técnicas que han sido fáciles de comprender, pero complicadas en su realización, como lo es la contraparadoja, al estilo Milán, por poner un ejemplo. Creo que esta es la mayor aportación de mi trabajo, el hacer algo fácil de algo difícil e incomprensible. El lector notara también que dentro de los alcances de este trabajo podemos encontrar que el comprender como llevar a cabo un proceso de construcción o utilización de una técnica terapéutica, su transmisión y enseñanza también podrán ser más amplias y tener más alcance.

Richard Bandler y John Grinder, nos han enseñado cómo algunos terapeutas hacían intervención en terapia. Muchas de las técnicas que han investigado, se han ido perfeccionando. Enseñemos a otros a cómo hacer cosas dentro de la terapia. La esquematización es una forma.

El tener una guía de creación de reencadre no solo beneficia a terapeutas, el principal objetivo es beneficiar a los clientes. Pues son ellos los que presentan sus problemas en terapia.

Con respecto al método de análisis utilizado, el Análisis de Marcos recursivos, he de decir que es un método sumamente interesante y flexible, lo que no quiere decir que no pueda ser validado. Afortunadamente el marco teórico que lo sustenta es bastante sólido. Lejos de eso el Análisis de Marcos Recursivos nos facilita parámetros que nos permiten construir un trabajo elaborado pero sencillo. La noción de “marco”, “galería”, “apertura”, etc., son claro ejemplo de ello. Ya que estos encuadres me hacen ver al AMR como una guía para construir guías. En diferentes ocasiones y lejos de una investigación formal, al aplicar el AMR, he notado que sirve no sólo para mapear lo que el terapeuta hace en terapia y cómo cliente y terapeuta ordenan y construyen su discurso, sino también para re-mapear estos mapas, valga la redundancia.

El AMR, como método nos da muchas facilidades ya que no es riguroso y por lo tanto da la oportunidad al investigador de ser creativo en su trabajo.

En cuanto a las limitaciones de mi trabajo he de mencionar que básicamente encuentro una de gran envergadura, a saber, que se escapa el aspecto no-verbal de una conversación. Los ejemplos utilizados los he recopilado de “textos”, en donde el aspecto no-verbal difícilmente es traducido, y que suele ser de suma importancia, ya que nos proporciona indicios de nuestra comunicación, nos retroalimenta respecto a la aceptación y comprensión de nuestra intervención y nos hacer notar si hemos logrado hacer *rapport* con el cliente, al ver su postura, sus gestos. Escuchar sus tonos,

volumen, ritmo del cliente nos hacen percibir su comunicación de manera mas clara. Lo que no sucede con los ejemplos presentados en este trabajo.

De manera que pretendo darme a la tarea de realizar un estudio en donde comprometa estos aspectos no-verbales en mi investigación, y poder obtener indicios que nos hagan saber que el reencuadre ha sido acentuado, pues, como hipótesis, considero que es en el aspecto no-verbal de cliente en donde podemos validar nuestra intervención. Así mismo considero que una investigación de este tipo me ayudara a encontrar aperturas no-verbales que suelen ser cruciales en la comunicación con el otro.

Para finalizar, el ser cauteloso y atento de lo que escuchamos y decimos en terapia nos compromete y responsabiliza aun más de nuestra actuación en terapia. Desde mi punto de vista el terapeuta debe cuidar los términos que utiliza con y para el cliente.

Un aspecto de suma importancia es la aceptación del punto de vista del otro, del cliente. Antes de realizar este trabajo consideraba que en el reencuadre podíamos utilizar estrategias de persuasión para lograr que el cliente aceptara el reencuadre. En realidad, me doy cuenta que la aceptación del encuadre del cliente, permite la aceptación del encuadre del terapeuta. En algunos de los ejemplos podemos notar una serie de estrategias comunicacionales que ayudan al terapeuta a vender su encuadre. No obstante, un buen *rapport* y el respeto del encuadre del cliente son fundamentalmente básicos para lograr también la aceptación del encuadre. Pues el respeto, al igual que el amor, se ganan.

Finalmente, considero importante para mi formación como psicoterapeuta el seguir investigando-practicando el uso de otras técnicas, de cómo el terapeuta hace intervenciones, de cómo podemos enseñar a hacer esas intervenciones y de cómo podemos cambiar la visión que los mismos psicólogos tenemos de las “enfermedades mentales”. Es aquí en donde tenemos que trabajar duro, como psicólogos debemos comprender que también creamos problemas, que no es solo el cliente que llega con nosotros y percibe una experiencia como problemática, sino que somos nosotros, también, en nuestro lenguaje con el cliente que le ayudamos a crear problemas, sea implícita o explícitamente. Es importante reconocer que el uso de términos que utilizamos para referirnos al cliente deben ser sopesados antes de utilizarlos, pues no sabemos cuanto pueda afectar al que nos escucha.

REFERENCIAS

- Aguilar T. A. (2004). Análisis de marcos recursivos dentro de los enfoques de soluciones aplicado a un caso clínico. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología. México: FES-Zaragoza/UNAM.
- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. Barcelona: Gedisa.
- Ashby, W. R. (1976). Introducción a la cibernética. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bandler R. y Grinder, J. (1980). La Estructura de la magia I. Lenguaje y terapia. Barcelona: Cuatro Vientos.
- Bandler R. y Grinder, J. (1994). La Estructura de la magia II. Cambio y congruencia. Barcelona: Cuatro Vientos.
- Bateson, G. (1936). Naven. A survey of the problems suggested by a composite picture of the cultura of a New Guinea tribe Drawn from three points of view. California: Stanford University Press.
- Bateson, G. (1951-1966). Metalogos. Barcelona: Buenos Aires.
- Bateson, G. (1979a). Espíritu y naturaleza. New York: Amorrortu.
- Bateson, G. (1979b). Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G. (1993). "El nacimiento de la matriz o doble vínculo y epistemología". En Berger, M. M. (Comp.). **Más allá del doble vínculo: Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos** (Pp. 53-77). Barcelona: Paidós.
- Bateson, G. (1998). Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.
- Bateson G. y Bateson, M. C. (1994). El temor de los ángeles. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. H., "Toward theory of schizophrenia", Behavioral Science, no. 1; 1956. Pp. 251-264 [trad. It.: "Hacia una teoría de la esquizofrenia". En G. Bateson (1998). **Pasos hacia una ecología de la mente**. Buenos Aires: Lohlé-Lumen].
- Beck, J. (2000). Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa.
- Bergman, J. (1992). "Mapas de caminos clínicos para prescribir rituales". En J. K. Zeig y Gilligan, G. (Comps.). **Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas** (Pp. 158-168). Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas. Barcelona: Paidós ibérica.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). Terapia familiar sistémica de Milán: Diálogos sobre teoría y práctica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Botella, L. y Feixas, G. (1998). Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica. Barcelona: Laertes.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. H. (1995). Guía breve de terapia breve. México: Paídos-Ibérica.
- Castaneda, C. (1975). Viaje a Ixtlán: Las lecciones de Don Juan. México: FCE.
- Ceberio M. R. y Watzlawick, P. (1998). La construcción del universo: Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico. Barcelona: Herder.
- Chenail, R. J. (1990/1991). Bradford Keeney's Cybernetic Project and the Creation of Recursive Frame Analysis. The Qualitative Report, [on line serial], 2 (3). Disponible en <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR1-23/keeney.html>. Fecha de acceso [2006/09/20].
- Chenail, R. J. (1992). A Case for Clinical Qualitative Research. The Qualitative Report, [on line serial], 1 (4). Disponible en <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR1-4/clinqual.html>. Fecha de acceso [2006/09/20].
- Chenail, R. J. (1995). Recursive Frame Analysis. The Qualitative Report, [on line serial], 2 (2). Disponible en <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR2-2/rfa.html>. Fecha de acceso [2006/09/20].
- De Shazer, S. (1989). Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico. Barcelona: Paidós Ibérica.
- De Shazer, S. (1991). Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1997). Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1999). En un origen las palabras eran magia. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S., et al. (2000). "Terapia breve: Un desarrollo Focalizado en la solución". En P. Watzlawick y Nardone, G. (Comps.). **Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad** (Pp. 151-172). Barcelona: Paidós Ibérica.
- Dilts, R. (2002). Como cambiar creencias con PNL. Barcelona:
- Efran, J. S. y Libretto, S. V. (1997) "La psicoterapia en la encrucijada: ¿Qué puede aportar el constructivismo?" En Pakman, M. (Comp.). **Construcción de la experiencia humana. Vol II.** (Pp. 63-86). Barcelona: Gedisa.
- Ellis, A. (1992). "Como procurar un tratamiento más breve y mejor: La terapia breve racional-emotiva". En J. K. Zeig y Gilligan, G. (Comps.). **Terapia breve: mitos, métodos y metáforas.** (Pp. 333-345). Buenos Aires: Amorrortu.

- Elster, J. (1980). *Ulises y las sirenas. Estudios sobre racionalidad e irracionalidad*. México: FCE.
- Espinosa, M. R. (2004). "El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones". En Eguiluz, L. L. (Comp.). **Terapia Familiar. Su uso hoy en día**. (Pp. 116 – 138). México: Pax México.
- Erickson, M. H. y Rossi, E. L. (1992). *El hombre de febrero. Apertura hacia la conciencia de sí y la identidad en hipnoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fiorenza, A. y Nardone, G. (2004). *La intervención estratégica en los contextos educativos. Comunicación y "problem-solving" para los problemas escolares*. Barcelona: Herder.
- Fisch R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1988). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Friedman, S. (2001) (comp.). *El nuevo lenguaje del cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (1981a). *Historia de la locura en la época clásica II*. México: FCE.
- Foucault, M. (1981b). *El nacimiento de la clínica. Una Arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1987). *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- Foucault, M. (1992). *Las redes del poder*. Buenos Aires: Almagesto.
- Gallego-Badillo, R. (1996). *Discurso constructivista sobre las ciencias experimentales. Una concepción actual del conocimiento científico*. Santa Fe de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Gilligan, G. (1992). "Co-evolución de procesos primarios en la terapia breve". En J. K. Zeig y Gilligan, G. (comps.). **Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas**. (Pp. 259-287). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, J. P. (2003). *Lengua. Sistema y comunicación*. Madrid: Universidad Católica San Antonio.
- Goffman, E. (1974). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Grinder, J. y Bandler, R. (1982). *De sapos a príncipes*. Santiago: Cuatro Vientos.
- Grinder, J. y Bandler, R. (1993). *Trance-formate. Curso práctico de hipnosis con PNL*. Madrid: GAIA.
- Haley, J. (1980a). *Terapia no convencional: Las tácticas psiquiátricas de Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980b). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía: Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1987). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray.
- Haley, J. y Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: FCE.
- Ibarra, C. (1994). *Elementos fundamentales de la lógica*. México: Alambra Mexicana.
- Joseph, I. (1999). *Erving Goffman y la microsociología*. Barcelona: Gedisa.
- Keeney, B. P. (1991). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Keeney, B. P. (1992). *La improvisación en psicoterapia. Guía práctica para estrategias clínicas creativas*. Barcelona: Paidós.
- Keeney, B. P. y Silverstein, O. (1988). *La voz terapéutica de Olga Silverstein*. México: Paidós.
- Keeney, B. P. y Ross, J. (1993). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Krippendorff, K. (1997). "Principales metáforas de la comunicación y algunas reflexiones constructivistas acerca de su utilización". En Pakman, M. (Comp.). **Construcción de la experiencia humana. Vol II**. (Pp. 107-146). Barcelona: Gedisa.
- Kriz, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Krusche, H. (2000). *La rana sobre la mantequilla. PNL. Fundamentos de la Programación Neurolingüística*. Barcelona: Sirio.
- Lefebvre, H. (2004). *Lógica formal, lógica dialéctica*. México: Siglo XXI.
- Madanes, C. (2001). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maturana, H. R. (1996). "Realidad: la búsqueda de la objetividad o la persecución del argumento que obliga" En Pakman, M. (Comp.). **Construcción de la experiencia humana. Vol I**. (Pp. 51-138). Madrid: Gedisa.
- Mc Namee, S. y Gergen, K. (1996) (comps.). *La teoría como construcción social*. Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Morin, E. (1994). "La noción de sujeto". En Fried Schnitman, D. (Comp.). **Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad** (Pp. 67-89). Buenos Aires: Paidós.
- Nardone, G. (1997). *Miedo, pánico y fobias: La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone G. (2000a). "De los modelos generales a los protocolos específicos de tratamiento: La terapia breve estratégica evolucionada". En P. Watzlawick y Nardone, G. (Comps.). **Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad**. (Pp. 211-225). Barcelona: Paidós-Ibérica.

- Nardone, G. (2000b). *Psicosoluciones*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2000c). "El lenguaje que cura: La comunicación como vehículo de cambio terapéutico". En P. Watzlawick y Nardone, G. (Comps.). **Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad**. (Pp. 89-103). Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Nardone, G. (2004a). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. México: Paidós.
- Nardone, G. (2004b). *No hay noche que no vea el día: La terapia breve para los ataques de pánico*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. (2004c). *El arte de la estratagema. Como resolver problemas difíciles con soluciones simples*. Buenos Aires: Nuevo Extremo.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R (2003). *Modelos de familia: Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona: Herder.
- Nardone G. y Salvini, A. (2000). "Lógica matemática y lógicas no ordinarias como guía para el problem-solving estratégico". En P. Watzlawick y Nardone, G. (Comps.). **Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad**. (Pp. 73-81). Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002). *Las prisiones de la comida*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Nieto J. (2003). *Técnicas de Programación Neurolingüística para la comunicación eficaz*. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología. México: FES-Zaragoza/UNAM.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Connor, J. y Seymour, J. (1995). *Introducción a la Programación Neurolingüística. Como descubrir y emplear la excelencia para obtener óptimos resultados personales y profesionales*. Madrid: Urano.
- O'Hanlon, W. H. (1993). *Raíces profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Olso, M. E. (1997). "'Conversación' y 'texto': Dos lenguajes para una perspectiva de la terapia que sea sensible al género". En Pakman, M. (Comp.). **Construcción de la experiencia humana. Vol II**. (Pp. 195-244). Barcelona: Gedisa.
- Orozco de Gortari, C. (1999). *Salir del túnel y olvidar: Hipnosis ericksoniana con sintomatología psicótica*. México: Alom.
- Pakman, M. (1996) (Comp.) *Construcción de la experiencia humana*. (vol. I). Barcelona: Gedisa.
- Papp, P. (1983). *El proceso del cambio*. New York: Paidós.
- Pérez, F. (1994). *El vuelo del ave fénix. Practicas de neurolingüística e hipnosis ericksoniana*. México: Pax.
- Prigogine, I. (1994). "El fin de la ciencia". En Fried Schnitman, D. (comp.). **Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad** (Pp. 37-60). Buenos Aires: Paidós.
- Procter, H. G. (2001). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Vol. I*. Barcelona: Paidós.
- Procter, H. G. (2002). *Escritos esenciales de Milton H. Erickson. Vol. II*. México: Paidós.
- Ramondino, S. (1996). *The New World Spanish/English, English/Spanish Dictionary*. New York: Penguin Books.
- Riedl, R. (1983). *Biología del conocimiento. Los fundamentos filogenéticos de la razón*. Barcelona: Labor.
- Rosen, S. (1994). *Mi voz irá contigo. Cuentos didácticos de Erickson*. Barcelona: Paidós.
- Ruesch, J. y Bateson, G. (1951). *Communication: the social matrix of psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company, Inc. [trad. Esp.: Ruesch J. y G. Bateson (1984). *Comunicación: La matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Paidós].
- Russell, B. y Whitehead, A. N. (1910-1913). *Principia Mathematica*. Cambridge: Cambridge University Press.. [trad. Esp: Russell, B. Y A. N. Whitehead (1981). *Principia Mathematica*. Madrid: Paraninfo.]
- Sambrano, J. (2000). *Super-aprendizaje transpersonal*. México: Alfaomega.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Satir, V. (1967). *Conjoint Family Therapy*. E.U.A.: Science and Behavior Book, Inc. [Trad. It.: (1986). "Psicoterapia Familiar conjunta". México: Ediciones Científicas].
- Satir, V. (1991). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Corregida y aum.
- Seiffert, H. (1977). *Introducción a la lógica. Propedéutica lógica y lógica formal*. Barcelona: Herder.
- Selvini, M. (Comp.-1990). *Crónica de una investigación: La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M. (1970). "Contexto y meta contexto en la psicoterapia familiar" (de archivo de psicología, psiquiatría y neurología, año 31-1970-; fasc. 3, Págs. 203 - 211.) En Selvini, M. (Comp.). **Crónica de**

- una investigación: La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli.** Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M. (1990). "Cibernética de la anorexia nerviosa". En Selvini, M. (Comp.). **Crónica de una investigación: La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli.** (Pág. 219-220). Barcelona: Paidós.
- Shapiro, M. (2005). PNL en una semana. Barcelona: Gestión.
- Shotter, J. (1996). "El lenguaje y la construcción del sí mismo". En Pakman, M. (Comp.). **Construcción de la experiencia humana. Vol I** (Pp. 213-225). Barcelona: Gedisa.
- Szasz, T. (1960). "El mito de las enfermedades mentales". En: Millon, T. (1973). **Psicopatología y personalidad.** (Pp. 76-81). México: Interamericana.
- Szasz, T. (1996). El mito de la psicoterapia. México: Ediciones Coyoacán S.A. De C.V.
- Szprachman de Hubscher, R. (2003). Terapia breve. Teoría de la técnica. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Thompson K. F. (1992). "La metáfora: Un mito con un método". En J. K. Zeig y Gilligan, G. (comps.). **Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas.** (Pp. 288-299). Buenos Aires: Amorrortu.
- Vargas, P. (2004). "Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica". En: Eguiluz, L. L. (Comp.). **Terapia familiar: Su uso hoy en día.** (Pp. 161-195). México: Pax México.
- Watzlawick, P. (1979). ¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1984). El arte de amargarse la vida. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1989). El Lenguaje del cambio. Nueva técnica de comunicación terapéutica. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1992a). "La terapia es... lo que usted dice que es". En J. K. Zeig y Gilligan, G. (Comps.). **Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas.** (Pp. 83-90). Buenos Aires: Amorrortu.
- Watzlawick, P. (1992b). La coleta del Barón de Münchhausen. Psicoterapia y realidad. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1995). El sinsentido del sentido o el sentido del sinsentido. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1998). "Abandonar la repetición". En Elkäim, M. (Comp.). **La terapia familiar en transformación.** (Pp. 59-61). Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Watzlawick, P. (2000a). "La construcción de 'realidades' clínicas". En: P. Watzlawick y Nardone, G. (Comps.). **Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad.** (Pp. 27-38). Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Watzlawick, P. (2000b). "La técnica psicoterapéutica de la 'reestructuración'". En: P. Watzlawick y Nardone, G. (Comps.). **Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad.** (Pp. 131-138). Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B. y Jackson, D. D. (1967). Pragmatics of human communication. New York: W.W. Norton & Company, Inc. [trad. Esp.: Watzlawick, P., J. B. Bavelas y D. D. Jackson (1991). Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder].
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000) (Comps.). Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.
- Weakland, J. H. (2000). "Terapia sistémica individual". En: P. Watzlawick y Nardone, G. (Comps.). **Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad.** (Pp. 139-150). Barcelona: Paidós-Ibérica.
- Wiener, N. (1998). Cibernética o el control y comunicación en animales y máquinas. Barcelona: Tusquets.
- Witzeaele, J.J. y García, T. (1994). La escuela de Palo Alto: Historia y evolución de las ideas esenciales. Barcelona: Herder.
- White, D. (2002). Reescribir la vida. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y D. Epston (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Madrid: Paidós.
- von Foerster, H. (1991). Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa.
- von Foerster, H. (1994). "Visión y conocimiento: Disfunciones de segundo orden". En Fried Schnitman, D. (Comp.). **Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad** (Pp. 91-113). Buenos Aires: Paidós.
- von Foerster, H. (2000a). "Ética y cibernética de segundo orden". En: P. Watzlawick y Nardone, G. (Comps.). **Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad.** (Pp. 61-72). Barcelona: Paidós-Ibérica.
- von Foerster, H. (2000b). "Construyendo una realidad". En P. Watzlawick, et al. (comp.). **La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?** (Pp. 38-56). Barcelona: Gedisa.

- Zeig, J. K. (1980). Un seminario didáctico con Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu.
- Zeig, J. K. (1992). "Siembra". En J. K. Zeig y Gilligan, G. (Comps.). **Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas**. (Pp. 259-287). Buenos Aires: Amorrortu.
- Zeig, J. K. (2000). "Las virtudes de nuestros errores: Un concepto clave de la terapia ericksoniana". En P. Watzlawick y Nardone, G. (Comps.). **Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad**. (Pp. 105-130). Barcelona: Paidós-Ibérica.