

28
2er.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**Aspectos Epistemológicos, Teóricos y Clínicos de las
Escuelas representativas del enfoque Sistémico.**

(Palo Alto, Estratégica de Haley y Milán Clásico)

**INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N:

**MOLINA MORA LORENA MARIBEL
OROZCO ALVAREZ FRANCISCA IRMA
DE ESTUDIOS**

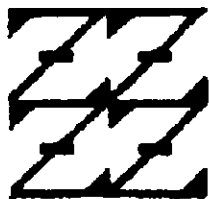
**ASESORA
LIC. LIDIA BELTRAN RUIZ**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARÍA DE INVESTIGACIONES
TÉCNICAS**

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 1998

267337



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



Agradecimientos :

A mi esposo Gerardo y a mis hijos Luis Y Mariana pues con paciencia y comprensión me permitieron continuar mis estudios así como la realización de esta tesis. Siempre confiaron en mi y me dieron animo cuando mas lo necesite.

A mi mama que con su entusiasmo me apoyo hasta el final.

A mis hermanos y amigos que han confiado en mi para la culminación de este proyecto tan importante en mi vida profesional.

A Lidia que tuvo paciencia y animo en la asesoría de esta tesis.

A los sinodales que con su experiencia profesional contribuyeron a la calidad de esta tesis.

A todos, mil gracias.

Maribel.



Agradecimientos:

Esta tesis la dedico con todo mi amor a mi hijo Nathaniel, quien ha sido la motivación más grande, a mi esposo Gabriel al cual le agradezco todo el apoyo que medio para la terminación de la misma.

A mis padres: Juan Orozco e Isabel Alvarez quien nos enseñaron a mi y a todos mis hermanos la fortaleza que llevamos dentro. A ellos todo mi amor.

A mi hermana María y Fernando porque siempre me han brindado su apoyo incondicional. A ellos todo mi agradecimiento.

A mi hermano: Carlos Orozco, gracias por el apoyo que siempre me has brindado y por la motivación a seguir adelante.

A mis hermanos: Arturo, Roberto, Gloria, Rubén y Malena (Raúl), gracias a todos ellos por los momentos que compartimos juntos.

A Lidia por su paciencia y apoyo.

A todos mi agradecimiento.

Fca: Irma Orozco Alvarez.

ÍNDICE

	Pag.
Resumen	
Introducción	2
CAPITULO 1 EPISTEMOLOGÍA	5
1.1. Epistemología Cibernética	9
1.2. Epistemología Clínica	12
1.3. Cibernética de Primer Orden	13
1.4. Cibernética de Segundo Orden	15
CAPITULO 2 NIVEL DE LA PRACTICA CLÍNICA.	18
2.1. Escuela de Palo Alto.	20
1. Interacción Para la solución del Problema.	20
2. Problemas/Intervenciones.	24
3. Procedimiento Terapéutico.	26
4. Entrevista de Palo Alto.	30
2.2 Escuela Estratégica de Jay Haley	37
1. Interacción para la solución del problema	37
2. Problema	40
3. Procedimiento Terapéutico	42
4. Entrevista de Jay Haley.	47
2.3. Escuela de Milán Clásico.	55
1. Interacción para la solución del problema	56
2. Problema	58
3. Síntoma y juego familiar	60
4. Entrevista de Milán clásico.	64
CAPITULO 3 ANÁLISIS SOBRE LOS GUIONES DE PALO ALTO. LA ESTRATÉGICA DE HALEY Y MILÁN CLÁSICO.	70
Conclusiones	74
Bibliografía	78

RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS

	Pag.	
FIGURAS		
Figura 1	Marcos de referencia de Palo Alto	22
Figura 2	Marcos Alojados unos en otros	40
Figura 3	Conexión y entretejen de los Marcos	58
CUADROS		
Cuadro 1.	Definición del problema	30
Cuadro 2	Soluciones Intentadas	32
Cuadro 3	Reencuadre y un cambio mínimo	34
Cuadro 4	Definición del problema	48
Cuadro 5	Intentos de Solución y Organización Secuencial del Problema	48
Cuadro 6	Reencuadre	49
Cuadro 7	Prescripción	51
Cuadro 8	Ruido Significativo	52
Cuadro 9	Paradoja	53
Cuadro 10	Reafirmar	54
Cuadro 11	Ordalía	54
Cuadro 12	Hipótesis	66
Cuadro 13	Intentos de Solución y Preguntas Circulares.	67
Cuadro 14	Redefinición, Conotación Positiva y Prescripción paradójica	68
Cuadro 15	Esquema de Trabajo Terapéutico.	73

RESUMEN

Dentro de la Terapia Sistémica, se considera que la epistemología ha cobrado especial importancia porque el mapa o modelo interno del mundo que genera un individuo o una familia determinará la manera propia de actuar, pensar y sentir.

En este trabajo se define a la cibernética como una teoría que estudia la pauta y la organización.

Se hace referencia a la cibernética de primer orden y se menciona brevemente la cibernética de segundo orden. Esta separación conceptual se realiza con objeto de marcar las principales características entre una y otra dentro de la Terapia Sistémica en diferentes niveles de análisis epistemológicos

Asimismo, se describen la escuela de Palo Alto, la escuela estratégica de Haley y la escuela clásica de Milán.

En dicha descripción se consideran los aspectos epistemológicos (conforme mapas semánticos y políticos) resaltando su teoría de formación de problemas y se presentan tres versiones de un caso clínico adaptado conforme los procedimientos y características de las escuelas mencionadas.

Este trabajo pretende ofrecer a aquellas personas interesadas en la Terapia Sistémica, un análisis de algunos de los enfoques más importantes dentro del amplio movimiento de la Terapia Sistémica. Nuestra intención no ha sido efectuar un estudio comparativo con otros enfoques, sino que hace referencia al enfoque sistémico con objeto de aportar ideas claras a los estudiantes y terapeutas que en ocasiones se ven sumidos en una gran confusión, ya que al desconocer su base epistemológica tienden a interpretarla únicamente, como un arsenal de técnicas.

Consideramos que un conocimiento de la teoría y la práctica clínica de dicho enfoque es un elemento necesario para formar terapeutas capaces de adaptarse con versatilidad a los diversos estilos terapéuticos que ofrece el enfoque sistémico.

INTRODUCCIÓN

En el ámbito clínico el no considerar aisladamente la conducta problemática, como se venía haciendo tradicionalmente, sino en relación con su contexto inmediato, donde se incluye la conducta de los miembros de la familia, significa una modificación epistemológica general, pasando de la búsqueda de cadenas lineales causa-efecto, a un punto de vista cibernético o sistémico donde la comprensión y explicación de cualquier segmento determinado de conducta se establece mediante su colocación en un sistema organizado de conducta más amplio (Fisch, Weaklan y Segal, 1984).

La Terapia Sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es generalmente la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera "portador" de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su conducta; en este sentido, la terapia realiza una labor preventiva, para que, una vez despojado el paciente de su síntoma, no haya otro miembro de la familia que lo "sustituya" generando a su vez otra conducta sintomática.

Cabe señalar que al emplear la frase Terapia Sistémica en esta investigación, se hará referencia a aquellos enfoques de los problemas humanos más estrechamente conectados con un examen formal de los sistemas humanos de relación, teniendo sus raíces teóricas en la Cibernética (Keeney, 1987).

Al respecto Bateson, (1976) menciona que cualquier individuo inmerso en un sistema, por ejemplo: el terapeuta, forma parte siempre de este sistema y está sujeto, por lo tanto a todas las limitaciones y necesidades propias de la particular relación entre la parte y el todo. El terapeuta forma parte del sistema tratado por él en lugar de ser un observador manipulador o comisionista de poder exterior al sistema. Con esto se conduce a un Proceso Sistémico en la que se funda el intercambio de información y se plantea cómo se comportan las personas y cómo se influyen mutuamente.

Es así como se llega a adoptar una concepción cibernética, entendida como una ciencia general de la pauta y la organización de sistemas de comunicación por referencia al abordaje que hace tanto del cambio como de la estabilidad.

Con esta postura se pretende modificar por completo los hábitos de acción dentro y fuera de la terapia; es decir, el objetivo de la cibernética es desarrollar una doble visión de la materia y la pauta, el cuerpo y la mente.

La cibernética de primer orden se caracterizó por hacer referencia a la metáfora de los "sistemas homeostáticos" en el estudio de los grupos familiares, con ello se considera importante modelo para la teoría del cambio familiar. La analogía de la máquina cibernética que siempre vuelve a un supuesto estado estacionario, fue una analogía convincente para las redundancias de la interacción observada en familias. También se le conoce como "Cibernética de los Sistemas Observados" (Keeney, 1987).

Como se podrá apreciar a lo largo de este trabajo, dicho modelo corresponde con el desarrollo de las escuelas del MRI, la estratégica de Haley y Milán clásico. Todas ellas serán referidas a su vez conforme los marcos semánticos y políticos propuestos por Keeney y Ross (1985), debido a que posibilitan realizar un examen general de la comunicación en terapia y la organización cibernética de la comunicación múltiple. Con esto se pretende alcanzar el objetivo de esta investigación el cual se refiere al estudio de los niveles epistemológicos, teóricos y clínicos de algunas escuelas del enfoque sistémico.

En el capítulo I se presenta de manera breve la Epistemología en su relación con el modelo filosófico conocido como Constructivismo pues en éste se plantea la relación entre conocimiento y realidad

También se abordan tanto la Epistemología Lineal como la Epistemología Recurrente y una vez distinguidas, se habla de Epistemología Cibernética donde se incluyen conceptos tales como Retroalimentación empleando ejemplos para una mayor comprensión. Dicho capítulo termina con el análisis de la Cibernética de primer orden especialmente, y con Cibernética de segundo orden a fin de establecer una diferencia.

En el capítulo II se analiza la forma en que cada escuela aborda el trabajo terapéutico en función de los marcos semánticos y políticos que presentan Keeney y Ross (1985) explicando cómo funcionan las complementariedades cibernéticas, esto es, cómo organiza la terapia cada escuela, abarcando su inicio y la secuencia que sigue hasta llegar el término de las sesiones.

Para una mayor comprensión del proceso cibernético de la terapia se presenta un ejemplo del proceso de intervención terapéutica de cada escuela explicando las técnicas utilizadas e intercalando su explicación teórica

Es importante resaltar que el caso clínico que se presenta para ejemplificar el manejo terapéutico de cada escuela (guiones) es el mismo, pero adaptado de una manera diferente de acuerdo al estilo que las caracteriza. Este aspecto enfatiza una de las principales características de este trabajo, ya que de esta manera se favorece la comprensión de las similitudes y/o diferencias de dichas escuelas en el campo clínico, no obstante de encontrarse ubicadas como escuelas representativas de la cibernética de primer orden.

Posteriormente, se presentará un análisis de los procesos terapéuticos de las escuelas presentadas, resaltando sus semejanzas y diferencias y finalmente una conclusión general.

CAPITULO 1. EPISTEMOLOGÍA.

Bateson en 1979 argumenta que "nosotros creamos el mundo que percibimos", no porque no exista una realidad fuera de nuestras cabezas, sino porque seleccionamos y remodelamos la realidad que vemos para conformarla a nuestras creencias acerca de la clase de mundo en el que vivimos. Para que una persona cambie sus percepciones básicas, las que determinan sus creencias (premisas epistemológicas), tiene que tomar primero conciencia de que la realidad no es necesariamente lo que él cree que es.

Al respecto, y refiriéndose al campo de la Terapia Familiar, Von Glasersfeld (1984) señala que la teoría del constructivismo se aplica en el cuadro que el terapeuta se forma de una determinada familia, así como en las perspectivas o (realidades) del mundo que constituyen las diversas familias. Las pautas de interacción adaptativas y no adaptativas de la familia están estrechamente ligadas a sus construcciones específicas de la realidad y por lo tanto, son modificables mediante intervenciones destinadas a reconstruir esta realidad.

El criterio clínico clásico para estimar el grado de salud o perturbación mental de una persona es, su "adaptación a la realidad". Pero con este criterio se da por sentado que existe una realidad verdadera, objetivamente captable. Bien se comprende que desde el momento en que el pensamiento constructivista rompe con la ortodoxia de esta concepción de la realidad, siguen consecuencias evidentes para la profesión y las instituciones que se consideran adecuadas para el diagnóstico y el tratamiento de la locura (Von Foerster, 1973).

En el constructivismo se señala que el sujeto que describe y el objeto descrito se interpenetran.

Si lo inventado y su inventor son en definitiva inseparables, entonces existe una dimensión de la experiencia en la cuál el principio y fin se unen paradójicamente para

formar una misma cosa, como lo representa siempre el antiquísimo símbolo del "Uróboro", la serpiente que se muerde la cola. Tal ejemplo se refiere al término recursión, el cual sugiere ideas, experiencias y sucesos sociales que hacen algo más que extenderse en el tiempo y en la forma lineal y progresiva (tema que más adelante se presentará). Cuando un proceso vuelve sobre sí mismo, hablamos de recursión y quizá la imagen del círculo no sea la mejor para pensar en ésta porque en realidad no nos estamos refiriendo a un retorno hacia un momento inicial en el tiempo, cada vuelta recursiva implica un diferente comienzo, aunque en lo tocante a la pauta de organización no sea más que un reciclaje.

En Terapia Familiar Sistémica lo que debe tenerse en cuenta es la continua recursividad en todos los circuitos, en los sistemas complejos. Por ejemplo, no es válido decir que los padres están "aprovechando" los problemas del niño para mantenerse unidos o que el niño problema es el consuelo básico de la madre (Hoffman, 1981).

Por tal motivo, el estudio de la epistemología es de vital importancia para todo tema que implique el conocimiento de la cognición humana, ya que sin las bases epistemológicas necesarias en la actividad terapéutica, se llevarían a cabo únicamente, un arsenal de técnicas.

Hoffman, (1981) señala que la epistemología fue de intensa preocupación para Bateson, pues significa las leyes de las cuales todos los seres humanos se valen para dar sentido al mundo.

El mundo puede discernirse de infinitas maneras, según las distinciones que se establezcan entendiéndose con esto, que el acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia. Sólo al distinguir una pauta de otra se es capaz de conocer el mundo (Keeney, 1987).

Es decir, al hacer una distinción, se lleva a cabo una puntuación la cual, a su vez, está relacionada con la experiencia personal ya que es un método para identificar la epistemología de un individuo.

De esta manera, a lo largo de la Historia de la psicología clínica han predominado ciertos modelos explicativos, que agrupan diferentes posturas teóricas y analogías con marcadas similitudes en cuanto a sus postulados generales de la conducta humana y a la vez los diferentes modelos han servido para la formulación de otros. Sin embargo, cabe resaltar que las diferentes tentativas por comprender la conducta humana (y los problemas psicológicos humanos) suministran modelos parciales de un cuadro total, e imposible de conocer totalmente, y como tales deben ser identificados.

Con el fin de mostrar al lector un panorama lo más claramente posible respecto a la epistemología, se hará lo que Hoffman,(1981) llama "tajadas de la ecología" separando únicamente para su estudio, las dos concepciones, que son necesarias considerar para el abordaje del objetivo de este trabajo: linealidad y recursividad.

La linealidad se ocupa de las combinaciones entre elementos aislados. Bateson (1979) utilizó "el término" lineal para referirse a una secuencia de ideas, causa, argumentos o proporciones que no vuelven, cerrando el círculo al punto de partida. Por un lado, representa principalmente entre otras a la nosología psiquiátrica y al modelo médico clásico de psicopatología en la cual, los terapeutas entienden que su labor consiste en tratar de corregir, los elementos "malos", "enfermos" o "locos" de sus clientes y operan con una epistemología lineal, ejemplos dramáticos de este enfoque son los métodos bioquímicos y quirúrgicos en la terapia (Keeney, 1987).

Tanto el modelo psicodinámico como el médico consideran el mal sintomático como una malfunción debida a causas biológicas o fisiológicas, o a un acontecimiento reprimido del pasado. En ambos modelos, el individuo es el locus de la malfunción y la etiología está conectada con una imperfección de sus genes, bioquímica o desarrollo intrapsíquico (Hoffman, 1981).

El punto de vista tradicional (lineal), como ya se mencionó sostiene que el terapeuta trata al cliente mediante una cierta intervención. Sin embargo, puede ser útil

para el terapeuta imaginar que el comportamiento del cliente es una intervención destinada a provocarlo.

Por otro lado, la recurrencia (sistémica, ecológica ó cibernética) pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales. Es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto. Esta alternativa es la que pone de manifiesto a aquellos terapeutas que entienden que su relación con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución (Keeney, 1987).

Según esto, cabría concebir la situación terapéutica como organizada de una manera más compleja: en tal caso, y como se presuponen, en la cibernética actual, las conductas de terapeuta y cliente son intervenciones destinadas a alterar, modificar, transformar o cambiar la conducta del otro de un modo que resuelva el problema de éste. Dicho de otro modo, no sólo el terapeuta "trata" a los clientes, sino que al mismo tiempo los clientes "tratan" a los terapeutas.

Este encuadre considera que las conductas de cliente y terapeuta están circular o recursivamente conectadas. En una organización tal de los sucesos, toda conducta es a la vez una causa y un efecto (o una intervención y un problema) respecto de todas las demás que acontecen en ese contexto.

Se pone gran énfasis en que los terapeutas y sus clientes no conforman su realidad de manera lineal, sino que hay una pauta más amplia de recursión a la vez que los terapeutas y sus clientes trazan distinciones mutuamente, también traza distinciones el sistema ecológico del cual forman parte.

Por su parte, Dell argumenta que mientras se esté consciente de que siempre se está operando en el contexto de una red autorrecurrente, no importa que concepción o qué teoría se adopte. "Lo que importa es nuestra conciencia de que nosotros y la teoría escogidas por nosotros participa de manera autorrecurrente en el flujo naciente y emotivo de los acontecimientos" (Hoffman, 1981).

Keeney (1987), señala que algunos terapeutas afirman seguir una concepción distinta de la lineal por el hecho de que tratan familias enteras utilizan la "paradoja terapéutica", o funcionan con un "equipo sistémico", o piensan en términos de metáforas ecológicas" o implican una "concepción interaccional". Sin embargo, por sí solas estas acciones no están forzosamente conectadas con una recurrencia.

No debe considerarse esta distinción como una dicotomía del tipo "o bien...o bien..." sino como una pauta complementaria. Es imposible ser o bien lineal o bien recursivo: se entretienen.

En la terapia, un terapeuta puede resolver trabajar dentro del marco lineal o recurrente, esta decisión lo llevará a construir, preservar y experimentar una determinada concepción del mundo. Sin embargo, en la medida que los terapeutas lineales y progresivos experimentan mundos diferentes, el "mundo de la transición" es confuso, hallarse en transición, implica desplazarse hacia la visión de un mundo que es imposible captar dentro del mundo al que se está habituado. El nombre apropiado para designar este paradigma alternativo es la "cibernética" (Keeney, 1987).

1.1. Epistemología Cibernética

Como ya se señaló, la Cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objeto, fuerza y energías. En la cibernética cualquier idea es "real" (Keeney, 1987).

Keeney y Ross (1985), definen cibernética como el estudio de una particular complementariedad recursiva que atañe a la interrelación de estabilidad y cambio. En consecuencia, los sistemas cibernéticos son pautas de organización que mantienen estabilidad por medio de procesos de cambio.

La cibernética lleva a reconocer cómo construyen y mantienen las personas sus hábitos de cognición, es decir, la forma en que se percibe, actúa y piensa (Keeney, 1987).

Los terapeutas que adoptan esta concepción prefieren hablar el lenguaje del cliente, su particular modalidad de comunicación sintomática, pues siempre marca el

rumbo del cambio terapéutico. En cierto sentido, todo lo que hace el terapeuta es suministrar un contexto dentro del cual el cliente puede utilizar sus propios recursos para lograr el cambio o los cambios necesarios.

Hablar de Cibernética hace referencia a un paradigma nuevo, una teoría globalizadora que incluye las máquinas y los organismos, y que evidentemente debía incorporar las ideas de la información, control y retroalimentación (Keeney 1987)

Por tanto, la idea básica de la cibernética es la de "retroalimentación" que Wiener (1954-1967) definió como el método para controlar un sistema reintroviéndole los resultados de su desempeño en el pasado. La realimentación es un método que permite estabilizar un sistema por la vía de reciclar en un interior los cambios de ejecución pasada (Keeney, 1987).

Dicho de otro modo, toda regulación, simple o compleja, así como todo aprendizaje implican retroalimentación. Los contextos del cambio y del aprendizaje están principalmente destinados a establecer o modificar la retroalimentación. Para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado retroalimentación positiva.

El mantenimiento de un intervalo de fluctuación constituye un proceso en el cual la retroalimentación lleva una dirección inversa a la del cambio inicial que la produjo, este proceso denominado retroalimentación negativa, no es más que una sucesión circular de acontecimientos causales, con un eslabón en cierto lugar de esa cadena en virtud del cual cuanto mayor cantidad de determinada cosa haya en el circuito, menor cantidad habrá de la siguiente.

Con objeto de ilustrar lo anterior se presentan algunos ejemplos.

Cuanto más se exceda la velocidad de un automóvil del límite permitido (retroalimentación positiva), sobre todo en presencia de un patrullero policial (retroalimentación negativa), menos probable es que el pie del conductor presione el acelerador.

Dentro de una familia, una pelea entre dos miembros puede intensificarse (retroalimentación positiva), hasta alcanzar un umbral máximo intolerable; este último es a veces regulado o definido, por la conducta de otro miembro que determina la pelea (retroalimentación negativa), por ejemplo: un hermano y una hermana pueden discutir entre sí hasta que el perro de la familia empieza a ladrar, la conducta del perro distrae a los hermanos que se le aproximan y empiezan a jugar con él.

La cibernética sugiere que puede entenderse todo cambio como el empeño por mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio.

Para analizar de qué manera los procesos de cambio llevan a la estabilidad se emplea el término "homeostasis". Esto, no significa algo fijo e inmóvil, un estancamiento. Implica un estado; un estado que puede variar pero que es relativamente constante.

Las familias constituyen climas perpetuos de cambio, donde cada individuo altera su conducta en un torbellino de permutaciones interaccionales (Keeney, 1987).

Como se ve, hay diferentes pautas para la ampliación de la desviación. En un sistema cibernético ésta puede ampliarse en una sola dirección, o bien en un intervalo de oscilaciones cada vez más vastas.

En general para la supervivencia y co-evolución de cualquier ecología de sistemas, los procesos de retroalimentación deben corporizarse en una jerarquía recursiva de circuitos de control.

De acuerdo con el teórico de sistemas Ross Ashby (Hoffman, 1981) presenta un modelo en dos niveles para el cambio. Los sistemas vivos, no sólo son capaces de variar sus comportamientos en respuesta a variaciones menores en el campo sino que a menudo son capaces de cambiar "el medio" para la gama de comportamientos siempre que el campo presente una perturbación insólitamente grave. Este tipo de retroalimentación "bimodal" es útil, dice Ashby, porque capacita a la entidad u

organismo a sobrevivir a las fluctuaciones de un día para otro y los cambios más radicales.

Maruyama (Hoffman, 1981), describe, que un proceso que amplifica la desviación podrá cambiar, en ciertos periodos, hacia un proceso que contrarreste la desviación. Vemos aquí un cambio hacia una creciente diferenciación que en cierto punto pierde su naturaleza un tanto caprichosa y se estabiliza

Pero también es posible que un proceso amplificador de la desviación cause un salto hacia un estado nuevo y más complejo.

Cualquier retroalimentación puede tener simultáneamente efectos que amplifiquen la desviación o que la contrarresten.

1.2. Epistemología Clínica.

La tarea del epistemólogo es identificar la manera en que un determinado sistema específica y mantiene ciertas formas de demarcación, esta tarea incluye también dilucidar cómo llega el epistemólogo a conocer el modo de conocer del otro sistema. Este elemento autorreferencial genera recursión. Supóngase que para empezar uno pregunta "¿cómo sabemos que una terapia es eficaz? y luego ¿cómo sabemos que sabemos que una terapia es eficaz? y luego: ¿cómo sabemos que sabemos...?". En este proceso, cada rubro del conocer se vuelve objeto de un orden de indagación superior. Así los sondeos epistemológicos son el objeto de su propia indagación (Keeney, 1987).

El terapeuta sólo puede comprender la experiencia de un individuo observando de qué manera es puntuado su contexto social. Dado que el individuo o la familia acuden al consultorio con hábitos de puntuación ya arraigados, el terapeuta debe contar con un método para puntuar su puntuación (o con una epistemología sobre su epistemología).

Esta nueva disciplina indaga la manera en que los clientes y terapeutas adquieren su particular forma de conocer el mundo. Se trata de una epistemología referida a la forma en que los demás llegan a puntuar y a conocer su mundo.

“El punto de partida de la epistemología es, entonces, el observador que establece distinciones a fin de observar, y que lo que el observador observa puede ser descrito”(Keeney, 1987. p.37). Se establecen distinciones a fin de descubrir lo que se observa, la operación recursiva de establecer distinciones en las distinciones vuelve a apuntar hacia el mundo de la cibernética, donde la acción y la percepción, la descripción y la prescripción, la representación y la construcción están entrelazadas.

1.3. Cibernética de Primer Orden.

En los comienzos de la cibernética, la Ingeniería Cibernética se limitaba a examinar la relación entre lo que entraba en un sistema -la entrada o insumo (input)- y lo que salía de él - salida o producto (output) - Dicha relación es cibernética cuando la salida actúa de tal modo sobre la entrada que modifica las salidas futuras; en ella, el observador se mantiene fuera del fenómeno observado, suele dar origen a la suposición de que aquél es capaz de manipular o controlar unilateralmente el sistema que está observando. Esta perspectiva es importante para quien tiene la responsabilidad de manejar un cierto sistema.

Esta perspectiva, por más que sea incompleta en un orden superior al del proceso recursivo, permite discernir las pautas que mantiene el comportamiento problemático del paciente y orientar su propia conducta en forma estratégica.

Tanto los síntomas como las intervenciones terapéuticas son “entradas”. Esta concepción es muy útil para diseñar una estrategia terapéutica, en tal caso, el terapeuta se asemeja a un ingeniero de control que se ocupa de “ajustar”. “recalibrar” ó “cambiar la organización estructural” de las familias que acuden a un tratamiento, merced a un diseño que persigue una finalidad explícita.

El terapeuta interviene de manera deliberada y efectiva, realiza una revisión de información, diseña una meta para el tratamiento y formula una estrategia para alcanzarla.

Una vez que se ha formulado el objetivo del tratamiento, el terapeuta necesitará unas pautas que le servirán para lograrlo es decir, una táctica, en la intervención describe sugerencias, tareas y actitudes que puede utilizar para solucionar el problema y para conservar la ventaja táctica durante el tratamiento .

Se considera que en la mayoría de los casos los pacientes obstaculizan el esfuerzo terapéutico, debido a su angustia o al temor de que el problema llegue a empeorar. En consecuencia , es pertinente tener la libertad de actuar en la forma que se considere más adecuada o ser capaz de poner en práctica lo que se juzgue más apropiado para la mejoría del cliente en el transcurso del tratamiento

El terapeuta puede parecer frío y calculador al hablar de controlar el proceso del tratamiento pero se cree que resulta evidente que el cliente no se halla en posición de saber cual es la mejor forma de enfocar su problema. Como consecuencia casi todas las terapias apelan a tácticas que conceden al terapeuta el adecuado control del curso del tratamiento.

La cibernética de primer orden ha dado lugar a muchas contribuciones importantes para la pragmática de la terapia. No obstante, la limitación de esta concepción pragmática es que pasa por alto al observador o terapeuta como parte del sistema observado y tratado; además, puede soslayar en el contexto de la terapia las órdenes más complejas del proceso, que a veces se denominan "inconscientes".

Lo curioso del enfoque pragmático descontextualizado es que no sólo pone a la familia dentro de una caja, sino también circunscribe al terapeuta como parte de otra caja negra.

Por tanto, la cibernética de primer orden se refiere a los sistemas observados, en la que el observador es, por así decir, una cámara que registra lo que ocurre afuera, sin rendir cuenta de su propia participación en el proceso de observación (Sluzki 1987).

1.4. Cibernética de Segundo Orden.

Escuchar lo que un terapeuta de familia asevera percibir en la terapia dice más acerca del terapeuta (el observador) que acerca de la familia (lo observado), o por lo menos dice tanto sobre el terapeuta como sobre la familia. Este desplazamiento de perspectiva es lo que el cibernético Von Foerster (1990) llama paso de la insistencia en sistemas observados a la insistencia en sistemas observadores, es decir el paso de la cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden.

A veces es una ventaja ignorar la propia participación del terapeuta en lo que se observa y trata. Pero si llegado el caso un terapeuta decide poner en entredicho sus acciones dentro de un sistema, puede pasar a observar su participación en la construcción de lo que observa. En este orden de observación está difuminado el distingo entre él mismo y el sistema al que trata. Tiene siempre la posibilidad de ignorar por un momento su participación en la construcción de lo observado, y volver a verse como un "extraño". El paso de ser un observador de sistemas a ser un observador de uno mismo como observador de sistemas constituye en efecto la diferencia entre cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden (Keeney y Ross, 1985).

El observador es parte de (necesariamente afecta) lo observado y toda descripción acerca de quien genera esa descripción (Sluzki, 1987). Ambos forman parte de un campo más extenso, actúan y reaccionan uno sobre otro de manera impredecible.

La actividad terapéutica puede ser descrita como una actividad dialógica -es decir, como un diálogo (más que como una actividad interventiva de un agente sobre un sujeto individual o colectivo), en la que de manera activa el terapeuta busca insertarse en una visión del mundo aportada por la familia, para generar propuestas de puntos de vista alternativos y/o de nuevas connotaciones, con las que el colectivo

familia y terapeuta desarrolla nuevas perspectivas que no traen consigo comportamientos sintomáticos o problemáticos..

Por lo tanto, ya no es posible creer que el terapeuta "causa un efecto" sobre el cliente o la familia, por medio de su personalidad, su habilidad o técnica. El terapeuta no es un agente y el cliente no es un sujeto. Ambos forman parte de un campo más extenso en que terapeuta, y familia actúan y reaccionan unos sobre otros de manera impredecible, porque cada acción y reacción cambia continuamente la naturaleza en que residen los elementos de este nuevo sistema terapéutico (Hoffman, 1981).

Von Foerster apunta que en un comienzo la cibernética desarrolló la epistemología que permitió comprender y simular los procesos reguladores de primer orden en el animal y la máquina, en la actualidad ofrece un marco conceptual de suficiente riqueza como para abordar con éxito procesos de segundo orden (por ejemplo: la cognición, la interacción sociocultural y el diálogo) (Keeney, 1987).

Golann, (1987) sostiene que el cambio de lo observado para observar sistemas ha surgido de la descripción representativa de la interacción familiar. En terapia familiar, el énfasis ha cambiado para los sistemas observados así la aguda distinción entre observador y observado. Con este cambio el énfasis ha sido propuesto en que observación y descripción provee más información acerca del observador que la realiza estando dentro del sistema observado.

En la cibernética de primer y segundo orden, se pueden observar características que las distinguen en lo que se refiere a la actividad en el trabajo clínico, como es la directividad de la terapia en una y la no "manipulación" del terapeuta en la otra. Siendo éste el tema que se abordará en el capítulo dos. Es necesario aclarar que se describirá de manera general la intervención terapéutica de las escuelas del MRI, HALEY, y MILÁN clásico en el campo de la cibernética de primer orden. Para los casos clínicos, no obstante que el análisis de los mapas semánticos y políticos, implicarán indirectamente un análisis de segundo orden.

En otras palabras, dichas escuelas son consideradas dentro del campo de la cibernética de primer orden debido a la directividad que se asume en el proceso terapéutico (y que se evidencia en la postura del terapeuta de estas escuelas).

Sin embargo, el análisis que se detallará en el siguiente capítulo implicará un nivel de segundo orden respecto a la postura desde la cuál las autoras de este trabajo describirán la construcción del proceso terapéutico, (postura epistemológica-teoría-manejo terapéutico).

CAPITULO 2 NIVEL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Con el fin de presentar un análisis de las Escuelas de Palo Alto, la Estratégica de Haley y Milán clásico, en este apartado se emplearán conceptos aplicados a las escuelas representativas de el Enfoque Sistémico hasta los ochenta. Para ello se utilizará el lenguaje propuesto por Keeney y Ross (1985) respecto a los marcos semánticos y políticos de referencia ya que procuran un abordaje general para el examen de la comunicación en terapia y la organización cibernética de la comunicación múltiple.

Al respecto, según dichos autores el marco de referencia semántico atiende a la comunicación en función de significado y un marco político de referencia examina la comunicación por sus consecuencias en orden a la organización.

Desde esta perspectiva de análisis, por ejemplo: si un terapeuta pide a un cliente explicar por qué tiene un problema, está inquiriendo en un marco semántico; pero si el terapeuta pide en cambio a su cliente describir que sucede de hecho, lo que propone es un marco político de referencia. Todos los terapeutas hacen preguntas que entretengan marcos semánticos y políticos de referencia.

Esta distinción entre estos dos marcos se relaciona con una variedad de estilos y prácticas terapéuticas alternativas, ya que destaca dos maneras de considerar la comunicación humana.

Las diversas Terapias Familiares Sistémicas obedecen a pautas en que los marcos políticos y semánticos se entretengan, y por ese camino constituyen realidades terapéuticas. De ahí la gran importancia de estos marcos que dan como base la descripción de las tres escuelas descritas.

Se utilizan marcos semánticos y políticos como elementos básicos para la construcción de realidades alternativas que conduzcan a un cambio más adaptativo; el cual según Bateson (1979) se refiere al cambio que establecen un mejor ajuste entre un sistema y su ambiente.

El terapeuta debe partir de dichos marcos que los clientes presentan. La tarea de la terapia radica en organizar esos mismos elementos básicos de un modo distinto;

y el resultado que se busca es que los pacientes construyan significados y pautas políticas más adaptativas (Keeney y Silverstein, 1988).

Cabe señalar que en la terapia sistémica el encuadre semántico de lo que previamente se denominaba "conducta problemática" como una conducta que brinda una solución para la familia suele provocar un cambio en la política de esta última. El cambio político subsiguiente en la organización familiar puede llegar a establecer distintos marcos semánticos que, a su turno, prescriben otras pautas políticas con la semántica, aquí surge la recursión: cada marco surge a partir del otro.

Las estrategias que se abordarán presentan tres distingos principales que se han utilizado para organizar terapias sistémicas (Keeney y Ross, 1985).

1) un foco interaccional sobre solución de problema (para la escuela de Palo Alto).

2) un foco sobre relaciones sociales triádicas (para la escuela estratégica de Haley).

3) un foco que va dirigido al significado contextual (para la escuela clásica de Milán).

Por último, en este apartado es importante mencionar que el caso clínico que se presenta para ejemplificar el manejo terapéutico de cada escuela, fue tomado de un caso presentado por Haley, esta entrevista es tomada de manera textual, ver pag: 51 (1976), la cual es adaptada a cada escuela considerando el estilo que caracteriza a cada una de ellas. Por ejemplo: Palo Alto hace referencia a las soluciones intentadas para resolver el problema, la escuela Estratégica resalta las relaciones sociales triádicas y la escuela de Milán destaca la llamada telefónica por medio de la cual se empieza a hipotetizar el problema.

Este caso clínico representa a la familia Gómez que se encuentra conformada por la madre, una hija de 20 años (.con dos hijos pequeños) y un muchacho de 10 años. Además dos hijas de mas edad que vivían fuera del hogar. La madre esta separada de su marido desde hace varios años, y la familia recibía asistencia de instituciones de seguridad social.

La familia acude a terapia porque el niño de 10 años (llamado Jorge), se masturba desde hace cinco años. Se masturba en la escuela, en la sala de la casa y en presencia de miembros de la familia. Es tan severa su masturbación, según testimonios de la madre que se hacía agujeros en la entrepierna de los pantalones y en una ocasión debió ser hospitalizado por tener sangre en la orina y aún después de un año y medio de terapia infantil, no se produjo mejoría en los síntomas.

Aparte se presentan a la sesión la madre, Jorge y un nieto de la señora más chico que Jorge.

2.1 Escuela de Palo Alto.

La escuela de Palo Alto, fue elaborada en gran parte en el Centro de Terapia Breve, del Instituto de Investigación Mental (MRI) de Palo Alto, California. Se trata de un enfoque creado en el año de 1959. (Ochoa de Alda., 1985).

Palo Alto considera que debido a la imposibilidad de acceder a las percepciones de las personas, la terapia ha de operar con las interacciones, con las conductas observables que se producen entre los individuos que viven dentro de contextos organizados como la familia, la escuela, el trabajo, etc.

Se refiere al funcionamiento familiar en torno a reglas que son los principales reguladores de la vida de cada familia y que la disfunción emerge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando desorganización del grupo.

El síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia, al que se denomina "dificultad" la cual precisa de un nuevo enfoque (Watzlawick, 1974).

Se presupone que alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática, produciéndose así el cambio terapéutico. La secuencia está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenido por ellos.

1. Interacción para la Solución de Problema.

Esta estrategia terapéutica comienza prescribiendo distinguos que permitan al terapeuta individualizar: 1) el problema, 2) la historia de las soluciones que para él se

intentaron, 3) el marco de referencia que el cliente emplea para considerar y conceptualizar sus problemas y soluciones.

Con palabras de Fisch, et al., (1984). la terapia se concentra en el cambio mínimo requerido para resolver el problema-queja y no se propone reestructurar toda una familia.

Después de la exposición del problema-queja se empieza a percibir cómo se construyen las complementariedades recursivas. En la labor de Palo Alto la primera complementariedad recursiva es la que media entre conducta problema y conducta de solución de problema. Según Watzlawick (1974) así los problemas se conceptualizan como la mitad de una complementariedad recursiva más amplia, que necesariamente incluye las soluciones. El problema nace de los intentos de resolverlo, al mismo tiempo que las soluciones intentadas nacen de vivencias del problema.

La otra complementariedad construida por Watzlawick, Weackland y Fisch (1974), atañe al nexo entre conducta y cognición. En ésta se utiliza el término marco para referirse al modo en que se percibe, se conceptualiza y se vivencia una situación.

La Terapia de Palo Alto, entonces, procura construir dos complementariedades recursivas. La primera es la que media entre conducta problema e intentos conductuales por resolver el problema. La segunda atañe el distingo de orden superior entre conducta y marco cognitivo de la conducta, o entre lo que Bateson llamó genéricamente acción simple y puntuación de un contexto. De acuerdo a estas complementariedades recursivas se logra organizar pautas de intervención sistémica (Keeney y Ross, 1985).

Por referencia a los marcos semánticos y políticos, la estrategia que proponen para la organización de la terapia incluye la siguiente secuencia: 1) construir un marco semántico (S1) que defina conductualmente el problema-queja por elaborar, y que especifique la meta de la terapia por referencia a la modificación del problema. 2) construir un marco político (P1) que defina todas las soluciones intentadas (por el cliente o por otras personas). 3) construir un marco semántico (S2) que defina la manera en que el cliente imparte significado a su situación problemática.

Lo anterior se esquematiza como sigue:

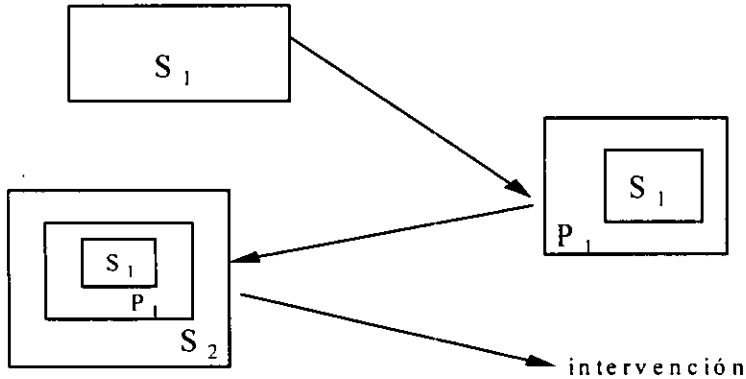


Figura 1
Marcos de Referencia de la Escuela del MRI.
Keeney y Ross, 1988: pag.: 94

Si una familia presenta a una hija con problemas escolares, el primer marco semántico llevará a obtener una formulación exacta de lo que se entiende por "problemas escolares". Entonces se construirá para la familia un específico foco conductual. El terapeuta después pasará a considerar el marco político que especifique todas las personas que han participado en los intentos de solucionar el problema-queja. Se esbozarán los intentos de maestros, amigos, padres, y por último, se evaluará la manera en que la familia discute el problema escolar del hijo a fin de determinar cómo sus miembros imparten significado a lo que ocurre. La elección misma de los términos con que definen su problema (por ejemplo "problema escolar") es indicio de su manera de ver la situación.

La terapia de Palo Alto, se pone en marcha con la construcción de estos distinguos y marcos de referencia. En general, el comienzo de cualquier terapia fija, las orientaciones para los distinguos que se emplearán en su organización.

En ocasiones esto incluye las cuestiones que se tocarán y las que dejarán de lado. Al comienzo de una terapia de Palo Alto, se consideran problemas y soluciones intentadas, y se los especifica en función de conducta. Todas las demás cuestiones e informaciones se definen como no pertinentes y distractores. Por eso el arte de conducir la terapia en este estadio incluye bloquear distinguos inapropiados y traer a la luz los pertinentes. Así se elabora un particular tipo de abordaje terapéutico.

Cuando se ha reunido suficiente información, el terapeuta "diagnóstica" la indole del problema y pasa a diseñar, una estrategia de tratamiento. Desde esta perspectiva, los distinguos y los marcos de referencia iniciales, que se expusieron para el comienzo de una terapia del MRI, se pueden considerar una etapa evaluatoria.

Dicha etapa comienza pidiendo una definición acerca del paciente, puesto que algunas veces las personas se definen a sí mismos como pacientes y otras definen a otros miembros de la familia como el paciente por el que se acude a terapia (Keeney y Ross, 1985).

De acuerdo con esta escuela existe una relación entre Problema / Solución.

Un problema (o con más precisión una queja) suele implicar los siguientes rasgos: 1) la preocupación manifestada por un cliente acerca de determinada conducta propia o de otra persona con la que se halla significativamente comprometido, porque dicha conducta es considerada como apreciablemente desviada de la norma explícita o implícita, como real o potencialmente molesta o dañina para la conducta o para los demás, y porque se han hecho esfuerzos para modificar esa conducta, pero no han tenido éxito, 2) en consecuencia, el cliente busca ayuda de tipo profesional (Fisch, et al., 1984).

El énfasis en la forma en que perduran los problemas está íntimamente vinculado con dos aspectos de perspectiva básica: 1) se considera que los problemas son fundamentalmente cuestiones de conducta. En consecuencia, para que exista un problema tiene que darse de forma continuada o repetida; el problema consiste en algo que se hace, no en algo que se es. 2) Esta conducta ha de ser continuada, a pesar de los esfuerzos que se hagan para que desaparezca, el esfuerzo a menudo lo realiza el

mismo sujeto que lleva a cabo dicha conducta. Este es el motivo por el que se considera que la perspectiva de un problema constituye el tema central que hay que entender y afrontar, cualquiera que sea la forma en que se haya iniciado.

Se considera que la perspectiva (y por consiguiente, la existencia efectiva) de los problemas se basa en un círculo vicioso de refuerzo mutuo entre la conducta problemática, por una parte, y en los intentos de solución, por otra.

En la terapia de Palo Alto por lo general no se consideran muy importantes la historia de los problemas, pero si resulta útil disponer de alguna información acerca del tiempo que se lleva afectado por el problema.

2. Problemas/Intervenciones.

Watzlawick (1979) señala que la más dudosa manera de engañarse a sí mismo es creer que sólo existe una realidad; que se dan, de hecho, innumerables versiones de la realidad que pueden ser muy opuestas entre sí, y que todas ellas son el resultado de la comunicación, y no el reflejo de verdades enteras y objetivas.

Por ello, el aferrarse tercamente a unas soluciones que alguna vez fueron eficaces o quizás las únicas posibles; tienen como objetivo la necesidad vital de adaptarse y esto conduce inevitablemente a la formación de unos modelos de conducta que tienen como objetivo conseguir una supervivencia. Ello acarrea: primero, que con el paso del tiempo la adaptación deja de ser la mejor posible, y segundo, que junto a ella siempre hubo toda una serie de soluciones distintas, al menos ahora las hay. Esto tiene dos consecuencias: primero, convierte la solución intentada en progresivamente más ineficaz y la situación en progresivamente más difícil; y segundo no haber hecho bastante para la solución del mal, es decir, se aplica más cantidad de la misma "solución" y se cosecha precisamente más cantidad de la misma miseria (Watzlawick, 1990).

En esta situación el terapeuta necesita pensar en términos más concretos, puesto que ha de recomendar o sugerir algo al cliente. Aunque la solución de un problema exija el abandono de la solución ensayada por el paciente, éste no puede

limitarse a dejar de hacer algo, sin hacer otra cosa en cambio. El terapeuta tiene que hacer algo frente al interrogante " Cual de estas acciones será más eficaz par impedir la anterior solución ?". En los problemas personales, es decir, cuando el cliente se queja de una dolencia que le afecta a él mismo, resulta más fácil de formular un centro de atención estratégico. Es probable que las soluciones ensayadas sean menos variadas que en los problemas interpersonales, también es probable que sean repetitivas y, en ocasiones, ritualistas.

El terapeuta puede conseguir un impacto estratégico al solicitarle al paciente que haga lo que en apariencia no es más que una pequeña alteración en el manejo del problema. Tal pequeña alteración se acepta fácilmente porque es vista como un cambio secundario, y también porque se integra con facilidad a las prácticas cotidianas.

El terapeuta ha de planear sus intervenciones concretas calculando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, qué acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, qué acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina propia del cliente, y qué persona o personas desempeñan un papel más estratégico para la persistencia del problema.

En este enfoque terapéutico, el objetivo general es la solución de la dolencia del cliente. Hay que vincular íntimamente los procedimientos que adopte el terapeuta y el objetivo del tratamiento.

En esencia, la tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia, como es de suponer, en esta perspectiva cualquier problema es potencialmente resuelto, si se evita la falsa solución que le ha permitido perdurar.

Más aún, siempre existe la posibilidad de que al interrumpir el ciclo conservador del problema y al iniciarse una reacción más adecuada ante la conducta problemática, de comienzo un ciclo positivo o virtuoso.

El terapeuta sólo necesitará iniciar el cambio positivo, y no habrá de permanecer activamente comprometido hasta que se hayan solucionado todas las dificultades existentes.

El núcleo del abordaje del MRI es siempre un retorno a la intelección básica de la cibernética. En cibernética los errores son aprovechables: proveen de una información que puede determinar una diferencia en lo que a continuación se haga.

Si una situación cualquiera, incluidas las llamadas soluciones aparecen conectadas con otras acciones, se puede construir una perspectiva de interacción. Desde este punto de vista no existen problemas o soluciones como tales. Sólo existe pautas de interacción que las personas en ocasiones eligen descomponer en piezas llamadas problemas, soluciones, terapia.

Como quiera que fuere, estas puntuaciones son reales para las personas que las experimentan, y en consecuencia se las tiene que comunicar en esos términos.

La concepción del MRI proporciona un método eficaz para abordar estas puntuaciones, a saber, recordando que las soluciones, lo mismo que los problemas, puede ser un problema (así como los problemas, no menos que las soluciones, pueden ser una solución). Estas visiones dobles, especificadas como pautas de interacción nos lleva una vez más, a construir una terapia del MRI (Keeney y Ross, 1985).

3. Procedimiento Terapéutico.

En la terapia se maneja una serie de estrategias cuya característica principal es ayudar a las familias y sus integrantes a mantener un equilibrio en su sistema familiar.

Desde la perspectiva de la teoría del cambio, la búsqueda del origen, persistencia y solución del problema, se encuentra determinada por la naturaleza de la relación entre los miembros involucrados en el problema.

Son los patrones de interacción familiar factores importantes para mantener el síntoma, queja o problema.

Se entiende por patrón una pauta de interacción repetitiva que se puede establecer con los demás o con uno mismo (Minuchin y Fishman, 1981).

Si son los patrones de interacción factores determinantes para mantener el problema, se sugiere intervenir sobre dichos patrones para lograr el cambio esperado. Las estrategias: 1) reestructuración, 2) más de lo mismo, 2a) menos de lo mismo, 3) partir de lo que el usuario aporta, 4) dar un giro estratégico, 5) romper patrones, 6) buscar el cambio paso a paso y 7) agudizar contradicciones, son de gran utilidad para cumplir con este objetivo.

1.- Reestructuración.- Significa cambiar el propio marco conceptual o emocional en el cual se experimenta una situación y colocarla dentro de otra estructura que aborde los hechos igualmente bien o mejor. Lo que cambia con la reestructuración es el sentido o significado atribuido a la situación y no los hechos en sí. Es particularmente importante que la reestructuración sea en términos positivos, es decir, connota positivamente el síntoma. Por ejemplo, se podría decir al insomne que, que con fines de "diagnostico" permanezca despierto toda la noche y que con su gran sensibilidad perciba con precisión cómo es su padecimiento, que note cuáles son los pensamientos y sensaciones que lo mantienen despierto. Es importante que la reestructuración se haga utilizando el marco de creencias y el lenguaje del paciente. No es sorprendente, en el caso del insomne, que una vez que se intervino sobre sus intentos por solucionar el insomnio, éste desaparezca. (Fisch, et al., 1984).

2.- Más de lo mismo o la solución es el problema.- Una de las piedras angulares de este modelo es la premisa "más de lo mismo". Esta se refiere a que los intentos de solución del paciente o la gente que quiere ayudarlo se convierten en los patrones de interacción que mantienen el problema. Un ejemplo, "le pego y le pego y no entiendo". Así, la solución se convierte en el problema, y en cada intento de solución fallido, las personas insisten en someter con más fuerza en la misma dirección sin considerar la posibilidad de cambiar de dirección.

2a.- Menos de lo mismo.- Palo Alto postula que con frecuencia el problema resulta de una "solución" basada para un pseudoproblema, o en lo que es lo mismo, que la "solución es el problema", a través del uso inadecuado de "más de lo mismo" (es decir, más de la "solución" equivocada).

El terapeuta busca la manera de que los usuarios dejen de aplicar la "solución" que formó y mantiene el problema. En este sentido lo fundamental es el logro del compromiso para que los usuarios sigan las prescripciones que van encaminadas a "dejar de hacer" lo que provoca el problema, sintiendo a la vez que están "haciendo algo" para la solución (Fernández, 1984).

3.- Partir de lo que el usuario aporta.- El terapeuta puede aprovechar las manifestaciones del problema, esto es, los "síntomas" ,preocupaciones, temores, frustraciones, etc., para que cambiándolas de rumbo movilicen el cambio favorable al usuario del mismo modo la resistencia al cambio puede ser dirigida para el logro del cambio.

Tal cambio es más factible si se parte hacia lo que es importante para el paciente, si se remite al uso de su propia terminología e intentando visualizar el problema desde su perspectiva, el cambio de dirección es más factible que si nos enfrentamos a la visión del paciente e intentamos poner otro punto de vista.

4.- Dar un giro estratégico.- La Escuela de Palo Alto, sugiere dar un giro estratégico de 180 grados en los intentos de solución establecidos por el, a los factores por el problema.(Fisch, et al., 1984).

5.- Romper Patrones.- Si son los repetidos intentos de solución que presenta el paciente o la gente que quiere ayudarlo lo que está manteniendo el problema, se habrá roto el patrón cuando estos intentos cesen, y conforme al giro estratégico, cuando la respuesta ante el problema sea diametralmente opuesta a los intentos previamente establecidos. Por ejemplo: Si la madre golpea o regaña a su hijo cuando éste se orina en la cama, ahora tendrá que motivarlo para que siga haciéndolo.

Lo complicado de dar este giro estratégico consiste en dar una explicación lógica, razonable y convincente para que la persona haga lo que se le esta pidiendo (Fisch, et al., 1984).

6.- Buscar el cambio paso a paso. Este principio se basa en la consideración de la virtual imposibilidad de solucionar problemas complejos con una sola maniobra, logrando el cambio deseado o el objetivo trazado de primera intervención. Aun cuando hay problemas solucionables con intervenciones simples, otros requieren una planeación por etapas, buscando un cambio paso a paso.

7.- Agudizar contradicciones.- La naturaleza es en sí misma, contradictoria.

El ser humano es biológico, y a la vez, trasciende lo biológico a través de lo social. Estas contradicciones insoslayables facilitan la emergencia y otras más específicas, que derivan de las condiciones concretas en las que cada persona se desenvuelve y de la formación de círculos viciosos en la interacción de otras personas con su ambiente general.

Este principio se puede utilizar tanto en conflictos intrapersonales como en interpersonales (Fernández, 1984)

En conflictos intrapersonales, la actitud del terapeuta puede ser la de tomar partido por uno de los polos del conflicto (el que parezca tener más peso en ese momento), esperar a que la situación se invierta, es decir que tome más peso aparente el otro polo, entonces tomar partido por él y así hasta que uno de los polos adquiera realmente un peso mucho mayor que al ser acentuado por el terapeuta provoque la ruptura del conflicto.

En cuanto a un sistema interpersonal en conflicto, la agudización de las contradicciones se hará primero acelerado el enfrentamiento que llevaría más pronto a una "escapada" y luego se aprovechará la situación de temor a la ruptura para la reestructuración de la relación.

4. Entrevista de Palo Alto.¹

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

En esta sesión presentamos la entrevista realizada con la madre y su hijo Jorge de 10 años de edad (paciente identificado). Esta entrevista es la versión modificada de estilo de acuerdo con la escuela de Palo Alto. Donde resultan evidentes las preguntas recursivas. En la primera parte representamos la forma de definir el problema "terapéutico" de esta escuela.

Se utilizará una "M" para representar la participación de la madre, una "T" para la del terapeuta y una "J" para la de Jorge.

CUADRO 1

En esta sesión se presentaron únicamente la madre y su hijo Jorge de 10 años de edad.

M: Buenas tardes.

T: Buenas tardes, pasen y tomen asiento por favor.

M: Sí gracias.

T: Alguno de ustedes podría decirme ¿que les trae aquí?

M: Bueno, el problema es que mi hijo Jorge se masturba en la escuela y en la sala en presencia de miembros de la familia.

T: Perdone, ¿podría usted explicar un poco más acerca de la masturbación de Jorge?.

M: Desde luego, Jorge se frota los genitales con una mano por encima del pantalón y en ocasiones lo hace desabrochándose la bragueta. Es tan severa su masturbación que se hace agujeros en la entrepierna de los pantalones, y en una ocasión debió ser hospitalizado por tener sangre en la orina.

1. Nota: Esta no es la entrevista original, es la modificada para representar el estilo de la escuela de Palo Alto. La entrevista original (pag: 51) junto con la explicación teórica de la escuela Estratégica se presenta en segundo término por ser la segunda escuela en aparición.

T: Me gustaría profundizar un poquito en esto, me podría decir ¿en qué momento Jorge se masturba con más frecuencia?.

M: En casa cuando ve T.V.

T: ¿A qué lugar de la casa se refiere?.

M: En la sala, por lo regular en las tardes ya que por las mañanas asiste al colegio.

T: Y los fines de semana, ¿sucede?.

M: Sí, siempre que nos quedamos en casa se sienta a ver T.V. y es cuando se masturba.

T: ¿Cómo se da cuenta usted que la masturbación ocurre cuando Jorge ve T.V.?.

M: Porque en la sala también estamos su hermana y yo.

T: Entonces, ustedes lo observan?

M: Sí.

T: ¿Existe otro lugar de la casa donde Jorge se masturba?.

M: Sí, por las noches me levanto a observarlo cuando él duerme y lo veo con una mano dentro del calzoncillo.

T: ¿Ha notado usted algún momento en el que Jorge esté realizando otra actividad en la cuál no se masturbe?.

M: Bueno, en ocasiones sale a jugar con sus amigos y supongo que en esos momentos no se masturba.

T: ¿Con qué frecuencia sale a jugar?.

M: No muy seguido, prefiero que esté en casa.

T: y ¿para qué quiere que esté en casa?.

m: Bueno, es que no estoy acostumbrada a que salga mucho.

T: ¿Eso es cierto Jorge, pasas más tiempo en casa que fuera?.

J: Sí.

T: ¿Podría entonces, plantear de nuevo el problema por el cuál solicitan la terapia?.

M: Sí, la masturbación de Jorge, ya que lo hace de manera franca y en presencia de la familia.

T: ¿Estas de acuerdo Jorge?.

J: Sí.

T: ¿Podrías agregar algo más aparte de lo que ya mencionó tu mamá?.

J: No.

T: ¿Es verdad que te masturbas siempre que estas en casa?.

J: Sí.

T: Esto ocurre todos los días por igual o hay un día en el que prefieras hacerlo?.

J: No lo sé.

En este punto, el terapeuta intenta discernir tantas diferencias como le es posible respecto a la definición del problema por parte del paciente.

SOLUCIONES INTENTADAS

Continuamos con la escuela de Palo Alto y representamos ahora en el cuadro 2 el tipo de preguntas significativas para esta escuela con el fin de obtener información por parte de la familia al respecto de las soluciones que han intentado darle al problema planteado.

CUADRO 2

T: ¿Podrían decirme qué han venido haciendo para enfrentar este problema?.

M: bueno, anteriormente ya había asistido a terapia infantil, eso fue hace año y medio pero no se ha producido ninguna mejoría.

T: ¿Como fue esa terapia?.

M: En esa terapia se averiguaron las razones por las que se masturbaba tan a menudo y se utilizaron recompensas, es decir, se le daba un peso cada semana en que no lo hacía y se le castigaba privándole de cosas cuando lo hacía. Además Jorge recibía instrucción y se le administraba un medicamento, creo que se llamaba dexedrina.

T: ¿Como resultó todo esto?.

M: Lo que pasa es que nosotros somos pobres y en una ocasión tuve que pedirle dinero prestado lo cuál lo desanimo y en cuanto al medicamento parece que lo ayudaba a relajarse un poco, el medicamento parece que hacía efecto.

T: Esto ayudó para que Jorge dejara de masturbarse?.

M: No sólo lo tranquilizaba un poco.

T: ¿Quiere decir que no se ha producido mejoría?.

M: No.

T: Y tú que opinas Jorge, ¿se ha producido mejoría?

J: No ha sido con mucho éxito.

T: No ha sido con mucho éxito ¿Cuándo?

J: En ocasiones mi hermana se la pasaba detrás de mí y me pedía que parara, después ya no me decía nada, tampoco mi mamá.

T: Y cuando te lo pedían ¿dejabas de hacerlo?

J: No.

T: Y ahora que ya no te dicen nada, ¿ha cambiado en algo el hecho de masturbarte?

J: No porque la mayoría de las veces andan detrás de mí .Me vigilan.

T: Oye Jorge y ¿tú qué haces para dejar de masturbarte?

J: Nada, es algo que no puedo evitar.

T: ¿Hay algo que te guste hacer o te divierta cuando no te masturbas?

J: Si.

T: ¿qué es?.

J: A veces salgo a jugar con mis amigos, por las tardes después de ir a la escuela.

T: A qué juegas?

J: Me gusta jugar fútbol, béisbol pero sobre todo, el básquetbol, es el deporte que más me gusta.

T: Eso quiere decir que con frecuencia sales a jugar.

J: A veces.

T: Oye Jorge espera un momento, hay algo que no entiendo y me gustaría que me lo explicaras. Si por lo regular en las tardes ves T.V. entonces ¿cuándo sales a jugar?.

J: Bueno, cuando mi mamá me deja salir, a veces.

T: te gustaría entonces salir a jugar con más frecuencia?.

G: Si.

T: Y ¿qué es lo que te impide hacerlo?

G: Lo que pasa es que mi mamá no me deja.

En este punto, el terapeuta intenta preguntar al paciente cómo ha intentado solucionar el problema.

A medida que el terapeuta descubre las soluciones intentadas se construye un marco político de referencia: vamos viendo quién hizo qué en el intento de solucionar el problema.

Al proseguir la indagación sobre las soluciones intentadas, se confirma el impulso básico que consiste en esforzarse por superar el problema. En este caso, la madre observa al hijo y le pide que no intente masturbarse formándose así una relación recursiva.

REENCUADRE Y UN CAMBIO MÍNIMO.

En este cuadro mostramos una de las formas de intervención de la escuela de Palo Alto a la que llamamos reencuadre que además puede producir desde un cambio mínimo hasta un cambio total, al respecto de la situación planteada a resolver.

CUADRO 3

T: Esto que dices es muy importante Jorge y quisiera que usted señora también lo notara porque mire, como se puede observar su hijo es muy inteligente ya que comprende lo que usted piensa y decide, ¿lo sabía?

M: No, es algo de lo que no me había percatado.

T: Me parece que usted está tan habituada a estar ocupada en controlar la masturbación de Jorge que realmente no había puesto atención en qué tan inteligente es su hijo. Dígame, ¿ha pensado en como viviría usted si Jorge deja de masturbarse?.

M: Me gustaría mucho que eso sucediera.

T: Pero lo que usted no ha pensado es que puede encontrarse con algunas desventajas si Jorge deja de masturbarse.

M: No lo sé.

M: Es importante conceder seriamente tiempo y atención a las desventajas que surgieran en el caso de presentarse una mejoría de Jorge.

T: Piense bien lo que le pregunto, aunque sea una cosa pequeña.

M: Bueno, tal vez pase más tiempo fuera y ya no estaría a gusto pues no sé qué haga estando solo.

T: Piensa usted que Jorge pudiera masturbarse con más frecuencia.

M: No precisamente, pero considero que todavía a su edad debo vigilarlo.

T: Sin embargo tiene un hijo de 10 años muy inteligente.

M: Si tiene razón, Jorge es muy inteligente.

El reencuadre modifica los marcos cognitivos que organiza la conducta, el cambio de marco se define como una modificación de la perspectiva conceptual, emocional y/o perceptual que sobre una situación se tiene, de manera que los hechos cubren un significado diferente.

T: Como le dije anteriormente es sólo una posible desventaja pero como usted sabe para que Jorge deje de masturbarse, esto tendrá que ser poco a poco pues nadie cambia de la noche a la mañana, además es mejor ir despacio que sufrir un resbalón. ¿No lo cree?.

M: Si.

T: Podría entonces pensar en un cambio, algo mínimo pero significativo, ¿cuál podría ser ese pequeño cambio?.

M: Bueno, por lo menos que si se masturba, lo haga a solas pero no en la presencia de la familia.

T: Estoy de acuerdo sólo que parece que usted olvida una cosa.

M: ¿Cuál?.

T: Recuerde que le dije que Jorge es muy inteligente tanto como para ser él mismo el que controle su conducta masturbadora. O ¿acaso piensa continuar vigilandolo y decirle que pare?.

M: Claro que no.

T: entonces, ¿qué haría usted si Jorge es quien controla su conducta masturbadora y usted ya no lo observa haciéndolo?.

M: Exactamente no lo sé pero no me faltaría qué hacer.

T: ¿ Estaría dispuesta a dejar que Jorge por una semana lleve el control sobre las veces que se masturba sin participar usted en esto.?.

M: Si pero entonces ¿qué hago para no participar?

T: Usted hará todo lo que acostumbra hacer en casa sólo variará una cosa.

M: Cuál?

T: Sólo esperar el tiempo establecido que corresponde a una semana para volver a hablar sobre el asunto. ¿cree poder hacerlo?

M: Claro.

T: Y a ti Jorge ¿te parece bien?

J: Sí.

T: Mira Jorge, vas a anotar en esta hoja que te voy a dar para que te la lleves a casa, todos los días de la semana y registrarás en cada uno, con números, las veces que te masturbas en tu habitación; y no olvides hacerlo tú solo ya que siendo tan inteligente no necesitarás ayuda, ó ¿acaso la necesitas?

J: No.

T: La próxima semana tendré más datos para que continuemos hablando sobre tu problema. ¿de acuerdo?

J: Sí.

M. Está bien.

El cambio mínimo seguido de una planificación que facilite el inicio de un efecto de irradiación, supone una generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovidas por la intervención terapéutica. La técnica utilizada es una tarea directa en la que las intervenciones conductuales tienen por objetivo cambiar la conducta de algún(os) componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del sistema, proponiendo directamente la utilización de otra conducta alternativa.

Esta técnica se utiliza con la madre, pues sus empeñados intentos de solución mantienen la masturbación del niño y ésta mantienen a aquélla. Por tanto se le pide a la madre que sólo espere unos días antes de volver a hablar sobre el problema.

Para el muchacho se utiliza una técnica paradójica en la que contrariamente a la de la madre, se prescribe la continuidad de su conducta durante el intervalo de una

sesión a otra. Lógicamente, la aparición del síntoma tiene que sufrir alguna pequeña modificación, como por ejemplo la frecuencia o el lugar en el que acontece, en este caso el lugar ha sido fijado en la habitación del niño.

2.2 Escuela Estratégica de Jay Haley.

Una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios en los años cincuenta- fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que ubicaba, en lugar de algo y irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado. Haley afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado (Ochoa, 1985).

Las opiniones de Haley fueron influidas por los seminarios informales con Minuchin y Braulio Montalvo en 1967, (en entrevistas familiares). Con Montalvo aprendió sobre filmes didácticos para terapia familiar, la naturaleza del cambio terapéutico y el aspecto ético de la Terapia. Agradece a Cloé Madanes por los conceptos sobre formación de terapeutas (Haley, 1976).

Con objeto de promover el cambio, el terapeuta debe motivar a los progenitores para que abandonen la secuencia de interacción habitual, de forma que el paciente renuncie a la conducta sintomática.

1. Interacción para la Solución de Problema.

Haley (Keeney y Ross, 1985), ofrece un abordaje terapéutico en que la unidad mínima (de tratamiento) se define como una tríada.

Las descripciones de Haley arraigan en la tradición de las ideas de la teoría de la comunicación y de la cibernética.

Haley (Keeney y Ross, 1985), hace foco absoluto sobre el síntoma. La estrategia de Jay Haley, comienza como la de Palo Alto por fijar un foco claro sobre el problema que

se ha de tratar, con la diferencia de que en lugar de discernir en todas las soluciones intentadas, prefiere considerarlas conectadas con una secuencia de ocasiones que supone la intervención de tres personas como mínimo.

Como estas relaciones por lo común incluyen a miembros de la familia, su terapia se suele llamar "Terapia Familiar". Así, para Haley, los problemas se utilizarán como palancas para modificar relaciones familiares.

A fin de detectar relaciones sociales triádicas, hay que hacer que la familia o el grupo social interactuen frente al terapeuta, en vez de limitarse a presenciar una conversación sobre el problema al seno de la reunión. Con esa escenificación, el terapeuta puede distinguir la organización secuencial de su conducta social.

La escuela estratégica considera la familia como un sistema complejo diferenciado en subsistemas que presentan un orden jerárquico en el que, una disfunción en cierto subsistema puede tener expresión analógica en otros, (Minuchin y Fishman, 1981).

La clave que Haley propone para el diagnóstico de sistemas perturbados es que una organización está perturbada cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos particularmente si son secretas. Por coalición entiende "un proceso de acción contra un tercero"(Keeney y Ross, 1985, pag: 138).

La Coalición se refiere a la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés, actitud o conjunto de valores; se opone a la alienación o alejamiento (Simon, Stierlin y Wynne 1984).

Haley señala que las coaliciones intergeneracionales no son problemáticas en sí mismas sino que traen trastornos cuando se repiten una y otra vez.

En cuanto a las razones por las cuales se generan pautas problemáticas de coalición y experiencias sintomáticas, Haley señala que se asocian en crisis de transición en el curso evolutivo de la familia, por ello, persevera en evaluar la organización secuencial del problema y las pautas de coalición del sistema social.

Por tanto, el objetivo del terapeuta es cambiar una secuencia impidiendo que se formen coaliciones a través de los límites generacionales.

Con esta perspectiva, la terapia se puede estructurar en etapas en las que se van elaborando problemas diferentes,(Haley, 1980).

Haley construye dos complementariedades recursivas.

La primera atañe a la relación secuencia/problema, en que el problema se considera parte de una secuencia más amplia de acción, dentro de un contexto. La segunda atañe a la relación coalición/secuencia-problema de orden superior e incluye la relación de ciertas secuencias con pautas de coalición.

Aplicando las nociones de los marcos de referencia semánticos y políticos la estrategia que proponen Keeney y Ross (1985) para la organización de la terapia incluye la siguiente secuencia: comienza elaborando un marco semántico: con la especificación de un problema, que se configura en un significado conductual bien definido. Este marco semántico es encuadrado después de un marco político, que toma en cuenta la secuencia social que hace de contorno al problema: quién-hace-qué-a-quiéncuándo.

Haley construye marcos adicionales de referencia con esta perspectiva de la jerarquía social (Keeney y Ross, 1985).

Lo anterior se puede esquematizar de la siguiente forma (Keeney y Ross, 1985).

S1= definición del problema.

P1= organización secuencial del problema

S2= jerarquía social.

P2= coaliciones por diferentes niveles de una jerarquía social.

Los marcos alojados unos en otros, sería:

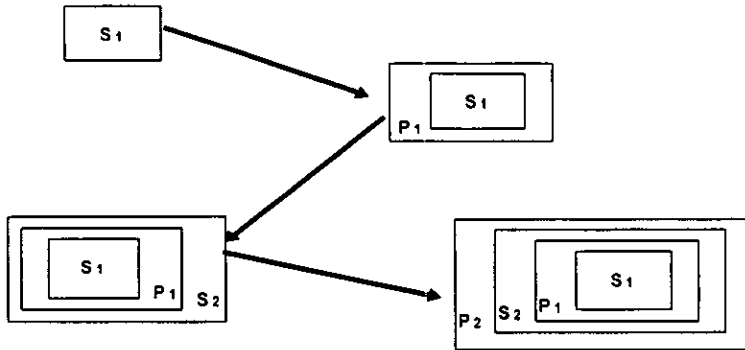


Figura 2
Los marcos alojados unos en otros de Haley.
Keeney y Ross, 1985: pag: 139.

La terapia de Haley se pone en marcha con la construcción de estos distinguos y marcos de referencia.

2. Problema.

Según Haley (1973), un problema puede definirse en diferentes unidades sociales, como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas.

La Terapia se encuentra, justamente, en una secuencia reiterada de comportamiento. Un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social.

Cuando el terapeuta modifica esta organización en torno al problema o síntoma puede desencadenar cambios isomórficos en todo el sistema.

Se considera que el paciente individualizado es portador del síntoma para proteger a la familia. Al mismo tiempo el síntoma es mantenido por una organización en que los miembros de la familia ocupan jerarquías incongruentes (Minuchin y Fishman, 1981).

Uno de los distinguos básicos que Haley (1971) prescribe es la individualización del problema. Propone que la primera sesión de la terapia se le articule en una

progresión de modalidades diferentes: primero conseguir que se exprese metafóricamente, después obtener una descripción específica en función de conducta, y por último realizar un breve resumen de los cambios específicos en cuyo logro se ha de trabajar la terapia.

Estos distinguos concurren a organizar cada sesión de la terapia y ayuda a clientes y terapeutas a evaluar su progreso (Keeney y Ross, 1985).

La primera entrevista puede durar media, una o varias horas, y cuanto más personas participen en la entrevista, tanto más eficaz y rápida será la terapia.

El propósito del terapeuta es enfocar claramente un problema para poder cambiar las relaciones familiares utilizándolo a modo de palanca. El terapeuta no hará ninguna interpretación o comentarios para ayudar al individuo a ver el problema bajo una perspectiva diferente.

El terapeuta debe preferir la acción a la palabra como fuente de información, ya que estas pesan menos y dan menos resultados. En vez de limitarse a presenciar una conversación sobre el problema, procura traer la acción problema al seno de la reunión (Haley, 1980).

El terapeuta obtendrá del grupo un contrato suficientemente claro de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia, y sirve de punto de partida para fijar las metas de la terapia, esencialmente, está estableciendo un contrato, cuanto más claro sea, tanto más organizada será la terapia.

Dentro de esta prescripción terapéutica, los clientes y el terapeuta construyen objetivos diferentes, pero relacionados entre sí: aquellos quieren que el problema cambie, mientras que este quiere que cambie la organización.

Las comunicaciones múltiples: como estabilidad denota prescribir las descripciones que la familia hace de su problema, mientras que el cambio denota el abordaje que el terapeuta emplea para modificar la estructura familiar (Keeney y Ross, 1985).

Entonces el acto terapéutico empieza por la manera de examinar el problema. El acto de intervención saca a la luz los problemas y las pautas de relación a modificar.

Por ello, no es fácil discernir cuál es la tarea del terapeuta, en cuanto su obligación es definir la unidad social que puede cambiar para resolver el problema que presente al cliente. La eficacia del terapeuta se mide en términos de resultado de su terapia, no por su posición moral o su justificable indignación ante una sociedad que coadyuva a crear los problemas que él intenta resolver (Haley, 1980).

Se considera que, el terapeuta puede fracasar en el logro de sus objetivos si se enzarza con la familia en un debate interminable acerca de la causa del problema, intenta educar a sus miembros acerca de la comunicación familiar, o persuadirlo de que acepten la terapia familiar.

La meta no consiste en instruir a la familia sobre el defectuoso funcionamiento de su sistema, sino en modificar las secuencias familiares de manera que se resuelvan los problemas-queja (Keeney y Ross, 1985).

Se considera que el mejor diagnóstico para la terapia es aquel que permite al grupo social responder a los intentos de producir un cambio.

3. Procedimiento terapéutico.

Simon, et al., (1984), opinan sobre la terapia de Haley, que los terapeutas de orientación estratégica preguntan constantemente: "¿cómo sirven los síntomas para sostener la homeostasis familiar?", "¿cómo se está utilizando el síntoma para ayudar a la familia a dominar una crisis en el contexto del ciclo de vida familiar?", "¿cómo y por qué la presencia de un síntoma sirve para resolver el problema?" Puesto que no es posible determinar la función o significado de un síntoma en el nivel de individuo solo, los problemas del paciente identificado tienen que ser comprendidos y modificados en el contexto familiar. Por consiguiente, las metas de la terapia estratégica son modificar las secuencias, las reglas y el significado de la interacción familiar.

Desde esta perspectiva, modificar una organización social por fuerza desarticulará la relación recursiva entre problema y solución. La ventaja de este abordaje consistirá en que una organización social se puede reorganizar de una manera específica, lo que habilitará a construir una situación más adaptativa.

Haley es maestro en utilizar el problema presentado para producir un cambio estructural en la familia.

Una manera de hacerlo, es perturbar la diada más intensa, por ejemplo padre-hijo, haciendo que el padre que se muestre más preocupado redoble su participación, con la esperanza de que esto produzca una reacción. Una segunda manera de enfocar la diada parental ,y a base de burlas, es establecer las diferencias entre los padres acerca del comportamiento del hijo. Al hacerlo el terapeuta se inserta en el triángulo con los padres, reemplazando al hijo que a menudo está sirviendo como campo de batalla "encubierto" para los problemas conyugales.

La tercera forma consiste en entrar con el niño por medio de las relaciones periféricas de los padres. Esto puede lograrse, ya sea haciendo que el padre sea el disciplinado, perturbando la alienación encubierta con el niño o dando al niño y a uno de los padres una tarea a realizar juntos, haciendo manifiesta su alienación.

Si los padres fijan límites, el hijo habitualmente mejorará, si no pueden hacerlo, el terapeuta los compromete en una lucha por resolver sus diferencias para mejorar el comportamiento de su hijo. Durante este proceso, observa Haley (1980) que a menudo se encuentran tratando metafóricamente las diferencias maritales.

Sus recursos para crear cambios en triadas en una secuencia fácil y geométrica han ayudado a muchos clínicos a escapar de la fase de datos inútiles o del desorden terapéutico y de la idea de que la persuasión por sí sola no basta para producir el cambio.

El terapeuta, usando estrategias posicionales, establece contacto con la familia y reúne información sobre los motivos que la llevaron a recurrir a la terapia. El terapeuta acepta el punto de vista de la familia sobre el problema, aun cuando en él se incluya la idea de que el paciente identificado es el problema real y el "resto de nosotros estamos

bien". A partir de esta información inicial, junto con la familia elabora la definición de las metas terapéuticas, le pregunta a cada miembro de la familia cuál es, en términos concretos, su objetivo mínimo en la terapia y de qué modo reconocerá cada uno de ellos que ha sido logrado ese objetivo (Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, 1974).

Las directivas o tareas impartidas a los individuos o familias pueden darse en forma directa o implícita, puesto que, todo lo que se haga en terapia puede verse como una directiva por ejemplo: un ademán, el tono de voz. Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo, en ese sentido esta impartiendo una directiva.

Las directivas o tareas tienen varias finalidades: a) hacer que la gente se comporte de manera diferente, b) intensificar la relación entre cliente y terapeuta y c) obtener información (Haley, 1976)..

El terapeuta trata de modificar los esquemas interpretativos y los modelos de comunicación de la familia y de eliminar los bloqueos que obstaculizan su desarrollo mediante métodos de reencuadre, connotación positiva de los síntomas, estrategias de prescripción e intervenciones paradójicas, ordalías y metáforas. (Simon, et al., 1984).

1. Reencuadre. Produce una modificación en el modelo interno del mundo que tiene el paciente o la familia. Este modelo o reencuadre dirige la conducta, los sentimientos y el pensamiento, cuando el reencuadre es eficaz, es previsible un cambio en la conducta.

2. Connotación Positiva. Se refiere a la evaluación positiva, que hace el terapeuta de la familia, de una conducta que por lo general se consideraría patológica o enferma. Tiende a modificar el sistema de valores de la familia y por consiguiente, su modelo del mundo. Cuando el significado y evaluación de una conducta cambian, los miembros de la familia deben reaccionar necesariamente de un modo diferente con respecto a esta conducta. El reconocimiento y evaluación positiva de esto es el primer paso hacia su disolución (Simon, et al., 1984).

3. Prescripción. Es una intervención directiva por la cual el terapeuta prescribe o dirige a una familia o a un individuo para que se comporte de un modo específico. En general las prescripciones se dan como tarea para resolver en los periodos comprendidos entre las sesiones terapéuticas. Una prescripción suele ir acompañada de una explicación de su objetivo; la explicación contiene además un reencuadre de la conducta prescrita.

Si el terapeuta prescribe una conducta que la familia ha querido evitar en el pasado, esa conducta adquirirá un nuevo significado porque ha sido prescrita (prescripción del síntoma), las prescripciones a menudo son intervenciones paradójicas, que sirven para bloquear las estrategias para resolver problemas que han llegado a ser problemas en si mismas.

4. Intervenciones Paradójicas. El paciente o la familia es expuesta a instrucciones contradictorias. Se crea una situación que no puede ser resuelta aplicando la lógica, sino únicamente modificando el mapa interno del mundo con creatividad.

Cuando el terapeuta aconseja a un paciente o a una familia que mantengan un síntoma, en realidad, toma el control del sistema terapéutico. Si el síntoma sigue estando presente, puede considerarse que se debe al incumplimiento de las intrusiones del terapeuta, si el síntoma desaparece, la terapia ha dado resultado.

Las instrucciones paradójicas tienen la finalidad de invalidar las paradojas patogénicas que los pacientes han construido a partir de sus propias epistemologías pues obligan a la familia a desarrollar enfoques nuevos y creativos para resolver problemas viejos.

La clase de tareas que Haley emplea cuando quiere que se resistan y de este modo cambien, son las tareas paradójicas.

Estas tareas pueden parecerle paradójicas a los clientes porque, habiéndoles dicho que desea ayudarlos a cambiar, al mismo tiempo les esta pidiendo que no cambien.

Este enfoque se basa en la idea de que algunas familias que acuden pidiendo ayuda rechazan la que se les brinda, es la gente ideal para hacer fracasar al terapeuta, pues éste lucha para que mejoren y ellos se resisten y lo incitan a seguir luchando, creando de tal modo una situación frustrante para ambas partes.

Por lo común, en una familia que se ha estabilizado en torno al hecho de que uno de sus miembros constituye el problema, al modificar la situación de la persona problema, el terapeuta también tiende a desestabilizar a la familia, por lo que encontrará una resistencia de variable intensidad.

Las tareas paradójicas tienen por fin abordar esta dificultad, con ellas podemos adoptar dos enfoques generales: 1) encarar a la familia en un sentido global; 2) Impartir directivas que involucren sólo una parte de ella.

El enfoque paradójico presenta siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: " Cambie " y " no cambia ". (Haley, 1976)."

5. Terapia de Ordealía. En esta técnica, resulta fácil deslindar la tarea del terapeuta: consiste en imponer una ordealía adecuada al problema de la pareja que desea cambiar y, a la vez, más severa que ese problema. Así como un castigo debe adecuarse al crimen que pena, del mismo modo el requisito principal de una ordealía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Si no es bastante rigurosa para extinguir el síntoma, casi siempre se puede aumentar su magnitud hasta que lo sea.

Por otra parte, conviene que la ordealía beneficie a la persona.. Estas ordealias pueden incluir también hacer un sacrificio por otros. Además la ordealía debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda oponerse objeciones válidas.

En otras palabras, debe ser de tal naturaleza que el terapeuta puede decir reservas: Esto no violará ninguna de sus normas morales y es algo que usted puede hacer.

Por último, una ordealía terapéutica no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.

Dentro de estas características, la ordalía propuesta puede ser tosca, ingeniosa o sutil. Puede ser estándar aplicable a diversos problemas, o bien estar cuidadosamente diseñada para una persona o familiar en particular, siendo inadecuada en cualquier otro caso.

Haley (1984) piensa que hay casos en que la persona debe pasar reiteradamente por una ordalía para curarse del síntoma; en otros la simple amenaza de una ordalía basta para curarla.

Se considera que el ruido significativo es diferente a una ordalía, puesto que el ruido significativo consiste en utilizar la comunicación expuesta por el cliente y le son devueltas en realimentación de manera que se produzca un cambio adaptativo.

6. Metáfora. Es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es la relación de analogía entre una cosa y otra. Cuando un terapeuta quiere que los miembros de una familia se comporten de un modo determinado hace que se conduzcan de otro modo que, sin ser el mismo, se le asemeje, entonces se portarán "espontáneamente" como él quiere.

Las metáforas no sólo se expresan con palabras, también coacciones.

El terapeuta elige como meta cambiar alguna actividad familiar, después, escoge una parecida a la que quiere modificar pero que les resulte más fácil a la familia, conversando sobre ella para informarse e influir en sus opiniones. Finalmente, les asigna una tarea dentro de esta actividad, pero que permita alcanzar los resultados deseados tanto en ella como en la que se quiere cambiar (Haley, 1976).

4. Entrevista Estratégica.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Ahora vamos a presentar la versión original pero con las modificaciones que consideramos pertinentes para presentar el estilo de Jay Haley en relación a su forma de definir el problema "terapéutico".

CUADRO 4

T: Buenas tardes, pasen y tomen asiento, pónganse cómodos.

M: Sí gracias. Este es mi hijo Jorge y mi nieto Ricardo.

T: ¿Podría alguno de ustedes decirme el motivo por el cuál solicitan terapia?

M: Sí. El asunto es que Jorge se masturba en la escuela y en la sala en presencia de miembros de la familia.

T: ¿Podría explicarme un poco más detalladamente cómo es esa masturbación?

M: Sí es tan severa que lo hace desde que tenía 5 años y en ocasiones se hace agujeros en la entrepierna de los pantalones y en una ocasión debió ser hospitalizado por tener sangre en la orina. Además se chupa el pulgar y a menudo roba dinero.

Se comienza abordando un marco semántico: la explicación de un problema, que al cabo se configura en un significado conductual bien definido. Este marco semántico es encuadrado después por un marco político de referencia, que toma en cuenta la secuencia social que hace de contorno al problema: quién hace qué-a quién-cuándo.

El paso siguiente es investigar el vínculo que el niño tiene con su madre, pidiéndole que le haga críticas. En el presente caso, se mencionarán primeramente los intentos de solución.

INTENTOS DE SOLUCIÓN Y ORGANIZACIÓN SECUENCIAL DEL PROBLEMA.

Continuamos con el tipo de trabajo de J. Haley, representando ahora el tipo de preguntas que caracterizan su estilo para obtener la información acerca de los intentos de solución y que la familia ha desarrollado.

CUADRO 5

T: Sé que a usted se le hace cuesta arriba explicar esto otra vez, pero es imprescindible. Tómese toda libertad y el tiempo que le haga falta. Me gustaría que me contara alguna de las cosas que se intentaron para asistir a su hijo.

M: Bueno, en realidad las únicas cosas, la única cosa que intentamos fue la instrucción y la medicina. Estuvo tomando dexedrina, en dicha instrucción, se utilizó una estrategia de recompensas y castigos. Lo privaban de cosas cuando se masturbaba, y lo recompensaban con un peso cada semana en que no lo hacía además, como éramos pobres tuve que pedirle dinero prestado.

T: ¿Es algo que discuten libremente en la casa? Quiero decir si todos en la casa lo saben, o si es algo escondido.

M: Oh no, ha sido algo que, bueno...Eárbara solía andar detrás de él y después su otra hermana antes de que partiera para la escuela solía andar detrás de él y decirle que parara, sabe usted, pero en realidad parece que no hubo nada concreto

Los intentos de solución del problema ya fueron mencionados por la madre y cabe resaltar que las únicas personas que intervinieron políticamente en las secuencias sociales repetitivas del problema del muchacho han sido su madre y sus hermanas.

REENCUADRE

Aquí mostramos el estilo de reencuadrar la situación problema de J. Haley y se hace evidente cómo aún cuando sea un "mismo intento de solución" tiene sus particularidades.

CUADRO 6

T: No discutiremos el asunto entre todos. Será un asunto privado entre Jorge y yo porque él es un muchacho, sabe usted. Necesita...hace falta que eso sea privado. Creo que así lo discutiremos mejor. Quedaría agradecido si, sabe usted, no lo discutiremos más, se discutirá entre él y yo. ¿De acuerdo?.

M: Está bien.

T: ¿Esta bien, Jorge?.

J: Aja.

T: Tienes una madre muy buena ¿lo sabes bien, no es cierto?.

J: Aja.

T: Puesto que te resulta difícil decir algo malo sobre ella. Si alguien te dijera algo malo sobre ella, probablemente querías pelear, ¿no es así?

J: Sí.

T: Está bien que la protejas. Solo me gustaría ver una cosa. Me gustaría ver si se te ocurre una cosa que sea mala y que puedas decir de tu madre. Una pequeñita.

J: No, no se me ocurre nada.

T: Yo podría ayudar a Jorge en esto de chuparse el pulgar y masturbarse. Ayudarlo a superar eso. Pero estando usted tan habituada a tener ese problema con él, sabe usted, y a ocuparse de diversas maneras, si esto cesa, será mucho más fácil convivir con Jorge. A causa de la difícil situación en que él se halla, y después que usted estuvo sometida a eso durante mucho tiempo, sabe usted, está acostumbrada a ello, ¿no es así?. Y de repente para.

M: El tendrá que tener una vía de escape.

T: Pero vea, yo quiero saber si usted es capaz de soportarlo. Quiero decir que quedará usted sin ocupación en esto. Quedará sin ocupación, sin las pequeñas cosas que hace ahora para impedir, sabe usted...o lo que haga usted cuando él empieza a chuparse el dedo y a masturbarse, ¿no?

Sabe usted, eso no ocurrirá nunca más, y usted ya no podrá hacer esas cosas nunca más. ¿Qué hará entonces usted?

M: Qué haré conmigo misma?. Bueno, tendré infinidad de cosas que hacer conmigo.

T: Usted lo asiste por ejemplo cuando está en el hospital. Esto la tiene preocupada, y si él deja de hacerlo, ¿qué hará usted?

M: Bueno, vaya una cosa difícil, ¿Qué haré yo?. ¿Quiere usted decir que se pondrá malo, no es eso?

T: No, en la medida en que se volvería...sabe usted, nada más que un muchacho normal. Será difícil convivir, será una pequeña dificultad convivir.

M: Puedo, puedo sobrellevarlo.

T: ¿Que puede qué?

M: Creo que puedo sobrellevarlo. Algún día tendrá que hacerse grande.

T: Pero después de todo, todavía le queda el nieto para que ocupe su lugar.

M: Sí, me queda él.

El terapeuta aborda con tacto la contribución social positiva que el problema del niño hace a la familia. Es saber que procura la madre alguien con quien estar muy unida, y obrando así concurre a la estabilidad familiar. Se aborda la estabilidad por el recurso de indicar las posibles consecuencias negativas que la solución del problema traería.

PRESCRIPCIÓN

Continuamos con el enfoque estratégico que en esta parte incluye como parte de las alternativas de intervención la prescripción del comportamiento o del síntoma.

CUADRO 7

T: ¿Conoces algún lugar de tu casa al que puedas ir y masturbarte solo?.
J: Si.
T: ¿Vas ahí algunas veces y te masturbas ahí algunas veces cuando no quieres que te molesten?.
J: Si a veces.
T: Tendrás que anotar en este cuaderno cada vez que te masturbes y marcas el número de veces que lo haces por día,(con una marca). Entendiste lo que tienes que hacer?.
J: Si.

La intervención del terapeuta se concentra en formar un vínculo privado con el muchacho como manera de diferenciarlo de la madre. Además reparamos en que su síntoma le es prescrito (estabilidad) al tiempo en que es alterado levemente el contexto en que se produce (cambio) por el recurso de hacerle llevar la cuenta de las veces en que se masturba. Los motivos aducidos (ruido significativo) para la tarea incluyen una implícita demostración de "confianza" entre el niño y su terapeuta.

La información que se sigue de la tarea impartida proporciona al terapeuta indicios sobre el modo en que se organiza la masturbación del niño. Habiendo

observado que se masturba más el domingo, el terapeuta procura un marco semántico (ruido significativo) que aquél pueda utilizar para situar el contexto de su conducta.

RUIDO SIGNIFICATIVO.

Seguimos con J. Haley, aquí se intenta rescatar de manera significativa el trabajo de la prescripción del síntoma, es decir, estamos mostrando una parte de intervención que está relacionada con la anterior pero que intenta destacar la parte "positiva" del síntoma.

SESIÓN 2 CUADRO 8

T: Muy bien Jorge, en tu hoja de anotaciones puedo observar que lo hiciste cinco veces, ¿Correcto?

J: Sí, fueron cinco veces.

T: ¿Puedes recordar en estas cinco veces ¿cuál te gustó más?, ¿El domingo o el sábado?

J: El domingo.

T: Te gustó más el domingo, ¿no?. La razón por la cuál pregunto, Jorge...sabes que me gusta siempre explicar las cosas, ¿estamos?...Quiero que conozcas la razón de todo....tú sabes, la razón por la que te pregunto esto, bueno, es importante que lo disfrutes todas las veces, ¿sabes?.

El terapeuta ofrece ruido significativo de que ayuda al muchacho a aprender la manera de disfrutar la masturbación.

El terapeuta ha utilizado el marco semántico de disfrutar de la masturbación como vía hacia la prescripción de un cambio en la secuencia organizadora de la conducta problema. Se indica al muchacho que se masturbe solo el domingo y que aumente las veces en que lo hace ese día. La estructura de esta intervención sigue siendo:

Estabilizar. la conducta/Modificación, del calendario y frecuencia/Ruido :Significativo.
Disfrutar.

PARADOJA.

Otra de las opciones de intervención de la escuela estratégica es el uso de la paradoja como ya lo mencionamos anteriormente y aquí mostramos un ejemplo de su utilización.

CUADRO 9

T: Te diré algo, Ahora hemos decidido, sabes tú, los dos juntos, que el domingo es el mejor día, ¿estamos?.

J: Ajá.

T: Lo tienes que hacer un poco más. ¿sí?. Tienes que hacerlo un poco más, porque lo disfrutaras más. No tendría sentido hacer el resto de los días si no lo disfrutas nada, ¿estamos?.

J: Ajá.

T: Ahora que lo disfrutarás, sabes tú ,también puedes seguir y hacerlo más. ¿Estamos?.

J: Ajá.

T: Ahora quiero que este domingo, lo hagas ocho veces, ocho veces ahora, entonces tendrás que levantarte un poco antes para empezar más temprano ¿sabes?.

J: Ajá.

REAFIRMAR

La reafirmación la utilizamos en la escuela estratégica para preguntar y para rastrear cómo se llevan a cabo las tareas que deja el terapeuta, como se muestra en el cuadro siguiente.

SESIÓN 3

CUADRO 10

El terapeuta pregunta a la madre: Se ha masturbado Jorge en su presencia o en la sala u otra parte?.

M: Sí.

La madre informa sobre un cambio en la pauta social que organiza la conducta de masturbación: no ha dicho nada sobre ella.

La paradoja de que el problema del niño no se haya aliviado no es signo de que la intervención del terapeuta haya fracasado. Cada intervención está destinada únicamente a suscitar información nueva, la que a su vez permite ir plasmando nuevas y nuevas intervenciones. Haley eligió instituir el castigo de tener que masturbarse más el domingo. Esta prescripción construye un marco político que mueve al muchacho a revelarse contra la masturbación. Dentro de este contexto, masturbarse días que no sean el domingo trae por consecuencia que masturbarse el domingo sea un castigo, mientras que el resultado de seguir las instrucciones es que la masturbación del domingo constituye una recompensa.

ORDALÍA

Como parte del tratamiento o tipo de intervención practicada por J. Haley es imponer al paciente un castigo para lograr con él reafirmar los avances logrados o establecer una forma contundente de provocar el cambio. Mostramos aquí un ejemplo de ordalía.

CUADRO 11

T: Me has dicho que lo has hecho el lunes, ¿no es así?.

J: Ajá.

T: Quiero que lo hagas el próximo domingo, ¿estamos?.

J: Estamos.

T: Cuatro veces más que el domingo pasado, ¿entiendes?

J: Ajá.

T: muy bien, ahora, este domingo, cuando lo hagas, quiero que lo hagas de manera diferente, ¿estamos?

T: Te quitas los pantalones por completo, ¿estamos?

J: Ajá.

T: Pero los tienes que doblar con cuidado ¿sabes doblarlos con cuidado?. ¿Poner bien alineada la raya?.

J: Sí, sé hacerlo.

T: Entonces los colocas sobre tu cama, ¿entiendes?

J: Ajá.

T: Te quitas los calzoncillos. ¿Estamos?

J: Sí.

T: Ahora, tienes que hacer todo esto, no te los puedes quitar y arrojarlos al rincón. ¿Entiendes?.

J: Ajá.

T: Ahora Jorge, como no te masturbaste delante de tu madre y tus hermanas me parecería amable de tu parte que hicieras algo lindo por tu madre. ¿Se te ocurre algo lindo que te gustaría hacer?.

J: No.

La ordalía se refiere a una técnica en la cual el objetivo es provocar una zozobra igual o mayor que ocasionada por el síntoma con el fin de desaparecer el síntoma.

En este caso consiste en prescribirle al paciente que un día domingo tenga que masturbarse más seguido.

2.3. Escuela de Milán Clásico.

Este grupo se gestó en el Centro de estudios de la familia en Milán compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo.

En 1971, adopta el enfoque de Palo Alto y desarrolla la intervención paradójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influidos por Bateson, en el año de 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares de predominante homeostáticos a predominantemente cambiante y diferencian entre el nivel de significado-creencias- y nivel de acción-patrones conductuales.

La piedra angular de todos los componentes de esta escuela es "el juego familiar", concepto que engloba la relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto.

Las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas por otras más flexibles y complejas.

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

Los principales objetivos de la evaluación son, determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, dentro de los cuales aparece el síntoma y determinar el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional.

1. Interacción para la solución del Problema.

No es sorprendente que los enunciados teóricos de esta escuela incluyan ideas afines a las de Haley y del MRI. Es frecuente en ellos señalar que toda conducta es comunicación y que las familias se organizan según pautas de coalición. Pero su abordaje para la conducción de la terapia familiar difiere de las modalidades de Haley y de Palo Alto.

La diferencia obedece a que el abordaje de Milán se organiza principalmente desde la perspectiva de un marco de referencia semántico. Empieza por la pregunta "¿por qué demandan terapia en ese momento?". En consecuencia infringen una de las reglas principales de Watzlawick, Weackland y Fisch (1974): hacen inquisición del "por qué" se harán exclusivamente preguntas referidas al "cómo" y al "qué". En la estrategia

de Milán el principal interés es la semántica, no la política. Se orienta a descubrir significados posibles de lo que sucede en la familia.

El abordaje de Milán no es una terapia con foco principal en el síntoma o en el problema, aunque toma en consideración esas comunicaciones. Se orienta, en cambio, el contexto de significado, que encuadra u organiza los síntomas. El propósito es descubrir una pauta de significado contextual, que sirva para concurrir a que el sistema perturbado se reorganice a sí mismo. Este proceso supone "gatillar" a la familia para que genere su propia solución.

En la estrategia de Milán, el distingo de principio se dirige a construir una hipótesis sobre el sistema familiar. La terapia empieza con la formulación de hipótesis sobre las razones que la llevaron a buscar ayuda, las expectativas que tiene la familia, las metas que espera alcanzar en la terapia y el mundo en que todo lo anterior se relaciona con la estructura interna de la familia o el problema actual. El equipo terapéutico trata de establecer una idea de la epistemología que tiene la familia de sí misma, y de como cambiarla, si es necesario. El requisito necesario para el éxito es la neutralidad del equipo terapéutico.

Este tipo de hipótesis se llama "hipótesis de arco parcial" como una manera de indicar que son plenamente sistémicas, ya que en la práctica, las hipótesis iniciales suelen abordar sólo partes del sistema familiar. En el despliegue de la sesión, esta hipótesis de arco parcial se conecta de manera de enlazar la participación y el aporte de todos los miembros de la familia.

Esta pauta de conexión más amplia constituye la "hipótesis sistémica" plenamente desarrollada (Keeney y Ross, 1985).

La organización cibernética de la terapia de Milán consiste en cómo las hipótesis del terapeuta deben estar en armonía con la información que van proporcionando los marcos de referencia antes mencionados.

La formulación de hipótesis es la base de la acción en general, inclusive de la interacción terapéutica. La continua formulación de hipótesis "circulares" son características de la terapia familiar sistémica (Simon, et al., 1984).

Aunque Milán no especifica cómo se integran los marcos tanto semánticos como políticos unos en otros, admite estos diferentes marcos políticos, que se entretajan y se conectan. Esto se esquematiza como sigue (Keeney y Ross, 1985).

<i>P1=</i>	<i>organización secuencial de la conducta problema y de otras conductas importantes.</i>
<i>P2=</i>	<i>pautas de coalición actual.</i>
<i>P3=</i>	<i>pautas de vínculo con contextos de referencia.</i>
<i>P4=</i>	<i>perspectivas sobre partes de coalición pasadas y futuras, en particular las asociadas con el comienzo del problema.</i>
	<i>P4/ P3/ (P2/P1).</i>

FIGURA 3

Conexión y unión de los marcos de Milán clásico.

Keeney y Ross, 1985, pag: 207.

2. Problema.

La terapia empieza con la primera llamada telefónica, y se presta gran atención a detalles como quién hizo la llamada, su tono de voz y los intentos por determinar las condiciones del tratamiento (Hoffman, 1981).

Esto requiere que uno de los terapeutas esté disponible para hablar durante largo rato y evitar de este modo errores y malentendidos causados por el apuro. La terapia se inicia con la primera comunicación telefónica en la cuál es posible observar y anotar un gran número de fenómenos: peculiaridad de la comunicación, tono de la voz, lamentos, peticiones perentorias de toda clase de informaciones, intentos inmediatos de manipulación para obtener la entrevista en determinados días y horas, operando una inversión de los roles, como si fueran los terapeutas quienes buscan a la familia (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

La condescendencia, aún en relación con un pedido trivial y aparentemente razonable de la familia, puede invalidar el rol y el contexto terapéutico. Salvo en casos muy especiales, se considera que es erróneo conceder una entrevista de urgencia.

Se rechaza igualmente los intentos de algunos padres por obtener una entrevista preliminar en ausencia del paciente designado, con excepción de los casos de padres de niños muy pequeños o de niños un poco mayores traumatizados por experiencias psiquiátricas negativas anteriores (Selvini Palazzoli, et al., 1988).

El tratamiento consiste por lo general, en cerca de diez sesiones con intervalos de un mes o más. Los asociados de Milán lo llaman "larga y breve terapia" a este tipo de tratamiento, porque el número de horas con la familia es pequeño pero el periodo necesario para la reorganización la familiar puede ser hasta de seis meses, (Hoffman, 1981).

Es importante mencionar que la intervención la realiza un equipo de terapeutas. Se considera, un número de integrantes reducido es insuficiente y que un equipo numeroso puede resultar pesado por el mayor peligro en cuanto a problemas de relación y competencia. Cuatro miembros es el justo medio, (Selvini Palazzoli, et al., 1988).

Antes de cada sesión, el grupo se reúne para comentar la sesión previa o en caso de una primera entrevista, para examinar la "toma" familiar. Las sesiones duran cerca de una hora, y durante ese tiempo el equipo no sólo pide información sino que anota cuidadosamente todas las comunicaciones no verbales. La discusión de equipos se efectúa en una sala especial, al término de ella, los dos terapeutas se reúnen con la familia para hacerle las recomendaciones del equipo.

El empleo de la pareja heterosexual proporciona otra ventaja; evita que se caiga en las redes de ciertos estereotipos culturales sobre los dos sexos, de los que los terapeutas participan inevitablemente también se permite alcanzar un mayor equilibrio "fisiológico" en la interacción entre ellos y con la familia.

El hecho de haber advertido ese fenómeno facilita al equipo el acceso al modelo sistémico, contra la tendencia tan arraigada culturalmente de hacer puntuaciones arbitrarias e interpretaciones causales.

Como plantea Lynn Hoffman (1981), conviene que la terapia la realicen dos parejas heterosexuales: una en la habitación con la familia y la otra atrás de la pantalla. Las parejas de terapeutas no son fijas sino que se pueden intercambiar a lo largo de las sesiones.

Tal procedimiento ha permitido descartar la hipótesis de que ciertos éxitos se deben a aspectos especialmente carismáticos de la persona del terapeuta. Si las intervenciones terapéuticas son correctas, no se necesita ningún tipo de carisma. Este es el procedimiento que se ha elegido y que ha resultado útil. Es obvio que no se considera el único posible (Selvini Palazzoli, et al., 1988).

Las sesiones separadas por intervalos más largos resultan más eficaces. Un comentario, una prescripción o un ritual ejercen mayor impacto en el sistema familiar si actúan durante un tiempo bastante prolongado.

3. Síntoma y Juego Familiar.

El equipo de Milán al trabajar con familias se sitúa dentro de la epistemología circular sistémica, donde se observa que lo que todos obedecen son las reglas del juego. Y que el juego se perpetúa a través de amenazas y con contraamenazas entre las que figuran una potentísima que alguno se separe y deje el campo.

Así en la escalada paradójica entre falsas creencias de poder y falsas creencias de culpa se reconstruyen los parámetros, las reglas, las modalidades comunicacionales, las coaliciones negadas, la lucha entre facciones y contrataciones que tácitamente reconstruyen un juego familiar idéntico.

El equipo de Milán emplea el término circularidad para denotar las capacidades del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de realimentaciones que produce la familia. El hacer preguntas en la terapia, tiene importancia decisiva para ello

la organización de estas técnicas, como la prescripción de rituales y las connotaciones positivas, constituyen la pauta más notable de esta intervención.

La terapia de Milán es una dialéctica entre las hipótesis de los terapeutas y las respuestas de la familia a las preguntas. Las pautas que organizan la secuencia de preguntas de una sesión resulta plasmada por las pautas de coalición existentes en la organización actual de la familia. Discernida esta pauta se confirmará, modificará o refutará la hipótesis.

El grupo de Milán estructura a la familia para que escenifique sus propias coaliciones. Esto facilita al terapeuta no hacer causa común con un miembro de la familia ni quedar entrampado en una coalición en favor o en contra de alguien. La posición del terapeuta en este abordaje, es de neutralidad (Keeney y Ross, 1985).

El tratamiento consiste, por lo general, en cerca de 10 sesiones con intervalos de un mes o más.

Los asociados de Milán llaman "larga y breve terapia" porque el número de horas con la familia es pequeño pero el periodo necesario para la reorganización familiar puede ser muy largo (Hoffman, 1981).

El grupo de Milán estructura a la familia para que escenifique sus propias coaliciones. Esto facilita al terapeuta no hacer causa común con un miembro de la familia ni quedar entrampado en una coalición en favor o en contra de alguien. La posición del terapeuta en este abordaje es de neutralidad (Keeney y Ross, 1985).

Con las estrategias de reencadre, prescripción de síntomas y evaluar la conducta de cada miembro de la familia de un modo que contradice la epistemología que tiene la familia de si misma (connotación positiva). Con estas estrategias de intervención el equipo terapéutico tiende a crear un cambio en el sistema familiar (Simon, et al., 1984).

Como puede observarse en la terapia de Milán se manejan una serie de técnicas cuya característica primordial es ayudar a las familias a mantener un equilibrio familiar.

1.- **Formulación de Hipótesis.** Constituye un paso necesario para preparar las intervenciones terapéuticas. La Formulación confirmación y desconfirmación de hipótesis son métodos para ordenar desde la perspectiva de una causalidad circular, toda información que se tiene sobre una familia (Simon, et al., 1984).

También permite explicar el mantenimiento del síntoma en el sistema. Las hipótesis no se validan por su verdad o falsedad sino por la utilidad que presenta al organizar la gran cantidad de información vertida por la familia y aproximarse al significado funcional del síntoma en el sistema.

2.- **Preguntas Circulares.** Esta técnica tiene por objeto reunir y a la vez transmite información dentro de la sistema familiar, en un periodo breve.

La transmisión de información tiene por objeto modificar la epistemología que el individuo y la familia tienen de si mismos.

Por ejemplo se pide a cada participante de la sesión de terapia familiar que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros miembros de la familia.

Las técnicas de las preguntas circulares permiten un rápido acceso a una rica fuente de información y constituye un instrumento terapéutico eficaz (Simon, et al., 1984).

Esta técnica permite que las personas se detengan a pensar en vez de responder de manera estereotipada; que los participantes escuchen atentamente; marcar diferencias respecto de la manera de puntuar los hechos; y ayudan a la construcción de hipótesis sistémicas.

3.- **Connotación Positiva.** Se refiere a la evaluación positiva, que hace el terapeuta de la familia, de una conducta que por lo general se consideraría patológica o enferma. Tiende a modificar el sistema de valores de la familia y, por consiguiente su modelo del mundo. Cuando el significado y la evaluación de una conducta cambian, los miembros de la familia deben reaccionar necesariamente de un modo diferente con respecto a ella

Su reconocimiento y evaluación positiva es el primer paso hacia su disolución (Simon, et al., 1984).

Para ello se debe considerar el lenguaje de la familia, sus mitos y creencias y el conocimiento de su historia en términos de relaciones. Así, la connotación positiva y la prescripción del síntoma no son un invento de los terapeutas, sino una construcción hipotética generada a partir de la realidad presentada por la familia.

4.- Prescripción del Síntoma. Contradice a la epistemología del paciente sintomático y de sus partes interactuantes. El terapeuta prescribe a la familia o al paciente individual que continúe haciendo exactamente lo que consideran "sintomático" o "enfermo". Prescribir el síntoma significa que se modificará su contexto y también la configuración de la interacción familiar.

En este reencuadre del significado del síntoma impide que la familia y el individuo conserven la interpretación que le asignaban antes. La conducta se modificara inevitablemente puesto que un síntoma prescrito nunca reaparece "espontáneamente", se puede decir que se encuentra bajo control consciente.

5.- Reencuadre. Produce una alteración en el modelo interno del mundo que tiene el paciente o la familia. Este modelo o encuadre dirige la conducta, los sentimientos y el pensamiento. Cuando el reencuadre es eficaz, es previsible un cambio en la conducta.

6.- Mitos y Rituales. El mito familiar expresa convicciones compartidas que conciernen a los miembros de la familia y a sus relaciones, convicciones que se deben aceptar a priori desafiando flagrantes falsificaciones. El mito familiar prescribe los roles y atributos, que si bien falsos e ilusorios, son aceptados por cada uno como cosa sagrada y tabú que nadie usa examinar y mucho menos desafiar.

El mito explica los comportamientos de los individuos en la familia pero oculta los motivos (Ferreira, 1963).

El uso de los rituales terapéuticos se ha difundido y actualmente no son pocos los autores que se refieren a ellos como herramientas terapéuticas poderosas (Imber Black, 1991).

Un ritual se refiere a una acción o serie de acciones y expresiones verbales en las que tienen que participar todos los miembros de la familia. El ritual tiene que ser precisado por los terapeutas en términos de forma, horario, ritmo de repetición, roles, frecuencia, lugar, etc. El ritual puede incidir en el mito familiar con la finalidad de modificar las reglas del juego y, por consiguiente, la epistemología familiar, sin recurrir a las explicaciones, propiciando entre los participantes una vivencia colectiva para introducir al sistema una nueva idea.

El ritual familiar es la prescripción ritualizada de un juego cuyas normas nuevas fácilmente sustituyen a las precedentes (Selvini Palazzoli, et al., 1988).

4. Entrevista de Milán Clásico.

HIPÓTESIS

Iniciamos ahora con el estilo de la escuela de Milán donde podemos destacar aspectos que la caracterizan como que inician su trabajo, cuando menos así lo consideran a partir del primer contacto con el paciente, es decir con la llamada telefónica que es donde se lleva a cabo la definición del problema y la aparición de algunas hipótesis que le son significativas al terapeuta que recibe la llamada. Dado que la entrevista es modificada agregamos una posible forma de manejo por los representantes de Milán agregando una llamada telefónica hipotética.

Primera llamada telefónica:(definición del problema)

Llamada telefónica:

T: Si

M: Buenos días, habla la Sra. Gómez

T: Buenos días

M: Llamo para pedir una cita... para mi hijo

T: Para su hijo

M: Si. Tengo un hijo de 10 años que se llama Jorge

T: ¿Que pasa con Jorge?

M: Bueno... lo que pasa es que desde que tenía 5 años se masturba y lo malo es que una vez hasta se sangro.

T: ¿Han asistido anteriormente a terapia? ¿o es la primera vez?

M: Si. Anteriormente asistimos a terapia, pero no dio resultado.

T: El motivo de que pida una cita ¿cual es?

M: El de ayudar a mi hijo. Saber como puede dejar de masturbarse y por lo tanto de lastimarse. A sus hermanas y a mi nos interesa ayudarlo.

T: ¿Como lo ayudarían usted y sus hijas?.

M: Pues...hablando con él, sus hermanas lo pueden cuidar para que no lo haga en la sala o ante la presencia de visitas.

T: ¿Jorge sabe que usted y sus hermanas están preocupadas por él.

M: Sí. Si sabe.

T: ¿Sabe también de la cita al consultorio?.

M: Si sabe.

T: Bueno. Señora Gómez, la espero mañana.

M: Gracias y hasta mañana.

Las creencias que tienen cada miembro de la familia sobre la masturbación, los llevan a actuar de una manera rígida ante el paciente identificado, logrando con ello un juego familiar de falsas creencias.

En la primera sesión se presentaron la madre, la hija de veinte años y un nieto pequeño y Jorge de diez años de edad.

En la escuela de Milán y en especial en este apartado se buscan las creencias que cada una de las personas tiene acerca del problema presentado. Esto se puede observar en el siguiente cuadro.

CUADRO 12

T: <i>¿Por qué demandan terapia en este momento?</i>
M: <i>Porque Jorge se masturba desde hace tiempo.</i>
T: <i>Usted, ¿que opinión tiene de la masturbación?</i>
M: <i>Que es mala</i>
T: <i>¿Mala?</i>
M: <i>Si</i>
T: <i>¿Por qué?</i>
M: <i>Porque lo hace donde quiera, lo hace en su cuarto, en la sala y enfrente de la familia.</i>
T: <i>Se dirige a la hija: Usted ¿qué opinión tiene de la masturbación?</i>
Hija: <i>¿Yo? (Contesta sorprendida).</i>
T: <i>Sí usted.</i>
H: <i>Pues...no sé, creo que es mala.</i>
T: <i>¿Por qué cree que es mala?</i>
H: <i>Porque es malo tocarse sus partes íntimas.</i>
T: <i>¿Tú te tocas tus partes íntimas?</i>
H: <i>Sí, pero no me masturbo.</i>
T: <i>Jorge, qué opinas de la masturbación.</i>
J: <i>Se sonroja y contesta: No sé.</i>
T: <i>¿Piensas que es mala?</i>
J: <i>Sí</i>
T: <i>¿Por qué?</i>
J: <i>Porque lo hago enfrente de mi familia.</i>

La terapia empieza por el marco semántico. El terapeuta busca las opiniones y reacciones de cada uno de los miembros de la familia acerca de las creencias que tienen sobre el problema.

INTENTOS DE SOLUCIÓN: PREGUNTAS CIRCULARES.

En esta fase, los representantes de la escuela de Milán exploran los intentos de solución con un estilo muy particular que se refiere al uso de las preguntas circulares, que además de explorar, brindan la posibilidad de intervención por su propia naturaleza.

CUADRO 13

T: Oye Jorge, quién se preocupa más cuando te masturbas?
J: Mi mamá
T: ¿Quién se preocupa menos.
J: Mi hermana.
T: Cómo se preocupa tu mamá?
J: Se pone triste cuando me ve.
T: Y tu hermana cómo se preocupa.
J. Regaña a mi mamá porque yo lo estoy haciendo.
T: Y tu mamá qué hace.
J: Se pone triste.
T: ¿Están ustedes de acuerdo con lo que dice Jorge?.
M: Yo creo que sí... porque cuando veo que lo está haciendo no le digo nada pero me pongo triste.
T: (a la hija): ¿qué opinas de lo que dice tu mamá?
H: Bueno... yo le digo que lo regañe, pero a veces es tan seguido que mejor ya no lo hace.
T: Jorge, ¿estás de acuerdo con lo que dicen tu mamá y tu hermana.?’
J: Sí

T: ¿Por qué?

J: Porque seguido se pelean y discuten por mí, y yo quisiera que ya no pelearan.

Durante la entrevista, el terapeuta obtiene información explorando diferencias y conexiones relacionales en las conductas y creencias de los miembros de la familia.

REDEFINICIÓN, CONNOTACIÓN POSITIVA Y PRESCRIPCIÓN PARADÓJICA.

La escuela de Milán hace referencia a una nueva interpretación positiva que la familia tiene del problema y como la misma reacciona necesariamente de un modo diferente ante el problema presentado. Se presenta también como el terapeuta prescribe a la familia que continúe haciendo exactamente lo que consideran "sintomático". Ello modifica su contexto y también la interacción con la familia.

CUADRO 14

T: He quedado impresionado por la unión y sacrificio mutuo que todos muestran entre sí. Lo que he escuchado sobre la opinión que tienen sobre la masturbación de Jorge, me lleva a opinar que es bueno que él se masturbe, es bueno porque así ayuda a que la familia permanezca unida. Jorge tu mamá y tu hermana están muy asustadas porque te masturbas durante tanto tiempo. Cuando están muy asustadas, se juntan y hablan de como pueden ayudarte, y eso es positivo.

La experiencia de la familia demuestra que enfrentarse todos juntos a las adversidades de la vida es una sabia elección.

T: Por todo ello, pienso que debes seguir negándote a dejar de masturbarte hasta que tu mamá y tu hermana te den el mensaje de que no te necesitan para salir adelante, que son personas maduras que saben apoyarse uno a otro para superar las dificultades de la vida.

Las técnicas utilizadas tienen por fin modificar la percepción cognoscitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia y se

combina con una connotación positiva, la cuál se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas. Así, se resalta que la familia tiene un alto grado de cohesión y se restituye la credibilidad en sí misma para que intente resolver sus problemas de una forma satisfactoria.

Conclusión de estas tres entrevistas.

Se puede ver como estas tres escuelas tienen sus semejanzas y diferencias en el contexto terapéutico.

Palo Alto, hace énfasis en la solución mínima del problema, en la atención individual y no en la familiar y en las soluciones intentadas para la resolución del problema presentado.

La escuela estratégica hace foco absoluto sobre el síntoma y trata de cambiar la secuencia de interacción familiar para la solución del problema, mediante directivas o tareas que tienen como finalidad resolver el problema presentado.

Para la escuela de Milán el síntoma no es el principal problema, se orienta en el contexto familiar donde se organizan los síntomas y por ello los problemas, por otro lado las tareas se dirigen a alterar el juego familiar y la solución del mismo.

CAPITULO 3 ANÁLISIS SOBRE LOS GUIONES DE LAS ESCUELAS DE PALO ALTO, ESTRATÉGICA DE HALEY Y MILÁN CLÁSICO.

Se comenzará con la escuela de Palo Alto, posteriormente Estratégica de Haley y Milán Clásico. Además, se analizarán las principales semejanzas y diferencias de ambas.

La terapia de Palo Alto trabaja con todo sistema familiar o con partes del mismo, canalizando sus esfuerzos hacia un cambio rápido del problema. Para lograrlo, recoge información, en términos de conducta concretas- sobre el síntoma y las soluciones que el paciente y su familia han puesto en marcha para resolverlo.

La terapia se centra en el cambio mínimo requerido para resolver el problema- queja, y no se proponen reestructurar toda una familia.

Se parte de un marco político preguntando ¿cuál es el problema?, después se pasa a un marco semántico con el fin de conocer la creencia del paciente y el significado que le da a esa conducta problema.

Dentro de la cibernética contempla las pautas de interacción que los miembros de la familia eligen descomponer en piezas llamadas problemas, soluciones y terapias. En estas puntuaciones se observa las visiones dobles donde los problemas y las soluciones están conectados en una causalidad circular. Si hablamos de complementariedad, el problema discierne de una mitad de ésta a las soluciones intentadas. La secuencia está regulada por una causalidad circular de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenida por ellos .En cuanto se refiere al síntoma, se origina en un cambio en la vida del paciente y/o familia, al que los autores de esta escuela, por ejemplo (Watzlawick , et al., 1974).denominan dificultad, la cuál precisa de un nuevo tipo de respuesta.

Enfatiza una teoría del cambio y deja de lado la investigación sobre el origen de los problemas familiares. Únicamente se interesan por entender el modo en que las familias mantienen sus problemas con sus intentos bien intencionados pero desafortunados, por superarlos.

Por lo tanto, presuponen que alterando las soluciones intentadas se rompen las secuencias sintomáticas, produciéndose así el cambio terapéutico.

La eficacia de la escuela de Palo Alto no reside sólo en los recursos técnicos directamente relacionados con el cambio de la solución intentada, sino en un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y/o familia para que lleven a cabo las prescripciones del equipo.

La intervención se ubica al final de la entrevista y constituye fundamentalmente de una redefinición a la que se suman tareas para realizar en casa.

Los recursos técnicos para promover el cambio comprenden redefiniciones, tareas directas y paradójicas, técnicas de persuasión para que el paciente "compre" la tarea, metáforas y ordalías.

Por redefinición se entiende a las técnicas cognitivas que evitan aquellas "etiquetas" que utilizan los pacientes que dificultan el cambio.

En Palo Alto también se conoce como reencuadre al procedimiento mediante el cual los hechos cobran un significado "diferente".

En la escuela de Haley, una de las ideas centrales es la de jerarquía, por referencia a la familia, las personas se diferencian en función de generaciones, ingresos, destrezas, talentos creadores, agilidad física, inteligencia, etc. Haley cree que la jerarquía se discierne con la mayor facilidad en familias de tres generaciones.

Atañe a la relación secuencia/problema en que el problema se considera parte de una secuencia más amplia de acción, dentro de un contexto social.

Comienza abordando un marco semántico: la especificación de un problema, que al cabo se configura en un significado conductual bien definido. Este marco semántico es encuadrado después por una marco político de referencia, que toma en cuenta la secuencia social que hace de contorno al problema: quién hace qué-a quién - cuándo.

Con respecto a la organización cibernética de la terapia, Haley utiliza el problema y las metas establecidas en el contrato para evaluar y pilotar el curso de acción del terapeuta (y del cliente).

En cuanto al síntoma, Haley prefiere considerar el problema conectado a una secuencia de acciones que, suponen la interacción de tres personas como mínimo.

Lo que Haley llama "directivas" en una forma de intervención. Como le interesa conocer el estado de organización de una familia, tiene que provocar a sus miembros para que actúen, y así ver cómo operan. Las directivas, por tanto, responden a la pauta cibernética básica es: estabilidad/cambio//ruido significativo, donde ruido significativo se refiere al envoltorio de las directivas, que puede consistir en metáforas, frases, ideas o tareas que brotan del paradigma de comunicación de la misma familia.

En esta escuela también se utilizan el reencuadre.

La escuela de Milán Clásico centra su interés principalmente en la semántica y menos en la política (a diferencia de las anteriores), se orienta a descubrir significados posibles de lo que ocurre en la familia.

El abordaje de Milán clásico no es una terapia con foco principal en el síntoma o en el problema, aunque toma en consideración esas comunicaciones. Se orienta, en cambio, al contexto de significado, que encuadra u organiza los síntomas que se relacionan con el juego familiar.

Milán Clásico no especifica cómo se integran los marcos de referencia, pero admite que se entretujan y se conectan.

El tratamiento consiste, por lo general en cerca de diez sesiones con intervalos de un mes o más. (A diferencia de las otras dos escuelas pues éstas hacen sus intervenciones más próximas).

Hacer preguntas en la terapia, como organización realimentadora, tiene importancia decisiva en la estrategia de Milán Clásico.

Las estrategias de reencuadre y prescripción de los síntomas, y evaluar la conducta de cada miembro de la familia de un modo que contradice la epistemología que tiene la familia de si misma (connotación positiva) tiende a crear un cambio en el sistema familiar.

Con todo lo anterior, se pretende a continuación reunir brevemente lo más significativo en cuanto a semejanzas y diferencias de los tres estilos terapéuticos

presentados, siendo también importante mostrar en este análisis la interrelación entre las tres y saber distinguir el momento y situación pertinentes para dar uso de una o varias premisas de cada escuela dentro de la terapia.

Con el propósito de sintetizar este análisis de las semejanzas y diferencias de las 3 escuelas de terapia Sistémica, que presentamos, y haciéndolo de manera sencilla, se presenta el siguiente cuadro.

CUADRO 15

ESQUEMA DE TRABAJO TERAPÉUTICO.	PALO ALTO	HALEY	MILÁN CLÁSICO.
a) Historia Familiar.	NO	NO	SI
b) Trabaja con la familia completa.	NO	SI	SI
c) Trabaja con equipo terapéutico.	NO	NO	SI
d) Elaboración de contrato terapéutico.	SI	SI	SI
e) Se inicia la terapia sobre la definición del problema.	SI	SI	NO
f) Enfatiza el origen de los problemas.	NO	NO	NO
g) Parte de un marco político.	SI	SI	NO
h) Parte de un marco semántico.	NO	NO	SI
i) Causalidad circular.	SI	SI	SI
j) Realiza la prescripción de tareas.	SI	SI	SI
k) Uso de jerarquías.	NO	SI	SI
l) Connotación positiva.	SI	SI	SI
ll) Utiliza el reencuadre.	SI	SI	SI

CONCLUSIONES

Después del desarrollo de la presente Investigación documental se concluye que el objetivo se ha cumplido pues, aunque de manera breve, se abarcaron los tres aspectos fundamentales para abordar con claridad las características de tres escuelas de la Terapia Sistémica, éstos son: 1) aspectos epistemológicos; 2) aspectos teóricos y 3) aspectos clínicos. Se presentaron concretamente las bases epistemológicas que sustentan este enfoque, sus principales exponentes teóricos así como sus conceptos más reconocidos y técnicas principales respectivamente. Cabe señalar que la contribución más importante se refiere al caso clínico utilizado en las tres escuelas, tal importancia se le otorga debido a que en dos de ellas, los casos fueron elaborados por las autoras teniendo como objetivo que el lector diferencie claramente la intervención en cada escuela, es decir, por un lado se pone énfasis en que las tres escuelas pueden ser recomendables para abordar un caso clínico y por otro lado, se ilustra el manejo teórico del mismo bajo diferentes procedimientos.

Esta aportación fue motivada por el interés en resaltar, de manera precisa las variantes en la construcción del discurso teórico y de los procedimientos de intervención en el mismo problema conforme tres escuelas sistémicas. Se espera por tanto, hayan sido planteados y analizando con claridad y tengan una aceptación satisfactoria para el profesional de la Terapia Sistémica.

- Las escuelas expuestas, obligan a dejar en claro su carácter en el campo teórico, pues si bien es cierto que corresponden a la cibernética de primer orden por ser el terapeuta un observador del sistema que consulta, familiar donde incluye cierta "linealidad", también es cierto que existe una interacción entre ambos (observador-sistema familiar que consulta) y al interactuar se habla de intercambios recursivos y se rompe con el esquema tradicional.

Los terapeutas sistémicos se concentran en el aquí y el ahora y en el cambio de conducta, demuestran que el cambio sustancial se puede producir sin tratar de rastrear causalmente los acontecimientos en el pasado.

- Sin embargo, como se puede notar en el capítulo 2, las técnicas tienen un empuje unidireccional y lineal pues se concentran constantemente en un tema dado para inducir el cambio. Si la familia pudiera “ realmente” volver en forma recursiva al punto de partida ,entonces las intervenciones no hubieran producido ningún cambio y sería un fracaso, estos procesos no regresan al punto de partida, más bien, a un punto de estado diferente (recursión- cambio).

Un ejemplo de lo anterior es el caso de Haley que establece jerarquías ya que las transacciones repetitivas y recíprocas entre terapeuta y familia, entre los miembros de la familia existe cuando la relación y el problema de tratamiento se identifican en forma más completa, la meta del terapeuta es el cambio en forma más explícita.

La escuela de Palo Alto también es directiva ya que utiliza un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y la familia para que lleven a cabo las prescripciones recomendadas.

Milán por su parte, aunque diferente de las anteriores en los marcos iniciales que utiliza (semánticos), también incluye cierta directividad pues busca una pauta de significado contextual diferente para que la familia se reorganice.

Cuando se marcan las diferencias así como las semejanzas de las escuelas no se pretende en ningún momento dar preferencia a alguna o restarle a otra, por el contrario, se pone énfasis en que cada una proyecta con gran claridad el marco que la distingue siendo éste el punto de partida para desarrollar su intervención. Si bien, todos los abordajes consideran la política de la interacción solución-problema y la semántica del significado contextual, su diferencia radica por el marco de referencia a que en principio recurren para organizar los otros marcos.

En una terapia de Palo Alto, por ejemplo: se plantea que si se modifican los marcos políticos por ellos abarcados, se modificarán, en consecuencia, los significados que la familia atribuyen a sus experiencias y aún agregan que siendo los marcos políticos

los más asequibles a la observación, es más fácil operar en ellos que en el escurridizo mundo semántico del significado contextual. El marco político de la interacción problema-solución se emplea para organizar pautas de interacción social y de significado contextual.

La terapia de Haley recurre en principio a las relaciones sociales triádicas que alteran la interacción problema-solución (marco político) y el significado contextual (marco semántico).

Y la estrategia de Milán se diferencia de los abordajes anteriores en que aplica en principio un marco semántico para modificar la política familiar.

Por otro lado, el manejo de estos abordajes, queda en manos del terapeuta pues es vital averiguar lo que es preciso hacer para alcanzar los fines deseados ya se trate de una u otra escuela.

La complementariedad recursiva rectora de cada estrategia terapéutica especifica la organización cibernética de realimentación de un sistema. La específica realimentación organizada dentro de un sistema terapéutico es lo que antes se llamó el espíritu en la terapia ejemplifica lo que se ha denominado "cibernética de primer orden". Por ejemplo: una realidad terapéutica de Palo Alto pone de relieve las relaciones recursivas entre conducta problema y soluciones intentadas; en cambio Haley realiza la manera en que la conducta problema se organiza por la repetición y secuencias sociales. Por último, Milán señala el acoplamiento recursivo de semántica y política familiar, y ésta es su modalidad para el abordaje de la organización cibernética de un sistema.

Una perspectiva de "espíritu en la terapia" devuelve una y otra vez a una perspectiva de descripciones múltiples y prescripciones. Conocer y utilizar la cibernética demanda la inteligencia de las perspectivas: cibernética de primer orden y segundo orden; introducirse en la organización de un sistema cibernético exige abordar tanto estabilidad como cambio, además organizar y apreciar el aporte de un terapeuta sistémico exige prescribir y discernir su participación tanto dentro como fuera del sistema tratado.

En síntesis, tanto la epistemología lineal como la recurrente se entretajan para llegar a la epistemología cibernética la cual es en gran medida el panorama que se deseó plantear y desarrollar a lo largo de esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Bateson, G. (1976). ***Pasos Hacia Una Ecología De La Mente***. Buenos Aires: Carlos Lohlé.

Bateson, G. (1979). ***Mind And Nature: A Necessary Unity***. Nueva York, E-P-Dutton.

Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1956). ***Toward A Theory Of Schizophrenia***. Behavioral Science

Fernández, V. (1984). ***Psicoterapia Estratégica***. Puebla: Universidad Autónoma De Puebla.

Ferreira. (1963). ***Family Myth And Homeostasis***. Archived Of General Psychiatri., 457-463.

Fisch R., Weakland J.H. y Segal, L. (1984). ***La Táctica Del Cambio***. Barcelona: Herder.

Von Foerster, H. (1988). ***Construyendo Una Realidad***. En: P. Watzlawick (Comp.) ***La Realidad Inventada***. Buenos Aires: Gedisa.

Fruggeri, L. (1985). ***El Proceso Terapéutico Como Construcción Social Del Cambio***. En: S. Mcnamee Y J. Gergen (Eds). ***La Terapia Como Construcción Social***. Barcelona: Paidós.

Golann S. (1987). ***(On Descripción of Family Therapy)***. En: ***Family Process***, Inc. pp.331-340.

von Glasersfeld, E. (1988). ***Introducción Al Constructivismo Radical***. En: P. Watzlawick (Comp.)

von Glasersfeld, E. (1984). ***La Realidad Inventada***. Buenos Aires: Gedisa.

Haley, J. (1971). ***Family Therapy: A Radical Change***. En: J. Haley, (De): ***Changing Families***, Nueva York: Grune And Stratton. Pp. 272-284.

- Haley, J. (1973). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1976). *Terapia Para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980). *Trastornos De La Emancipación Juvenil Y Terapia Familiar*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984). *Terapia De Ordealía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1981). *Fundamentos De La Terapia Familiar*. México: Fondo De Cultura Económica.
- Imber Black, E., Roberts, J. y Whiting, R. A. (1991). *Rituales Terapéuticos y Ritos en la Familia*. Barcelona: Gedisa.
- Keeney, B. (1987). *Estética Del Cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Keeney, B. y Ross, J. (1985). *Construcción De Terapias Familiares Sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keeney, B. y Silverstein, O. (1988) *La voz Terapéutica de Olga Silverstein*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. y Fishman, R. (1981). *Técnicas De Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Ochoa, i. (1995). *Enfoques En Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- Papp, P. (1988). *Carta A Salvador Minuchin*. En :Fishman, H. ch. y Rosman, B.L (Comp.). *El Cambio Familiar: Desarrollo De Modelos*. México: Gedisa. Pp. 220-226.
- Selvinini, P. Boscolo, L. y Prata, G. (1988). *Paradoja Y Contraparadoja*. Buenos Aires: Paidós.

Simon, S.P. Sterlin, H.Y. y Wynne L.C. (1984). **Vocabulario De Terapia Familiar**. Buenos Aires: Gedisa.

Sluzki, E. (1987). **Cibernética Y Terapia Familiar "Un Mapa Mínimo". Sistemas Familiares**. Agosto, 65-69

Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fisch, R. (1974) **Cambio**. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P. (1979). **¿Es Real La Realidad?** Barcelona Herder

Watzlawick, P. (1990). **El Arte De Amargarse La Vida**. Barcelona Herder

Weakland, J.H. Fisch, R, Watzlawick, P. y Bodin, A-M. (1974) **Brief Therapy: Focused Problem Resolution. Family Process, 13, 141-168.**

Winkin, Y. (1984). **La Nueva Comunicación**. Barcelona: Kairos.

Wynne, L. (1988). (Estructura Y Linealidad En La Terapia Familiar). En: H. Ch. Fishman Y B. L. Rosman (Comp). **El Cambio Familiar: Desarrollo De Modelos**. México: Gedisa. Pp. 264-272.