



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

" UNA REVISION TEORICA DE LOS POSTULADOS EPISTEMOLOGICOS, LA HISTORIA Y EL USO DE LA COMUNICACION Y EL LENGUAJE EN LA TERAPIA BREVE SISTEMATICA "

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
FRANCISCO JAVIER ROBLES OJEDA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO



MEXICO, D.F.

ABRIL DE 2002

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

Dar es algo en lo que muy a menudo se piensa en función de los dones ofrecidos, pero el mayor don que hacemos es el de nuestro tiempo y nuestra bondad, o incluso del consuelo que damos a quienes lo necesitan. Estas pequeñeces las vemos como algo insignificante... hasta que llega el momento en que las necesitamos.

Joyce Hiffler

GRACIAS!!... antes que decir otra cosa ¡gracias! a todas las personas que de manera directa o indirecta influyeron en la realización del presente trabajo.

Al decidir como realizar los agradecimientos tuve en la mente dos opciones: ser extremadamente "austero" en éstos y solamente agradecer estrictamente a quien intervino de manera directa con este trabajo o bien, agradecer a varias personas que han sido significativas para mi y que han influido de manera indirecta en la consecución de esta meta. Como podrán apreciar los que leen esta líneas, me decidí por la segunda opción.

En primer lugar quiero agradecer a la *Dra. Luz de Lourdes Eguiluz* por su asesoría, su tiempo dedicado a la revisión de la presente tesis así como por todas sus enseñanzas, las cuales me han llevado a través del ámbito de la terapia sistémica. Pero sobre todo le agradezco y admiro su valor como ser humano, siempre dispuesta a compartir lo que tiene.

También agradezco por su tiempo en la revisión y comentarios del presente trabajo a la *Dra. Mary Blanca Moctezuma*, la *Mtra. Luz María Rocha*, la *Mtra. Jacqueline Fortes* y la *Lic. Patricia Moreno*.

A aquellas maestras que influyeron en mi para querer y conocer aspectos referentes a la Psicología: la *Lic. Ericka Santillán*, quien fue mi primera maestra de psicología; la *Lic. Cecilia Celis* de quien conocí por primera vez que había un enfoque en psicología llamado sistémico; la *Mtra. Mari Carmen Montenegro* y la *Lic. Socorro Escandón Gallegos* por su apoyo y enseñanza en la Universidad Abierta en la Facultad de Psicología, y a la *Lic. Cecilia González*, con quien conocí por primera vez lo que es estar del otro lado en la relación terapeuta-cliente.

A mis amigas y amigos de la facultad, en especial a: *Ara, Lolita, Claudia, Arturo, Paula, Mario, Bere y Martha*.

A mis compañeros y compañeras de supervisión de SAPTEL, por compartir los momentos de aprendizaje sobre las ideas sistémicas, en especial a *Rocío, Caro, Verónica y Ricardo*.

Con mucho cariño a mis amigas del trabajo (eso de soportar estar oyendo sobre un trabajo de tesis, vale por lo menos esto): *Miriam, Marce y Estela.*

A mis amigos y amigas de siempre y que a pesar del tiempo y/o la distancia seguimos preservando esta amistad: *Fernando, Mari (Mayte), Alberto, Jaime, Reyna, Juana, Caro, Isabel, Adriana, Luis, Juan José.*

A las siguientes personas por apoyarme en alguna etapa de mi vida como si fuera parte de su familia: *Sra. Petra Zendejas, Sra. Yolanda Camacho, T.S. Arcelia López, Sra. Margarita Guevara y C.P. Roberto Vázquez.*

A la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la Facultad de Psicología, por el conocimiento allí obtenido.

A todas y cada una de estas personas, así como a las que me han preguntado constantemente "¿cómo va tu tesis?", "¿para cuándo es tu examen profesional?", etc.

Gracias por ser co-partícipes en la construcción de esta realidad llamada vida.

Francisco Javier Robles Ojeda.

INDICE

Introducción	1
Objetivos	7

CAPÍTULO 1

EPISTEMOLOGÍA DE LA TERAPIA BREVE

1.1	Paradigma.	9
1.1.1	<i>Componentes de un paradigma.</i>	10
1.2.	Modelo	11
1.3.	Concepto de Epistemología	12
1.3.1	<i>Paradigmas en terapia familiar.</i>	13
1.4	Bases teóricas de la terapia breve sistémica.	15
1.4.1	<i>Teoría general de sistemas.</i>	15
1.4.1.1	Propiedades de los sistemas abiertos.	17
1.4.2	<i>Cibernética.</i>	19
1.4.2.1	Cibernética de 0 orden	19
1.4.2.2	Cibernética de 1er orden	20
1.4.2.3	Cibernética de 2° orden	21
1.4.3	<i>Constructivismo.</i>	24
1.4.4	<i>Constructivismo social.</i>	27

CAPÍTULO 2
TERAPIA BREVE

2.1.1	<i>Concepto de terapia.</i>	30
2.1.2	<i>Concepto de terapia familiar y terapia breve.</i>	31
2.2	Modelos de terapia sistémica.	33
2.2.1	<i>Terapia estructural.</i>	33
2.2.2	<i>Terapia sistémica de Milán.</i>	39
2.2.3	<i>Terapia estratégica de Jay Haley.</i>	47
2.3.	Modelos de Terapia Breve	52
2.3.1	<i>Hipnoterapia de Milton Erikson.</i>	54
2.3.2	<i>Terapia breve centrada en problemas.</i>	62
2.3.3	<i>Terapia breve centrada en soluciones.</i>	70

CAPÍTULO 3
COMUNICACIÓN

3.1	Antecedentes del concepto de comunicación.	83
3.2	Modelos de comunicación humana.	84
3.2.1	<i>Modelo de Shannon y Weaver.</i>	84
3.2.2	<i>Modelo de comunicación de Norbert Wiener.</i>	86
3.3	Teoría del doble vínculo.	87
3.4	La comunicación como interacción.	91
3.4.1	<i>Axiomas de la comunicación.</i>	92
3.4.2	<i>Patologías específicas de cada axioma de la comunicación.</i>	96

CAPÍTULO 4

USO DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE EN LA TERAPIA BREVE

4.1	Importancia de la comunicación en la terapia.	103
4.2	Antecedentes del uso de la comunicación en el ámbito de la terapia.	105
4.3	Fases en el uso de la comunicación y el lenguaje en la terapia breve.	108
4.3.1	<i>Reconocimiento de los estilos de comunicación del paciente.</i>	109
4.3.1.1	Identificación de las modalidades sensoriales.	110
4.3.1.2	Identificación del lenguaje técnico usado en áreas relevantes para el cliente.	111
4.3.1.3	Identificación de las creencias.	112
4.3.2	<i>Encauzar hacia una nueva realidad a través del uso del lenguaje del terapeuta hacia el cliente.</i>	115
4.3.2.1	Uso de los tiempos verbales.	116
4.3.2.2	Enfocar sólo los aspectos que favorecen el desarrollo de la terapia.	119
4.3.3	<i>Uso del lenguaje en algunas técnicas propuestas por los modelos de terapia breve.</i>	121
4.3.3.1	Uso de la comunicación analógica y/o indirecta hacia el cliente.	121
4.3.3.2	Técnicas, tareas e intervenciones.	127
	Conclusiones	136
	Glosario.	153
	Referencias Bibliográficas.	160
	Anexos	169

RESUMEN

El presente trabajo de tesis describe de manera teórica los postulados epistemológicos de la terapia breve sistémica. Se describen las características principales de las escuelas más representativas de la terapia sistémica. Se explica el modelo interaccional de comunicación y se realiza una revisión a través de ejemplos, sobre el uso de la comunicación y el lenguaje en los modelos de terapia breve, considerando a estos como el recurso principal para lograr el cambio en los clientes. Se concluye que es importante la forma en que el terapeuta hace uso del lenguaje y la comunicación ya que de esto dependerá que se de un buen proceso en la terapia, además de que cuenta con una amplia gama de recursos, los cuales debe aprovechar adecuándose de acuerdo a las circunstancias de cada caso en particular.

Palabras claves: Terapia breve, epistemología sistémica, modelos de terapia sistémica, comunicación y lenguaje en la terapia breve.

ABSTRACT

The present thesis work describes in a theoretical way the postulates epistemologic of the systemic brief therapy. The main characteristics of the most representative schools in the systemic therapy are described. The pattern communication interaccional is explained and is carried out a revision through examples, on the use of the communication and the language in the models of brief therapy, whereas clause to these as the main resource to achieve the change in the clients. You concludes that it is important the form in that the therapist makes use of the language and the communication since of this will depend that you of a good process in the therapy besides that has a wide range of resources, which should take advantage of being adapted in particular according to the circumstances of each case.

Key words: brief Therapy, systemic epistemology, models of systemic therapy, communication and language in the brief therapy.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia ha ido evolucionando la práctica psicológica, sin lugar a dudas, las premisas psicoanalíticas han permeado al ámbito de la terapia desde que hicieron su aparición a principios del siglo pasado. Es a mediados del siglo XX cuando empiezan a aparecer con mayor fuerza propuestas para abordar las problemáticas de los pacientes de una manera distinta, basados en nuevos modelos de pensamiento e investigaciones científicas (por ejemplo la teoría general de sistemas de Ludwig von Bertalanffy; la cibernética de Norbert Wiener; los aportes sobre la comunicación de Gregory Bateson, entre otros), que conforman la base de la terapia sistémica; todo esto implicó un "parteaguas" en lo concerniente a la psicología.

A prácticamente medio siglo de la aparición de estos movimientos, se han ido perfeccionando las técnicas por los diversos modelos de terapia sistémica, por ejemplo, dentro de los modelos de terapia breve, las investigaciones realizadas a través del seguimiento de casos atendidos en los institutos que siguen este modelo, se ha encontrado que "se puede esperar un cambio entre un lapso de 6 a 10 sesiones" (De Shazer, 1991a).

A pesar de este auge de los diversos modelos que comparten las premisas del paradigma sistémico, no se ha dejado de argumentar por otras corrientes psicológicas y por alguna parte de la comunidad en general, a ésta, como una terapia que solo aborda los problemas superficialmente (Gelso, 1992; Zeig, 1994). Otro problema acerca de estos modelos es su falta de difusión entre los estudiantes de psicología, ya que, a pesar de que esto ha crecido en los últimos años, en muchas ocasiones no se le conoce sino hasta cursos adelantados, como pueden ser especializaciones, maestrías o cursos especiales, esto en comparación con otros enfoques en terapia como lo son el psicoanálisis o el conductismo, por mencionar algunos. Debido a esto, es importante explicar acerca de la terapia sistémica sus fundamentos epistemológicos, las diversas escuelas de terapia que emergieron de este paradigma y la forma en que éstas llevan a la práctica su labor terapéutica, ya que esto nos permite comprender la visión epistemológica que subyace a la terapia

sistémica, que en muchos aspectos confronta al pensamiento científico clásico (p. ej. sumatividad vs. totalidad; objetividad vs. subjetividad, etc.).

Se elige el uso de la comunicación como un aspecto de análisis, ya que a lo largo de la evolución de la terapia sistémica, es un elemento que se ha revisado de manera particular, realizando estudios y desarrollando teorías en esta corriente, en un primer momento poniendo énfasis en la comunicación del sistema cliente para después incluir al terapeuta (acorde con la cibernética de 2° orden) dentro del mismo sistema y concibiendo que a través de la comunicación entre el cliente y el terapeuta se puede lograr un acceso al cambio que sea acorde con los objetivos de la terapia. Debido a esto, la importancia de un acercamiento al estudio de la comunicación y la forma en que es aprovechada por la terapia breve sistémica.

Es importante aclarar, que desde el punto de vista sistémico, no se concibe a la comunicación como una cadena lineal de elementos, donde cada individuo participante "es un simple emisor o receptor de información", como lo proponía el modelo de Shannon; sino como un modelo donde existe una "causalidad circular", donde cada elemento del sistema de comunicación es retroalimentado mutuamente "estableciendo juegos circulares de informaciones e influjos recíprocos" entre ellos (Nardone y Watzlawick, 1992; Winkin, 1982). Otro aspecto relevante acerca de la comunicación es considerarla como un aspecto permanente en cualquier relación humana; como lo afirma Watzlawick (1981) "es imposible no comunicar", atendiendo a la comunicación como compuesta por aspectos verbales y no verbales.

El presente trabajo de tesis se realizó con base en una investigación documental, para tal propósito se recopiló información a través de literatura especializada sobre terapia sistémica, así como se revisó información actualizada (desde 1990 hasta la fecha) proveniente de libros sobre terapia breve, revistas especializadas de corte sistémico (Family counseling and therapy; Family process; Family therapy, etc.) y a través de medios electrónicos (Internet y banco de información electrónico) para

consultar artículos sobre terapia sistémica, en especial los modelos de terapia breve y el uso de la comunicación y el lenguaje en la terapia.

La presente tesis se divide en cuatro capítulos, en el capítulo 1 se realizará una explicación acerca de las bases epistemológicas que conforman al paradigma sistémico; entre las posturas que configuran dicho paradigma, se encuentran la teoría general de los sistemas, la cibernética de 1er y 2º orden, el constructivismo y el movimiento filosófico del posmodernismo.

El capítulo 2 está dividido en dos grandes secciones que nos llevan a través de las diversas escuelas de terapia con enfoque sistémico, esto nos permite conocer las variantes que desarrollan el paradigma sistémico en la terapia, tener una visión general de la terapia sistémica como un enfoque en evolución constante y crear una perspectiva personal acerca de éstas. Así pues, se describirán las características principales del modelo estructural representado por Salvador Minuchin; el enfoque desarrollado por la escuela de Milán a través de los terapeutas Mara Selvini, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo; y la terapia estratégica de Jay Haley.

La segunda parte del capítulo 2 se centra en el desarrollo de los modelos de terapia breve, los cuales abarcan el modelo de hipnoterapia de Milton Erickson, la terapia breve centrada en el problema desarrollada por el grupo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California y los modelos breves basados en las soluciones, cuyos principales representantes son Steve de Shazer y Bill O'Hanlon.

Con respecto a este punto, la terapia breve centra su foco de atención esencialmente a fenómenos observables, es pragmática y se relaciona con la creencia de que los problemas son producidos y mantenidos por los constructos a través de los cuales se ven las dificultades y por las secuencias conductuales repetitivas, que rodean a tales constructos (Cade y O'Hanlon, 1995).

Se puede considerar como postulado básico el concebir que.

la realidad que percibimos y con la que nos relacionamos -incluidos los problemas y las patologías- es el fruto de la interacción entre el punto de observación asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos con esa realidad, no existe una realidad verdadera en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre sujeto y realidad (Watzlawick y Nardone, 2000, p. 17).

Es decir, cada uno construye la realidad que después vive (en el caso de los clientes, que cada uno de ellos sufre).

Desde este punto de vista, la terapia breve concibe a los trastornos mentales como productos de disfunciones perceptivas y reactivas con respecto a la realidad que el sujeto construye a través de sus disposiciones y acciones; si cambian las modalidades perceptivas del paciente dentro del proceso de construcción, cambiarán también sus reacciones (Watzlawick y Nardone, 2000).

Steve de Shazer (1991) resume las claves de la terapia breve, de la siguiente manera: se debe utilizar lo que el paciente trae consigo (sus recursos propios) para satisfacer sus necesidades de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo.

En el capítulo 3 referente a la comunicación se tendrá como base a la teoría de la comunicación humana, desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson, se explicará la importancia del enfoque interaccional de la comunicación en comparación con la perspectiva lineal que imperaba a principios del siglo pasado, se explicarán los postulados de la comunicación y las patologías encontradas en éstas.

En el capítulo 4 se explica como se ha concebido el uso del lenguaje y la comunicación como herramienta en diversas áreas de la humanidad, incluida la

terapéutica. posteriormente se realiza un breve análisis acerca de cómo los modelos de terapia breve usan la comunicación a través de la forma de relacionarse con el cliente, de la construcción de las intervenciones, técnica y tareas así como la manera que el terapeuta construye junto con el cliente una nueva realidad que propicie cambios positivos en su vida. Esta relevancia que se le da al aspecto del lenguaje y la comunicación en el contexto de la terapia se deja ver de forma clara en los modelos de terapia breve, ya que éstos conciben que a través de estos aspectos (comunicación y lenguaje) es como se va a poder lograr un cambio con el paciente, acerca de esto, Bill O'Hanlon quien es uno de los máximos representantes de la terapia breve, afirma lo siguiente:

Puesto que la mayoría de las interacciones de una terapia tienen lugar durante las sesiones, las conversaciones (verbales o no) que se producen en una sesión se convierten en el principal punto de apoyo para influir en el cliente con el fin de que desarrolle relatos y acciones que aumenten su confianza y le acerquen más a sus objetivos (O'Hanlon y Bertolino, 2001, p. 213).

En las conclusiones se presenta un resumen de los puntos más importantes de cada capítulo, una perspectiva personal sobre lo que se viene haciendo en el ámbito de la terapia breve tanto en la práctica como en la teoría y se presenta una perspectiva personal sobre los modelos de terapia breve y algunas posibles líneas de investigación.

Finalmente, se presenta un glosario con la definición de algunos términos importantes en el ámbito de la terapia sistémica¹.

¹ Las definiciones se tomaron de las siguientes referencias bibliográficas: Moctezuma y Desatnik, 2001; Ochoa de Alda, 1995; Sánchez, 2000 y Simon, Stierlin y Winne, 1988.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- Ψ ¿ Cuáles son los planteamientos teóricos en los que se basa la terapia breve sistémica ?
- Ψ ¿ Qué técnicas o estrategias aportadas por la terapia breve se relacionan con respecto al uso de la comunicación en el proceso de terapia?

OBJETIVOS

- Ψ Conocer los antecedentes y postulados principales en que se basa la terapia breve sistémica.
- Ψ Conocer las características generales de la praxis de la terapia breve Sistémica.
- Ψ Identificar los aportes y características principales de los diversos modelos de Terapia Sistémica.
- Ψ Conocer los postulados del modelo interaccional de la comunicación.
- Ψ Conocer la influencia del lenguaje y la comunicación para propiciar un buen desarrollo del proceso de terapia en los modelos de terapia breve.

CAPITULO 1

EPISTEMOLOGÍA DE LA TERAPIA BREVE

Al hablar sobre la terapia breve sistémica¹, es indispensable tener en cuenta el marco ideológico en el que se sustenta, tanto en el ámbito de teorías científicas como en el de perspectivas filosóficas, para poder comprender el porqué de cada una de las acciones realizadas en los diversos modelos de terapia que comparten el paradigma sistémico.

En el presente capítulo, se describirán las características esenciales que conforman a la epistemología que da sustento a la terapia breve y que la diferencian de otras aproximaciones en terapia.

1.1 Paradigma.

*Nada es verdad ni es mentira,
todo depende del color del paradigma con que se mira.*

Podemos considerar la existencia de un paradigma, cuando en una disciplina identificamos un conjunto bien delineado de afirmaciones que tratan de explicar una realidad, así como hipótesis, fuentes de aplicación, objetivos de investigación, etc., las cuales son respaldadas por una comunidad científica y que se distingue de otros paradigmas, posibilitando la explicación, predicción o investigación que no son posibles a través de dichos antiguos paradigmas (Hernández, 1999).

El término paradigma fue introducido por Thomas Kuhn (1975); quien señala que dicho término se debe entender básicamente de dos maneras:

- En un "sentido amplio" y con un tinte marcadamente sociológico, a lo que se denomina como "matriz disciplinar". Esta primera acepción considera a un paradigma como todo lo que comparten una comunidad científica, es decir, todo el conjunto de

¹ Para efectos de la presente tesis, se mencionará sólo terapia breve, entendiendo a ésta como aquella que tiene orientación sistémica, diferenciándola de otros modelos de terapia también denominados "breves", como lo es la terapia breve con orientación psicoanalítica

principios que unifican a un grupo de investigadores y divulgadores de una disciplina, en la cual se ven comprometidos con dicho conjunto de principios.

La matriz disciplinar se va a componer de creencias, valores, técnicas, tipos de problemas de investigación, soluciones típicas, etc., que son compartidas por una comunidad de una determinada disciplina, en este caso por los terapeutas familiares de orientación sistémica.

- En un "sentido específico" como subconjuntos de la primera acepción. Aquí se pueden identificar diversas escuelas o modelos, derivados de una paradigma común, las cuales a su vez tienen en común las características esenciales del paradigma originario, pero desarrollan variantes entre sí, por ejemplo en objetivos de investigaciones, técnicas de aplicación, etc.

1.1.1 Componentes de un paradigma.

Algunos autores (Hernández, 1999; Lozano, 1999) han descrito diversos componentes de un paradigma, de los que podemos considerar los siguientes:

- Una definición de la postura filosófica, ideológica y científica que lo sostiene.

Todo esto conforma supuestos de orden metacientífico necesarios para abordar la problemática definida, a los cuales se comprometen todos los miembros de la comunidad que esta involucrada en un modelo específico.

- Las articulaciones directas o indirectas de los aspectos que le dan sentido de unidad.

Este aspecto abarca todas las hipótesis o los sustentos teóricos que comparten los especialistas y que son la base conceptual que va a explicar lo referente a la denominada "matriz disciplinar".

- Una explicación de cómo opera en la realidad.

Se refiere a los planteamientos, propuestas, procedimientos y técnicas de aplicación que proponen los paradigmas para analizar y solucionar problemáticas concretas de un espacio de la realidad. Esto derivado de las hipótesis y sustentos teóricos del paradigma. En este caso, los sustentos teóricos del paradigma sistémico, son aplicados de forma general a la psicología y de manera específica al ámbito de la terapia familiar.

Como ya se había mencionado, a lo largo de la evolución de un paradigma coexisten distintas interpretaciones o aproximaciones de éste, además de empezar a buscar como aplicar a la realidad sus supuestos teóricos (Kuhn, 1975; Hernández, 1999). Dentro de la terapia familiar sistémica, esto nos lleva a identificar diversos modelos de terapia. Estos se explicarán en los capítulos que se refieren a cada uno de los modelos de terapia sistémica.

1.2 Modelo.

Podemos entender como modelo a:

La representación de los aspectos claves que corresponden a una interpretación de una realidad. La conformación de un modelo sirve tanto para fundamentar las ideas, conceptos y posturas, como para predecir y orientar acciones, por lo que se considera que todo modelo debe tener una capacidad explicativa y predictiva (Lozano, 1999).

Al igual que los paradigmas, un modelo debe estar compuesto por una postura filosófica, ideológica y científica; un sustento teórico; además de compartir los

planteamientos, propuestas, procedimientos y técnicas de aplicación. Se puede afirmar que dichos componentes son compartidos por los diversos modelos de terapia y que cada uno de ellos va a distinguirse de cada uno de los demás, al realizar variantes o innovaciones acordes al paradigma.

1.3 Concepto de Epistemología.

Con frecuencia la ignorancia engendra más confianza que el conocimiento: son los que saben poco y no los que saben mucho, los que aseveran positivamente que éste o aquel problema nunca será resuelto por la ciencia.

Charles Darwin.

Epistemología significa "ponerse en posición ventajosa, en el sentido original del verbo griego *epistemat*" (Palazzoli, 1988, p. 15).

Bradford Kenney, en su libro *Estética del cambio*, define el término epistemología desde diversos puntos de vista:

Por definición la epistemología se encarga de establecer de que manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden... dentro del ámbito de la Filosofía, la epistemología hace referencia a un conjunto de técnicas analíticas y críticas que definen los límites de los procesos del conocimiento...en el ámbito sociocultural, la epistemología equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen cosas y de la manera en que ellos piensan que conocen cosas (Kenney,1994, p. 27).

Para Bateson "epistemología significa las leyes de que nos valemos para dar un sentido al mundo. Estas reglas - no siempre conscientes - determinan gran parte de nuestro comportamiento y nuestra interpretación del comportamiento de los demás" (en Hoffman, 1981, p. 316).

En términos más generales, se puede afirmar que la epistemología lleva a reconocer cómo construyen y mantienen las personas sus hábitos de cognición.

Kenney (1994) considera como herramientas epistemológicas para construir el mundo de experiencia de los sujetos lo siguiente:

- Trazar una distinción.
- Indicar una puntuación.
- Marcar los órdenes de recurrencia.
- Utilizar una doble descripción.

1.3.1 Paradigmas en terapia familiar.

Dentro del ámbito de la terapia psicológica, se pueden identificar dos paradigmas dominantes: el de la epistemología lineal progresiva y el de la epistemología recurrente (Keeney, 1994; Nardone, 1992).

- *Epistemología lineal progresiva.*

Este paradigma no contempla el término de retroalimentación, por lo que forzosamente un evento A, dará como consecuencia un evento B, y el evento B será causa de uno C, sin que vuelva a afectar al evento A. Ejemplo de esta epistemología es el modelo clásico de psicopatología, las terapias psicoanalíticas y las conductuales, donde, los terapeutas entienden que su labor es "corregir" los elementos "malos" del paciente (Eguiluz, 2001a).

Los supuestos de esta epistemología lineal, llevan a que la terapia tenga las siguientes características: (Nardone, 1992)

Se hace énfasis en el pasado, es decir, el evento A que está en el pasado es forzosamente la causa del evento B, que es el problema del presente.

Se considera que cada evento es una estructura susceptible de ser analizada de forma aislada, por lo tanto las problemáticas de los individuos pueden ser abordadas sin importar el contexto, focalizando sobre el estudio de lo intrapsíquico o desarrollando programas de terapia individual iguales para todos los individuos que presentan el mismo problema.

- *Epistemología recurrente* (llamada también sistémica, ecológica, ecosistémica, circular o cibernética).

El paradigma sistémico, rompe con la aproximación mecanicista o lineal, donde se partía de la premisa de aislar los elementos de un universo observado, fragmentándolo en forma analítica para estudiarlo y analizarlo con el fin de determinar o predecir su comportamiento individual.

Aquí se "pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales... es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto" (Kenney, 1994, p. 29). Los terapeutas entienden que su relación con los clientes forma parte de un proceso de cambio, aprendizaje y evolución.

El modelo sistémico parte de que se deben relacionar los elementos de dicho universo observado con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca, ya que todo integrante de un sistema (como lo son los individuos y las familias) son retroalimentados por su contexto (es decir, por otras personas, sucesos, etc.) lo que hace imposible analizar o comprender dicho evento aislándolo de su sistema. Se

concede a cada individuo no como un ente aislado, sino como un todo, interactuante con el mundo que lo rodea a través de estímulos reales (Sánchez, 2000).

Después de explicar lo referente al concepto de epistemología, de analizar las características generales que conforman un paradigma, así como, los paradigmas lineal y circular, se describirán los sustentos teóricos y filosóficos que conforman a los modelos de terapia sistémica: la teoría general de sistemas, la cibernética (específicamente la de segundo orden para el modelo de terapia breve), el constructivismo, el construccionismo social y el movimiento posmodernista,

1.4 Bases Teóricas de la Terapia Breve Sistémica.

1.4.1 Teoría General de Sistemas.

Es un error capital teorizar antes de tener datos. Sin darse cuenta, uno empieza a deformar los hechos para que se adapten a las teorías, en lugar de adaptar las teorías a los hechos.

Sherlok Holmes en *Escándalo en Bohemia*.

El concepto de sistema como totalidad existía ya en el pensamiento de Aristóteles, quien afirmaba que "el conocimiento proviene de generalizaciones que se hacen de la información que sobre el mundo nos dan los sentidos" (Eguiluz, 1997, p. 7), pero con Descartes en el siglo XVII desaparece y la realidad comienza a ser desmembrada y reducida a una creciente fragmentación.

Sin embargo, a lo largo de la historia también se puede encontrar en diversos investigadores, la tendencia a tomar en cuenta a los sistemas en su totalidad. Daniel Sánchez, al referirse a la historia del paradigma sistémico, menciona lo siguiente:

Esta nomenclatura no es nueva pero ya se manejaba desde la Edad Media por Leonardo da Vinci, Leibiniz, Nicolás de Cusa y su filosofía de lo Opuesto; Paracelso

y su visión de la historia; Kaldum y su percepción de la historia como entidades culturales o de sistemas (2000, p. 36).

Es hasta principios del siglo XX, donde se puede ubicar las ideas precursoras de la Teoría general de los Sistemas, tal como la conocemos en nuestros días. Se puede ubicar como elementos importantes para su desarrollo, los siguientes.

En la primera mitad del año 1921 Wertheimer deriva de sus investigaciones sobre la percepción humana, que el hombre percibe totalidades organizadas; para 1924 aparecen los resultados de las investigaciones del llamado fenómeno *Phi*, y las *Gestalten Físicas* de Kohler; en 1925 Lotka se ocupó del concepto general de sistemas; aproximadamente por 1926 Lewin inicia el desarrollo de su Teoría del Campo (Eguiluz, 2001a, p. 104).

Después de la 2ª Guerra Mundial comienza a consolidarse, en distintos lugares y en diferentes campos científicos un pensamiento cada vez más totalizador y menos fragmentado.

En un primer período podemos ubicar al biólogo austro-canadiense Ludwig von Bertalanffy, quien propone encontrar las correspondencias entre sistemas de todo tipo, un Modelo de Sistema General que sea compatible con otros modelos de distintas disciplinas, es decir que tenga las mismas características, aún cuanto las disciplinas sean totalmente diferentes.

Bertalanffy (1976) describe los "sistemas" como complejos elementos en interacción, establece una diferencia entre sistemas abiertos y cerrados, considerando que todos los sistemas vivientes son abiertos al intercambio de materia, energía e información con el entorno.

Hall y Fagen definen a un sistema como: "un conjunto de objetos así como de relaciones entre objetos y entre sus atributos" (en Watzlawick, 1981), acerca de esta

definición Watzlawick considera como objetos a los componentes o partes del sistema, a los atributos como las propiedades de los objetos y las relaciones como lo que mantiene unido al sistema.

1.4.1.1 Propiedades de los sistemas abiertos.

Podemos identificar como propiedades de todo sistema (Watzlawick, 1981; Ochoa de Alda, 1995; Sánchez, 2000; Eguiluz, 2001a) los siguientes:

- *Totalidad*: todo sistema familiar es una unidad. Se parte de que "la suma de las partes no es igual al todo", y que dicho todo se conforma de elementos inseparables y coherentes, un cambio en alguno de sus elementos forzosamente conllevará cambios en los demás elementos del sistema. El total o el sistema no se puede comprender por la suma de "n" elementos, ya que si se analizan de forma aislada, o sea, fuera de su contexto, tendrán una función diferente que en su sistema original.
- *Recursividad*: la estructura sistémica familiar está formada por subsistemas (sistemas menores) y suprasistemas (sistemas mayores). Por ejemplo, una familia puede estar inmersa en los siguientes suprasistema: clubes deportivos, grupos religiosos, asociación de vecinos, etc.; a su vez, dentro de la familia existen subsistemas, como lo son el fraterno (hermanos), parental (padres), marital (esposos), etc. La recursividad nos permite entender como el sistema familiar se vincula tanto con los suprasistemas, como con los subsistemas (Eguiluz, 2001a).
- *Orden jerárquico*:
Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad. (Sánchez, 2000, p. 41).

- *Retroalimentación o causalidad circular:* los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc., y a su vez éstos van a retroalimentar a A, B, C, D, etc. para que emitan otra respuesta y así sucesivamente.

- *Homeóstasis o Morfostasis.* la homeóstasis es la tendencia principal de un sistema a mantener el equilibrio. Sánchez (2000) nos dice:

Los sistemas abiertos como las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente, y no por principios estáticos o cerrados, al aparecer un cambio en una parte del sistema, se observará otro cambio compensatorio en otras partes de éste, con el fin de recuperar el equilibrio (p. 42).

Aunque en las primera etapas de la terapia sistémica, se pensaba que el objetivo sería que el sistema familiar mantuviera un equilibrio, es decir conservar la homeóstasis, en una segunda etapa este pensamiento evoluciona, al concebir a todo sistema como comprendido por una tendencia a la transformación.

- *Morfogénesis:* como se había mencionado la evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos, el concepto de morfogénesis se refiere a la tendencia de los sistemas a cambiar y crecer.

Entre los sistemas abiertos, la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de sus subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y cambios continuos. Todos estos cambios realizan una fuerza o inercia de retroalimentación en todos y cada uno de los miembros del sistema familiar (op.cit., p. 42).

- *Equifinalidad y Equicausalidad:* la equifinalidad se refiere a que en todo sistema abierto (como lo es la familia o los individuos) se puede llegar a un estado final partiendo de diversas situaciones iniciales. A su vez, la equicausalidad se refiere al

hecho de que partiendo de la misma situación inicial se puede llegar a diversas situaciones finales.

En conclusión, podemos considerar a un sistema como un conjunto de elementos diferenciados, con una especificidad y función, los cuales interaccionan entre sí. En todo sistema dicho conjunto de elementos que lo componen en su totalidad es diferente y mayor que la suma de sus partes.

1.4.2 Cibernética.

La Cibernética es un término derivado del griego "*kybernetik*", que significa timonel, también es utilizado por primera vez en 1834 por André-Marie Ampere como significado del arte de gobernar (Wiener, 1981).

Wiener la define como "la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes" (en Eguiluz, 2001a, p. 120).

Según Heinz von Foerster (en Jutoran, 1999) la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", implícita; la Cibernética de "1er orden", reflexión explicitada por Wiener; y una Cibernética de "2° orden", reflexión sobre la reflexión de la cibernética.

1.4.2.1 Cibernética de "0 orden"

Herón de Alejandría en el año 62 a.C. fue el primero que inventó un sistema cibernético. Este sistema consistía en un mecanismo de retroalimentación negativa que regulaba el líquido que salía de una jarra al llenar un vaso y se detenía en un determinado momento previsto anteriormente. El sistema de autorregulación se aplicó ya en ese entonces, pero no hubo desarrollos teóricos ni reflexiones a ese respecto (op cit.).

En los siglos previos al desarrollo de la cibernética de Wiener, se puede identificar como aportación al desarrollo de la cibernética los trabajos de los físicos Gibbs y Boltzmann en estadística. Esto se antepone a los fundamentos de Newton, que prevalecían en esa época (siglos XVIII y XIX) donde se pensaba que se podía describir a través de la ciencia a "un universo regido en su totalidad por leyes precisas, un universo consolidado y bien organizado, en el que todo el futuro depende, exclusivamente, de todo el pasado" (Wiener, 1981, p. 11).

La aportación de Gibbs, es no considerar un solo mundo (o realidad), sino "todos los mundos que pueden ser respuestas a un conjunto limitado de preguntas relacionadas con nuestro entorno" (op cit. p. 15).

1.4.2.2 Cibernética de 1er Orden.

A partir de diversos aportes teóricos, como el concepto de retroalimentación, intencionalidad y estudios de mecanismos autorreguladores, y tras tres encuentros de grupos de investigadores, Wiener en 1948 acuña el término Cibernética, para designar el nuevo tipo de pensamiento que se estaban abordando.

La idea básica de la cibernética es la de "retroalimentación", que Wiener definió así:

La retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje (en Kenney, 1994, p. 83).

Se habla de cibernética cuando determinados efectores están ligados a un órgano sensorial, que a su vez actúa emitiendo sus señales a éstos. Esta organización circular es la que diferencia los sistemas cibernéticos de los demás sistemas no organizados. (Watzlawick y Nardone, 2000). Un ejemplo de estos sistemas, sería un termostato, el

cual tiene un mecanismo para percibir información de su entorno: si hace frío en el ambiente, el termostato recibirá esta información para accionar calor, de manera contraria, si hace calor, recibirá mensajes a sus efectores para mantener un clima artificial frío.

Se plantea que existe una analogía entre las máquinas y los seres vivos, de acuerdo a la cibernética, ya que ambos tienen "órganos de acción, órganos sensoriales, procesos de retroalimentación y órganos centrales de decisión" (Mastache, 1996, p. 5).

Toda regulación, simple o compleja, así como todo aprendizaje, implican retroalimentación. Los contextos del cambio están principalmente destinados a establecer o modificar la retroalimentación. Desde este punto de vista, para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado.

Otro aspecto de la cibernética de primer orden es la suposición de que un observador de un sistema puede mantenerse fuera de éste, sin que exista alteración del observador, ni de lo observado. Esta etapa se divide en dos fases: la llamada primera cibernética, donde se hace énfasis en los procesos realizados por los sistemas para conservar la homeóstasis en los sistemas, es decir, evitar posibles desviaciones en ellos; la segunda fase, llamada segunda cibernética centra su atención en los procesos que tienden al cambio y la transformación (Simón, Stierlin y Wynne, 1988; Mastache, 1996).

1.4.2.3 Cibernética de 2° Orden.

Entre los avances que constituyeron la conformación de la cibernética de segundo orden, se encuentran los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes del filósofo Ludwig Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren Mc Culloch, del físico, ciberneta, biomatemático y filósofo Heinz von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela (Jutoran, 1999; Nardone y Watzlawick, 1999).

En 1972, Margaret Mead, presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, pronuncia un discurso titulado "*cibernética de la cibernética*"; es Heinz von Foerster quien sugiere cambiar este nombre por "*cibernética de segundo orden*" o "*cibernética de los sistemas observantes*" diferenciándola de la cibernética de primer orden como cibernética de los sistemas observados.

La cibernética de segundo orden plantea la imposibilidad de que exista un observador de un sistema fuera de éste, necesariamente el observador se incluye en el territorio de lo observado, modificando con su acción a lo que observa y a sí mismo. En el caso de la práctica terapéutica los terapeutas y clientes son miembros de un universo participativo en que cada uno de ellos contribuye a la construcción y mantenimiento de una realidad.

La epistemología tradicional considera que la realidad existe independientemente de quien la observa. El pensamiento científico se basa en esta premisa al considerar que la objetividad en la ciencia es fundamental y que por lo tanto, las propiedades del observador no deben estar incluidas en la descripción de sus observaciones. (Jutoran 1999).

Acerca de la realidad, la cibernética de segundo orden afirma que todos los intentos humanos de explicarla "son y han sido construcciones, representaciones, modelos de ella, mapas de territorios" (op cit.). Toda conceptualización parte de una percepción, limitada por nuestra propia estructura humana, cognitiva y sensorial, y por lo tanto es una "construcción" humana, un mapa entre muchos posibles, de la realidad, y no la realidad misma:

Lo que esta en dicho mapa es la producción de nuestros sentidos, de nuestra percepción de la realidad. Dado que es imposible captar totalidades en las cuales estamos nosotros mismos incluidos, y debido a la limitación de nuestra capacidad perceptiva, cada percepción es un modelo, un mapa de la realidad; pero demasiado

frecuentemente se considera lo percibido como la realidad, se confunden los modelos con la realidad (op cit.).

De acuerdo a esto y tomando en cuenta por lo menos a un observador, encontramos que "las observaciones no son absolutas, sino relativas al punto de vista del observador" (op cit.), ya que se concibe que no hay una realidad absoluta, sino que el observador construirá su propia realidad basado en sus propios referentes perceptuales y cognitivos.

"El acto de observar influye sobre el objeto observado al punto de anular toda expectativa de certeza de parte del observador" (op cit.). Lo más que se puede alcanzar, es una probabilidad mayor de que los sucesos sean de acuerdo a observaciones múltiples y diversas que realiza un sujeto, aún así existirá una incertidumbre de que rumbo tomará un determinado evento (Eguiluz, 1997).

Para von Foerster, la reintroducción del observador, la pérdida de la neutralidad y de la objetividad, son requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivientes. Se sugiere cambiar el principio del que "el mapa no es el territorio" por "el mapa es el territorio", ya que este es la realidad que el observador esta viviendo.

De acuerdo a von Foerster "el cambio fundamental que implica asumir esta posición impacta en la comprensión de las relaciones humanas en la vida diaria" (en Jutoran, 1999). Desde la perspectiva de la cibernética de primer orden, al situar al observador fuera de lo observado, el primero puede asumir la posición de saber lo que necesita realizar este último, puede decirle como actuar y pensar: "tú debes", "tú no debes". Dentro de la cibernética de segundo orden, donde se afirma que el observador y lo observado se influyen mutuamente, es imposible plantear con exactitud lo que debe o no hacer el otro, lo único que se puede decir a sí mismo el que observa, es como pensar y actuar: "yo debo", "yo no debo" (Jutoran, 1999; Nardone y Watzlawick, 1999). Esto va a permear la actividad terapéutica, al concebir la relación terapeuta-cliente

como una interacción donde se modifican ambos actores, creando de manera mutua la realidad de cada uno de ellos.



Cibernética de 1er Orden



Cibernética de 2º Orden

1.4.3 Constructivismo.

Desde el momento en que el mapa no corresponde exactamente a la realidad, y es nuestro mapa el que nos hace sufrir y gozar, podemos decidir construirlo de forma más voluntaria con el fin de que sea más productivo, benévolo e incluso terrible.

El constructivismo tiene como base "planteamientos teóricos provenientes de diversas disciplinas (biología, neurofisiología, cibernética, psicología, etc.) que comparten la idea de que el conocimiento no se basa en su correspondencia con la realidad externa, sino únicamente sobre las construcciones de un observador" (Eguiluz, 1997, p. 11).

Una de las características fundamentales del constructivismo es el reemplazo de la noción de descubrimiento por el de construcción o invención.

A diferencia de la epistemología tradicional cuyo objetivo es "qué es lo que conocemos", el constructivismo se basa en una epistemología del observador, planteándose "cómo

es que conocemos". En este sentido, el conocimiento es un conocimiento del propio conocimiento.

Los constructivistas descartan la objetividad e intentan desarrollar una epistemología "de adentro hacia fuera", comienza con el observador y luego elige postular o estipular el mundo exterior.

El constructivismo radical propuesto por Ernest von Glasersfeld no sólo afirma que lo observado es modificado por el observador, sino que existe una interdependencia entre ellos. Von Glasersfeld se fundamenta en cuatro fuentes: el lenguaje; el escepticismo; la teoría de la evolución de Darwin y la cibernética (Jutoran, 1999; Watzlawick y Nardone, 2000).

Glaserfeld considera que el mundo es diferente de acuerdo al lenguaje, al igual que lo planteado por los construccionistas sociales, se afirma que la interacción con los individuos a través del lenguaje va a construir una realidad determinada, la cual es común para aquellos que lo comparten. Glaserfeld, comenta al respecto, su experiencia, al vivir con personas de diversas lenguas: "Si se ha vivido entre personas que saben conciliar de forma suficientemente armónica sus respectivos modos de ver el mundo *se llega a la conclusión de que* todos los que hablan una lengua piensan obviamente que su modo de ver el mundo es el justo" (Watzlawick y Nardone, 2000, p. 41)

Von Glasersfeld (1995) se adhiere a lo afirmado por los escépticos con respecto a la realidad, la cual, de acuerdo con ellos, es imposible de ser representada; las ideas acerca de la realidad sólo se pueden comparar con las ideas y no con lo que éstas "representan".

...los escépticos sostienen fundamentalmente que lo que llegamos a conocer ha pasado a través de nuestro sistema sensorial y a través de nuestro sistema cognitivo, la interacción entre estos dos sistemas nos proporciona una imagen. En el

momento en que quisiéramos saber si esta imagen es correcta - una imagen verdadera del mundo exterior - descubriríamos que somos completamente incapaces de hacerlo, porque cada vez que miramos al mundo exterior, lo que vemos, lo percibimos a través de nuestros órganos sensoriales y nuestro sistema cognitivo (Watzlawick y Nardone, 2000, p. 42).

El conocimiento es, por lo tanto, el resultado de una construcción del sujeto, mediada por aspectos fisiológicos y cognitivos y no es una representación exacta de la realidad. Es imposible acceder al conocimiento de la realidad. El constructivismo radical niega la realidad, sino que plantea la imposibilidad de una representación verdadera de ella.

Con respecto a la teoría evolucionista de Darwin, se realiza una analogía en sus principios, "al considerar que los organismos o nuestras ideas nunca pueden ajustarse a la realidad, sino que es la realidad la que mediante su limitación de lo posible elimina sin más lo que no es apto para la vida." (Jutoran, 1999).

Como los organismos, las ideas se adaptan al mundo, más que ser la representación de éste. Cuando un conocimiento entra en contradicción con el mundo deja de ser adaptado a éste y morirá, esto se deja ver a lo largo de la historia, con las diversas posturas acerca de la realidad. Glasersfeld afirma:

Un conocimiento eficaz sólo se puede producir a través de un paso del concepto de conocimiento como representación de la realidad objetiva al concepto de conocimiento como representación de la realidad más adaptada...el conocimiento no ofrece la reproducción de un mundo independiente, sino un mapa de lo que se puede hacer en el ambiente tal y como es percibido (en Watzlawick y Nardone, 2000 p. 45).

1.4.4 Construccinismo social.

Cada época tiene su locura particular; un plan, proyecto o fantasía al que se lanza, espoleada ya sea por amor de la ganancia, necesidad de excitación o mera fuerza de imitación.

Al igual que el constructivismo, el construccionismo social niega la posibilidad de que exista una realidad objetiva, sin embargo, a diferencia del primero:

...los teóricos del construccionismo social consideran que las ideas, los conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. Los construccionistas sociales sostienen que todo el conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales en el ámbito del *mundo común*, la *danza común*. Sólo a través de la continua conversación con gente íntima el individuo puede desarrollar un sentido de identidad o una voz interior (Maldonado, 1997, p. 15).

Podemos concluir que mientras el constructivismo afirma que la realidad la construye el individuo al interactuar con su medio ambiente, el construccionismo social la considera como producto de la interacción de varios individuos en una sociedad común.

En síntesis, a través del presente capítulo se intento dejar en claro cuales son las diversas influencias epistemológicas que nutren a los modelos de terapia con enfoque sistémico. A continuación, a manera de resumen, se presentará un cuadro que presenta a éstas y sus aportaciones principales.

BASES TEORICAS DE LA TERAPIA SISTEMICA	APORTACIONES
Teoría general de los sistemas.	<ul style="list-style-type: none"> • Le da importancia al contexto para comprender una situación. • Incorpora el concepto de sistema. Todo individuo forma parte de un sistema y cada sistema se compone de subsistemas y esta dentro de suprasistemas. • Analiza los fenómenos de una forma circular, los diversos elementos de un sistema se retroalimentan entre sí.
Cibernética de 1er orden.	<ul style="list-style-type: none"> • Se retoma el concepto de retroalimentación para los sistemas abiertos.
Cibernética de 2º orden.	<ul style="list-style-type: none"> • Se concibe que en cualquier sistema el observador necesariamente pasa a ser parte de éste (de lo observado). En terapia esto implica que el terapeuta pasa a ser parte del sistema del cliente y se influyen entre sí.
Constructivismo.	<ul style="list-style-type: none"> • Se concibe al sujeto como un ser activo, es el quien va a construir su realidad, la cual no es objetiva ni única.
Socioconstructivismo,	<ul style="list-style-type: none"> • Se plantea que no existe una realidad única y objetiva, a diferencia del constructivismo la realidad se va a ir construyendo a través de las interacciones con el contexto (personas, creencias, etc.)

CAPITULO 2
TERAPIA BREVE

2.1.1 Concepto de Terapia.

*El poder que tiene la imaginación de un hombre sobre su cuerpo para curarlo o enfermarlo es una fuerza de la que no carece ninguno de nosotros al nacer. La tenía el primer hombre y la poseerá el último.
Mark Twain (en Sagan, 1997 p. 260).*

La psicoterapia o la forma en que se han abordado los problemas psicológicos a lo largo de la historia ha evolucionado, así como la concepción que se tiene de ella.

La palabra psicoterapia proviene del término griego "*therapeia*", según Mastache (2000) "esta palabra y sus derivados se usaban en la antigua Grecia, remiten a los significados de cuidado, servicio, atención, respeto, culto y adulación a lo divino" (p. 27); mientras que para Wolberg (1977) psicoterapia "es una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional, en el que una persona entrenada, deliberadamente establece una relación profesional, con un paciente" (p. 1).

De acuerdo a la teoría psicológica en que se base para concebir el término terapia, se diferirá entre algunos términos que competen a ella, como lo puede ser el objetivo a tratar, la forma de concebir a los actores de ésta, etc., pero en términos generales podemos concebir a la terapia como una relación de tipo profesional entre dos partes (terapeuta y cliente, concibiendo a éste último como un individuo, pareja, familia, etc.), donde se solicita los servicios del terapeuta para poder encontrar una solución a un problema o conflicto por el que se esta pasando en su vida.

2.1.2 Concepto de Terapia Familiar y Terapia Breve.

Fieles a nuestra formación inicial, ambos fuimos... expertos en la detección y descripción del problema... Cuando nos deslizábamos por la autopista interestatal en la hora pico identificábamos a los conductores que sufrían de baja autoestima, porque iban derrumbados en su asiento, con los hombros caldos... Lamentablemente, parecía que éramos terapeutas en busca de problemas; y, naturalmente, los encontrábamos en todas partes.

Insoo Kim Berg y Scott D. Miller (1996, p. 30)

La tradición en el campo de la terapia, centraba su atención en el individuo de forma aislada, esto fue cambiando, para abarcar a otras personas significativas del paciente, en especial a su familia. Uno de los motivos que incidió en este cambio, fue la observación del comportamiento de los pacientes hospitalizados, cuando dejaban la clínica y volvían a entrar en interacción con sus familias, fue el principal motivo que llevó el interés a centrar la terapia en todo el grupo familiar y no solamente en el individuo aislado.

Fisch, Weakland y Segal, definen a la terapia familiar como aquella que "se centra en el paciente no en solitario, sino en su contexto social primario, la familia" (1984, p. 27).

Otro cambio en la terapia, es considerar que no necesariamente debe ser prolongada para llegar al logro de un objetivo, esto se ve influenciado además por factores externos, como la presión por instituciones externas (agencias de seguros, instituciones médicas canalizadoras, etc.), que exigen resultados en lapsos de tiempo más limitados.

El término de terapia breve es descrito por de Shazer (1991) como una terapia que se diferencia de otras que no son breves, es decir, que son prolongadas. En algunos equipos de terapia breve - como el MRI - se limitó el número de sesiones a 10.

Al hablar de terapia breve, es importante mencionar que no se esta realizando una terapia prolongada en "pequeño", sino que hay características que son propias, y que la diferencian de otras terapias y que serán descritas en el presente capítulo.

El enfoque sistémico en la terapia, tradicionalmente se le ha relacionado con la terapia familiar, ya que los modelos de su primera etapa (Estructural, Milán, Estratégico), planteaban la necesidad de trabajar con todo el sistema familiar. Esto cambió en los modelos de terapia breve sistémica, donde no es forzosamente indispensable trabajar con toda la familia, sino que puede ser sólo con una parte de ésta o de forma individual, pero en todos los casos, se tomarán en cuenta las interacciones con las personas significativas del contexto del cliente o paciente.

Es importante dejar en claro que tanto la terapia familiar como la terapia breve se sitúan en diversos enfoques psicológicos, asumiendo diversas características en cada uno de ellos y que en el presente trabajo se describirán los que se refieren al enfoque sistémico, a través de sus modelos más representativos.

2.2 Modelos de Terapia Sistémica.

Para la comprensión de los modelos de terapia breve, se describirán las características de los principales modelos de terapia sistémica, los cuales fueron conformando la evolución de este enfoque, hasta llegar a los modelos que hoy conocemos.

2.2.1 terapia Estructural

El principal representante de la terapia estructural es Salvador Minuchin, quien se formó como psiquiatra en Nueva York; trabajó primero con adolescentes con problemas de familias judías en Israel. Posteriormente tuvo un entrenamiento con fundamento analítico en el Instituto William Alanson White de Nueva York, aunque su interés ya estaba centrado en el trabajo con el sistema familiar de los pacientes, después se traslada a la Universidad de Pennsylvania donde realiza actividad como profesor de psiquiatría, además de ser director de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia y crear una institución donde trabaja con familias de niños y jóvenes que viven en los guetos, estas familias son grupos marginados de gente latinoamericana o gente de raza negra que viven en situaciones de marginación y pobreza extrema. Es con estas familias que Minuchin desarrolla los principios de la terapia familiar estructural. Finalmente Minuchin abandona la clínica de Filadelfia y se traslada a Nueva York, donde forma el Centro Familiar Minuchin (Minuchin, Lee y Simon, 1998).

La terapia estructural se basa en estudiar la conformación de la estructura familiar, intentando modificarla a una nueva organización, la cual sea funcional. Un modelo normativo para Minuchin de una familia funcional es el siguiente:

Una familia tendrá límites cerrados para proteger la intimidad de los esposos. el subsistema parental tendrá límites claros entre él y los niños, más no tan impenetrables que limiten el acceso necesario para unos buenos padres. El subsistema de hermanos tendrá sus propias limitaciones y estará ordenado jerárquicamente, de modo que se den a los niños tareas y privilegios acordes con su

sexo y edad, determinados por la cultura familiar. Por último, el límite en torno de la familia nuclear también será respetado, aunque esto dependa de los factores culturales, sociales y económicos (Hoffman, 1987, p. 248).

El objetivo de la terapia estructural será reorganizar a la familia de acuerdo con el modelo normativo, se buscará qué patrones actuales de la familia están creando conflictos dentro del sistema familiar, para esto se va a analizar el sistema en su contexto social, además de las interacciones que se dan entre sus integrantes. Para dejar en claro cómo se da este proceso, se procederá a explicar algunos términos que son empleados en la terapia estructural.

a) *Estructura.*

Para Minuchin el término estructura es sólo una construcción mental, que junto al genograma familiar, tiene por objeto ayudar "al terapeuta a organizar sus percepciones y pensamientos de manera que le lleven a intervenciones eficaces. También organizan las observaciones de las interacciones, así como el material verbal" (Minuchin et al. 1998, p. 49).

Minuchin define la estructura familiar y sus componentes de la siguiente manera:

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema (Minuchin, 1977, p. 86).

b) *Subsistemas u holones.*

La estructura familia esta conformada por subsistemas, los cuáles son nombrados por Minuchin como *holones*. El término *holón* describe "entidades que son en sí mismas un todo, y simultáneamente son parte de un todo supraordinado. El término... se construyó

con la palabra griega *holos* (todo) y el sufijo *on*, que evoca una partícula o parte (como en protón)" (Umbarger, 1983, p. 39).

Los principales holones descritos por Minuchin y Fishman (1991) en su libro *Técnicas de terapia familiar* son:

- *El holón individual.* Aquí se incluye al individuo y las interacciones que tienen en su contexto actual, además de sus determinantes culturales e históricos.
- *El holón conyugal.* Está conformado por una pareja que se une con el fin de formar una familia.
- *El holón parental.* Está conformado por aquellas personas que en el sistema familiar se encargan de la crianza de los hijos y las funciones de socialización, por lo general lo forman el padre y la madre, aunque a veces puede incluir a algún abuelo, tía o incluso alguno de los hijos mayores, que asumen este rol.
- *El holón fraternal.* Esta compuesto por los hermanos.

c) *Límites o fronteras.*

Los límites entre los subsistemas son una especie de barrera invisible que detiene o permite la interacción entre ellos, a veces estas barreras van a ser imposibles de traspasar, en otros casos casi no existen, etc. Para que se de un buen funcionamiento familiar, Minuchin opina que deben existir unos límites claros entre los diversos subsistemas con el fin de "permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros" (Minuchin, 1977, p. 89).

d) *Jerarquía*

La jerarquía hace referencia a la manera en que está distribuido el poder en la estructura familiar, por ejemplo, se debería esperar que el subsistema parental tenga una jerarquía mayor que el subsistema fraterno. Para Espejel (1997) jerarquía es una dimensión de autoridad que se define como "el poder o derecho de tener el mando, imponer obediencia, tomar acciones o hacer las decisiones finales" (p. 51) respecto a las situaciones que plantea la convivencia cotidiana.

e) *Mapa familiar.*

El mapa familiar es un esquema que va a presentar la forma en que esta estructurado el sistema familiar, además de las interacciones que se dan entre sus integrantes (ver anexo 2). Se puede considerar como una foto de un momento determinado de la familia pero a diferencia de un mapa que es estático y no se modifica, la familia está en constante cambio. Las funciones que se le dan a los mapas familiares son las siguientes:

El mapa familiar constituye un dispositivo simplificador muy útil, que le permite al terapeuta organizar el material de diverso tipo que obtienen. El mapa le permite formular acerca de las áreas en el seno de la familia que funcionan correctamente y acerca de otras áreas donde no ocurre lo mismo. También lo ayuda a determinar los objetivos terapéuticos (Minuchin, 1977, p. 139-140).

De acuerdo con la terapia estructural, los problemas en las familias se presentan por dificultades de adaptación al sufrir cambios la estructura familiar, por ejemplo, un hijo mayor puede sentirse ansioso al haberle atribuido los padres funciones de estos últimos y tener que dejar a un lado las necesidades y funciones de su edad. Otro aspecto que puede propiciar una crisis en la familia es la falta de adaptación a los cambios que sufre a lo largo de su ciclo vital. Minuchin describe cuatro etapas en el ciclo de la familia: "la formación de pareja, la familia con hijos pequeños, la familia con hijos en edad escolar o adolescente y la familia con hijos adultos" (Minuchin y Fishman, 1991, p. 37). además para comprender la problemática, se deben tener en cuenta no sólo las presiones que

son ejercidas dentro de la familia, sino también las que provienen de aspectos externos, por ejemplo una crisis económica, la muerte de un familiar, un cambio de domicilio, etc.

Todos estos aspectos serán tomados en cuenta por el modelo estructural para conocer la estructura familiar y la forma en que interactúan sus integrantes, con el fin de realizar hipótesis sobre esta y poder planear el trabajo terapéutico, el cual se describirá de manera breve a continuación.

Características del proceso de terapia estructural.

La secuencia del proceso de la terapia estructural, se puede identificar en tres partes:

1. El terapeuta se asocia de una forma activa a la familia en una posición de liderazgo. (etapa de asociación).
2. Saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente. En esta etapa se crean hipótesis sobre el sistema familiar, se identifican pautas de interacción, etc.
3. Crea circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura, esto se da a través de la implementación de técnicas e intervenciones por parte del terapeuta. (Minuchin, 1977).

Técnicas utilizadas.

Se proponen diversas técnicas para cada una de las etapas de la terapia:

a) Para la etapa de asociación con la familia, las más representativas son:

Unión (acciones para relacionarse con el sistema familiar) y *acomodación* (adaptación del terapeuta para aliarse a la familia), dentro de ésta última se encuentran las técnicas de mantenimiento, rastreo y mimetismo.

b) En la etapa de transformación o reestructuración, se describen siete clases de "operaciones reestructurantes: el captar las pautas transaccionales de la familia, el señalamiento de los límites, el acrecentamiento del stress, la asignación de tareas, la

utilización de los síntomas, la manipulación del humor y el apoyo, educación o guía" (ibid, p. 206).

Para que se consiga la reestructuración, hay tres tipos de estrategias principales: el cuestionamiento del síntoma, el cuestionamiento de la estructura familiar y el cuestionamiento de la realidad familiar (Minuchin y Fishman, 1981)

- *Cuestionar el síntoma.* El terapeuta cuestiona que el síntoma se encuentre en un individuo de la familia, lo cual, es común que sea referido por ésta. Se centra la atención en las pautas de interacción del sistema familiar. Algunas técnicas sugeridas son la escenificación, el enfoque y el logro de intensidad.
- *Cuestionar la estructura familiar.* El terapeuta a través de su participación activa dentro del sistema familiar va a influir en la estructura que presente, ya sea que en algunos casos provoque más proximidad en los subsistemas o límites más claros, etc. algunas técnicas sugeridas en este punto, son la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.
- *Cuestionar la realidad familiar.* La familia crea su realidad a partir de las pautas de interacción que presenta, a través de la creación de pautas diferentes el terapeuta va llevando al sistema familiar a que construya una realidad diferente. Algunas técnicas sugeridas son los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la insistencia en los lados fuertes de la familia.

El modelo de terapia estructural es de los pioneros en concebirse dentro del enfoque sistémico. Minuchin, deja varias aportaciones para el desarrollo de la terapia, como el uso de los mapas familiares, los cuales nos dan un resumen de toda la gama de interacciones del sistema familiar, además de poder observar como interactúan con otros suprasistemas, como lo puede ser la familia extensa. Se da una importancia vital al aspecto de conocer a la familia, a tal punto de tener que integrarse a ésta de forma

activa, durante la terapia, para poder lograr los fines que se han estipulado en ella. Sin embargo otros modelos funcionan sin asumir un papel de liderazgo activo dentro del sistema familiar, lo que en ocasiones, puede conllevar un papel amenazante para la familia.

La terapia estructural trabaja con el supuesto de que se debe conservar un equilibrio en la familia y que la mayoría de los problemas son producto de diversas crisis por las que pasan y que rompen con la homeostásis del sistema familiar, por lo que comúnmente se considera como un fin terapéutico el regresar a la familia a un estado de equilibrio, donde las funciones de la familia estén restablecidas. Estos puntos han sido rebatidos por otros modelos más recientes, donde se considera que existe un cambio permanente, además de no considerar que existan modelos de familias funcionales, o que el cambio se logre a través de una reestructuración del sistema familiar, es decir la reestructuración no propicia el cambio sino los cambios en el sistema van a propiciar reacomodos en la estructura familiar.

Otro aspecto a resaltar es la importancia que se le da al contexto en la familia, tanto a nivel socio-cultural, como al específico de cada familia (ciclo vital, integrantes, etc), por lo que las intervenciones y sucesos descritos por cada familia deberán ser entendidos dentro de este marco contextual.

2.2.2 Terapia Sistémica de Milan

*Ya sea que puedes que puedes o pienses que no puedes,
estás en lo cierto.
Henry Ford*

El equipo de Milán estaba configurado en su primera etapa por los terapeutas Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Como casi todos los terapeutas de esta primera etapa de la terapia familiar, ellos tenían una formación basada en la orientación psicoanalítica. En mayo de 1967, por iniciativa de Selvini,

inician sus actividades en el Centro para el Estudio de la familia en Milán, Italia. El grupo de Milán enfoca su trabajo principalmente hacia familias que tienen algún integrante que presenta problemas de anorexia o psicóticos.

El grupo de Milán reorienta su trabajo terapéutico al ir adoptando los postulados del equipo del MRI de Palo Alto, en esta etapa reciben asesoría por parte de uno de los integrantes de este equipo, Paul Watzlawick, además de estudiar y discutir la literatura propuesta por él y su equipo de Palo Alto (Ochoa de Alda, 1995; Sánchez, 2000).

Del equipo del MRI, retoman la visión de ver a la familia como un sistema abierto, la teoría de la comunicación humana y en especial la teoría del doble vínculo, la cual es denominada por el Grupo de Milán como "comunicación paradójica". Este tipo de comunicación va a propiciar que un individuo desarrolle conductas de tipo esquizofrénico.

Se considera que la familia como todo grupo esta regido por ciertas reglas, las cuales se van estableciendo a lo largo del tiempo basándose en ensayos y errores de lo que se puede y lo que no se puede hacer en cada familia; estas reglas familiares van a establecer una especie de "juego familiar", el cual "engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros y de la familia en conjunto" (Ochoa de Alda, 1995, p. 60). El objetivo o meta terapéutica será modificar el estilo del juego familiar, que permitan cambiar las reglas y creencias, buscando propiciar un cambio en todo el sistema familiar.

El equipo de Milán, al igual que Minuchin en su terapia estructural, trabaja con todo el sistema familiar, o por lo menos con gran parte de éste. La terapia esta planificada para que tenga una duración de 10 sesiones, las cuales van a tener un intervalo de un mes entre cada una de ellas (en casos excepcionales, se puede plantear con la familia una segunda etapa de otras diez sesiones). Este período tan largo, obedeció en un primer momento a que varias familias tenían que trasladarse de lugares lejanos, por lo que era

difícil que fueran a terapia una o dos veces por semana, después el equipo de Milan se dio cuenta de diversas ventajas que tenía alargar los periodos entre las sesiones:

Fue casualmente, gracias a que algunas familias que debían realizar largos viajes efectuaron entrevistas más distanciadas, como descubrimos que las sesiones separadas por intervalos más largos resultaban más eficaces. A raíz de estas observaciones, extendimos esta praxis a todas las familias, basados en la experiencia de que un comentario, una prescripción o un ritual ejercen mayor impacto en el sistema familiar si actúan durante un tiempo bastante prolongado (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988, p. 26).

Etapas de la sesión terapéutica.

La forma en que trabajaba el equipo original de Milán es la siguiente, se dividen en dos partes, dos terapeutas, una mujer y un hombre van a ser los observadores, quienes estarán detrás del espejo unidireccional, otra pareja hombre-mujer estará frente a la familia, las parejas se van a rolar, no siempre teniendo la misma pareja cada terapeuta. Los motivos por los cuales se trabaja con un par de terapeutas de sexo distinto son los siguientes:

Permite alcanzar, sobre todo, un mayor equilibrio *fisiológico* en la interacción entre los dos coterapeutas, y entre éstos y la familia,... algunas redundancias en la interacción inicial de la familia con uno u otro de los terapeutas, ayudan a intuir ciertas reglas del juego familiar y... evita que caigamos en las redes de ciertos estereotipos culturales sobre los dos sexos (Ibid, p. 21).

La secuencia de las sesiones de la terapia del equipo de Milán se dividen en cinco partes (Selvini et al., 1988).

El contacto inicial con las familias se lleva a cabo vía telefónica, la cual es realizada por alguno de los integrantes del equipo. En esta entrevista, además de llenarse una ficha telefónica, el terapeuta tomara en cuenta diversas características importantes para la

sesión en vivo, como lo es el tono de voz, las peculiaridades de la comunicación, la forma en que interacciona con el terapeuta, etc.

a) *Primera parte o presesión.*

En esta parte todo el equipo terapéutico lee la ficha de datos de la familia o el acta de la sesión anterior en el caso de que no sea la primera cita para la familia.

b) *Segunda parte o sesión.*

Esta parte conforma lo que es en sí la sesión con la familia, la cual dura aproximadamente una hora, aquí se observan los estilos de interacción de la familia, su sistema de reglas y de comunicación, etc. Durante esta etapa, la parte del equipo terapéutico que ejercen el rol de observadores pueden interrumpir, para indicarles observaciones a los terapeutas que están al frente de la familia.

c) *La discusión de la sesión.*

Aquí el equipo de terapeutas que esta frente a la familia se retira para reunirse con el equipo observador, con el fin de analizar aspectos importantes de la sesión y decidir cómo va a ser el cierre de la sesión con la familia.

d) *La conclusión de la sesión.*

Los terapeutas que están frente a la familia vuelven con ésta y finalizan la sesión con algún comentario o con una tarea para que la realice la familia. Por lo general, las tareas que se indican a la familia, son estudiadas previamente por el equipo para que resulten paradójicas, es decir, que ya sea que la realicen o no, se provoque un cambio de acuerdo a los fines de la terapia.

e) *El acta de la sesión.*

El equipo completo de terapeutas se vuelve a reunir, analizando lo ocurrido al cierre de la sesión, posteriormente formulan hipótesis y redactan un acta de la sesión, donde se realiza una síntesis de lo más importante de ésta.

Se considera como aportes del grupo de Milán en el proceso de entrevista a la construcción de hipótesis, las preguntas de tipo circular y la postura neutral del terapeuta ante la familia; con respecto a las técnicas de intervención se considera el uso de rituales e intervenciones paradójicas, y la connotación positiva. (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987; Ochoa de Alda, 1995; Sánchez, 2000).

Elementos de la entrevista.

- *Construcción de hipótesis.*

A través de la información proporcionada por el sistema familiar, el grupo de terapeutas va creando hipótesis sobre las "reglas de juego" de la familia, las cuales rigen la conducta de cada uno de sus elementos. La hipótesis se realiza desde la sesión inicial y se va ratificando o rectificando a lo largo del proceso terapéutico.

- *Preguntas de tipo circular.*

Las preguntas de tipo circular tienen el objetivo de indagar el funcionamiento del sistema completo, poniendo el énfasis en la interacción de todos los integrantes de la familia y no en el individuo aislado; por ejemplo, el terapeuta puede preguntarle a un integrante de la familia qué cree que los demás integrantes de la familia piensan sobre alguna conducta de la familia, en lugar de preguntárselos a ellos directamente.

Algunos tipos de preguntas que sirven para investigar sobre las hipótesis construidas sobre el sistema familiar son las *triádicas*, donde un tercero es obligado a ser testigo sobre la opinión de otros dos; preguntas que investigan *sobre alianzas*; preguntas para clasificar, que investigan quien opina más sobre un hecho en la familia; preguntas *explicativas*, que buscan conocer sobre las creencias en el sistema familiar acerca de porqué se dan los "problemas familiares". Otro tipo de preguntas llamadas *hipotéticas*, buscan trazar nuevos mapas familiares basados en nuevas reglas del sistema, planteando a la familia qué pasaría si ocurrieran sucesos diferentes en su vida (Ochoa de Alda, 1995).

- *Postura neutral ante la familia.*

A diferencia de lo que ocurre en la terapia estructural, el grupo de Milán apuesta por asumir una posición neutral ante la familia, evitando realizar alguna coalición o alianza con alguno de sus miembros. El concepto de neutralidad es definido de la siguiente manera:

Una posición terapéutica en la que el entrevistador acepta las soluciones adoptadas por la familia como las únicas posibles, lógicas y congruentes para ella en ese momento. En opinión del grupo de Milán, los terapeutas nunca pueden saber de antemano cómo debería ser una familia; por lo tanto, deben actuar como un estímulo o perturbación que active la capacidad de esa familia y que puedan generar sus propias soluciones (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987, p. 126).

Técnicas de intervención terapéutica.

- *Intervenciones paradójicas.*

Algunas familias presentan patrones comunicacionales basados en mensajes de doble vínculo, lo cual atrapa al paciente identificado en una paradoja, donde haga lo que haga perderá, y será identificada su conducta como distorsionada. El equipo de Milán postula que es imposible confrontar a la familia directamente, cuestionándola o analizando este tipo de patrón de comunicación. Para modificar esta secuencia de conductas se deben prescribir tareas de la misma índole, es decir, realizar una "contraparadoja", la cual es denominada "intervención contraparadójica" o "doble vínculo terapéutico", con el cual se busca "anular el doble vínculo patológico, delegando en la familia la responsabilidad y la actividad del cambio de un modo tal que haga lo que haga siempre se logró un resultado terapéutico dirigido a alcanzarlo" (Ochoa de Alda, p. 265).

- *Rituales terapéuticos*

Otro tipo de intervención es la realizada a través de un ritual, el cual lo define el grupo de Milán de la siguiente manera:

Desde el punto de vista formal se trata de una acción o de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. En efecto, para ser eficaz, el ritual tiene que implicar a toda la familia (Selvini et al., 1988, p. 108).

El ritual es precisado por el terapeuta en su totalidad, especificando el tiempo, el lugar, las actividades de cada uno de los integrantes de la familia, etc. Con los rituales terapéuticos se busca modificar las pautas de conducta de la familia, de una manera que no quede explícito de manera verbal, que se está indicando dicho cambio. Un ejemplo sería prescribir a una familia en que los padres impiden que se expresen sus hijos, que todos los viernes por la noche se hiciera una asamblea familiar con todos los miembros de la familia, reservando 15 minutos a cada uno de ellos para hablar sobre un tema determinado, sin la posibilidad de que otro integrante de la familia tome la palabra.

- *Connotación positiva*

Esta intervención se basa en atribuirle un significado positivo al síntoma del paciente designado y a los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia. Esta intervención, tiene las siguientes funciones:

- 1) Situar a todos los miembros de la familia en un mismo plano en cuanto complementarios en relación con el sistema...
- 2) Acceder al sistema mediante la conformación de su línea homeostática.
- 3) Ser aceptados en el sistema como miembros de pleno derecho.
- 4) Provocar, paradójicamente, la capacidad de transformación
- 5) Definir claramente la relación en el vínculo familia-terapeuta.
- 6) Definir el contexto como terapéutico (tipo de contexto) (Ibid, p. 75).

El modelo de Milán propició innovaciones en el trabajo terapéutico, aunque éstas no permanecieron estáticas a lo largo del tiempo. El trabajo con una pareja hombre-mujer frente a la familia y otra detrás del espejo se modificaría al escindir el equipo original en hombres y mujeres, además de que esto no era

posible cuando no se podía disponer de un equipo dividido en pares de terapeutas hombre-mujer o cuando se trabaja de forma individual.

A pesar de que uno de los objetivos de la existencia de un par de terapeutas observando detrás del espejo era evitar el peligro de caer en el juego de la familia y poder ver que papel jugaban en la interacción familiar el equipo que se encontraba frente a la familia, todo esto, con base en la concepción de la existencia de un observador fuera del sistema, a la vez esto se puede considerar como un paso hacia el punto de vista de la cibernética de 2º orden, donde se percibe al equipo de terapeutas "observadores" como co-participadores dentro del sistema familiar. En modelos más recientes, el papel del equipo detrás del espejo ha evolucionado hacia un papel más activo y participante con el cliente, incluso se posibilita a éste a escuchar los comentarios finales de todos los terapeutas.

Si en el modelo estructural el integrarse activamente al sistema familiar e incluso realizar alianza terapéuticas con algún integrante eran estrategias de uso común, el equipo de Milán concibe que el terapeuta debe mantener una posición neutral ante la familia, donde no se alía ni confronta directamente a ningún miembro de ésta. Esta posición va a ser reconceptualizada en modelos que trabajan dentro de la perspectiva de segundo orden, donde se afirma que el terapeuta también va a ser influido por el paciente, además de concebir desde un pensamiento sistémico que toda interacción va a crear una influencia, es cuestionable la posición de una completa neutralidad del terapeuta.

Un aspecto, que fue cuestionado incluso por algunos integrantes del equipo original de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987), es la excesiva preocupación que se asumía por parte del equipo para poder "atacar" la resistencia de la familia, la cual comúnmente era concebida como parte del "sabotaje" de algún o algunos integrantes de la familia hacia el trabajo terapéutico, por lo que se destinaba gran parte del tiempo en crear intervenciones que disiparían dichas resistencias. Aquí se podría comentar, que en lugar de

aprovechar "la dirección de la corriente" que llevaba la familia, se tendía a luchar contra ella y buscar a cualquier precio como cambiarla de dirección.

2.2.3 terapia Estratégica de Jay Haley

Si se me pidiera que explicara brevemente la psicoterapia estratégica... respondería: Los pacientes intentan dominar sus problemas con una estrategia que el terapeuta cambia, porque no es eficaz. Todo lo demás es comentario.

Rabkin

La terapia estratégica de Jay Haley puede considerarse como la mezcla de aspectos de la terapia estructural de Minuchin y la estratégica de otros modelos como el MRI (Hoffman, 1987).

Haley forma parte del equipo del Mental Research Institute y del equipo pionero de Gregory Bateson, en esa época el trabajo terapéutico es influenciado por los aspectos de la teoría de comunicación como interacción, el doble vínculo, etc. En 1967 Jay Haley decide separarse del equipo del MRI para colaborar en la Philadelphia Child Guidance Clinic, junto a Salvador Minuchin, donde va a interesarse más en aspectos estructurales de la familia en la intervención en terapia.

Haley considera a la terapia estratégica, no como un modelo, sino como una forma específica de abordar los problemas de los pacientes, en donde se puede utilizar diversas técnicas que sean adecuadas a cada caso específico.

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema... en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las

respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz" (Haley, 1986, p. 7)

La terapia de Haley también se le ha nombrado "terapia estratégica para resolver problemas", ya que para él es importante definir el problema que trae la familia, para poder llevar a cabo una terapia exitosa. De acuerdo a Haley, un problema no es definido como algo característico a una sola persona del sistema familiar, sino como "un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra, justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos" (Haley, 1980, p. 6)

Al igual que Minuchin, Jay Haley considera importante trazar un mapa familiar para conocer la estructura de la familia, ya que se considera que el problema es consecuencia de coaliciones encubiertas, exclusiones de integrantes del sistema familiar, disfunción en la jerarquía, etc.; los síntomas o problemas, se piensa que cumplen una función en la familia y aportan información sobre la estructura familiar. Otro aspecto que retoma, es la importancia que se le da a la etapa del ciclo vital por el que transcurre en ese momento el sistema familiar, Haley hace referencia a las etapas del ciclo vital que se mencionaron cuando se explicó la terapia estructural.

Secuencia de la terapia.

Se considera que la intervención terapéutica comienza desde el momento en que la familia concierta cita para su tratamiento. Para Haley es importante que se presente a las sesiones toda la familia y no sólo el individuo al que se le atribuye el problema. Además, se debe invitar a las sesiones a todas las personas que estén involucradas en el problema, aunque no pertenezcan a la familia nuclear, como pueden ser los tíos; los abuelos, aún cuando vivan fuera del sistema familiar; los maestros; etc. El terapeuta debe investigar que pasa en los contextos donde se menciona que se presenta el problema, por ejemplo, en niños con problemas escolares, se debe investigar que pasa en dicho contexto.

La primera entrevista se divide en cuatro etapas: 1) etapa social, 2) etapa de planteo del problema, 3) etapa de interacción y 4) etapa de fijación de metas (Haley, 1980).

- *Etapa social*

En esta primera etapa, se va a presentar el terapeuta con cada uno de los integrantes de la familia, a su vez, ellos también se presentarán. No se permitirá que algún miembro de la familia monopolice la plática, ni que se aborde el problema todavía. El terapeuta va a observar algunos aspectos de la familia, que le sirvan para construir hipótesis sobre su estructura (forma en que se sientan, en que se comunican, etc.).

- *Etapa de planteo del problema*

El terapeuta preguntará a la familia la causa por la que han venido, en esta etapa es importante que todos sus integrantes den su punto de vista. Se deberá clarificar el problema, e identificar la secuencia de conductas entre la familia que constituye el problema, además del contexto en donde se presenta éste.

- *Etapa de interacción*

En esta etapa el terapeuta dejará a los integrantes de la familia que discutan sobre el problema. El terapeuta deberá evitar que la discusión se centre en sólo dos personas, interviniendo para que todos los integrantes participen. Esto permitirá observar como es la interacción familiar, se corroborará o rechazará las hipótesis sobre la estructura familiar.

- *Etapa de fijación de metas*

Al concluir la etapa de interacción, se establece con la familia los cambios a los que se quiere llegar, que serán los objetivos de la terapia. Los objetivos deberán ser resolubles, la terapia deberá centrarse en ellos y permitirán saber si se ha tenido éxito en la intervención terapéutica o no. Esta parte de la sesión será importante para el transcurso de la terapia, Haley comenta que "el terapeuta está estableciendo

un contrato: cuanto más claro sea, tanto más organizada será la terapia" (Haley, 1980, p. 40).

Aportaciones de Jay Haley.

El modelo estratégico desarrollado por Jay Haley se enfoca a trabajar sobre la estructura familiar, los aspectos comunicativos que se dan entre los componentes de éste y los juegos de poder que allí se presentan.

Haley desarrolla algunos conceptos emanados de las escuelas terapéuticas donde trabajó de manera activa (la teoría comunicacional del MRI y el estructural), en especial retoma la teoría del doble vínculo, considerando una tercera persona en este proceso, esto es denominado como "triángulo perverso" o "triada patológica" (Cade y O'Hanlon, 1995; Hoffman, 1987). Las características para que se dé esta triada, son:

1. Debe contener a dos personas del mismo nivel en una jerarquía de status y una persona de un nivel distinto. En la familia esto significa dos miembros de la misma generación y uno de otra generación.
2. Debe abarcar una coalición de dos que se encuentran en distintos niveles contra uno que quedaba restante...
3. La coalición contra la tercera persona debe mantenerse oculta (Hoffman, 1987, p. 110).

Un aspecto a resaltar de este modelo es precisamente su espíritu "estratégico", al referirse a que cada caso es distinto y que los instrumentos, técnicas e intervenciones deben ser elegidos de acuerdo a las características del paciente y no el paciente encajar a las características del modelo con que se trabaja en terapia. Haley puede asumir ante un problema una posición directiva y con otro semejante en diferentes circunstancias, una posición no directiva; esta forma de trabajar la retoma del trabajo de Milton Erikson, el cual se caracterizaba por esta flexibilidad para adecuarse a cada caso específico en terapia.

Al igual -como se verá más adelante- que en el modelo de terapia breve centrado en el problema deberá quedar establecido de forma clara el problema a tratar así como toda la gama de circunstancias e interacciones que giran en torno a él, por lo que con pacientes que no lo puedan delimitar, el proceso de terapia puede verse obstaculizado.

2.3 Modelos de Terapia Breve.

Una mujer de mediana edad me solicitó tratamiento para su vieja fobia a viajar en avión. Expuso su firme convicción de que necesitaba una terapia "prolongada". Respondí que su tratamiento duraría el tiempo necesario y le señalé que, para algunos, esto significaba unas pocas sesiones, para otros un tiempo más largo, y para ella, "sólo el tiempo que llevé efectuar cómodamente los cambios satisfactorios"... A la semana siguiente, voló con relativa comodidad y ambos quedamos encantados. En la cuarta y última sesión dimos por cumplido el contrato sin fijar fecha para más entrevistas. El seguimiento ulterior reveló que había viajado varias veces en el avión sin inconvenientes, la mujer consideró resuelto su problema y juzgó lograda la terapia.

Jeffrey Zeig y Stephen G. Gilligan (1994, p. 13)

A continuación se describirán los principales modelos de terapia breve: el centrado en el problema, que es desarrollado por el grupo del MRI; y el basado en las soluciones, desarrollado tanto por el equipo de Milwaukee de Steve de Shazer y por Bill O'Hanlon. También, como antecedente, se describirá el trabajo de Milton Erikson, ya que de su forma de trabajo en la terapia se desarrolló gran parte de los fundamentos de los modelos de terapia breve.

En los modelos de terapia breve se aprecia una evolución con respecto a sus fundamentos teóricos: se asume la perspectiva de la cibernética de segundo orden, donde el observador pasa a formar parte de lo observado; se retoman los puntos de vista socioconstructivista cuya premisa principal es que la realidad se construye a través de la interacción con los otros, esto repercute en el proceso de terapia ya que se concibe que el terapeuta y el cliente se influyen mutuamente en la terapia (Maldonado, 1997).

Todo esto hace que los modelos de terapia breve sean ubicados dentro de las terapias de segundo orden dentro de una tradición posmodernista. El posmodernismo es una

postura filosófica que cuestiona la verdad única en la búsqueda y la posición social, a través del cuestionamiento de los textos; cuestiona la realidad ya establecida. En terapia familiar, a partir de 1990 el posmodernismo ha evolucionado los conceptos de las teorías estructurales y estratégica, ya que antes el terapeuta señalaba las pautas de acción con la familia o individuo, a la que se veía como un sistema en observación (esto basado en la cibernética de primer orden).

A partir de la etapa del posmodernismo la terapia familiar se desarrolla con conceptos del constructivismo y la hermenéutica, las familias y el terapeuta sostienen una participación más activa en la conversación y juntos encuentran sus propias soluciones, donde el papel del terapeuta no es de experto, sino que éste acepta la realidad del paciente. así como las soluciones, dando a las experiencias del paciente un nuevo significado, de tal manera que la terapia es una "aventura" colaborativa, donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas. (Sánchez, 2000)

Postulados de la Terapia Breve.

Watzlawick considera como postulado básico de la terapia breve el concebir que:

...la realidad que percibimos y con la que nos relacionamos - incluidos los problemas y las patologías - es el fruto de la interacción entre el punto de observación asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos con esa realidad, no existe una realidad verdadera en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre sujeto y realidad (Watzlawick y Nardone, 2000, p.17).

Es decir, cada uno construye la realidad que después vive (en el caso de los clientes, que cada uno de ellos sufre).

Desde este punto de vista, la terapia breve concibe a los trastornos mentales como productos de disfunciones perceptivas y reactivas con respecto a la realidad que el

sujeto construye a través de sus disposiciones y acciones; si cambian las modalidades perceptivas del paciente dentro del proceso de construcción, cambiarán también sus reacciones (Watzlawick y Nardone, 2000).

Dentro de la actividad terapéutica, las preguntas y las hipótesis del terapeuta contribuyen a crear la "realidad" del problema que trata. Los terapeutas se suman a sus clientes en la construcción de una realidad compartida, por lo que se puede plantear como objetivo de la terapia el construir a través del sistema terapeuta-cliente, una realidad diferente para este último, la cual le sea favorable (Kenney, 1994).

2.3.1 Hipnoterapia de Milton Erickson.

El problema no es tratar de adaptar la terapia a esa clasificación diagnóstica particular, sino que consiste en saber que potencialidades le revela a usted el paciente de su capacidad para hacer esto o aquello

Milton Erickson (en Haley, 1985, p. 26)..

Milton Erickson nació en Aurum (Nevada, Estados Unidos) en 1901 y murió en 1980. Fue doctor en medicina; en 1929 concluye sus estudios de psiquiatría y psicología, posteriormente fue director del Departamento de Psiquiatría del Hospital Worcester State de Massachusetts y director de Investigación Psiquiátrica del Hospital Eloise de Michigan. Desde 1948 vivió y trabajó en Phoenix, Arizona. Fue fundador de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica y editó la revista *American Journal of Clinical Hypnosis* (O'Hanlon, 1989; PNLnet, 2001).

Aunque Milton Erickson empezó a desempeñar su trabajo antes del auge de la terapia familiar, es considerado como el precursor en su práctica clínica, de elementos fundamentales para el modelo de terapia breve; esto en palabras de los representantes principales de este enfoque:

El padre de la terapia estratégica es, sin duda, Milton Erickson. Durante su carrera de hipnoterapia y psicoterapeuta... preparó miles de estrategias y técnicas de intervención para la resolución en breve tiempo de los problemas de orden psíquico y de la conducta (Nardone y Watzlawick, 1992, p. 54)

Con lo que respecta a su influencia en el modelo de terapia breve centrado en las soluciones, Steve de Shazer (1997), comenta: "en mi opinión, en mi trabajo y el de mis colegas del Brief Family Therapy Center (BFTC) continuamos utilizando como punto de partida las ideas de Erickson" (p. 157).

Bill O'Hanlon, que también es representante del modelo de terapia breve y que fue discípulo de Erickson, comenta que este último "fue una figura pionera en diversas áreas de la terapia: hipnosis, terapia familiar y terapia estratégica. Ahora podemos añadir otra: terapia centrada en las soluciones" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 25).

Premisas del enfoque terapéutico de Milton Erickson.

- *Los pacientes poseen recursos y fuerzas.*

Se concibe al paciente como un ente con recursos y capacidades propias para resolver sus problemas, el papel del terapeuta será el crear un contexto tal que les permita lograr acceso a éstos.

- *Orientación de la terapia hacia el presente y el futuro.*

Poco interés tiene Erickson en conocer los sucesos del pasado, orientándose más a lo que le sucede en el presente al paciente y llevándolo a concebir un futuro libre de su problema. En sus trances hipnóticos de visualización del futuro, se orientaba más hacia la solución que hacia el problema.

- *Uso de las creencias y síntomas del paciente.*

Erickson sostenía que era fundamental que los terapeutas capitalizaran todo lo que los pacientes llevaban a la terapia: su lenguaje, sus creencias, sus fuerzas y sus

recursos, su sentido del humor y sus conductas no verbales. Luego utilizaba esos atributos en las entrevistas y en la construcción de las tareas terapéuticas (Selekman, 1996 p. 15).

Aunque no declaró muerte a la resistencia, como después lo haría Steve de Shazer y su equipo, tampoco la concebía como un enemigo para la terapia, ya que era sólo una parte más del estilo personal del paciente, el cual se debía de identificar para utilizarlo a favor del cambio.

- *Observar y adecuarse al estilo personal del paciente.*

Erickson era un maestro en observar e identificar los estilos de comportamiento de sus pacientes: "el lenguaje del paciente, los cambios en la dinámica vocal, la alteración en el tono muscular, los gestos, etc." (O' Hanlon, 1989, p.26), esto le facilitaba el uso de intervenciones específicas para cada caso en particular.

- *Adecuar la terapia al paciente.*

Al contrario que en las terapias existentes en esa época, donde el paciente se debía apegar a lo que dictaba la teoría terapéutica, Erickson concebía que la terapia se debía adaptar a cada persona en especial, esto se aprecia al leer diversos casos clínicos trabajados por él, donde a veces asume una conducta agresiva, otras amigable, a veces propone tareas sumamente claras y otras veces poco estructuradas, siempre teniendo en cuenta el estilo del paciente.

Fases de la Terapia Ericksoniana.

Bill O' Hanlon, en su libro sobre Milton Erickson "*Raíces profundas*" (1989), distingue cinco fases principales en la terapia de su maestro: creación de un ambiente terapéutico; evaluación del paciente; eludir interferencias y usar sus aptitudes y potenciales; relacionar las intervenciones con el contexto del problema y; finalización de la terapia.

1. *Ambiente.* En esta etapa se busca desarrollar "modos de ganar rápidamente la confianza y cooperación de los pacientes" (O'Hanlon, 1989, p. 121), entre más rápido se logre este objetivo, más breve será la duración de la terapia.
2. *Evaluación del paciente.* En esta etapa se deberán identificar las pautas de interacción y los estilos de comunicación y conductuales del paciente, con el fin de poder utilizarlos durante la terapia.
3. *Eludir interferencias y usar aptitudes y potenciales.* Aquí se busca romper con pautas rígidas que evitan que se solucionen los problemas del paciente, se busca lograr esto a través de los propios recursos de éste, ya sea que el propio paciente los haya tenido identificados o que se dé una resignificación positiva a ciertas conductas o capacidades desarrolladas durante la terapia.
4. *Vinculación con el contexto del problema.* Erickson fue pionero en buscar que lo realizado dentro de la sesión terapéutica trascendiera a la vida común del paciente. Con ese objetivos, se diseñaban las intervenciones, ya sea en forma de tarea, sugestión poshipnótica o creando nuevas asociaciones a través de sugerencias o relatos.
5. *Fin de la terapia.* Erickson se centraba en un problema específico, aunque con cada paciente el diseño del fin de terapia era diferente, tal como lo describe O'Hanlon:

A veces Erickson no daba por terminada una terapia, sino que... continuaba viendo a las personas, cuando lo necesitaban, a lo largo de años... en otras oportunidades, daba abruptamente por terminado el tratamiento, despidiendo a los pacientes, con el mensaje implícito de que la terapia que habían recibido era todo lo que necesitaban. Con otros pacientes estipulaba un tiempo límite para el tratamiento (1989, p.127-128).

Intervenciones y Técnicas utilizadas.

Erickson realizaba sus intervenciones terapéuticas centrándose en las pautas de interacción del paciente con su medio, principalmente se pueden dividir las intervenciones sobre las pautas en tres aspectos: utilización de las pautas presentes, modificación de las pautas existentes y creación de nuevas pautas de conducta (González, 1999; O'Hanlon, 1989).

- *Utilización de las pautas presentes.*

Erickson enfatizó el utilizar el lenguaje del paciente; sus intereses y motivaciones; sus creencias y marcos referenciales; su conducta; sus síntomas; su resistencia.

- *Modificación de las pautas existentes.*

Se busca afectar el síntoma a través de cambiar cualquiera de sus siguientes aspectos: la frecuencia o la velocidad; la duración; el momento en que se da; su ubicación; la intensidad; alguna otra cualidad o circunstancia; la secuencia de los acontecimientos que lo rodean; crear un corto circuito en la secuencia; interrumpir o de alguna manera impedir que se produzca toda la secuencia; agregar o suprimir un elemento a la secuencia; fragmentar algún elemento completo, en elementos más pequeños, que se presente el síntoma sin su pauta habitual o viceversa; invertir la pauta, etc.

- *Creación de nuevas pautas de conducta.*

A través de otras intervenciones se buscaba crear nuevas pautas de conducta en los pacientes, que los lleven a nuevas interacciones con su medio, libres de la problemática indeseada que lo llevaron a terapia.

Erickson intervenía en las pautas a través de indicaciones directas, indirectas, tareas estructuradas o no, paradójicas, etc., y la técnica por la que fue más conocido era el trance hipnótico, que a continuación se describirá de manera general.

- *La Hipnosis*

La hipnosis es una forma de crear la realidad. Si sabes que algo que quieres ocurrirá en una realidad específica, entonces utiliza esa realidad para crear lo que quieres. Si no ocurre en ninguna realidad que conozcas, entonces crea una realidad en la que ocurriría.

John Grinder (PNLnet, 2001)

La hipnoterapia se puede concebir como "una forma de comunicación terapéutica directiva, basada en una relación estrictamente complementaria" (González, 1999). Milton Erickson fue mundialmente reconocido por sus trabajos e investigaciones sobre hipnosis, su interés inicial en ella se remonta a su época de estudiante en la Universidad de Wisconsin. En aquel entonces asistió a una demostración de Clark Hull que influyó profundamente en él. Erickson siguió explorando el tema de la hipnosis en los ámbitos experimental y clínica en sus primeros años de trabajo en hospitales de psiquiatría, donde fue desarrollando sus métodos sobre hipnosis (O'Hanlon y Bertolino, 2001) Su método fue conocido como hipnosis ericksoniana o naturalista, ésta, a diferencia de la hipnosis tradicional, donde se buscaba influir al paciente de una manera autoritaria, busca aprovechar los recursos del paciente:

Los pacientes no son sometidos ni dirigidos por la voluntad del terapeuta, ni pierden el control de sus acciones... en el estado de trance los pacientes suelen comprender de manera intuitiva el significado de sueños, símbolos y otras manifestaciones inconscientes... el terapeuta capta la atención del paciente y la dirige hacia su interior, hacia una búsqueda interna, de modo de generar una respuesta hipnótica (Rosen, 1986, p. 26-27).

Para Erickson la hipnosis era una "evocación y utilización de los aprendizajes inconscientes" (ibid, p. 28) y para el observador se asemejaba más a una plática, donde el terapeuta recurría a metáforas, historias, intervenciones paradójicas, etc., con el fin de crear un marco más apropiado para el cambio: Durante el proceso de hipnosis, los pacientes podían recordar lo sucedido en ella e incluso, algunos no se daban cuenta

que habían entrado en trance (Haley, 1986; O'Hanlon, 1989; O'Hanlon y Bertolino 2001; Rosen, 1986).

Rossi divide en cinco fases el proceso del trance hipnótico (en Rosen, 1986, p. 33):

- 1) *fijación de la atención*, aquí el terapeuta busca captar la atención del cliente en un aspecto determinado, buscando crear un vínculo con él. Se busca centrar dicha atención en aspectos internos del sujeto;
- 2) *despotenciación* de los marcos de referencia y sistema de creencias habituales, se busca redefinir o reestructurar creencias o supuestos que tiene el cliente y que obstaculizan el proceso de cambio;
- 3) *búsqueda inconsciente*;
- 4) *proceso inconsciente*, en estos dos puntos es importante aclarar que al referirse al inconsciente, Erickson no hace referencia al punto de vista freudiano donde se le concibe como un material reprimido que es causante de diversas conductas patológicas del paciente; para Erickson el inconsciente está formado por aspectos que están fuera de la conciencia del sujeto y lo "consideraba como una fuerza positiva ...como el solucionador de problemas afirmando que nuestro comportamiento en mayor grado se encuentra determinado por él" (Gutiérrez, 1996, p. 98). En el trance hipnótico se descubren aspectos positivos que no eran conscientes para el sujeto y son utilizados a favor de éste.
- 5) *respuesta hipnótica*, se busca que el cliente a partir del proceso de trance hipnótico logre cambios en los aspectos que lo llevaron a terapia.

Rosen describe el beneficio de lograr de manera efectiva este proceso de la siguiente manera:

Si un terapeuta es capaz ...de ayudar a un individuo a ponerse en contacto con su propio saber desaprovechado, lo más probable es que éste incorpore a su conducta esos olvidados conocimientos, y que ello dé por resultado un comportamiento más constructivo y autofortalecedor (1986, p. 28)

La mayoría de los postulados básicos del trabajo terapéutico de Milton Erickson son vigentes en los actuales modelos de terapia breve. A pesar de que ya en otros modelos se concebía como un aspecto importante observar al paciente para poder conocerlo, Erickson lleva este aspecto a su máxima expresión, observando en ellos, sus estilos preferidos de comunicación tanto verbales, como no verbales, además de concebirlos como poseedores de fuerzas y recursos internos. Esta forma de concebir a sus clientes se ve reflejado en su trabajo, tanto en la hipnosis, como en las intervenciones terapéuticas, las cuales las va a extender hasta la vida común de ellos, es decir la terapia no se limita a la sesión terapéutica, sino que el paciente también sigue construyendo los cambios fuera de ella.

Se puede considerar que Erickson fue el primero en romper con la "ansiedad" que le produce al terapeuta la "resistencia" del paciente y en usarla para beneficio de la terapia, además de proyectar a futuro, los cambios, haciendo que el paciente visualice escenarios con el problema resuelto.

El trabajo de Erickson llega a veces a niveles de genialidad en la creación de intervenciones, difícil de igualar sin su capacidad, su poder de persuasión y observación, además que, como otro punto en contra, el propio Milton Erickson nunca realizó una sistematización teórica sobre su trabajo terapéutico, lo que hacía más difícil poder entenderlo o aprenderlo. Esto, afortunadamente, fue desarrollado por varios de sus colaboradores (Zeig y Haley, entre otros) y por los representantes de los modelos de terapia breve, entre los que destacan Paul Watzlawick, Steve de Shazer y Bill O'Hanlon, los cuales se describirán en los siguientes puntos de este capítulo.

2.3.2 Terapia Breve Centrada en Problemas.

"Si al principio intenta algo para solucionar un problema y no tiene usted éxito, puede intentarlo otra vez; pero si tampoco entonces lo consigue, intente algo totalmente diferente"

Fisch (1984, p. 36)

Este modelo es desarrollado por el equipo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California. Don Jackson funda el MRI en noviembre de 1958, siendo sus miembros fundadores Gregory Bateson, Jules Riskin y Virginia Satir, posteriormente se unirían Jay Haley, John Weakland y Paul Watzlawick.

La primera década del MRI se caracteriza por su manejo terapéutico con familias, en especial con pacientes esquizofrénicos y la investigación realizada en interacción familiar y el proceso de comunicación.

En 1967, dentro del MRI se crea el Centro de Terapia Breve, bajo la dirección de Richard Fisch, Jay Haley, Artur Bodin, Paul Watzlawick y John Weakland (Sánchez, 2000). El modelo de terapia breve del MRI, esta basado en un enfoque estratégico, con el objetivo de poder solucionar la problemática del cliente de una manera menos prolongada que las terapias convencionales. Con respecto a esto, Fisch y sus colaboradores, en su libro *"La táctica del cambio"*, explican:

Nuestro objetivo consistía en comprobar qué podía conseguirse durante un período de tiempo estrictamente limitado - un máximo de 10 sesiones de una hora - concentrando la atención en el principal desarreglo actual, utilizando en la mayor medida posible todas las técnicas activas de estímulo para el cambio, que conociésemos o pudiésemos tomar prestadas de otros y buscando cuál era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actuar en vez de pretender reestructurar familias enteras (1984, p. 28).

Premisas del modelo de terapia breve.

En su libro "El arte del cambio" (1982), Nardone y Watzlawick, dejan en claro las premisas en que se basa la terapia breve del MRI, a las cuales llaman "herejías", debido a que se contraponen con el paradigma tradicionalmente dominante en la psicoterapia.

- Se afirma que no hay una teoría que pueda explicar "realmente" la "naturaleza humana" por lo que se aceptan las problemáticas desde el punto de vista del paciente, sin realizar una interpretación de dichos problemas.
- No se busca centrar la terapia en saber "por qué" se dan los problemas, es decir, buscar su estructura profunda, sino en saber "cómo" se dan y actuar en el aquí y ahora.
- Se concibe al sistema terapéutico como un sistema en interacción, con respecto a esto Weakland afirma:

Si la interacción entre los miembros de un sistema social se considera como determinante para la formación de un comportamiento actual, una modificación del comportamiento de cualquier miembro del sistema conduce a una modificación consiguiente del comportamiento de los demás miembros del sistema (en Watzlawick, 2000, p. 141).

- El cambio sólo se puede dar en un nivel que abarque un cambio de clase y no solo un cambio de un miembro de esa clase a otra. Más adelante se explicará más sobre este tema.
- Para que se pueda dar un cambio, es preciso que primero se realicen y observen conductas que se puedan identificar como parte de éste, aunque no se haya pensado todavía que es posible. Por ejemplo si a un paciente, aún sin cambiar su punto de vista sobre su problema, se le prescriben tareas donde perciba su entorno de forma distinta, empezará a cambiar a partir de estos hechos su postura sobre su problemática.

Definición de problema.

Para los terapeutas del MRI los problemas son ocasionados a partir de las soluciones intentadas por los clientes y que no han dado resultado, estos intentos, sin embargo se hacen recurrentes en el sistema familiar, creando un círculo vicioso, lo que es llamado *más de lo mismo* (Fisch et al., 1984; Nardone y Watzlawick, 1992; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976), esto implica que "los intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas, en el seno del sistema, necesarios para solventarlo" (Ochoa de Alda, 1995, p. 44) .

Sin embargo no todo obstáculo que se le presente a un individuo o familia, se puede considerar como problema, ya que existen contratiempos que se pueden solucionar sin la intervención de una psicoterapia. El grupo del MRI hace la diferencia entre estos dos tipos de obstáculos:

Cuando... hablemos acerca de dificultades nos referiremos sencillamente a un estado de cosas indeseable que, o bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común ...y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas, o bien, con mayor frecuencia, nos referiremos a una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente, y con respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber sencillamente conllevar...cuando hablemos de problemas nos referiremos a callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976, p. 58-59).

De acuerdo a la investigación realizada por el grupo de Palo Alto, hay tres causas principales de abordar mal las dificultades, creando problemas (Watzlawick et al., 1976):

- Se niega que existe un problema y la solución es no hacer nada al respecto.

- Se intenta diversas soluciones ante un problema que por sí mismo es imposible de modificar, es decir, el fin es utópico y por más que se intenten diversas soluciones la meta no se podrá alcanzar.
- Se exige un cambio en un nivel equivocado, es decir, se intentan soluciones diferentes pero que pertenecen a la misma clase (más de lo mismo).

La concepción básica de este modelo sobre como intervenir en las situaciones problemáticas de las cuales se queja el cliente, es que la resolución de éstas requiere la ruptura del círculo vicioso: problema-solución ineficaz, esto puede realizarse ya sea buscando realizar una solución diferente a las ya intentadas por los pacientes (menos de lo mismo), o buscando cambiar las concepciones negativas que se tienen del problema (Fisch et al, 1984). Esto se puede hacer a través de un cambio pequeño en el sistema, el cual, así como el círculo vicioso del problema, creará otro de forma positiva, provocando cambios positivos más grandes.

Papel del terapeuta.

El terapeuta tiene como tarea primordial promover cambios concretos de los comportamientos que mantienen el problema del cliente. El terapeuta debe promover la sustitución del comportamiento originario e ineficaz de solución del problema por otro comportamiento diferente e incompatible con el anterior. Se concibe que sí por lo general la solución originaria parece siempre razonable y apropiada para los que la intentan llevar a cabo, el logro del cambio, exigirá, por regla general, tanto una intervención activa, como una planificación estratégica para maximizar la influencia del terapeuta.

Se considera que el terapeuta debería centrar sus esfuerzos en la persona más implicada con el problema y que, por tanto, está más motivada para emprender una acción de cambio. Como una opción secundaria, se recomienda trabajar con la persona que tiene más capacidad para poner en marcha un cambio.

Etapas de la terapia.

Se pueden identificar seis etapas en la terapia breve centrada en el problema (Nardone y Watzlawick, 1992):

1) *Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.*

En esta etapa se busca crear un ambiente apropiado para el proceso de terapia, donde el paciente se sienta en confianza, creando una cooperación con el terapeuta. En esta fase "la estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente..., el terapeuta debe entrar en sintonía con las modalidades de representación de la persona que esta pidiendo ayuda" (ibid p.75).

2) *Definición del problema.*

En esta fase, el terapeuta centra su atención a la descripción que hace el paciente sobre su problemática, enfocando dicho problema hacia las consecuencias que ha tenido en la vida práctica. Se buscará qué área de interacción del individuo se ve más afectada (consigo mismo, con los demás, con su ambiente), para partir de ésta en la intervención. Para poder identificar el conjunto de acciones que conforman el problema, se plantea al sistema del paciente preguntas como: ¿quién más considera que existe dicho problema?, ¿en qué contexto/s aparece?, ¿qué se ha hecho para resolver el problema?, ¿a quién le afecta más el problema?, ¿quién es el más motivado para ayudar a que se resuelva? (Nardone y Watzlawick, 1992; Hoffman, 1987; Watzlawick, 2000).

3) *Acuerdo sobre los objetivos de la terapia.*

El sistema terapeuta-cliente definen los objetivos del tratamiento, esto conlleva dos funciones: el orientar la terapia hacia un fin concreto, el cual es verificable por ambas partes, además de poder indicar como se está desarrollando la terapia; al negociar con el paciente los objetivos, se crea en él una sugestión desde el principio de ser una parte activa en el tratamiento, creando una "profecía autocumplidora positiva", es decir, ofreciéndole al paciente la sensación de que él puede producir un cambio favorable.

Los objetivos de la terapia deben ser contruidos de tal manera que sean solubles, se considera que es mejor fragmentar problemas muy complejos en pequeños problemas que sean más sencillos de alcanzar.

4) *Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.*

En esta fase, se identifican los "puntos de apoyo" en que se basa el problema, es decir cuáles son los factores que intervienen para que el problema ocurra de manera sistemática. Como se había mencionado, la tesis central de este modelo de terapia es que "los mismos intentos de resolver el problema precisamente lo sostienen. La solución, repetidamente intentada, del problema inicial se convierte así en el verdadero problema" (Nardone y Watzlawick, 1992, p. 80), por lo que se debe identificar dicha solución fallida, además de las interacciones sociales que intervienen en ésta, para poder lograr una modificación en esta pauta de comportamiento.

5) *Programación terapéutica y estrategias de cambio.*

A partir de todo lo realizado en las fases anteriores, se pasará a la aplicación de estrategias, éstas se pueden clasificar de la siguiente manera:

- *Acciones y comunicación terapéutica:* se refiere a la forma deliberada de comunicarse con el paciente, con el fin de cambiar la percepción del paciente sobre las representaciones sobre el problema.
- *Prescripciones de la conducta:* se refiere a las acciones realizadas por el terapeuta para que el paciente desempeñe experiencias concretas en su vida cotidiana, que lo lleven a cambiar su situación problemática. Estas acciones pueden ser directas, indirectas o paradójicas, las cuales serán descritas más adelante.

Una parte importante para que se logre el cambio es lograr una reestructuración sobre la percepción del problema por parte del paciente, lo cual se va a lograr a través de las prescripciones diseñadas en terapia.

Reestructurar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los hechos correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismo..., lo que cambia a resultas de la reestructuración es el sentido atribuido a la situación, y no los hechos concretos correspondientes a ésta (Watzlawick et al, 1976, p. 120).

6) *Conclusión del tratamiento.*

En esta etapa se realizan estrategias con el fin de consolidar el cambio en el paciente, además de crear una conciencia sobre las pautas de comportamiento que han modificado para solucionar el problema. Finalmente se debe "poner de relieve la capacidad que ha demostrado el sujeto al realizar con constancia y tenacidad el duro trabajo que le ha exigido la solución del problema" (Nardone y Watzlawick, 1992, p. 111).

Intervenciones terapéuticas.

- *Intervenciones directas:* son "indicaciones directas y claras de acciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado" (ibid, p. 106). Se usa con pacientes que son colaboradores y que siguen las indicaciones "al pie de la letra".
- *Intervenciones indirectas:* son "imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo..., mediante ellas se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito" (ibid, p.107). Estas intervenciones son útiles con pacientes que presentan resistencia al cambio, ya que de manera rápida se van interrumpiendo varias pautas del problema, todo esto llevando al sujeto a realizar algo, sin que se de cuenta de que lo hace.
- *Intervenciones paradójicas:* son indicaciones que se le realizan al paciente de tal forma que le crean una trampa, de tal forma que ya sea que siga las indicaciones o no, se producirá un cambio con respecto a la situación de su problema. Al igual que las

intervenciones indirectas, las intervenciones paradójicas son útiles para evitar la resistencia del paciente.

Además el equipo del MRI (Fish, 1985) identificaron cinco tipos de soluciones típicas, que son intentadas por los pacientes, para las cuales desarrollaron a su vez, cinco intervenciones específicas, las cuales se resumen en la tabla siguiente:

SOLUCION FALLIDA DEL PACIENTE	INTERVENCIÓN ESPECIFICA
Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente.	Se le pide al sujeto que fracase en su intento de superar el problema.
Dominar un acontecimiento aplazándolo.	Se expone al paciente al acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito.
Llegar a un acuerdo mediante la coacción.	Se pide eliminar la actitud dominadora, aparentando amabilidad e impotencia, con consecuencias negativas hacia la persona con la que se era dominante ("sabotaje benévolo").
Conseguir sumisión a través de la libre aceptación.	Se plantea la necesidad de hacer peticiones directas.
Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.	Se plantea una tarea donde se interrumpa la secuencia de acusaciones y justificaciones ("interferencia" o "confusión de señales")

Tomado de: Ochoa de Alda, 1995, pp.49-52.

2.3.3 Terapia Breve Centrada en Soluciones.

"Si no está roto, ¡NO LO COMPONGA!

Una vez que sepa usted qué es lo que funciona, ¡HAGA MAS DE LO MISMO!

Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡HAGA ALGO DIFERENTE!"

Steve de Shazer.

El precursor de la terapia breve centrada en soluciones es Steve de Shazer, quien en sus inicios fue seguidor del modelo de terapia breve del MRI centrado en problemas, al cual modifica para crear un modelo también de terapia breve, con la modalidad de centrarse en las soluciones eficaces realizadas por los clientes, a las cuales les llama "excepciones al problema". Desde 1978 desarrolla su trabajo en el Brief Family Therapy Center (BFTC) de Milwaukee, dedicado a la investigación, atención clínica y entrenamiento de terapeutas. Entre sus principales colaboradores en el BFTC, se encuentran Insoo Berg, Eve Lipchik y Michel Weiner-Davis, quien posteriormente colaboraría con Bill O'Hanlon (Ochoa de Alda, 1995; Sánchez, 2000).

Para Steve de Shazer, el centrarse en los problemas propicia mirar solamente lo negativo, lo que puede llevar al terapeuta a caer en constantes regresos al problema. Steve de Shazer (1991) concibe las soluciones como "llaves", las cuales abren puertas, pero por decirlo de algún modo, hay "llaves maestras" que pueden abrir diversas puertas, es decir, una solución se puede ajustar a uno o más problemas, y no el problema debe ajustarse a la solución.

Bill O'Hanlon es el otro gran representante del modelo de terapia breve enfocado hacia las soluciones, él empieza su carrera profesional en 1975 en la clínica de Phoenix, Arizona, posteriormente realiza estudios de Programación Neuro-lingüística y se especializa en la terapia familiar y de pareja, en esta etapa, conoce a Milton Erickson y recibe asesoría de éste. Aunque nunca trabajó directamente con de Shazer, su trabajo influye en él para desarrollar su modelo "enfocado hacia las soluciones", con el cual

comparte prácticamente todas las premisas de su modelo; en palabras de O'Hanlon, las principales diferencias son el poco énfasis que se hace en las características socio-culturales del cliente y el uso rígido del formulario (ver anexo) que realiza el grupo de Milwaukee. En sus más recientes escritos, O'Hanlon ha denominado a su modelo como *terapia de posibilidades* y *terapia inclusiva* (O'Hanlon y Bertolino, 2001; Who is Bill, 2001)

Premisas de la terapia breve orientada a las soluciones. (de Shazer, 1991a; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993; Selekman, 1996).

- *El cliente coopera de forma inevitable en la terapia.*

En este modelo se desecha el término de resistencia, incluso el equipo de Milwaukee decidió eliminarla (de Shazer, 1984), refiriéndose a que toda persona que solicita ayuda terapéutica, debe necesariamente querer cooperar para lograr el cambio, sin embargo cada persona tiene un estilo diferente de cooperación, además de llegar a la terapia con diferentes expectativas.

- *El cambio es inevitable*

Se concibe que ninguna circunstancia se da de forma permanente, al contrario, todo esta en constante cambio y el terapeuta debe actuar acorde a esta forma de pensar, "en el contexto de la terapia breve resulta útil pensar cuándo ocurrirá el cambio en lugar de pensar si se producirá el cambio" (Selekman, 1996, p.40)

- *Sólo se necesita iniciar con un pequeño cambio.*

De acuerdo al pensamiento sistémico, si se produce un cambio en alguna parte del sistema, esto conllevara cambios en toda la estructura global, de igual manera, "un cambio pequeño en una parte del comportamiento de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 53), por esta misma razón, no es siempre indispensable trabajar con toda la familia ni abarcar todos los problemas para provocar cambios en ella. Otro aspecto a favor de buscar

cambios pequeños en la terapia, es que "parece que cuanto mayor es el objetivo o cambio deseado, más difícil es establecer una relación de colaboración, y mayor la probabilidad de que el terapeuta y el paciente fallen" (de Shazer, cit. en Watzlawick y Nardone, 2000, p.155)

- *El terapeuta centra su atención en lo que propicia el cambio.*

Siguiendo la idea del punto anterior, es función del terapeuta "estar alerta" a los sucesos que producen cambios en los problemas descritos de los pacientes, con el fin de identificarlos, hacerlos "visibles" y trascendentes a los clientes y propiciar que se amplíen a otras áreas de su vida.

- *No es indispensable saber mucho acerca del problema.*

En este modelo, sólo se va a preguntar cuál es el problema del cliente, para de ahí partir a conocer las excepciones y encauzar al cliente hacia las soluciones. Tampoco se piensa que las quejas tengan un propósito para que se presenten o encubran un problema mayor que se estuviera "reprimiendo".

- *Los clientes definen los objetivos.*

Es necesario contar con algún o algunos objetivos de terapia, los cuales van a ser definidos por los clientes, el papel del terapeuta será negociar estos objetivos, es decir, ponerlos en términos claros y realistas, para que se puedan alcanzar en la terapia. (ver más adelante, los objetivos en la secuencia de la terapia)

- *Existen diferentes "realidades" acerca de las situaciones.*

Acerca de un suceso existen diferentes puntos de vista, por lo que es necesario asumir aquellos que ayudarán a propiciar el cambio en los clientes, en la terapia, constantemente el terapeuta va a co-construir puntos de vista acerca de las situaciones que le suceden a los clientes.

- *Orientación centrada en el presente y futuro.*

Durante la terapia se busca que el cliente visualice escenarios futuros, en los cuales el problema haya sido solucionado. El pasado es revisado sobre todo para recordar pautas de conducta que fueron exitosas en su momento y que por alguna razón ya no son aplicadas en la actualidad por el cliente. Con respecto al presente, se va a centrar la terapia en las áreas exitosas que ha desarrollado el cliente.

Estructura de la terapia breve centrada en las soluciones

O'Hanlon y Weiner-Davis (1993), dividen las etapas de la primera sesión, de la siguiente manera:

1) *Unión o Preludio* (de Shazer, 1989).

Esta etapa se caracteriza por realizar una plática con el cliente, acerca de cosas diferentes al motivo que lo trae a terapia, se busca propiciar un ambiente para que el paciente se sienta cómodo y perciba que hay un interés genuino hacia su persona, no solo hacia la problemática que presenta.

2) *Breve descripción del problema.*

Se le pregunta al cliente cuál es el motivo que lo trae a consulta, es importante aclarar que esto solo se realiza para poder pasar a buscar los recursos y soluciones con las que cuenta el cliente, incluso, no es necesario que el problema sea bien definido, como sucede con la terapia breve del MRI. Para poder identificar las pautas que propician el problema, O'Hanlon recomienda pedir que se describa el problema como si se hiciera a través de una videocinta:

Damos el nombre de videocharla a esta forma de comunicación porque con ella se describe lo que se quiere o lo que no se quiere como si lo viéramos u oyéramos en una cinta de video, evitando añadir cualquier historia o interpretación. En vez de hablar de... cualidades internas, en la videocharla hablamos de... acciones (O'Hanlon y Hudson, 1996, p. 27).

3) *Análisis de las excepciones del problema.*

Partiendo de la premisa que indica que todo está en constante cambio, se considera que nada es permanente, a pesar de que la mayoría de los clientes así lo piensan con respecto a sus problemas. En esta parte de la terapia se buscan los momentos en que no se presentan los problemas en la vida del paciente, con respecto a esto, Steve de Shazer comenta lo siguiente:

Se utiliza el término *excepción* porque los clientes tienden a considerar que sus problemas o dificultades *suceden siempre* (una regla). Cuando el problema no se produce, parece como si se hubiera quebrado una regla pero al cambio no se le concede importancia. Cuando el problema no se produce se considera que eso es una *casualidad* y no una prueba de que las cosas podrían andar mejor, lo cual sugiere que *toda regla tiene su excepción* (1997, p.28).

Las excepciones encontradas al problema pueden ser de dos tipos: voluntarias o espontáneas, en las primeras, los clientes identifican una parte activa en ellos para que se produjera dicha excepción; en las segundas, el cliente no se atribuye a sí mismo ninguna responsabilidad para que se presenten, la excepción se da simplemente por factores externos y fortuitos. En el último caso, la labor del terapeuta será atribuirle al cliente un papel activo para que ocurran las excepciones, por ejemplo si un chico recuerda que una vez tuvo una buena nota escolar, pero lo atribuye a que en esa materia tenía un maestro "barco", el terapeuta puede replicarle que conoce a chicos que aún con estos maestros no pueden sacar buenas notas y se le cuestiona al chico respecto a que hizo entonces él para aprovechar esa situación.

El papel del terapeuta será enfatizar las soluciones encontradas por el cliente, para esto se recomienda el uso de preguntas presuposicionales (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993), en las cuales se presupone que los cambios se darán y las quejas cesarán, de manera que las conductas excepcionales, se vuelvan una pauta común.

En esta etapa, si el cliente no puede encontrar excepciones, se recurrirá a preguntas orientadas hacia la solución, en éstas "se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución" (op cit., p. 119).

En caso, de que esto no funcione, se retomará el enfoque propuesto por el MRI, de identificar las pautas del problema y los intentos fallidos de solución de los clientes, con el fin de romper el círculo vicioso, en cuanto empiecen a notarse los cambios se retomará el enfoque de soluciones. Hay propuestas sobre el uso de diversas técnicas de otras terapias sistémicas en caso de que aún no se logre propiciar cambios, como lo son técnicas de la terapia narrativa o el uso del grupo reflexivo que propone Andersen (Selekman, 1996).

4) *Definir objetivos.*

Definir el objetivo hará que se conozca a donde se quiere llegar, durante la sesión el sistema terapeuta-cliente van a co-construir el problema y el objetivo de la terapia. El primer paso es normalizar al máximo el problema que describe el cliente como motivo de consulta. Posteriormente se pasará a la definición de objetivos en sí, es importante que éstos sean posibles de resolver, por ello habrán de ser expresados de manera concreta (que se puedan observar), además se deben especificar con todo detalle los primeros pequeños pasos para llegar al objetivo final.

Para ayudar a los clientes a identificar los objetivos, se proponen diversas técnicas, como "la pregunta del milagro" (de Shazer, 1991a, 1997, 1999), la cual se plantea de la siguiente manera:

Supongamos que esta noche, después de que usted se va a dormir, ocurre un milagro y los problemas que lo trajeron al consultorio del terapeuta se resuelven inmediatamente. Pero, como usted está durmiendo en el momento en que ocurre el milagro, usted no se entera. A la mañana siguiente, cuando se despierta, ¿cómo

descubre que se ha producido un milagro? Sin que usted les cuente nada, ¿cómo sabrán los demás que ha ocurrido un milagro? (de Shazer, 1999, p.128).

Para concretizarlos se puede recurrir a la metáfora de la videocinta que se mencionó (O'Hanlon y Hudson, 1996; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993), para identificar los pequeños pasos para el cambio y los avances se sugiere usar las preguntas de la escala, las cuales tienen la siguiente estructura: se establece una escala donde 0 indica el momento en que el problema se presenta con mayor gravedad y 10 significa el momento en que el problema se resuelve o ya no le incomoda al cliente (de Shazer, 1999).

5) *Pausa.*

Después de aproximadamente 40 o 45 minutos, el terapeuta marca el final de la primera parte de la sesión, se le pregunta al cliente: "¿hay algo más que cree que yo debería saber, antes de tomarme unos minutos para reflexionar? ¿Algo más que se le ocurra y que sería importante que yo sepa?" (de Shazer, 1999, p. 168). Inmediatamente a esto, el terapeuta se retira, ya sea, para reunirse con el equipo detrás del espejo, o de forma individual, para elaborar el mensaje que se le va a expresar al cliente, además de la prescripción de la intervención.

6) *Elogios hacia el cliente.*

En esta etapa el terapeuta "devuelve" al cliente todos los aspectos positivos que se identificaron en la sesión y se observan las reacciones que tiene éste ante los elogios.

7) *Prescripción de intervenciones terapéuticas.*

Las intervenciones buscan que el cambio siga en marcha, aún fuera de la sesión terapéutica, se pueden identificar las intervenciones sobre los patrones, las prescripciones de soluciones o las llamadas tareas de fórmula, por el equipo de Milwaukee e intervenciones paradójicas (O'Hanlon y Wainer-Davis, 1989; Cade y O'Hanlon, 1995).

La segunda sesión y las subsiguientes tienen los siguientes objetivos:

1. construir el intervalo transcurrido entre las sesiones como periodos en los que se ha logrado alguna mejora,
2. verificar si el paciente considera que lo que el terapeuta y él mismo hicieron en la sesión previa resultó provechoso...
3. ayudar al paciente a determinar qué está sucediendo que la/lo conduce a algún logro...
4. establecer si los logros obtenidos hicieron que las cosas marchen suficientemente bien, de modo tal de determinar si es o no necesario continuar la terapia (de Shazer, 1999, p.172).

El terapeuta debe identificar si los clientes han mejorado, reportan un avance lento o piensan que siguen igual o peor que en la primera sesión. Si se reporta una mejoría (grupo milagro) se busca mantener y ampliar los cambios positivos que se han observado; si los clientes empiezan a hablar sobre el problema, en lugar de las excepciones ocurridas (grupo así-así), el terapeuta interrumpirá su discurso, centrando la charla en las excepciones al problema ocurridas en la semana; si los clientes reportan que todo ha seguido igual o incluso peor después de la primera sesión, el terapeuta adopta una postura escéptica, cuestionando sobre "qué cosas concretas relacionadas con la queja sucedieron entre las sesiones y qué actitud se tomó ante ellas" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 165).

Intervenciones realizadas.

a) Intervenciones sobre patrones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Estas intervenciones, parten de la idea de que existen eventos que presentan ciertas regularidades en las pautas que forman su secuencia, por lo que se busca interrumpir o modificar estas pautas en las situaciones-problema, descritas por los clientes.

- *Sobre el patrón de la queja:* en estas intervenciones se busca introducir alguna modificación en el desarrollo de la queja, por ejemplo, cambiar su frecuencia, el tiempo que dura, el lugar donde se produce, añadirle un elemento nuevo, etc.
- *Sobre el patrón del contexto:* se busca "modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja" (ibid, p. 145), esto incluye a personas y situaciones que parecieran no ser parte del problema, pero que influyen indirectamente para que éste se presente.

b) *Tareas de fórmula* (de Shazer, 1991a) o *prescripciones de solución* (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Estas intervenciones están diseñadas para "orientar la atención de los clientes hacia las soluciones" (ibid, p. 148), se busca que se formen nuevas percepciones de la situación de los clientes. Estas intervenciones pueden ser usadas de forma general sin saber mucho del problema.

- *Tarea de fórmula de la primera sesión.*

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, a nosotros (a mí me) gustaría que observe, de modo que pueda describirnos (describirme) la próxima vez, lo que ocurre en su (elijá: familia, vida, matrimonio, relación) que usted quiere que continúe ocurriendo (de Shazer, 1991a, p. 150).

Esta tarea provoca que se tome atención en los aspectos positivos de la vida del cliente, que se tomen en cuenta éstos y que se desencadenen cambios para la solución.

- *Tarea de la sorpresa.*

Como usted se ha distinguido en ser una persona sumamente creativa, ahora no le voy a dar una indicación concreta, sino que me gustaría que hiciera al menos una o dos cosas que sorprendan a sus padres (cónyuge, en terapia de pareja), no les digas qué es. Padres (o pareja), su tarea consiste en adivinar qué es lo que ella (o él) esta

haciendo. Me gustaría que lo anotaran, pero que no comparen sus notas; haremos eso en la próxima sesión (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

- *Tarea de la pelea estructurada.*

Esta tarea se utiliza cuando una pareja se enfrasca en una discusión sin llegar a ninguna parte. Por turnos, previo "volado", un miembro de la pareja puede molestar, enojarse e incluso insultar al otro por diez minutos, después se cambiarán los turnos, se pasará a 10 minutos de silencio y se volverá a empezar.

- *Tarea genérica.*

Cuando los clientes expresan cuáles son sus objetivos, se les pide que observen qué es lo que hacen ellos mismos, para que se den estos. Por ejemplo si el cliente tiene como objetivo poder platicar con su pareja sin discutir, cuando llega del trabajo, el terapeuta le pedirá que observe que cosas pasan para que él tenga un mayor control para que esto suceda.

- *Haz algo diferente.*

Se usa cuando una persona se queja de alguna conducta de otra y hace referencia a que ya ha intentado "todo" para cambiar a la otra persona, sin embargo realiza un mismo patrón de conductas, por ejemplo, castigos diversos. Se le pide a esta persona que cuando sorprenda a la otra realizando dicha conducta, haga algo diferente a lo que normalmente hace en esa situación "por más extraño, fantástico o disparatado que pueda parecerle" (de Shazer, 1991a, p. 137), pero que su tarea es responder haciendo algo diferente.

c) *Intervenciones paradójicas.* (Cade y O'Hanlon, 1995)

Una paradoja puede definirse como una conclusión que entra en contradicción a partir de dos premisas coherentes. Cade y O'Hanlon definen las intervenciones paradójicas de la siguiente manera:

Intervenciones en las que el terapeuta, con ánimo de ayudar, parece promover la continuación o incluso el empeoramiento de los problemas en lugar de su revisión. Se inserta un mandato claro de mantener o empeorar un problema, o de hacer más lenta alguna mejoría, en una igualmente clara comunicación enmarcadora que define el contexto como destinado a ayudar a resolver el problema (p. 160).

Entre algunas técnicas paradójicas se encuentran la prescripción del síntoma, pronóstico de recaídas, poner en duda una recuperación, prescribir no hacer nada ante el problema o buscar que este empeore. En general, a través de estas técnicas (usadas también por los terapeutas del MRI), además de romper con la pauta de intentar más de lo mismo al buscar afrontar el problema, construye una atmósfera de éxito en la terapia, ya que haga lo que haga el paciente estará cumpliendo con lo que dijo su terapeuta o tendrá cambios positivos hacia una solución.

Ambos modelos de terapia breve (centrados en el problema y centrado en la solución), definen que lo breve de la terapia no se refiere a un número determinado de sesiones, sino a realizarla con el mínimo de sesiones posibles.

Un punto importante en ambos modelos, es el papel de investigador por parte del terapeuta para conocer lo que no se debe hacer, analizando lo que ya intento como solución el paciente y en caso de que haya estado en terapia anteriormente, lo que no resulto en ésta. Esto conlleva el buscar de una forma inmediata, buscar estrategias nuevas, para romper con esas pautas de conducta, ya sea "dejando de hacer más de lo mismo" o realizando "algo totalmente diferente".

Con respecto a las intervenciones, plantean además de las de tipo específico una serie de tipo general, que se pueden adaptar en diferentes situaciones, sin importar cual es el problema, esto se observa de mayor manera en el enfoque centrado en soluciones.

Un aspecto del modelo centrado en el problema es la problemática de no poder especificar el problema, esto trata de ser superado en el enfoque centrado en la

solución, en la que no es necesario contar con un problema bien definido, ya que el foco de atención va a recaer en los momentos de no-existencia del problema.

Un posible problema en el enfoque centrado en la solución, es la posibilidad de encontrarse con clientes que se encuentren en un estado emocional que les impida encontrar excepciones o por más esfuerzos del terapeuta, no asuman ninguna importancia a las que se presentan. Sin embargo el propio modelo plantea el seguir otros caminos en caso de que esto ocurra, otra salida es contemplar los aspectos que provienen de otros modelos de terapia sistémica, por así decirlo, no olvidar que contamos con una galería de recursos que van más allá del modelo de terapia breve, como lo han propuesto diversos autores (Magnuson y Norem, 1997; Selekman 1996)

CAPITULO 3

COMUNICACIÓN

3.1 Antecedentes del Concepto de Comunicación.

La buena comunicación no se limita simplemente a lo que decimos, ni siquiera a los gestos externos que utilizamos. Consta de unas interacciones mucho más complejas y no siempre observables.

Harry Alder (PNLnet, 2001).

El concepto de comunicación ha ido cambiando a través de la historia: en la antigua Grecia se pensaba que este proceso se daba gracias a que el Dios Mercurio "cogía la idea apropiada del cerebro del que hablaba y la introducía con la punta de su lanza en el del que escuchaba (receptor)" (Musitu, 1993, p. 11); posteriormente se le concibió como algo en común que es compartido por varias personas, pasando después a ser solo un objeto que se transmite, hasta recuperar su noción ser algo que se comparte. Yves Winkin (1984) en su libro "*La nueva comunicación*", presenta una reseña de la evolución del concepto de comunicación, el cual se resumirá en este punto:

La palabra comunicación se puede relacionar con las raíces latinas *communicare* y *communis*: "el término es casi sinónimo de *communio* y significa el acto de compartir, de participar en común" (Winkin, 1984, p. 13). De acuerdo a este sentido, es decir, de compartir algo, es como se retoma el concepto de comunicación en los siglos XIV y XV, en las lenguas francesa e inglesa respectivamente.

En el siglo XVI, el concepto de comunicación deja de ser sinónimo de algo que se comparte, para empezar a concebirlo como algo que se transmite, esto marcará el desarrollo de los estudios de la comunicación hasta épocas recientes, concibiéndola como una relación lineal y dando mayor importancia a como se transmite la comunicación, que a lo que se transmite y provoca ésta.

Desde el siglo XIX, con el desarrollo de los medios de transporte y de información, los "trenes, teléfonos, periódicos, radio y televisión se convierten sucesivamente en medios de comunicación, es decir medios para pasar de A a B" (Ibid, p. 12).

En 1970, aparece una nueva definición sobre la comunicación, donde se le define como "toda relación que interviene en un funcionamiento. Teoría de las comunicaciones y de la regulación. V. Cibernética. Información y comunicación." (Ibid. p. 13), aquí destaca la incorporación de la influencia de los procesos cibernéticos (los cuales ya se comentaron en el primer capítulo) que permiten que la comunicación vuelva a concebirse como una relación y no solo como una transmisión. Las aportaciones principales en el siglo XX, en este aspecto, son los modelos de comunicación de Shannon y Weaver y el modelo de Wiener.

3.2 Modelos de Comunicación Humana.

3.2.1 Modelo de Shannon y Weaver.

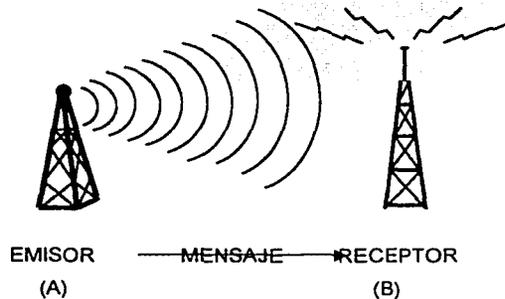
Uno de los modelos de la comunicación, propuesto en 1949, surgió de los desarrollos de dos investigadores estadounidenses. Claude Shannon, ingeniero electrónico y Warren Weaver, matemático. Este modelo de la comunicación tenía como objeto de estudio el análisis de la eficacia en la información, debido a que Shannon trabajaba en la compañía de teléfonos Bell, sus investigaciones estaban encaminadas a buscar "establecer medidas cuantitativas sobre la capacidad de variados sistemas, de transmitir, almacenar y además procesar información, para descubrir las leyes matemáticas que los gobiernan, intentando establecer la medida cuantitativa mínima que reduce la incertidumbre del mensaje" (Jutoran, 1999).

El modelo de Shannon se puede ubicar dentro de la definición de comunicación que dominaba desde el siglo XVIII, es decir, centrada en la transmisión de información, se trata de una forma unidireccional sin que exista retroalimentación. A pesar de ser discípulo de Wiener, quien, como se verá adelante, propone un modelo de comunicación "circular".

Shannon propone un esquema del sistema general de comunicación, que se entiende como una cadena de elementos: la *fente de información* que produce un

mensaje, el *emisor*, que transforma el mensaje en señales, el *canal*, que es el medio utilizado para transportar las señales, el *receptor*, que construye el mensaje a partir de las señales, y el *destino*, que es la persona a la que se envía el mensaje (Winkin, 1984, p. 16).

El modelo desarrollado por Shannon y Weaver ofrece una lectura lineal y diádica de la comunicación, dado que está centrado en los mensajes enviados de un punto a otro, este modelo fue aceptado en diversas áreas científicas, incluyen a las ciencias humanas, donde, en muchas ocasiones se reduce el esquema de Shannon a tres elementos: emisor, mensaje y receptor. Debido a estas características limitantes en la comunicación, que dejan a un lado, entre otros aspectos, al contexto, a los aspectos de retroalimentación, etc., Winkin (1984) lo ha denominado como "modelo telegráfico de la comunicación".



3.2.2 Modelo de Comunicación de Norbert Wiener.

Norbert Wiener incorpora el concepto de retroalimentación de la cibernética a la idea de comunicación, con lo que se obtiene una mayor comprensión de las complejas comunicaciones interpersonales y pasa de una concepción lineal a una circular.

El modelo de Wiener, se contrapone a la unidireccionalidad en el flujo de información de un sistema de comunicación, concibe este sistema como:

Un proceso circular en el que las informaciones sobre la acción en curso nutren a su vez (feedback) al sistema, permitiéndole alcanzar su objetivo... a partir de la idea de retroacción, la explicación lineal tradicional queda un poco anticuada. Todo efecto retroactúa sobre su causa, todo proceso debe estar concebido según un esquema circular (Ibid, p. 14).

Varios investigadores, interesados en la comunicación, procedentes de diversas áreas, principalmente la antropología (Gregory Bateson, Ray Bidwhistell y Edward Hall), la sociología (Erving Goffman) y la psiquiatría (Don Jackson y Paul Watzlawick), no están de acuerdo con el modelo propuesto por Shannon y comparten los postulados básicos del modelo de Wiener, con respecto a la retroalimentación; ellos critican que se centre la atención en el análisis del contenido y proponen que el énfasis se ponga en la interacción y en el contexto (Eguiluz, 2001). Ellos conciben a la comunicación como el conjunto de los aspectos verbales y no verbales, criticando a las aproximaciones que analizan a estos aspectos como entes independientes, con respecto a esto último, afirman:

La comunicación es, pues, un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento: la palabra, el gesto, la mirada, la mímica, el espacio interindividual, etc. no se trata de establecer una oposición entre la comunicación verbal y la comunicación no verbal: *la comunicación es un todo integrado* (Winkin, 1984, p. 22).

A diferencia del modelo de Shannon, Winkin (1984) bautizó a este como "*modelo orquestal de comunicación*", con "la finalidad de hacer comprender cómo puede decirse que cada individuo participa en la comunicación, en vez de decir que constituye el origen o el fin de la misma" (p. 24).



De las investigaciones de Bateson, se desprende la teoría del *doble vínculo* o *doble atadura*, además de generar ideas que retomarán Don Jackson, Paul Watzlawick y Jeanet Beavin para postular su *Teoría de la Comunicación Humana*, en 1967.

3.3 Teoría del Doble Vínculo.

¡Qué contento estoy de que no me gusten las espinacas! Porque si me gustaran, tendría que comerlas, y las odio.

Anónimo (en Watzlawick, 1994, p. 26).

Las investigaciones sobre la comunicación desde un enfoque interaccional, tienen su origen en el análisis de los pacientes con esquizofrenia, al encontrarse que varios de ellos se comportaban de manera diferente cuando estaban internados y cuando estaban en presencia de su familia. Esto hizo que los investigadores desviarán su interés al análisis del contexto como causa de las conductas en un individuo, que llevarían a catalogarlo como esquizofrénico.

Gregory Bateson, como ya se mencionó, realizó investigaciones en diversas culturas (Nueva Zelanda y la isla de Bali), sobre aspectos de interacción en la comunicación, descubriendo que existen pautas de comportamiento que se repiten y que provocan una conducta patológica en algún integrante del sistema. A esta secuencia de pautas, se le denomina *doble vínculo* o *doble atadura*, ya que el individuo queda atrapado sin salida entre mensajes contradictorios de los cuales no se puede desvincular (Bateson, 1998; Winkin, 1984; Nardone, 1992).

Las secuencias tienen que tener esta característica: que a partir de ellas el paciente adquiera los hábitos mentales que están ejemplificados en la comunicación esquizofrénica. Es decir, tiene que vivir en un universo donde las secuencias de acontecimientos sean tales, que sus hábitos comunicacionales desusados resulten adecuados de alguna manera (Bateson, 1998, p. 235).

Paul Watzlawick, Don Jackson y Jeanet Beavin (1981, pp. 197-200), describen la secuencia del doble vínculo de la siguiente manera:

- 1) Dos o más personas participan en una relación intensa que posee un gran valor para la supervivencia física y/o psicológica de una, varias o todas las personas que intervienen.

Para ejemplificar la secuencia del doble vínculo se retomara un caso propuesto por Watzlawick (en Winkin, 1984). En este ejemplo, encontramos la relación de un padre alcohólico, con sus hijos.

- 2) En ese contexto, se da un mensaje que está estructurado de tal modo que: a) afirma algo, b) afirma algo de su propia afirmación y c) ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes.

En la relación padre-hijo que sirve de ejemplo, el padre exige a sus hijos que lo vean "como un padre amante y tierno y no como el borracho temible y violento que es"

(Winkin, 1984, p. 258). El padre esta enviando un mensaje de agresión a sus hijos, sin embargo, a su vez, esta manifestando que en realidad él los ama. Esto deja a los hijos en una encrucijada, ya que hagan lo que hagan, quedarán atrapados en este doble vínculo: "si los niños dejan traslucir su temor, serán castigados por haber subreentendido que su padre es un borracho peligroso; si oculta su miedo, serán castigados por su insinceridad" (ibid).

- 3) Se impide que el receptor del mensaje salga del marco establecido por ese mensaje, a través de la metacomunicación (comentando) con el padre sobre lo que ha dicho o retrayéndose.

En nuestro ejemplo, sería imposible que los hijos, si es que descubren la pauta de interacción en la que están atrapados, le dijeran a su padre lo que esta sucediendo, ya que serían descalificados, "si fueran capaces de protestar y metacomunicarse (ej.: *mira lo que nos haces...*), se arriesgarían a que les castigara por *insolencia*" (ibid, p. 259)

- 4) Cuando el doble vínculo es duradero, posiblemente crónico, se convertirá en una expectativa habitual y autónoma con respecto a la naturaleza de las relaciones humanas y el mundo en general, una expectativa que no requiere refuerzo ulterior.

La forma de responder de los niños a la conducta de su padre en el ejemplo, debe ser asumiendo una conducta que evite percibir al padre como en realidad es, obligando en este caso a los niños a "aprender" a desconfiar de su percepción de la realidad, lo cual será su pauta de comportamiento en la vida aunque no se presenten las mismas condiciones, sino será suficiente con "...casi cualquier parte de una secuencia del doble vínculo" (Bateson, 1998, p. 237). En el caso que ilustra nuestra secuencia del doble vínculo, la respuesta posible hacia el padre fue la siguiente:

Ahora bien, si uno de ellos tratara de huir pretendiendo que hay un enorme gorila negro arrojando fuego en la casa, muy bien podría llamarse a esto una alucinación. Pero, tomada en su contexto, tal vez sería más interesante ver en ella el único

comportamiento posible. El mensaje del niño niega: (a) que se trate de un mensaje referido al padre, (b) que se trate incluso de una negativa; es decir que el temor del niño tiene ahora una razón, pero de tal género que sobreentiende que no se trata de una verdadera razón (Winkin, 1984, p. 259).

- 5) La conducta paradójica impuesta por el doble vínculo es, a su vez, un doble vínculo y lleva a un patrón de comunicación autoperpetuador.

Al asumir una respuesta catalogada como patológica, se considera al niño como esquizofrénico, sin embargo si responde a lo que en realidad percibe y asume una conducta hostil o de miedo hacia el padre, será castigado, por lo que prefiere responder evadiendo la realidad, es decir, vuelve a caer en la trampa del doble vínculo: hagas lo que hagas, estarás mal.

Esto afecta al individuo en los campos de la acción o conducta, de la percepción y de lo emocional. Como se observó en el ejemplo, en el campo de la percepción el individuo desconfiaba de sus propios sentidos al ser recriminado por los demás acerca de lo que percibe de su entorno o de él mismo; en el campo de la conducta se ve atrapado en el juego de tener que cumplir "normas de comportamiento que exigen y al mismo tiempo imposibilitan unas determinadas acciones... en la que sólo puede obedecer desobedeciendo" (Watzlawick, 1994, p. 30), y en el campo emocional sus sentimientos son censurados y se le señala que debería albergar otros distintos, un ejemplo clásico es el siguiente: un esposo tiene una discusión con su pareja y le reprocha que ella debería sentirse contenta por la forma en que la trata y por todo lo que él hace por ella; esto crea en ella diversos sentimientos muy diferentes de los que el esposo quiere (culpabilidad, enojo, etc.), con lo que según él tiene más pruebas acerca de lo que cree, cabe decir, que si después de esto su pareja demuestra un sentimiento como el esposo desea, puede ser recriminada por no hacerlo de forma espontánea.

3.4 La Comunicación como Interacción.

Si se les da la tarea de describir una interacción entre un gato y un perro, podrán hacer anotaciones como: "el gato escupe... el perro muestra los dientes... el gato arquea su espalda... el perro ladra... el gato...". tan importante como las acciones particulares descritas es la secuencia en la que ocurren... cualquier conducta del gato se hace comprensible únicamente en el contexto de la conducta del perro.

Grinder y Blander (1982, p. 14).

En este punto, se analizará la teoría de la comunicación desarrollada por Watzlawick, Jackson y Beavin (1981). Ellos dividen en tres áreas el estudio de la comunicación: la sintaxis, la semántica y la pragmática.

a) *La sintaxis* centra su estudio sólo en la relación que guardan los signos entre sí, en la forma en que se transmite la información, tal como lo hizo el Modelo de Shannon, el "interés se refiere a los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia y otras propiedades estadísticas del lenguaje" (ibid, p. 23). Por ejemplo, el mensaje: "Ayer volaré en barco hacia las Vegas", desde el punto de vista de la sintaxis no tendría ningún error, ya que cada componente de esta frase puede ser codificado y decodificado sin importar que no tenga sentido.

b) *La semántica* centra su atención en el significado, "se ocupa de las relaciones entre los signos y aquello de lo cual hablamos por medio de ellos" (Deaño, 1983, p. 28), por lo que el mensaje además de ser compuesto por un código conocido por los integrantes del sistema comunicacional, deberá tener sentido para ellos. En el ejemplo "Ayer volaré en barco hacia las Vegas", aunque conozcamos el sentido de cada palabra, de manera global la frase carece de éste.

c) *La pragmática* es la tercera área de estudio de la comunicación y la más importante para Watzlawick y cols., ésta se refiere a los efectos que genera en la

conducta la comunicación. Para dicho estudio es importante tomar en cuenta además de los integrantes del sistema de comunicación su contexto: "desde esta perspectiva de la pragmática, toda conducta, y no sólo el habla, es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos impersonales, afectan a la conducta" (Watzlawick, Jackson y Beavin, 1981, p. 24). Por ejemplo, una hija que empiece a hablar sobre cuestiones sexuales y a comportarse de forma más liberal en la adolescencia, producirá efectos en su sistema familiar, los cuales pueden ser diversos de acuerdo a su contexto familiar, desde asumir la familia una posición de orientación y apertura a hablar sobre el tema, hasta adjudicar estos comportamientos a una perturbación, debido a "malas compañías" o vicios y por ende, respondiendo con represión, agresión, etc.

3.4.1 Axiomas de la comunicación.

Quando yo uso una palabra -dijo Humpty Dumpty en un tono más bien desdeñoso- esa palabra significa exactamente lo que yo quiero que signifique. Ni más ni menos.

La cuestión está -dijo Alicia- en si usted puede hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes.

La cuestión está -dijo Humpty Dumpty - en quien es el que manda. Eso es todo.

Lewis Carrol (en *A través del espejo*).

Axioma 1. Imposibilidad de no comunicarse.

Al englobar dentro del concepto de comunicación tanto a los aspectos verbales como a los no verbales, se afirma que toda comunicación es conducta, por lo que se concibe que permanentemente nos estamos comunicando.

"Con respecto a la conducta, se puede enunciar que no hay una no-conducta. Al aceptar que una conducta en una interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es

comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar." (ibid., p. 50)

Supongamos que una pareja tiene un conflicto y él decide dejar de comunicarse con su pareja, posteriormente el enojo de él disminuye por lo que decide comunicarse nuevamente y se reconcilian. A pesar de no comunicarse de forma verbal, al no hablar con su pareja le estaba comunicando "estoy enfadado contigo y no quiero platicar contigo".

Axioma 2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.

Watzlawick y sus colaboradores afirman que "toda comunicación implica un compromiso y por ende, define la relación. Esta es otra manera de decir que una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas" (ibid., p. 32). Estos dos aspectos se denominan como aspectos referenciales y connotativos.

El aspecto referencial de un mensaje transmite información, en la comunicación humana se le puede considerar como sinónimo de contenido del mensaje. El aspecto conativo se refiere a que tipo de mensaje debe entenderse que es y a la relación que existe entre los comunicantes. En sí, el primer aspecto transmite los datos de la comunicación y el segundo, como debe entenderse dicha comunicación.

En el siguiente mensaje: *"busca información de comunicación en internet"*, el aspecto de contenido (referencial) será el mismo en cualquier caso, sin embargo el aspecto relacional (conativo) puede variar, de acuerdo a quienes forman el sistema de comunicación, (un par de amigos, un maestro de computación a un alumno, un jefe a su empleado, etc.); y la intención con que lo dice (tono de voz, gestos, etc.).

Axioma 3. La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de la comunicación entre los comunicantes.

Se debe entender por puntuación, a un corte arbitrario en la secuencia de comunicación que realiza alguno de los miembros que integran dicho sistema.

Esto hace referencia a que cada individuo al estar en interacción, va creando su propia puntuación de hechos (es decir, va a organizar las conductas, tal que para él una conducta A, provoca una B, y a su vez ésta provoca la C, sin embargo, para otra persona la conducta B, puede ser considerada la A, y la B, la C, y así sucesivamente).

Tomemos el ejemplo de una madre y su hija: la madre ha asumido con su hija una conducta represiva ya que de manera constante desobedece sus órdenes, por ejemplo el no salir a fiestas, lo cual hace sin su permiso. La hija, al cuestionarle sobre su conducta, afirma que es causada por su madre, ya que ésta es represiva y dominante, por lo que es imposible dialogar con ella y prefiere irse a fiestas con sus amigas, sin avisarle. En este ejemplo se puede observar como madre e hija, realizan una puntuación distinta en la secuencia de comunicación, identificando cada una de ellas, como causa del problema a un evento distinto.

Axioma 4. Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.

Se denomina lenguaje analógico toda aquella comunicación que es susceptible de ser interpretada, como lo es todo el aspecto no verbal, por ejemplo "la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de voz y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción" (ibid., p. 63).

El lenguaje digital se refiere al aspecto concreto y que tiene un significado (con respecto a su contenido) igual para todos, este aspecto entra en el campo de la comunicación verbal.

Es importante mencionar que ambos aspectos de la comunicación, deben tomarse en cuenta, ya que atender sólo un aspecto u otro conllevaría equívocos en el sentido del mensaje. Con respecto a esto, se indica que el "lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones" (ibid., p. 68).

Tanto los aspectos relacionales y de contenido como la comunicación digital y analógica se van a complementar entre sí, en cada mensaje. Se afirma que "el aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica" (ibid., p. 65).

En el ejemplo de la orden: "busca información de comunicación en internet", este mensaje verbal corresponde a la parte digital de la comunicación, esta orden puede ir acompañada de un gesto de súplica, de enojo, una actitud amigable, sarcástica, etc., que constituiría la parte analógica.

Axioma 5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.

La relación simétrica se caracteriza porque los participantes tienden a igualar su conducta recíproca, es decir, si un integrante del sistema tiende a buscar el dominio de la relación, el otro integrante no cederá y buscará realizar conductas que empaten las del primero. Esta interacción esta basada en la igualdad.

En el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un nuevo tipo de pauta de interacción que se le denomina complementaria, la cual esta basada en la diferencia. "En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito de diversas maneras como la posición superior o primaria mientras que el otro ocupa la posición correspondiente inferior o secundaria" (ibid., p.69)

Una pareja puede adoptar un juego inconsciente de competencia, con respecto de quién demuestra más amor por el otro, si uno de ellos sorprende al otro con algún detalle, el otro deberá responder buscando sorprender de igual manera. En otra pareja, un integrante puede asumir el rol de "consentidor" mientras que la otra persona lleva el rol de ser la que reciba "amor" y se deje consentir. En el primer ejemplo el tipo de relación es simétrico, mientras que en la segunda pareja, el tipo de relación es complementario.

Aunque se puede afirmar que en toda relación podemos encontrar en su secuencia de comunicación ambos tipos de relación, por lo general uno de estos tipos de relación va a predominar sobre el otro.

3.4.2 Patologías específicas acerca de cada axioma de la comunicación.

- *Tú nunca aceptas una crítica.*
- *No es cierto.*
- *¿Ves?*

Luis Mario Pesceti (1995).

Para cada uno de los axiomas de la comunicación Watzlawick y su equipo plantean patologías específicas, las cuales se reflejan en el comportamiento de los integrantes de un sistema de comunicación.

Axioma 1. (La imposibilidad de no comunicarse).

Aunque se definió que es imposible "no comunicarse", es posible que un individuo pueda querer aparentar o pretender no comunicarse con otro, por lo que puede adoptar alguna de las siguientes reacciones:

- a) *"Rechazo" de la comunicación:* aquí un individuo de manera abierta expresará su deseo por no entablar comunicación alguna. Sin embargo al hacerlo y no comunicarse,

sólo lo podrá realizar en el aspecto verbal -como en el ejemplo del esposo que no quería comunicarse con su pareja-, por lo que en realidad estará comunicando y estableciendo una relación a través de aspectos no verbales.

b) *Aceptación de la comunicación.* Esto llevará a la persona que en principio no quería comunicarse a un callejón sin salida, ya que al aceptar la comunicación, se empieza a dar más y más información, con lo que es imposible dejar de comunicarse con el otro.

c) *Descalificación de la comunicación.* Aquí uno de los integrantes descalifica el mensaje del otro. "Las descalificaciones abarcan una amplia gama de fenómenos comunicacionales, tales como autocontradicciones, oraciones incompletas, malentendidos idiomáticos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales" (ibid., p. 76)

d) *El síntoma como comunicación.* Se recurren a motivos que están más allá del propio control del individuo para evitar que siga la comunicación con el otro, esto puede llegar a un extremo que se crea que en realidad existe dicha incapacidad que impide la comunicación

Axioma 2. (La estructura de niveles de la comunicación: contenido y relación).

Para comprender como surgen las patologías con respecto al contenido y la relación, Watzlawick, Beavin y Jackson (1981), señalan las diversas formas que aparecen en una relación:

1. En el mejor de los casos, los participantes, concuerdan con respecto al contenido de sus comunicaciones y a la definición de su relación.
2. En el peor de los casos, encontramos la situación inversa: los participantes están en desacuerdo con respecto al nivel de contenido y también al de relación.

3. Entre ambos extremos hay varias formas mixtas importantes:

- (a) los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido, pero ello no perturba su relación...
- (b) los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido pero no en el relacional...
- (c) otra posibilidad son las confusiones entre los dos aspectos, contenido y relación...
- (d) las situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel de contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital *que le interesa mantener* con otra persona. (p. 81-83)

Esto lleva a que uno de los integrantes del sistema comunicacional acepte el punto de vista y el tipo de relación que le sugiere el otro, lo rechace o lo desconfirmo. Esto trae efectos importantes en la conducta del individuo, ya que lo que nos comuniquen los demás de nosotros mismos y de lo que hacemos es importante y nos dará información sobre lo que somos y como comportarnos. Por ejemplo, puede ser que en un grupo se piense que el problema es establecer una estrategia a seguir para resolver una situación específica (contenido de la comunicación) sin embargo el problema real es el de llegar a un acuerdo sobre quién va a llevar el liderazgo para llevarla a cabo (aspecto relacional), es más si en un grupo se descalifica al que se le debería considerar como lidere, es difícil que se lleguen a acuerdos.

Axioma 3. (La puntuación de la secuencia de hechos).

La patología principal en la puntuación de hechos se refiere a la divergencia que cada participante de un sistema de comunicación hace sobre quien o que fue la causa de un problema. En el ejemplo de la madre que reprimía a su hija porque le desobedecía y esta última que desobedecía a su madre porque era muy represiva, se puede observar claramente esta problemática. En este caso, cada una de las partes carecía de información (o por lo menos no la tomaba en cuenta) que tenía la otra persona, por lo

que se indica que una de las formas de evitar esto es "metacomunicándose" (Watzlawick et al., 1981).

Se puede conjeturar que el origen de estos problemas de puntuación existe la convicción firmemente establecida y por lo común no cuestionada, de que solo hay una realidad, el mundo tal como yo lo veo, y que cualquier visión que difiera de la mía tiene que deberse a irracionalidad o mala voluntad... En casi todos estos casos de comunicación patológica se encuentran círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de la comunicación, es decir, hasta que los comunicantes estén en condiciones de metacomunicarse (Ibid., p. 94).

Axioma 4. (Errores de "traducción" entre material analógico y digital).

Estos errores son consecuencia de diversas situaciones, principalmente, se encuentra que el material de los mensajes analógicos "se presta a interpretaciones digitales muy distintas y a menudo incompatibles" (Ibid., p. 94). Es posible que en cada parte de los participantes de la comunicación se introduzcan material adicional para interpretar lo que la otra parte quiere transmitir.

Por ejemplo, una esposa puede reclamarle a su marido que no le da muestras de amor, mientras que él afirma que sí lo hace (aspecto digital), al interrogarle a la mujer como le puede demostrar su esposo amor, ella se refiere a que sea más cariñoso, más detallista, que tenga más cercanía personal (aspecto analógico). Por su parte él responde a la pregunta, de cómo manifiesta su amor a su esposa, afirmando que le ayuda en los quehaceres del hogar, le permite tener su espacio para que se sienta bien (aspecto analógico). Aquí se puede observar como ambas partes coincidían en el aspecto digital: hay que proporcionar conductas de amor al otro, pero lo que significaba amor en un nivel analógico difería en cada uno de ellos.

Axioma 5. (Interacción simétrica y complementaria).

Watzlawick plantea que por sí mismas las interacciones complementarias y simétricas no pueden calificarse como buenas o malas, se hace la aclaración que cada patrón puede estabilizar al otro toda vez que se produce una escapada en una de ellas. Así mismo, no sólo es posible sino necesario, que los dos participantes se relacionen simétricamente en algunas áreas y de manera complementaria en otras.

Si no existe este equilibrio de alternancia de interacciones complementarias y simétricas, se pueden dar pasos a las siguientes pautas interaccionales:

Escalada simétrica: "la patología en la interacción simétrica se caracteriza por una guerra más o menos abierta" (ibid., p. 104) entre cada uno de los comunicantes con tendencia a la repetición. Por ejemplo una pareja puede llegar a conductas extremas, sin entra en una competencia permanente por quien es mejor padre, mejor amante o simplemente por quien desempeña mejor su rol en el matrimonio, el factor común en estos ejemplos es responder inmediatamente a la conducta del otro con el fin de demostrar quien es mejor.

Complementaridad rígida: "las patologías de las relaciones complementarias equivalen a desconfirmaciones antes que a rechazos acerca del otro..." (ibid, p. 105). Según el contexto, el mismo patrón puede ser acabadamente confirmador del otro en un momento y desconfirmador en una etapa posterior de la relación. En tales relaciones es común observar un sentimiento progresivo de frustración y desesperanza en los dos participantes o en uno de ellos.

Un ejemplo común es un padre que primero felicita a su hijo por haber realizado una actividad, para inmediatamente descalificarlo diciéndole que sin embargo, si hubiera seguido sus recomendaciones o hubiera puesto atención en determinado aspecto, lo habría podido hacer mejor y con mayor rapidez.

A través de lo expuesto en el presente capítulo se pretende dejar en claro como se incorpora el punto de vista interaccional al ámbito de la terapia. Las diversas corrientes que se analizaron en el capítulo 1 son retomadas en el modelo de comunicación interaccional, donde aspectos como el análisis del contexto, la retroalimentación, la circularidad, entre otros son de relevancia para el estudio de la comunicación.

En el siguiente capítulo se pretende mostrar como la comunicación y el lenguaje son herramientas importantes para crear un cambio para el cliente en terapia. Aún cuando no se deja ver de manera explícita los diversos axiomas de la comunicación, sus premisas siguen vigentes y nos permiten entender la influencia del uso del lenguaje y la comunicación en el proceso de terapia.

CAPITULO 4

USO DE LA COMUNICACIÓN Y EL LENGUAJE

EN LA TERAPIA BREVE

4.1 Importancia de la Comunicación en la Terapia.

La "realidad" no es algo dado, fijo, estático. Está influida por nuestra cultura y por las interacciones que tenemos con los demás. Está influida por el lenguaje que hablamos, las palabras que usamos, y las visiones del mundo que compartimos y que están reflejadas en esas palabras.

William O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (1993, p. 66)

Recordemos cual es la premisa principal del modelo de terapia breve:

Su postulado básico es que la realidad que percibimos y con la que nos relacionamos - incluidos los problemas y las patologías - es el fruto de la interacción entre el punto de observación asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que usamos para comunicarnos con esa realidad, no existe una realidad verdadera en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre sujeto y realidad (Watzlawick y Nardone, 2000, p.17).

A partir de este presupuesto, es como la comunicación adquiere un papel primordial para la construcción de la realidad, es decir, a través de ella el sujeto va a construirla mediante la interacción con los otros, con lo que va conformando su historia personal; sobre esto von Glasersfeld afirma lo siguiente:

Los elementos básicos de los que se componen las estructuras conceptuales individuales y las relaciones por medio de las cuales éstas se mantienen unidas no pueden ser transferidas de un usuario del lenguaje a otro... Estos bloques de construcción deben ser abstraídos de la experiencia individual, y su ajuste interpersonal, que hace posible lo que denominamos comunicación, sólo puede surgir en el curso de la prolongada interacción con otros, a través de una orientación y adaptación mutua (en Pakman, 1996, p. 40).

Esto implica que la interacción de otras personas es importante para la construcción de la realidad, esto trasladado al ámbito de la psicoterapia marca un papel importante para

el terapeuta, ya que al entrar en comunicación con el cliente va a co-construir una realidad distinta a la que ya traía éste, la cual percibe como problemática, ocasionando que perpetué acciones que a su vez la retroalimentan y provocan que se vuelvan a presentar.

De acuerdo a Watzlawick podemos diferenciar dos tipos de realidades, la llamada realidad de primer orden, la cual se refiere a las propiedades de los objetos o de las situaciones; por otra parte se encuentra la realidad de segundo orden, que se refiere al significado, el sentido y el valor que se le atribuyen a dichos objetos y situaciones. (Watzlawick, 1989; Nardone y Watzlawick, 1992; 2000), por ejemplo un mismo objeto como es la Luna y en específico en su fase de luna llena; al nivel de una realidad de primer orden se puede concebir que en condiciones típicas, no debería haber un conflicto entre varias personas para ponerse de acuerdo que lo que están observando es la Luna llena, sin embargo, desde el nivel de la realidad de segundo orden, podemos encontrar un sinnúmero de significados o percepciones producidos por la Luna, por ejemplo, para una persona puede ser significado de nostalgia, para otra de romanticismo, a alguna otra le puede causar miedo si ha oído alguna historia que propague el hecho de que a algunas personas les provoca locura, etc.

Es en la realidad de segundo orden, donde se ubica principalmente el campo de acción del terapeuta, buscando "operar cambios en aquellas modalidades por cuyo medio las personas han construido su realidad de segundo orden (realidad de la cual están totalmente convencidos de que es la única verdadera)" (Nardone y Watzlawick, 1992, p. 25). Es a través de la comunicación y el lenguaje como se va a buscar influenciar en el cliente para lograr cambios en las percepciones de las situaciones que lo lleven a realizar acciones diferentes en su contexto, logrando que se cumplan los fines terapéuticos.

4.2 Antecedentes del uso de la Comunicación en el Ambito de la Terapia.

La comunicación y la manera en que se ha concebido al lenguaje a través de la historia ha tenido principalmente dos perspectivas, una en la que se busca afectar a la otra persona a través de la racionalización, esto implica el supuesto de que existe una sola realidad y a través del lenguaje se puede transmitir esa verdad o "iluminación" a los demás; el otro punto de vista, asume que la realidad, además de no ser una sola, es producto del lenguaje y sólo a través de él tiene sentido, que "no sólo hablamos de las cosas, sino que alteramos el curso espontáneo de los acontecimientos: hacemos que las cosas ocurran" (Echeverría, 1998, p. 34). En los siguientes párrafos, se buscará describir de manera breve el desarrollo de estas dos posturas a través de la historia.

Echeverría (1998) comenta que antes de que el pensamiento occidental concibiera que el lenguaje era una representación exacta de la realidad, hubo una época en que se le consideraba íntimamente ligado con las acciones, en esta etapa, anterior a la invención del alfabeto, "se reconocía de manera natural que el hablar tenía el poder de hacer que ciertas cosas sucedieran; cosas que posiblemente no habrían acontecido, de no haber dicho alguien lo que dijo" (ibid, p. 20).

Esta etapa culmina con la aparición del alfabeto, la cual se ubica en Grecia en el año 700 a.C., el lenguaje pasó a ser la representación de las ideas, de una realidad única; la cual, si no era conocida tendríamos que encontrarla, ya que se encontraba oculta en alguna parte, con esto empezó el predominio del pensamiento racionalista. Esto llevó al lenguaje a ocupar un papel secundario:

Nos vimos a nosotros mismos como seres racionales, dotados de un alma inmutable, rodeados de una amplia gama de entidades cuyos seres podíamos descifrar - y eventualmente controlar- a través del poder de la razón. El lenguaje jugaba un papel pequeño o nulo en la constitución de nosotros mismos y del mundo. Sólo nos permitía describir como son las cosas, su ser (Echeverría, 1998, p. 23).

Este punto de vista es seguido por grandes pensadores de la Grecia antigua, como eran Sócrates, Platón y Aristóteles. Sin embargo, en esa misma época había también otros pensadores que influían a otras personas a través de la palabra, ellos eran los sofistas, quienes fueron criticados por "manipular" a la gente, este pensamiento influyó posteriormente en el desarrollo de la psicoterapia, donde por un largo tiempo se censuró "todo lo que podía ser entendido como persuasión o manipulación del ámbito de las intervenciones sobre la psique y sobre el comportamiento humano" (Watzlawick y Nardone, 2000, p. 90).

En la época moderna, se pueden ubicar, de acuerdo a Elster (cit. En Watzlawick y Nardone, 2000), dos grandes líneas de pensamiento sobre el uso del lenguaje, la representada por Descartes y la de Pascal.

Descartes continúa con la idea sustentada por el pensamiento de Platón y Aristóteles, donde predomina el pensamiento racional, éste va a ser el único camino por el cual se puede persuadir a un sujeto. Por otra parte, Pascal busca influir en los sujetos a través de "sutiles estratagemas de comunicación", de manera no consciente o de forma indirecta.

En el ámbito de otras áreas, como la filosofía, la antropología, la sociología y la lingüística, se hicieron críticas al pensamiento cartesiano, retomando la idea principal de que el lenguaje no sólo es una representación del mundo o de la realidad, sino que a través de éste, se va construyendo y se le va modificando. Esto es retomado en la terapia, sobre todo por la influencia del constructivismo, el constructivismo social, la cibernética de segundo orden, las cuales fueron explicadas en el primer capítulo.

Steve de Shazer en su libro *En un origen las palabras eran magia* (1999), hace un pequeño análisis de cómo las principales escuelas de terapia fueron usando "las palabras de los pacientes", él afirma que las "historias" de los clientes han sido escuchadas por los terapeutas de las diversas corrientes en psicoterapia, pero la forma

en que son escuchadas y concebidas es lo que marca la diferencia entre cada una de ellas.

Freud y los seguidores de la corriente psicoanalítica analizaban diversas historias de los pacientes: las que contaban en estado de vigilia y las que provenían de sus sueños, fantasías, equívocos, etc.; suponiendo que las contradicciones entre ellas revelaba que había un significado escondido sobre estas historias, en algún lugar al que denomino *inconsciente* y que a través de que aflorara el significado de los comportamientos de los relatos se podía llegar a conocer la realidad. Los conductistas fragmentaban las historias en elementos aislados a los que nombraron como causa y efecto, pensaban que a través de la manipulación de estos elementos se podía cambiar cualquier historia y convertirla en el relato que el terapeuta quisiera, ya que la realidad única y sometida a experimentación lo indicaba como posible.

Sin embargo aparecieron también nuevas formas de concebir las historias de los pacientes donde éstas ya no eran analizadas buscando un significado en alguna estructura profunda, además se empezó a tomar en cuenta no sólo al individuo sino a personas importantes en su contexto, es decir, apareció el enfoque sistémico para comprender estas historias. Como se explicó en el segundo capítulo, esto pasó por una evolución que va desde concebir a las historias como producto de crisis en la estructura familiar, hasta llegar a incluir al mismo terapeuta como parte de la historia de su ahora denominado "cliente". Steve de Shazer comenta sobre esta postura posmodernista de concebir las historia de los clientes lo siguiente:

Estas historias ya no son solamente producto del individuo perturbado o de una familia enloquecedora; son simultáneamente el producto de la persona perturbada, del terapeuta y de los observadores... ya no proceden solamente de algo que ocurre "en el interior" de las personas perturbadas y ni siquiera entre ellas, tampoco de algo surgido del interior y del entorno, sino que más bien proceden de todo esto y de algo más que ocurre entre todas esas personas y el terapeuta (de Shazer, 1999, p. 20).

4.3 Fases en el uso de la Comunicación y el Lenguaje en la Terapia Breve.

La comunicación y el lenguaje en la terapia breve van a ser el instrumento principal para co-construir junto con el cliente una nueva realidad que lo lleve a lograr cambios de forma positiva. Para que se pueda dar esto, el terapeuta debe asumir un estilo de comunicación que propicie este cambio. En los siguientes puntos se buscará describir aspectos importantes en la comunicación y el lenguaje dentro del proceso de terapia, para este propósito se tomará como base los puntos que nos indica Nardone (en Watzlawick y Nardone, 2000) en que están basada estas:

- 1) Reconocimiento y asunción del lenguaje del paciente y de su visión del mundo y la realidad.
- 2) Utilización de múltiples técnicas de comunicación persuasiva en la sesión, es decir, la forma en que de manera intencionada se comunica el terapeuta con el paciente.
- 3) Las prescripciones de comportamientos que provoca el terapeuta a través del uso de intervenciones, técnicas, tareas, etc.

4.3.1 Reconocimiento de los Estilos de Comunicación del Paciente

Si ustedes quieren llamar mi atención, pueden hablarme de psicología... porque es mi lenguaje experiencial, yo hago eso todos los días. Pero si ustedes quieren en verdad captar mi atención, me pueden hablar de volar, de ser piloto de alfa delta, porque esa es mi afición... pero si platican conmigo sobre la escuela oficial en donde estudié en Nueva York, y me hablan concretamente de los patios o de la ciudad, captarían mi atención todavía más, porque estarían hablándome en el lenguaje de mi juventud, que en realidad es el lenguaje de mi propia experiencia.

Jeffrey K. Zeig (en Robles, 1991, p.55).

Un aspecto importante en los modelos de terapia breve, es identificar el estilo de comunicación del cliente para usarlo en la terapia, esto implica el saber como el cliente percibe su realidad, los aspectos socioculturales que influyen en él, como se refiere a sus problemas, etc., ya que de otro modo el proceso terapéutico estará destinado al fracaso. Este aspecto marca una diferencia clara con otros enfoques terapéuticos, como el psicoanálisis, donde el paciente era el que debía ir aprendiendo el lenguaje del terapeuta y reconocer lo que éste interpretaba para poder llegar a un éxito en la terapia; por el contrario, aquí el paciente debe aprender el lenguaje del paciente para poder influir en él.

Por esta razón, es importante describir la forma en que el terapeuta va a lograr esto. A continuación se describirán algunas recomendaciones que realizan los tres modelos de terapia breve sobre este tema.

Además de las ventajas ya mencionadas líneas arriba, utilizar el lenguaje del paciente permite una mejor cooperación con el terapeuta y una posibilidad de influir más rápidamente en el paciente (Nardone y Watzlawick, 1992). Sobre este punto Watzlawick comenta lo siguiente:

El terapeuta no sólo se esfuerza por comprender con la mayor rapidez y amplitud posible las expectativas, temores, esperanzas, prejuicios, en una palabra, la concepción del mundo de su paciente, sino que además presta atención a su lenguaje en el más estricto sentido de la palabra y lo utiliza para expresar con él sus propias comunicaciones (1994, p. 124).

Los aspectos principales que ayudan a identificar el lenguaje del paciente son: identificar sus modalidades sensoriales expresadas en su comunicación verbal; identificar si está centrado en aspectos externos o internos, identificar palabras que correspondan a algún lenguaje técnico; identificar las aficiones y/o creencias del paciente, para utilizar el lenguaje de éste; identificar palabras que repita constantemente.

4.3.1.1 Identificación de las modalidades sensoriales.

La identificación del canal sensorial preferido de los clientes se asocia de manera común con la Programación Neuro-Lingüística (Grinder y Bandler, 1982), quienes lo retomaron del trabajo de Milton Erickson, al que se le considera como el primer terapeuta en reconocer la importancia de identificar los estilos de comunicación de los clientes. A partir de la conversación del paciente; su posición, por ejemplo si está fijando su mirada en nosotros o si enfatiza el escuchar, etc., se puede reconocer la modalidad sensorial predominante, de esta manera podremos "devolverle" información a través de ésta, lo cual facilitará el entendimiento entre terapeuta y cliente, evitando que cada uno de ellos *camine a través de senderos opuestos*, como en el ejemplo que menciona Zeig, donde "el paciente diría: *Bueno este es mi punto de vista*¹ y el terapeuta respondería: *Bien, ¿y cómo lo sientes?*" (en Robles, 1991, p. 53).

¹ En los fragmentos de los casos presentados en este capítulo, se resaltarán con *negritas cursivas* aquellas frases que tengan una especial importancia de acuerdo al aspecto del uso de la comunicación y el lenguaje en la terapia que se este describiendo.

En el siguiente ejemplo, se observa cómo el terapeuta incorpora a su estilo de comunicación con el cliente el modelo sensorial de este último, que en este caso es visual, además de las metáforas que a través de esta percepción elabora acerca de la situación que lo llevó a terapia, describiéndola con palabras que se refieren a ella como si fuera una estructura sólida:

Por ejemplo, quizá un hombre diga "He pasado años *construyendo* mi vida; ahora todo se ha *derrumbado*, todo está *en pedazos*, lo único que *veo* es devastación"... una respuesta... congruente podría ser: "Usted quiere volver a *integrar* su vida, *ve* todos los *fragmentos* a su alrededor, pero es como si hubiera perdido el manual de *reparaciones*, y las piezas ya no parecieran encajar entre si" (Cade y O'Hanlon, 1995, p. 150).

4.3.1.2 Identificación del lenguaje técnico usado en áreas relevantes para el cliente (aficiones, trabajo, etc.).

Otro recurso es incorporar algunas palabras del lenguaje técnico que use el cliente, de manera especial de aquellos ambitos en los que se sienta satisfecho por su desempeño. Además de crear un sentido de confianza entre el cliente y el terapeuta, esto ayuda a que la situación problemática pueda ser vista desde otra perspectiva para el cliente, trasladándola a otro contexto a través del lenguaje utilizado. Veamos el siguiente ejemplo:

En los primeros diez minutos de la sesión inicial con Bob y su hija Patricia, descubrí que aquél era un jugador de ajedrez de nivel mundial... le pregunté que estilo de juego le había permitido convertirse en un campeón... según Bob, planeaba cuidadosamente las diversas "*primeras movidas*", así como las posibles respuestas de sus oponentes antes de tomar una decisión... Decidí aplicar la estrategia de la "*primera movida*" al área del problema, asignándole a Bob la tarea de valerse de esa estrategia cada vez que Patricia intentara sacarlo de quicio. Bob descubrió muy pronto que si pensaba en la "*primera movida*" cuando estaba con

Patricia, gritaba mucho menos y la conducta de su hija cambiaba (Selekmán, 1996, p. 56-57).

En esta parte de la entrevista el terapeuta indagó cuáles eran las aficiones de su cliente, asumió parte del lenguaje de esta afición y realizó una analogía del juego de ajedrez con el problema con su hija, es decir, aprovechó un recurso propio del cliente, utilizando un contexto que él dominaba a la perfección. En terapia breve es común que se aproveche esto, a veces puede ser que se use la afición a un deporte para tratar de ganarle "el juego" al problema, o que a un especialista de computadoras se le hable en términos de informática acerca del problema, esto produce un efecto de confianza, lo que provoca un ambiente de cooperación entre el cliente y su terapeuta, además de poder realizar otro tipo de intervenciones a través de este lenguaje conocido por el cliente. De esta manera se incorpora a la terapia una parte de un área exitosa del cliente y a través de los recursos propios que él tenía se le relaciona al contexto del problema asumiendo nuevas formas para abordarlo, es decir, de acuerdo a los modelos de terapia breve se logró hacer más de lo mismo para lograr un cambio haciendo algo diferente.

De la misma manera que se aprovecha el lenguaje técnico, se emplean las aficiones de cada cliente, en el ejemplo anterior estos dos aspectos van entremezclados, en referencia al gusto del ajedrez por parte del paciente.

4.3.1.3 Identificación de las creencias.

Otro aspecto del cliente a utilizar son sus creencias, ya sea acerca de sus síntomas, con respecto a la religión, sobre supersticiones, etc., con el fin de que exista un ambiente de cooperación en la terapia, evitando confrontar al paciente. En el fragmento siguiente, el cliente tiene ciertas creencias acerca de las familias que tienen algún integrante con problemas de alcoholismo, lo cual hacía que atribuyera la conducta de sus hijos adolescentes (mentir, robar, etc.) a este problema, ya que su ex-esposa era alcohólica; esto iba acompañado con la idea de que sus hijos debían de ir con él a

sesiones de alcohólicos anónimos, lo que provocaba una constante confrontación con sus hijos. En este caso, se aprovechó la creencia del cliente a tomar en cuenta las recomendaciones acerca de cómo tratar a los familiares de una persona alcohólica:

Le conté a Joe que había oído hablar acerca de un estudio realizado en una universidad de renombre que demostraba que es posible "permitir" a los hijos conductas "propias de hijos alcohólicos", como "robar y mentir", y que lo que él necesitaba era "desligarse con amor". Una vez que Joe comenzó a desligarse de sus hijos en cuanto a exigirles que se comprometieran con el Al-Ateen, los jóvenes no solo dejaron de lado sus actuaciones, sino que en ocasiones sorprendieron al padre pidiéndole que los llevara a las reuniones de Al-Ateen (Selekman, 1996, p. 37).

A diferencia del ejemplo anterior donde con base en la creencia del cliente se introduce de forma paralela un punto de vista nuevo y diferente, en este otro caso, Erickson de manera genial aprovecha las creencias del paciente, no para introducir ideas nuevas sino para que realice conductas nuevas, las cuales son acordes a las creencias que ya tiene presente. Este ejemplo, aunque proveniente de un caso severo de esquizofrenia en un paciente hospitalizado nos muestra esta forma de usar las creencias a favor del cambio terapéutico:

En el Worcester State Hospital, había un paciente joven que decía ser Jesús. Se paseaba como si fuera el Mesías, iba envuelto en una sábana y trataba de imponer el cristianismo. Erickson se le acercó en los jardines del hospital y le dijo: "Tengo entendido que sabe usted de carpintería". El paciente no pudo contestar sino afirmativamente. Erickson lo incluyó en un proyecto especial para la construcción de una estantería y así lo derivó hacia un trabajo productivo (en Haley, 1986, p. 18).

También el terapeuta debe identificar palabras que son usadas de forma común por los clientes al referirse a ciertas situaciones, para que al momento de referirse a ellas se haga de la misma manera. En el siguiente ejemplo la madre describe la actitud de su

hija como "una habilidad para vencer la resistencia", lo cual es retomado después por el terapeuta:

Madre: A menudo comentamos que tiene una especial habilidad para **vencer la resistencia** de los demás. La gente que la conoce, incluso los muchachos, sabe muy bien, que es muy tozuda...

Terapeuta: Ella tiene al parecer una forma, digamos una técnica muy, muy eficaz de **vencer la resistencia** de ustedes, de ambos, al parecer (Fisch, Weakland y Segal, 1988, p. 219).

A través de estos ejemplos podemos observar la primera forma para producir un cambio rápido que sea congruente con los fines de la terapia: identificar aspectos relevantes para el cliente de su lenguaje, ya sea en sus aficiones, creencias, el que proviene de su área laboral, etc.; como un segundo paso, el terapeuta usaría ciertas características de este lenguaje para incorporarlas en su comunicación, creando un contexto donde el cliente pueda desarrollar de manera natural una mayor cooperación, además de que sienta de que "nada en mares que el conoce", utilizando recursos que existen en esos contextos ahora trasladados a la terapia.

4.3.2 Encauzar hacia una Nueva Realidad a través del uso del Lenguaje del Terapeuta hacia el Cliente

El cliente es como el escritor a quien no le gusta para nada el final del capítulo en el que está trabajando. Le comenta esta preocupación a su editor, quien se fija en lo que ha escrito hasta ese momento y, entonces, como el editor llega con una mirada nueva, es capaz de sugerir finales alternativos. Pero queda a criterio del autor decidir si algunas de las sugerencias son viables o le sirven. Con frecuencia, el solo hecho de oír que existen otros finales posibles es suficiente para ayudar al autor a superar su insatisfacción con respecto a la obra. Por supuesto que el editor se convierte en una especie de coautor, porque al final se basa en el hecho de que él le ha proporcionado al autor visiones alternativas de su propia realidad.

Steve de Shazer (1997, p. 96-97)

Una de las premisas principales de los modelos de terapia breve es que el cambio es inevitable, ninguna situación puede permanecer de forma constante (Hung-Hsiu y Ng 2000), esto es aprovechado por el terapeuta para usar un lenguaje donde se plantee que la situación que ha llevado al cliente a la terapia no se presentará en el futuro y que en su lugar existirán nuevas conductas o formas de interacción con su entorno.

En el modelo de terapia breve el uso de las preguntas y la forma como son utilizadas tienen un papel primordial, ya que a través de éstas el cliente va formando nuevas historias acerca de su vida. Bill O'Hanlon retoma del trabajo de Milton Erickson las preguntas presuposicionales, donde se da por seguro que una situación positiva va a suceder o que alguna situación problemática es difícil que continúe en un futuro.

O'Hanlon y Weiner-Davis afirman que a través de la forma en que se presentan las preguntas se va construyendo con el cliente una realidad en que los problemas se dejan en el pasado y se va formando un escenario exitoso y lleno de posibilidades en el presente y en el futuro. A continuación se dará una breve explicación de aspecto del lenguaje a considerar por el terapeuta al momento de formular dichas preguntas.

4.3.2.1 Uso de los tiempos verbales.

El terapeuta debe tener cuidado en hablar del problema como algo que no es permanente, es decir, la situación problemática es algo que en un momento de su vida no existió o era manejable, en el momento actual se presenta como algo fuera de control pero solo de forma momentánea, las preguntas que se realizan suponen un escenario futuro del cliente sin la existencia del problema.

Estas preguntas pueden ser del siguiente tipo: ¿qué actividades nuevas va a hacer con su familia cuando esté más tiempo con ella?, cuando salga más con su esposa ¿a qué lugares irá con ella?. Al formular estas dos preguntas, se da por hecho que el cliente va a estar en un futuro más tiempo con su familia y en el segundo de que el cliente va a salir más frecuentemente con su esposa. Una forma de formular de manera equivocada estas preguntas en las que el futuro exitoso se viera incierto, sería la siguiente: ¿qué actividades nuevas haría con su familia, si pasaran más tiempos juntos?, ¿si saliera más con su esposa, a que lugares iría con ella?. La formulación de esta última manera hace ver el cambio como algo probable, al contrario de las primeras en donde el cambio es algo presumiblemente seguro.

También la manera anterior de formular las preguntas, se utiliza para poner en duda la permanencia del problema, por lo que las preguntas se refieren a algo que tal vez no suceda en el futuro, aquí el terapeuta en vez de plantear preguntas como las siguientes: cuando vuelvas a tener ataques de furia con tus hijos ¿qué vas a hacer?, la próxima vez que sientas miedo a hablar en público ¿cómo lo vas a afrontar?, donde el evento problemático se presenta como algo que estará presente en el futuro, deberá plantear esta preguntas de manera que los problemas sean vistos solo como una posibilidad remota de que se presenten: si volvieras a tener ataques de furia con tus hijos, ¿qué harías?, si volvieras a tener miedo a hablar en publico, ¿como lo afrontarías?, evitando hablar del problema como algo permanente.

En el siguiente ejemplo se enfatizan las palabras que son usadas por el terapeuta para crear una realidad donde los cambios no son probables sino que se mencionan de manera que se tiene la seguridad que sucederán, en este caso el paciente es un adolescente que es remitido por autoridades de la escuela debido a que consume marihuana, el terapeuta le está cuestionando sobre qué va a cambiar en su vida cuando se comporte de manera diferente en la escuela:

Terapeuta: ...¿Qué medidas positivas **tomarás** para demostrarle al señor Curtis que se equivoca con respecto a tu comportamiento en la escuela?

Christopher: No faltar a clases, alejarme de ciertos amigos... No sé, supongo que hacer las tareas.

T: ¿Y en tu casa? ¿Qué medidas responsables **tomarás** para convencer a tus padres de que no consumes ni vendes drogas?

C: Volver a casa a una hora razonable los fines de semana. No beber. Cumplir con mis quehaceres domésticos.

T: Cuando tomes todas estas medidas ¿cuál de ellas **impresionará** más al señor Curtis?

C: Concurrir a clases... se **sorprenderá** muchísimo cuando se entere por mis profesores de que estoy asistiendo a clase y haciendo mi trabajo.

T: ¿Y en casa? ¿Qué le **sorprenderá** más al señor Curtis que hagas con respecto a tus padres?

C: Volver a una hora prudente los fines de semana. Seguramente piensa que ando por ahí, bebiendo y divirtiéndome todo el tiempo con mis amigos. ¡El señor Curtis no sabe nada!

T: Pues bien, ¡demostrémosle juntos que está equivocado! (*nos damos un fuerte apretón de manos*) (Selekman, 1996, p. 61).

Como se puede observar la forma de comunicación de manera intencional por parte del terapeuta influye en el chico que asiste a terapia, al referirse a la forma como se **sorprenderá** el director de su escuela, tomándolo como un hecho que **sucederá**, en lugar de haber dicho que se **sorprendería** lo que implicaría que solo se ve este suceso como una posibilidad.

Como ya se ha mencionado, en un primer momento se utilizará el lenguaje del paciente, pero el terapeuta a su vez influirá desde el suyo para llevar al cliente a poder ver sus situaciones desde otras perspectivas, ya sea de una forma que no sean fijas y estáticas o ampliando los cambios positivos que se van dando en el transcurso de la terapia, esto se ve de manera clara en los siguientes dos ejemplos:

Terapeuta: ¿Qué las trae hoy por aquí?

Lucy: Bueno, pienso que *Rebeca tiene una depresión juvenil*.

T: *¿Cómo lo sabe?*

L: Digamos que *tiene todos los síntomas...* de la depresión propia de la adolescencia.

T: Seré curioso, Linda ¿Cuáles son las cosas que hace Rebeca cuando está más animada?

L: Bueno, *toca el piano, me ayuda a cocinar* y supongo que me *dice cosas buenas de su novio...*

Rebeca: ...Mire, de veras pienso que no necesitábamos venir aquí. *"Anduve un poco floja"* porque una amiga mía se fue...

T: *¿De qué manera puede ayudarte tu madre a resolver la situación con Helen?*

R: Dejando de preguntarme veinte veces por día si estoy "deprimida". A veces mi madre se deja llevar demasiado por lo que dicen las revistas.

T: ¿Hay algo más que ella pueda hacer o haya hecho por ti para ayudarte cuando *"andas floja"* ?

R: Hablar del tema... Creo que no hemos salido de compras en mucho tiempo (Selekman, 1996, p. 68)

Aquí el terapeuta en un primer momento pone en duda el diagnóstico de depresión juvenil sustentado por la madre, inmediatamente pregunta sobre aspectos positivos de la hija los cuales no tiene nada que ver con la depresión, por último asume la autodescripción de la adolescente al considerar su conducta como "andar floja", esta definición tendrá un manejo y una percepción totalmente diferente de la proporcionada por la madre en un principio.

4.3.2.2 Enfocar sólo los aspectos que favorecen el desarrollo de la terapia.

El modelo de terapia breve concibe que el cliente posee recursos y herramientas propias para solucionar sus problemas, esto lleva a que no se hable sobre las debilidades del paciente sino que la comunicación dentro de la terapia sea enfocada sobre sus recursos y fuerzas propias. En especial en el modelo centrado en la solución, se destaca la diferencia entre hablar sobre el problema y hablar sobre la solución:

En el siguiente fragmento de una sesión de terapia (Berg y Miller,1996), se observa como se lleva a la práctica uno de los principios básicos para el terapeuta breve, que es llevar al cliente a caminar por el camino que sea realmente útil para el éxito terapéutico. Aquí se entrevista a un cliente remitido con problema de alcoholismo, la conversación se centra en ese momento en las dificultades que ha tenido para reestablecer un vínculo estrecho con su esposa e hija, tras dos años de separación:

Paciente: Bueno, las cosas son difíciles porque... ejem... debido a nuestra separación, la niña y yo no estamos muy unidos.

Terapeuta: ¿y ahora *eso está cambiando*?

P: *Muy, muy despacio*, demasiado despacio para mí.

T: ¡Ah!

P: Muy despacio, porque...

T: *¿Cómo se da cuenta de que las cosas están cambiando y de que usted está más cerca de su hija?*

P: Bueno, la llevo a pasear y jugamos. Tira la pelota, en fin, esas cosas que yo nunca había hecho con la niña.

T: ¿Ah sí?

P: Nunca jamás.. de hecho, en los ocho años que ella tiene, nunca jugué con mi hija.

T: ¿Excepto ahora?

P: ¡Excepto ahora! (p. 212).

En la entrevista el terapeuta no deja que la conversación se dirija hacia la dificultad del cliente por no lograr una relación como la que él quisiera con su familia, sino que, retomando lo que el mismo cliente dijo, el terapeuta reafirma que las cosas están cambiando y que en el momento presente la relación con su hija esta mejor, de allí se desprende una conversación sobre las cosas nuevas y positivas que están pasando en su vida, además de ubicar estas situaciones como algo que ha logrado por sí mismo. Si el terapeuta se hubiera dejado llevar por la parte en que se afirmaba que los cambios eran muy lentos, probablemente la conversación se hubiera centrado en los problemas y obstáculos para lograr dicha relación, enfatizando las debilidades del cliente.

4.3.3 Uso del Lenguaje en Algunas Técnicas Propuestas por los Modelos de Terapia Breve.

En las técnicas, preguntas e intervenciones diseñadas en los modelos de terapia breve es importante la estructura lingüística en que están conformadas, a través de éstas se busca influir en el cliente para que construya una nueva realidad.

4.3.3.1 *Uso de comunicación analógica o indirecta hacia el cliente.*

Retomando los postulados de la teoría de la comunicación, que se comentaron en el capítulo pasado, recordemos que Watzlawick y sus colaboradores (1981) distinguen dentro del lenguaje una forma analógica y otra digital, la primera corresponde a todo aquello que puede ser interpretado de diversas formas, como lo son los signos, dibujos, etc. y el digital está representado principalmente por el aspecto verbal del lenguaje. Este aspecto fue retomado por los modelos de terapia breve del trabajo terapéutico de Milton Erickson, que para hacer entrar a sus pacientes en trances hipnóticos utilizaba metáforas, cuentos didácticos, anécdotas, etc. por otra parte, el equipo del MRI, en su libro *El lenguaje del cambio* (1994) hablan sobre los descubrimientos a cerca de las funciones de los dos hemisferios cerebrales, el izquierdo caracterizado por el uso de un "lenguaje de la razón, de la ciencia, de la interpretación y la explicación" (Watzlawick, 1994, p. 18) y el derecho, donde se maneja un "lenguaje de la imagen, de la metáfora,... del símbolo" (ibid, p. 19), en si, el hemisferio cerebral izquierdo se especializaría en mayor medida en interpretar la comunicación digital, mientras que el hemisferio cerebral derecho lo haría con la comunicación analógica.

En los modelos de terapia breve se utilizan diversos recursos terapéuticos, con el fin de que sean entendidos a través de la parte analógica del cerebro y puedan ser interpretados por el cliente. La forma en que este tipo de comunicación indirecta va a ser elaborado por el terapeuta va a depender de cada caso en particular. Entre algunos recursos de este tipo, encontramos los siguientes: metáforas y cuentos, chistes, símbolos, analogías y acertijos (O'Hanlon, 1989; Watzlawick, 1994). Esto va a ser

especialmente importante en los casos en que se dificulta abordar de manera directa alguna situación problemática o en los casos en que el cliente tiene como preferencia el uso de material de tipo analógico. Además como se describió en el apartado sobre el modelo de hipnoterapia de Erickson, esto ayuda a que el cliente descubra recursos propios que se encuentran de manera inconciente.

Metáforas y cuentos didácticos.

Al usar metáforas o cuentos didácticos se busca atraer la atención de los clientes en forma especial, esto se ve amplificado al usar algunas palabras específicas dentro de estos relatos las cuales van a ser enfatizadas por el terapeuta, además de poder entremezclar en las narraciones datos de investigaciones, acerca de diversas enfermedades, el punto de vista del terapeuta, etc., de acuerdo a las características de cada caso en particular (Rosen, 1986).

En el siguiente ejemplo se le cuenta la siguiente historia a una persona que se siente molesta hacia sus hermanos por no ocuparse de su madre enferma como ella lo hace:

Le voy a contar una historia: érase una vez una señora que vivía en un pueblo, ella era muy devota al catolicismo y siempre saludaba al sacerdote del pueblo con un beso en la mano e inclinándose ante él; ella era la única persona del pueblo que le rendía pleitesía, ya que los demás no eran así con el padre. *Pero eso no era lo grave*, ya que esta señora se enojaba por la actitud de las demás personas, ya que no se explicaba como podían ser tan descorteses con el padre, por lo que vivía en un estado de enojo constante.

¿Qué le impedía ser feliz a esta señora?

¿Usted puede gobernar todo lo que hacen los demás en sus vidas? (Eguiluz, 2001, comunicación personal).

Es importante comentar que a través de la metáfora se confronta una creencia importante del paciente de manera indirecta ya que al hacerlo directamente posiblemente no se aceptaría un punto de vista diferente, en este caso, el de que no

todos pueden compartir nuestros puntos de vista ni se les puede forzar a que realicen algo que deberfan hacerlo de manera espontánea. En el ejemplo anterior, a través de la metáfora, se traslada al cliente a una situación donde su misma creencia se ve cuestionada a tal punto que la considera absurda, además se crea dentro del relato una sugestión acerca de que en realidad la situación que para ella es el problema no es en realidad lo grave, sino los sentimientos que esta situación le provoca.

En el siguiente ejemplo tenemos otra forma de usar la metáfora, aquí se retoma la premisa de utilizar la forma de comunicarse del cliente y se entremezcla en su relato la metáfora de ver a la familia de su esposo como "chupadores de sangre", el terapeuta retoma esta forma de comunicación para construir un relato completo e intervenir a partir de esto:

T: Doctor, no se imagina usted cuántas veces he tratado de decirle a mi esposo..., pero parece que está sordo; y yo, no sé doctor, *es como si me chuparan la sangre los de su familia...*

T: *Quienes chupan su sangre le buscan a usted: ¡Cuánto les gusta su sangre!*... y luego no les importa si usted se agota. ¿Es así? ¡Ah, y su esposo!, ¿Cómo figura él en esta escena?

P: ¡Mi esposo, doctor? Qué le digo... en estas situaciones no hay forma de llegar hasta él, ahí *es como una tortuga, con la cabeza y las pata metidas...*

T: Y usted misma, con los de su familia *¿le están chupando la sangre?*, ¿ qué papel tiene usted?

P: Mire doctor, no sé (corren lagrimas por su rostro) a veces me dejo, me es difícil decir "no" cuando me piden tantas cosas... parece que cuando me lo piden *me quedó inmovilizada como una niña asustada* (Meyer, 1999, p. 44).

Símbolos.

El uso de símbolos para representar cierta situación permite poder llevar adelante la terapia cuando se encuentra "atorada", en vez de utilizar otras formas directas, también posibilita al terapeuta para manejar situaciones que son difíciles de comentar para el paciente.

En este primer ejemplo, Milton Erickson hizo uso de la comunicación simbólica y permitió que se pudiera llevar el proceso de duelo de la cliente a través de poder sentir, de alguna manera, que diversos aspectos de la hija muerta todavía estaban allí y que en su efímero paso por la vida había dejado sentimientos positivos sembrados en su madre:

Una mujer no lograba quedar embarazada, finalmente lo consiguió con ayuda de Erickson. Pero al cabo de unos pocos años, el bebé murió. Por razones de salud, la mujer no podía sobrellevar otro embarazo, de modo que su dolor resultaba especialmente punzante. Erickson le aconsejó que *plantara un árbol* y le pusiera el nombre de la niña muerta. Digamos que Jennifer. Años más tarde, Erickson iría a visitar a la mujer, para sentarse a la sombra de Jennifer (O'Hanlon, 1989, p. 88).

Es importante mencionar el significado inconsciente de la tarea simbólica, donde la mujer vuelve a tener la posibilidad de proporcionar vida a un ser vivo, en este caso al plantar el árbol, que a su vez representa a la vida en contraposición de la muerte de su hija.

En el siguiente ejemplo no es el terapeuta el que elige los símbolos sino la pareja a la que se estaba atendiendo, los objetos representan a la situación problemática y se van a poder manipular a través de su significado, esto permite hablar de ellos (de lo que significan) de una manera más fluida, sin que se permita que se ataquen entre ellos, esto contribuye a que la terapia no caiga en una "bache":

Sara trajo *un frasco de píldoras vacío* y dijo que, aunque intelectualmente sabía que era un error culpar a Carl de su adicción, todavía le quedaba el resentimiento de que él la hubiera ignorado durante tantos años. También trajo *una vieja agenda* de él, donde se registraban los años y años que él había trabajado hasta las 10 u 11 de la noche... Carl trajo *una tarjeta comercial del terapeuta individual* de Sara y dijo que se sentía resentido porque el terapeuta parecía tener algo contra él sin siquiera conocerlo. También trajo *un viejo boletín de calificaciones escolares* de uno de sus hijos y dijo que se había sentido excluido como padre aunque admitió que él

también se había distanciado de los hijos... les pedi que se llevaran los objetos a su casa y pensarán de cuáles de esos objetos estaban dispuestos a desprenderse... en la sesión siguiente, me contaron que habían ido hasta un arroyo cercano a su casa y que efectivamente *se habían desprendido de los objetos*. La terapia pudo pasar a una discusión sobre el futuro y comenzamos a trabajar sobre nuevos votos matrimoniales (Black, Roberts y Whitings, 1991, p. 155-156).

Uso de los chistes y el humor del terapeuta.

El uso de los chistes y del humor en el momento adecuado, permiten crear un ambiente libre de tensión para un mejor desarrollo de la terapia. Selekman (1996) afirma que el uso del humor permite una buena relación con clientes difíciles, como lo son entre otros los adolescentes, se comenta que el uso del humor no solamente se utiliza a través de aspectos verbales sino también en aspectos no verbales de la comunicación, como lo pueden ser asumir posiciones graciosas de los clientes o gestos de ellos. En el siguiente ejemplo, los padres traen a terapia a su hijo adolescente debido a problemas legales y por el consumo de fármacos, además de declarar que pensaban que su afición a la música heavy metal podía estar asociado a este estilo de vida:

Terapeuta: hace poco estuve en un teatro cómico y escuché un chiste muy gracioso sobre la música heavy metal que me gustaría contarles a ustedes, pues creo que los va a hacer reír mucho. Seguramente conocen toda la polémica que hubo en la televisión sobre los mensajes subliminales que supuestamente transmiten los discos heavy metal a los adolescentes "Arrójate del puente", "Líquida a tu perro", etc. bien, imaginen la siguiente escena: los jóvenes llegan corriendo a casa desde la escuela, escuchan sus discos de heavy metal haciéndolos girar al revés, y el mensaje subliminal es: "¡Corta el césped!" "¡Corta el césped!" ¡Y todos los adolescentes cortan el césped!. Los padres entran en éxtasis y se desmayan.

Padre: (riéndose) ¡Qué gracioso!

Madre: (riéndose) ¡Yo probablemente me desmayaría!

Jim: (con una sonrisa en la cara) Realmente entrarían en éxtasis si yo cortara el césped... Odio hacerlo. (Dirigiéndose a la madre) ¿Te desmayarías si cortara el césped? (Selekman, 1996, p. 98-99).

El terapeuta logra que se rompa el ambiente de tensión entre los padres y su hijo, además se puede observar cómo el uso de estos recursos parte de lo que trae el paciente a la consulta, en este caso la afición del hijo a la música heavy metal y las creencias que tienen los padres hacia este tipo de música, al mencionar el terapeuta el supuesto uso de mensajes subliminales en este tipo de música.

Analogías.

En las analogías el terapeuta compara algún aspecto de la situación problemática del paciente con otra situación, esto con el fin de que se tenga otro punto de vista de éste. En el siguiente relato, el punto de vista de ser menos productivo es comparado con un automóvil atascado dándole una connotación positiva al hecho de tener que echarse para atrás y de bajar la velocidad para poder lograr posteriormente un rendimiento más óptimo:

Erickson: ¿Y cuáles son los valores particulares de cada depresión que tiene usted? Porque sospecho que tiene usted la idea equivocada de que la depresión es algo malo.

Paciente: Bueno, cuando estoy deprimido, pues... pienso que *soy menos productivo*.

Erickson: Ya. Y cuando se nos quedan las ruedas traseras del coche metidas en una zanja y no podemos avanzar ni en primera, ni en segunda, ni en tercera, bueno, *creo que es fantástico meter la marcha atrás y luego la primera y seguir así*, marcha atrás y primera, marcha atrás y primera, oscilando, *hasta salir de la zanja*.

Paciente: Ya.

Erickson: Y *creo que deberíamos disfrutarlo* y salir de la zanja balanceándonos. Y *nada de sentirnos mal por meter la marcha atrás. Usted sabe mucho de conducir, de manejar un automóvil* (O'Hanlon y Bertolino, 2001, p. 48)

4.3.3.2 *Técnicas, tareas e intervenciones.*

La pregunta del milagro.

Sin duda alguna, una de las técnicas más representativas de la terapia centrada en la solución es "*la pregunta del milagro*", en esta, se busca trasladar al cliente a un escenario futuro donde el problema que lo llevó a terapia se ha resuelto de forma milagrosa, es decir, no se busca centrar la conversación en los esfuerzos que realizaría el paciente (y por ende, en los obstáculos a los que se podría afrontar) para resolver su problema. Como afirman O'Hanlon y Weiner-Davis (1991), trabajar en un escenario futuro da la posibilidad de crear una realidad totalmente favorable a través de las cuestiones que haga el terapeuta, ya que todavía no existe. Se busca que el cliente visualice lo que hará en ausencia del problema, las nuevas interacciones con los demás, como influirá en él la forma en que los demás se comportarán ante esto. Se cuestiona también la realidad actual del paciente, preguntándole si algún día no estaría ya viviendo su día del milagro aunque fuera solamente de manera parcial, sin que él se haya dado cuenta; por lo general alguna parte del día del milagro ya se ha presentado en la vida del cliente, con lo cual se rompe la creencia de que su problemática se da de forma permanente. En el siguiente ejemplo se puede notar como el cliente va construyendo el escenario libre del problema:

Paciente: (Larga pausa). En el primer momento no lo descubriría, pero cuando saliera a la calle y me encontrara con otras personas...

Steve de Shazer: ¿Qué notará?

P: Que **puedo hablar con más facilidad. Más relajado.** Y que puedo percibir a los otros de una manera diferente.

S de S: Mmm, hum. ¿Y los demás?... ¿cómo lo sabrían?

P: (Larga pausa. Ademanos). Me percibirían de otro modo y yo **comenzaría a salir** y a hacer cosas que hasta ahora no me arriesgue a hacer.

S de S: ¿Qué tipo de cosas?

P: (Sonríe ampliamente. Cambia de posición)

S de S: ¿Algo que nos pueda contar?

P: (Hace amplios ademanos. Larga pausa) **Quizás iría a bailar.**

P: ¿Le gusta bailar?

P: A veces sí (de Shazer, 1999, p.217)

Emilio Santa Rita (1998) propone una modificación a la pregunta del milagro, donde el cliente identificará "x" número de factores que conforman su milagro, el terapeuta lo dejará unos minutos a solas para que los pueda identificar, posteriormente se los dirá al terapeuta, juntos acordarán cual factor implicaría un cambio mínimo, se le pregunta al cliente que tendría que pasar para que este mínimo cambio se empiece a dar y el trabajo terapéutico se centra a partir de este elemento, con base en la premisa de que esto implica que se den otros cambios más grandes.

Uso de escalas.

Una de las técnicas usadas por el modelo centrado en la solución es hacerle al cliente una pregunta basada en una escala, este tipo de preguntas nos sirve para poder llegar a un acuerdo sobre el nivel de avance hacia un problema, el nivel de confianza que tiene con respecto a su solución, un estado de ánimo presente, etc. por lo general esta pregunta se realiza cuando el tema es difícil expresarlo de forma verbal. A partir de la calificación en que se sitúe el paciente, se podrá construir de nueva cuenta (como en la pregunta del milagro) un escenario futuro donde el cliente se visualice sin el problema y con interacciones positivas. En el siguiente ejemplo, se realiza una escala sobre el avance de la terapia, con una niña de ocho años que había sufrido acoso sexual:

La terapeuta dibujó una *flecha entre un 0 y un 10* en una pizarra: el **10** representaba el momento de la *finalización de la terapia*... le pidió a la niña que indicara... cuánto sentía que había avanzado en la terapia marcando una "x" un lugar en la flecha, la niña hizo una "x" aproximadamente a la altura del 7. Luego se preguntó que creía *que haría falta para pasar de la "x" al 10*. Después de varios minutos... la niña respondió... *¡Quemaremos la ropa que yo llevaba el día que ocurrió eso!*... Poco después de la sesión, la niña y sus padres realizaron una quema ritual y luego fueron a comer a un bonito restaurante para festejar la ocasión (el fin de la terapia) (de Shazer, 1999, p. 127).

En este ejemplo, sin tener que hablar demasiado sobre el problema, se lograron varios objetivos, como llegar a un acuerdo en el avance de la forma en que se sentía la niña (en este caso, se ubicó ella misma en el 7) y dejar en claro que es lo que indicaría un avance en la terapia. Steve de Shazer (1999; 2001) comenta que las preguntas de escala se realizan con base al contexto terapéutico, es decir, a través de la conversación entre el terapeuta y el cliente, este último va a estar en un ambiente que le provea una mayor seguridad, por lo que al decirle que se sitúe en una escala del 0 al 10, donde el 0 indica cómo se sentía antes de empezar la terapia y 10 significa como se sentirá cuando su problema se haya resuelto, es prácticamente seguro que se ubique en un punto superior a 0, de allí partirá el terapeuta para preguntarle como realizó tal avance, le preguntará si algún día de la semana habrá estado en 6 o 7, por ejemplo, qué tendría que pasar para que se encuentre uno o dos puntos arriba, etc. Aquí es importante apuntar que el terapeuta busca a través de estas preguntas influir en el cliente para crear una realidad exitosa, buscando que la respuesta del cliente se pueda situar lo más próximo al 10, por ejemplo, si el terapeuta elige realizar una escala de progreso con el cliente es porque se tiene la seguridad de que el progreso ya se ha empezado a dar, aunque sea de una manera mínima.

Uso de elogios hacia el cliente.

Al final de la sesión dentro del modelo centrado en la solución se prepara un mensaje a modo de conclusión hacia el cliente de manera que refleje los recursos manifestados por el cliente durante la sesión terapéutica, además de poder incluir en ella palabras o aspectos del lenguaje que han sido usados constantemente por él. Una vez más a través de la comunicación que hace el terapeuta se va a enfocar sobre el área de los aspectos positivos, esto es de suma importancia en este momento, ya que normalmente se esperaría (sobre todo en la primera sesión) que se diera un diagnóstico sobre el problema y no que se hablará sobre lo que esta funcionando bien en la vida del cliente:

SdeS: Muy bien, le diré, *estoy impresionado por cuánto ha logrado usted desarrollando su propio criterio. Creo que ha hecho grandes progresos en ese proyecto.*

P: ¿Lo cree?

SdeS: Mmm, hum... Mmm, hum. Y se siente mejor que antes, porque está desarrollando su propia manera de pensar, ¿no?

P: Sí.

SdeS: Y ha seguido esas ideas propias sobre qué es lo que le conviene. Y creo que es un paso hacia delante; quizás no solo un paso, tal vez más de uno en ese sentido. Además creo que está en el buen camino y que ese sentimiento de confusión que tiene ahora en cuanto no saber que hacer es algo bueno.

P: ¿Lo es?

SdeS: Y *apuesto que esa es otra de sus rarezas*, ¿no es cierto?

P: Sí (de Shazer, 1999, p. 169-170).

En este ejemplo, Steve de Shazer, además de manifestar un punto de vista positivo sobre el cliente le comunica un resumen sobre los aspectos positivos manifestados durante la sesión, a su vez proporciona al término "*rareza*" un nuevo enfoque, de forma positiva, contrario al acostumbrado por el cliente quien lo usaba para nombrar algunas conductas consideradas por él mismo como negativas en su vida.

Intervenciones paradójicas.

Otro aspecto que se describió en el capítulo anterior fue el doble vínculo, esto es retomado por los modelos de terapia breve al momento de elaborar intervenciones paradójicas, también conocidas como de doble vínculo terapéutico, donde con base en las indicaciones dadas por el terapeuta el cliente haga lo que haga contribuirá al desarrollo de los cambios pronosticados en la terapia.

En el siguiente ejemplo la familia se encuentra en una parte avanzada del proceso terapéutico, donde ya se han observado cambios importantes en la conducta de la hija, aquí el equipo de terapeutas previene a la familia de un retroceso a conductas anteriores, además de manifestar los beneficios que conllevaría si esto sucediera. Con esta predicción acerca de la conducta de la hija se lograra un efecto paradójico, ya que si se presenta la conducta se le considerará como algo normal e incluso positivo, debido a que esto implica que la hija todavía se encuentra en una etapa que esta muy

ligada con su familia y pueden disfrutar de su presencia, esto evitará volver a pautas antiguas de los padres hacia ella de confrontar dicha situación. En caso de no presentarse de nuevo esta conducta en la hija, sale sobrando decir que los padres tomarán esto como un éxito en sus vidas y como producto de su paso por la terapia:

Terapeuta: ...Si ustedes siguen obteniendo aunque no sea nada más que la mitad del éxito logrado durante la semana pasada, Suzie se convertirá paulatinamente en la niña más encantadora del mundo...

Madre: ¡Claro! Es sorprendente.

Terapeuta: Es muy probable que haga más cosas por el estilo si ustedes continúan... No se trata sólo de ver donde van a tropezar ustedes, sino qué es lo que va a suceder si siguen teniendo éxito. Como digo, cabe la *eventualidad* de que ella se *transforme* en una *persona* verdaderamente *encantadora*. Entonces *resultará bastante difícil que* ella *siga creciendo* más y más. Porque ella se encuentra en una edad en la que, muy pronto, tendrá que marcharse, para estudiar en la universidad, o quizá, dentro de unos cuantos años se case, y así sucesivamente. Entonces *podría resultar* aún más *doloroso* para ustedes *dos perderla*. Por lo tanto, *quizás no sea tan negativo* el que se produzca *una recaida ocasional*, y que la situación se reproduzca momentáneamente. A estas alturas, ustedes no deben sentirse demasiado abrumados por la posibilidad de que la vean cada vez menos (Fisch, Weakland y Segal, 1988, p. 237).

En el capítulo 2 se mencionó que reestructurar una situación es atribuirle otro significado sin realizar un cambio esencial de la situación, esto se puede hacer a través de la conversación con el cliente, sin embargo también se puede realizar sólo con las personas que se encuentran alrededor de la persona que presenta la conducta no deseada. En el siguiente relato una conducta que se realiza de manera intencional con el fin de crear molestia a los que lo rodean es reestructurada y ya no se es considerada como molesta, con esto se logra que se rompa la pauta que se daba hasta ese momento, por lo que ya no tiene sentido repetir ese comportamiento:

En un albergue uno de los muchachos, de doce años de edad, tenía la costumbre de interrumpir las clases con sus constantes parroteos o con otras formas de comportamiento indisciplinado. En castigo se le solía recluir en su cuarto y, como se negaba a permanecer allí, se recurrió a cerrarle la puerta. Desde hacía algunos días había empezado a aporrear con manos y pies la puerta cerrada, hasta que le abrían ...se decidió reestructurar radicalmente la situación para los muchachos a base de **proponerles un juego**: se trataba de calcular cuánto tiempo duraría el estruendo de los golpes del chico castigado. El premio al cálculo más aproximado consistiría en una botella de coca-cola. Lo que... esperaba conseguir, se produjo con gran rapidez. Uno de los muchachos se escabulló de la clase, corrió a la ventana de la bodega y gritó "Oye, **sigue golpeando** siete minutos **más**, para que gane una botella de coca-cola". Al instante cesaron los golpes (Watzlawick, 1994, p. 111).

Otra intervención de tipo paradójica creada por el equipo del MRI es convertir un problema que se presenta en forma espontánea en algo que aparezca de forma voluntaria. Con respecto a esto, tenemos el siguiente ejemplo:

A la misma hora... tomará este despertador para darte cuerda y hacerlo sonar media hora más tarde. Durante esta media hora, usted se encerrará en una habitación de su casa y, sentado en un sillón, **hará esfuerzos por encontrarse mal, se concentrará en las peores fantasías que se refieran a su problema. Pensará en los peores miedos hasta producirse voluntariamente una crisis de angustia y pánico**, quedándose así por toda la media hora (Nardone y Watzlawick, 1992, p. 122)

En este ejemplo la intervención tendrá éxito de dos maneras, ya sea que ocurra la conducta-problema que ahora se le pide al cliente o que no aparezca, en el primer caso se infiere que el problema es algo que puede ser controlado por el paciente y que él puede decidir si aparece o no, en caso de que no aparezca se puede concluir que el cliente puede de alguna manera controlar la situación para que no aparezca (aunque, de acuerdo a los autores, en este caso no se le felicita por el hecho de que el problema no se presentó) (Nardone y Watzlawick, 1992).

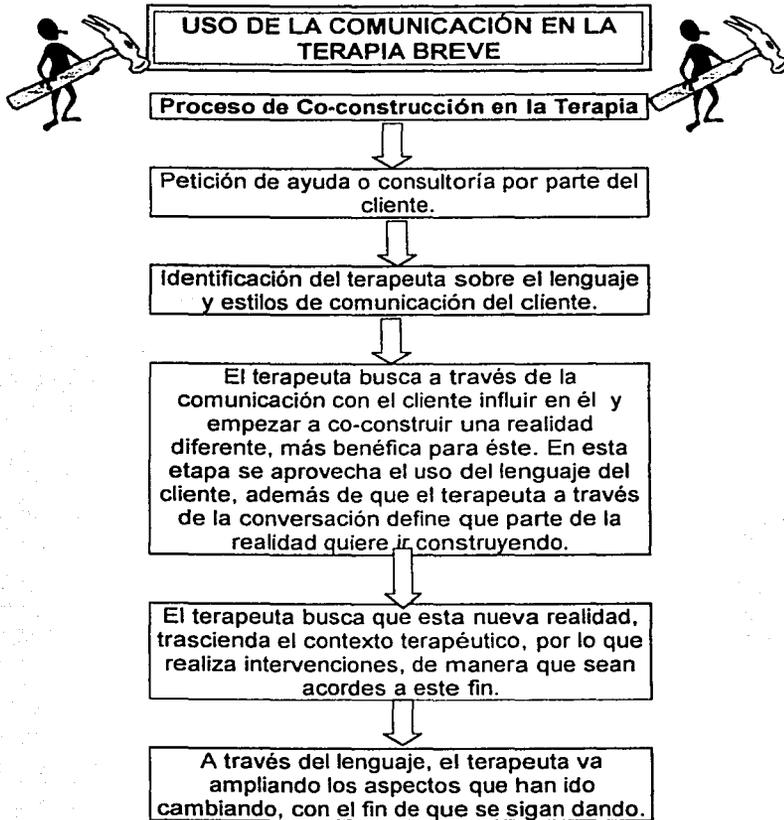
Uso de textos.

Otro recurso es la creación de textos, donde el lenguaje es utilizado para crear una realidad diferente a la que vive el cliente y que lo ha llevado a terapia, White y Epston en su libro *Medios narrativos para fines terapéuticos* (1993) explican la forma en que incorporan a la terapia estos recursos (cartas, invitaciones, descripciones, etc.). En todos estos escritos se va llevando al cliente a que construya una historia paralela, la cual será considerada como más agradable para él. Peggy Penn (2001) afirma que una ventaja de contar de nuevo una historia es la imposibilidad para contarla exactamente de la misma manera, por lo que se irán descubriendo nuevos aspectos. el papel del terapeuta es crear un sentido positivo de esta historia. Además de poder observar un punto de vista distinto del cliente hacia la situación, se pueden escuchar otras voces diferentes a las del cliente, como lo pueden ser personas significativas para él o la voz del mismo terapeuta, esto a través de pedirles a ellos que escriban sobre algún aspecto de la situación o pedirle al mismo cliente que escriba de acuerdo a lo que ellos pensarían. Un aspecto positivo de la creación de textos es que se pueden conservar y deja una evidencia concreta de los cambios y de los efectos que se producen en la terapia. En el siguiente ejemplo, la terapeuta Peggy Penn es la que crea un texto, en este caso es un poema, para dárselo a un amigo que sufre cáncer:

Yo sostengo una de tus grandiosas manos que pintaron
tormentas de color de violeta, rosas que descansaban en la nieve y
mujeres del color de sandia.
ahora esta a la espera de una idea,
y para tomarla, tienes el flujo de la pintura caliente,
que gusta ir por la magma de tus dedos, una idea,
más grande que el cáncer del cuerpo,
que para poseerla, te importará más esta idea de pintar
que la de morir (Penn, 2001, p. 50).

A través de este escrito se resume lo que el terapeuta debe tomar en cuenta para realizar con éxito el proceso de terapia: las características fundamentales de su

persona, poder llegar al otro a través de sus creencias, sus aficiones, utilizando un lenguaje que sea claro y motivante para él y aprovechar los recursos que tiene en los diversos contextos en que se desenvuelve para que la terapia se desarrolle de manera satisfactoria.



CONCLUSIONES

A través de lo expuesto en los capítulos anteriores acerca de los modelos de terapias basados en el enfoque sistémico, se espera haber dejado claro como se ha ido transformando el trabajo terapéutico y como ha influido esto en todos los actores que le conforman.

A continuación se realiza una síntesis de lo más importante en relación con la adopción del paradigma sistémico, del concebir la comunicación desde un punto de vista interaccional, sobre la interacción entre terapeuta y cliente y el uso de las técnicas e intervenciones durante el proceso de terapia. Finalmente se expondrá una breve perspectiva sobre las tendencias con enfoque sistémico y un comentario sobre aspectos a considerar para el trabajo terapéutico desde este enfoque.

Paradigma sistémico.

El afirmar que el cambio de un paradigma lineal a otro sistémico equivale a una "Revolución Copérmica" en el ámbito de la terapia, implica, entre otras cosas el dejar de concebir diferentes aspectos de la terapia que eran considerados esenciales para asumir nuevos conceptos, entre los cuales encontramos los siguientes:

A diferencia de otros enfoques terapéuticos donde el foco de atención se centra en el individuo de forma aislada, el paradigma sistémico toma en cuenta las interacciones con los diversos sistemas con que entra en contacto la o las personas que van a terapia (familia, amigos, compañeros de trabajo, clubes sociales, etc.), todo esto implica ampliar la visión para incluir no solamente a otras personas con las que participa, sino que se incluye el contexto social donde se lleva a cabo la interacción.

Se rompe con la visión que concibe a la persona que va a terapia como alguien que tiene una "enfermedad" y de aceptar la idea sobre este "padeamiento" como algo que se presenta de manera permanente en un lapso de tiempo. Los modelos de terapia sistémica y de forma especial los de terapia breve perciben al cliente como una persona con recursos, además que conciben que cualquier situación (y por

ende, se incluyen las que son vistas como problemáticas) no se presentan de forma continua. Al contrario que en otras terapias donde el cambio es visto como una meta difícil de lograr, los modelos de terapia breve lo ven como algo ineludible, solo se va a buscar a través de la terapia que el cambio vaya hacia una dirección que lleve al paciente a lograr solucionar las problemáticas que lo afectan.

Se rompe con la idea de que existe una realidad única y objetiva posible de ser descubierta por un agente experto, en este caso por el terapeuta. Por el contrario, los modelos de terapia breve se basan en la premisa de que existen diversas realidades y que las situaciones con las que se enfrentan día con día las personas pueden ser percibidas de formas muy diferentes, lo que conlleva a que una persona pueda ver terrible una situación y otra como algo intrascendente, esto tiene diversas repercusiones para su estado de ánimo y la forma en que se interrelaciona con los demás.

Comunicación.

La forma en como se aborda la comunicación humana sufre una evolución cuando el grupo del MRI centra el estudio de ésta en el área de la pragmática, es decir, en la repercusión que tiene el acto comunicativo en la conducta de los individuos.

La comunicación deja de ser vista como un proceso lineal donde un emisor transmite un mensaje a un receptor, para concebirla como un proceso circular donde el emisor es a la vez receptor y viceversa, esto implica que los diversos individuos que interactúan se retroalimentan y modifican entre sí. Para el grupo del MRI es inconcebible la idea de separar la comunicación en diversos tipos y estudiar cada una de ellas por separado, por lo que aspectos verbales y no verbales se conforman en un todo al que ellos llaman comunicación.

La comunicación sólo es posible entenderla tomando en cuenta el marco contextual donde se presenta, por lo que es importante que el terapeuta conozca "el mundo" del

cliente, que va a pasar a ser su mundo también al relacionarse con él en terapia. La interpretación de lo que se dice o hace es lo que hace sufrir a la persona que va a terapia. A esto se refieren los autores cuando hablan de nivel de contenido (que es lo que se dice) y nivel de relación (que tiene que ver con el clima emocional o el contexto) que permite la interpretación.

El grupo del MRI postula cinco axiomas acerca de la comunicación (ver anexo), explican que para cada axioma se dan ciertas patologías que van a crear una situación problemática en las relaciones interpersonales.

Terapia.

En los diversos modelos de terapia que tienen como base epistemológica al paradigma sistémico, se puede identificar una evolución con respecto a las premisas que los conforman. Los modelos más recientes, como lo son los de terapia breve basan sus premisas en la cibernética de 2° orden, donde el cliente y terapeuta se ubican en una misma posición jerárquica, éste último tiene una posición de no experto y no poseedor de la verdad única y es parte de la realidad observada a través del proceso de terapia.

En la terapia breve se busca intervenir para lograr un cambio favorable desde la primera sesión, se busca crear un ambiente propicio para que exista una cooperación del cliente con el terapeuta, esto implica conocer el contexto del cliente y asumir algunos aspectos de su lenguaje para poder llegar a él e influirlo.

La terapia, o sea la acción del terapeuta, puede enfocarse en solo un aspecto del problema, pensando que si se altera o modifica una parte, se transformará necesariamente la totalidad. También el terapeuta puede modificar el contexto o el tiempo en el que ocurre el problema, sin necesidad de dirigirse necesariamente a la queja y notará cambios por efecto de sus acciones.

Interacción terapeuta-cliente.

El terapeuta y el cliente ocupan un mismo nivel jerárquico. El terapeuta deja de ser un ente omnipotente y onnisapiente que posee un conocimiento superior acerca de lo que el cliente debe hacer y sobre todo de las razones de porqué se comporta de tal o cuál manera.

El papel del terapeuta en los modelos de terapia breve va a ser el de construir conjuntamente con el cliente una realidad diferente de la que traía este último y que lo llevaba a percibir y/o vivir una situación como problemática. El terapeuta va a buscar influir en el cliente para que a través de nuevas percepciones de diversas situaciones empiece a comportarse de manera diferente. En este aspecto el modelo de terapia breve centrado en el problema busca detectar el patrón sobre las soluciones fallidas que ya fueron intentadas por los clientes para evitarlas, buscando romper este círculo vicioso de "hacer más de lo mismo". Y buscando que se realicen cosas totalmente diferentes para abordar la situación problemática. En el modelo de terapia breve centrado en las soluciones también se busca evitar que los clientes repitan soluciones fallidas, pero el énfasis se centra en la búsqueda de soluciones que dieron resultado en el pasado, en investigar que es lo que sucede cuando la situación que se define como problemática no se presenta o es afrontada exitosamente para entonces buscar "hacer más de lo mismo" en un sentido positivo, es decir, repetir las soluciones que resultaron exitosas.

El terapeuta tiene la función primordial de ampliar la visión del cliente, en co-construir con él caminos nuevos o senderos exitosos ya recorridos, con el fin de resolver los problemas que ahora lo aquejan.

Uso de las técnicas terapéuticas.

El uso del lenguaje y la comunicación cobran una importancia vital en los modelos de terapia breve, ya que a partir de estos elementos es como se va a co-construir una realidad diferente para el cliente. Esto lleva al terapeuta a usar diversas técnicas e

intervenciones donde la forma de utilizar el lenguaje es importante para alcanzar los fines de la terapia. Esta manera de utilizar el lenguaje y la comunicación es criticada por otras corrientes terapéuticas que la definen como una forma de "manipular" a las personas que van a terapia, sin embargo en toda terapia a pesar de que no exista una intención de llevar al cliente hacia determinada situación, esta conducción por parte del terapeuta está presente. En el capítulo 4 se presentó una explicación acerca de estas diferentes formas de concebir el lenguaje.

En general, los diversos modelos de terapia breve y sus principales representantes empiezan a tener repercusiones no sólo en el ámbito de la prevención secundaria o terciaria (intervención en problemas que ya esta presentes), sino también en la prevención primaria (intervención antes de que se presente una situación problemática). En especial, tenemos los ejemplos de Bill O'Hanlon y su esposa Pat Hudson (1996) al realizar talleres dirigidos hacia parejas ya sea casadas o por casarse; Matthew Selekman (1996) al organizar una especie de club de padres de adolescentes que han estado en terapia con él para realizar pláticas informativas y juntas sobre sus experiencias ante las problemáticas de su relación con sus hijos. Estos dos programas son llevados a cabo con base en las premisas del modelo de terapia breve centrado en las soluciones. En mi parecer, este aspecto se debería de alentar, realizando cursos o talleres basados en los postulados de los modelos breves de terapia sistémica enfocados a diversas problemáticas de índole general (adicciones, suicidios, violencia intrafamiliar, etc.) promoviendo el cambio, la visión diferente acerca de diferentes acontecimientos, buscando que la población hacia quien se dirige realice cambios en sus acciones y resaltando los recursos de cada persona y sobre todo, tomando en cuenta el contexto de la población a quien vaya diseñada (aspectos socioculturales, creencias acerca de los aspectos de tal o cual problemática, etc.)

Comentario final.

El conocer las bases epistemológicas que conforman cualquier modelo de terapia debe ser de importancia primaria, ya que como lo mencionan algunos autores (Bateson, 1998; Ceberio y Watzlawick, 1998; Kenney, 1994) esto permite comprender la visión que se tiene por parte del modelo terapéutico acerca de aspectos importantes para su aplicación, en el caso de la terapia nos permite clarificar porque se eligen ciertas intervenciones, se concibe al cliente de tal o cual manera, etc., esto posibilita al terapeuta a no solamente repetir como una copia fiel las intervenciones o técnicas aprendidas, sino entender el motivo de ellas e incluso a adaptar o crear otras que estén acorde al modelo con el que se trabaje en terapia.

La evolución de los diversos modelos de terapia con enfoque sistémico han llevado a éstos a adoptar una visión construccionista y una perspectiva de la cibernética de segundo orden, esto implica el concebir de diferente forma a los aspectos que entran en juego en la terapia, como se pretendió dejar en claro en los párrafos anteriores (percepción del cliente, manejo de las intervenciones, etc.)

En especial la comunicación y el lenguaje desde esta óptica cumplen un papel fundamental, ya que al plantearse desde el socioconstruccionismo que las realidades se van a ir construyendo a través de una interacción social, es precisamente por medio de la comunicación y el lenguaje como se van a crear éstas y se van a poder construir contextos diferentes que conduzcan a la solución de las situaciones que llevaron a las personas a terapia. Es a través de éstos como se va a ir construyendo una interpretación personal —compartida e influida por el contexto— de diversos aspectos de la vida (p. ej. “soy depresivo porque estoy siempre triste”, “siempre pierdo el control”) y como se pretendió explicar en el presente trabajo, es a través del lenguaje y la comunicación como se va a buscar empezar a abrir posibilidades de cambio para la persona que asista a terapia, esto implica darle un nuevo significado

e interpretación a dichas situaciones (p. ej. "en ocasiones se comporta como si estuviera triste", "en algunos momentos pierde el control", etc.).

De acuerdo a la cibernética de segundo orden, donde el observador queda incluido en lo observado, la teoría interaccional de la comunicación humana debe ser considerada por parte del terapeuta no solamente como algo que sucede o se aplica en el proceso de terapia para el cliente y su contexto, sino como algo que lo va a involucrar a él también. Desde este punto de vista se concibe que el cliente va a retroalimentar al terapeuta, ya que este último, al recibir información va a ir modificando o siguiendo con la planeación de la terapia. Esto implica que cada terapia va a ser única, en el sentido de que cada una implica contextos diferentes, respuestas y realizaciones de las intervenciones diferentes por parte del cliente, así como percepciones diferentes por parte del terapeuta.

De este modo la teoría interaccional de la comunicación humana debe repensarse en este enfoque donde el terapeuta queda enmarcado dentro del mismo contexto del cliente dentro del espacio de terapia. Retomaré a continuación algunos de los postulados comunicacionales que pueden analizarse dentro del proceso de terapia:

Imposibilidad de no comunicar: el terapeuta a través de toda manifestación verbal o no verbal, le esta comunicando algo al paciente. Es importante que el terapeuta tenga conciencia de ello y detecte qué es lo que propicia un ambiente apropiado para el cambio.

El aspecto de relación y contenido . Aunque en los modelos de terapia breve se afirma que no existe una jerarquía diferente entre el cliente y el terapeuta, este último será visto por quién le solicite ayuda como un profesional que posee las herramientas para ayudarlo a crear la solución. Esto se debe aprovechar en el sentido de poder hacer que las personas que asistan a terapia realicen las acciones que propicien el cambio. Es decir, el contexto de la terapia propicia que se realicen

estas acciones que de otra forma, sería muy difícil que se diera (por ejemplo, si algunas personas cercanas al cliente le han sugerido algo similar, o algún familiar le ha alentado a realizar algo que pareciera que le hubiera funcionado con anterioridad).

La parte analógica y digital. Como se pretendió dejar en claro en el capítulo 4, es importante usar intervenciones que abarquen los aspectos digital y analógico. También es importante evitar la interpretación unilateral de los aspectos analógicos, ya que esto puede propiciar una interpretación de acuerdo al mapa del terapeuta, pasando por alto lo que implica de acuerdo al contexto del cliente.

Desde mi punto de vista, el papel fundamental del terapeuta en el proceso de terapia dentro de los modelos de terapia breve es la creación, o mejor dicho la construcción junto con el cliente de una nueva realidad que propicie el cambio en una dirección hacia donde se encuentre la solución de la problemática que propició la solicitud de terapia, es decir, crear una "nueva visión del mundo" para el cliente. Esto es importante ya que va a permitir que se pueda percibir diferente diversos aspectos de la vida, haciendo "visible" para el cliente recursos, posibilidades, destrezas, etc., que tenía olvidados y que le permitirán accionar diferentes en los medios en que interacciona.

De acuerdo a lo manejado en el presente trabajo, se propone que durante el proceso de terapia breve se consideren los siguientes aspectos:

- *Considerar al paciente como parte activa de la terapia*, esto implica que el terapeuta va a aportar sus conocimientos, herramientas, etc., para propiciar el cambio, pero el cliente es considerado experto, en cuanto conoce todo lo relacionado con el problema que lo trajo a terapia y cuenta con los recursos para solucionarlos. ¿Qué implica esto para el terapeuta?, principalmente el reconceptualizar la forma de percibir al paciente, que en mi opinión es uno de los principales aportes en los

diversos modelos de terapia breve para propiciar el cambio: enfocarse en los recursos propios de cada individuo, además de estar convencido de que toda persona cuenta con ellos y que el hecho de acudir a terapia indica que se quiere encontrar una solución para alguna situación problemática por la que se está pasando y no como en otras terapias donde se piensa que los pacientes crean constantemente resistencias al cambio y "sabotear" el trabajo del terapeuta.

- *Considerar que no existe una sola realidad.* Esto implica que pueden existir múltiples visiones acerca de una misma situación, en este caso el cliente tiene o ha creado una visión que hace que considere problemática una situación. Sin embargo esta construcción es una representación entre muchas de esa situación.

¿Qué implica el concebir que existen múltiples visiones o construcciones de los sucesos? El terapeuta debe conocer el contexto del cliente, ya que de otra manera se puede caer en situaciones que choquen con la visión del paciente o que hagan que éste se sienta "ignorado" por el terapeuta. A este respecto, considero importante validar las emociones del cliente, tal y como lo afirman algunos autores, entre ellos O'Hanlon. Se debe recordar que el trabajo en terapia es con seres humanos, a pesar de que los modelos de terapia breve son criticados a veces por dejar a un lado el manejo de emociones o preocupaciones que no forman parte del objetivo de la terapia. Es a partir del conocimiento de la "visión del mundo" del cliente como se va a poder realizar una deconstrucción de las diversas situaciones problemáticas y poder llegar a una solución de ésta.

Al hablar sobre una postura a plantear para el proceso de terapia, retomo el cuadro de la página 135 sobre el uso de la comunicación en la terapia breve:

Proceso de co-construcción en la Terapia



- *Considerar que el cambio es algo que se da en todo momento*, esto implica que el terapeuta puede y debe aprovechar los cambios sucedidos desde el momento en que el cliente solicita la terapia, con el fin de crear en éste una perspectiva de posibilidades acerca de la solución.

Petición de ayuda o consultoría por parte del cliente.



- *Conocer el contexto del cliente y utilizar como herramientas aspectos de su propio lenguaje y contextos donde se desenvuelva.*

Identificación del terapeuta sobre el lenguaje y estilos de comunicación del cliente.



En los últimos tres cuadros se propone que el terapeuta después de una fase en que conoció aspectos del cliente, empiece a *crear un contexto que propicie el cambio*. Finalmente se busca que estos cambios trasciendan y no sólo se limiten al contexto terapéutico o al ámbito de la percepción, sino que esto lo lleve a que realice nuevas acciones que propicien un cambio en los ámbitos de su vida.

El terapeuta busca a través de la comunicación con el cliente influir en él y empezar a co-construir una realidad diferente, más benéfica para éste. En esta etapa se aprovecha el uso del lenguaje del cliente, además de que el terapeuta a través de la conversación define qué parte de la realidad quiere ir construyendo.



El terapeuta busca que esta nueva realidad trascienda el contexto terapéutico, por lo que realiza intervenciones, de manera que sean acordes a este fin.



↓

A través del lenguaje, el terapeuta va ampliando los aspectos que han ido cambiando con el fin de que se sigan dando.

Como se mencionará más adelante, el terapeuta debe conocer una amplia gama de "herramientas" para abordar las situaciones que se presentan en la terapia. A través del presente trabajo se trató de dejar en claro esta postura, al realizar una descripción de diversas técnicas, intervenciones y recomendaciones por parte de los diversos modelos de terapia breve.

¿Hacia donde van los modelos de terapia breve con enfoque sistémico?

Se pueden apreciar dos tendencias al tratar de responder hacia donde se dirige la terapia breve. En algunos autores se observa la necesidad de diferenciar su propio modelo de otros que comparten las premisas de los modelos sistémicos de terapia. Por ejemplo Steve de Shazer que, aunque comparte muchas premisas con el grupo del MRI de Palo Alto, destaca la diferencia con estos últimos, enfatizando que su enfoque se centra en las soluciones en contraste con la forma usada por el MRI, de centrarse en los problemas; por otra parte Bill O'Hanlon hace énfasis en que su modelo no sólo se centra, sino que esta orientado a las soluciones y últimamente distingue a su modelo con los nombres de "Terapia de posibilidades" y "Terapia inclusiva" (O'Hanlon y Bertolino, 2001). Esto parece indicar que cada representante destaca su modelo propio como poseedor de algún aspecto diferente a los demás, que implica el abarcar más que los otros, en el sentido de que los demás no toman en cuenta x o y aspecto.

Sin embargo, aparece también una tendencia representada por diversos terapeutas, los cuales, a partir de un modelo de terapia sistémica, buscan integrar aspectos importantes de los diversos modelos con enfoque sistémico. Algunos ejemplos de esta forma de integrar aspectos de los diversos modelos lo podemos observar en el

trabajo de Matthew Selekman (1996) que teniendo como base al modelo de terapia breve centrado en las soluciones, contempla el uso de técnicas del modelo de terapia breve centrado en el problema, hace uso del modelo reflexivo de la escuela de Tromson y retoma aspectos de la narrativa de White y Epston; Magnusosn y Norem (1997) también retoman aspectos del modelo de terapia breve centrado en la solución, además de trabajar con el genograma de tres generaciones.

A mi parecer la primera tendencia propicia una "guerra sorda" entre diversos modelos, que más que ser diferentes, comparten bastantes cosas en común (en específico los postulados socioconstruccionistas y la epistemología cibernética de 2° orden), esto trae como consecuencia el demeritar el trabajo de los demás modelos y a veces parecería que sólo se busca competir por cuál modelo es mejor o cuál se cotiza más, no sólo para su aplicación sino para su enseñanza en cursos, talleres, posgrados, etc. Sin embargo, esta tendencia tiene como puntos favorables la búsqueda de innovaciones en el trabajo terapéutico, de elementos que aporten a la terapia una visión constantemente renovadora acorde al contexto en que se realice; por ejemplo, en nuestro país a través del programa de maestría de la UNAM se trabajó dentro del modelo del equipo reflexivo incorporando a una familia con antecedentes del problema a tratar (intento de suicidio en algún integrante) como parte del equipo reflexivo, esto, con algunos resultados interesantes, como el hecho de que la familia que pertenecía al equipo reflexivo servía como "puente" en algunos aspectos (emociones, percepción de experiencias, etc.) entre la familia-cliente y el terapeuta, además de concebir a las mismas familias que han pasado por situaciones problemáticas como elementos que pueden ocuparse en el proceso de terapia como un recurso útil dentro de ésta (Urbina, 1999; Wilburn, 1999).

Considero que la segunda tendencia es la que más conviene al desarrollo y la aplicación de la terapia sistémica, sin dejar a un lado el buscar innovaciones en el trabajo terapéutico. Esta tendencia integradora conlleva utilizar las estrategias más apropiadas para cada caso en específico, esto es concordante a los postulados de la

terapia breve: cada caso es único y el cliente no es el que debe ajustarse al modelo teórico, sino el terapeuta y lo que aporta el modelo debe ajustarse a él. Como se buscó describir en el capítulo 4, existe una amplia gama de recursos en terapia con el fin de conocer al cliente, entablar una relación propicia para el cambio y la posibilidad de realizar intervenciones acordes a sus características. Es importante que el terapeuta conozca las diversas estrategias que son acordes al modelo que trabaje —en este caso, el sistémico— y que los aplique de acuerdo a cada caso específico, en este sentido se comparte la postura de Ceberio y Watzlawick (1998) que afirman que "cuanto mayor sea el repertorio de recursos, menos se ceñirá la interacción y se trabajará con mayor libertad, plasticidad y creatividad, entregándose al flujo de interacciones y no forzándolas por poseer una reducida gama de técnicas" (p. 189).

En nuestro país la aplicación de los diversos enfoques sistémicos ha ido creciendo de manera progresiva, esto se ve reflejado en diversas áreas del ámbito de la terapia, como lo son la enseñanza de estos modelos en diversas instituciones especializadas de terapias sistémicas, investigaciones, talleres, congresos, etc. (Gutiérrez, 1999; Sánchez, 2000). Aquí el modelo breve de terapia sistémica ofrece beneficios, debido a la viabilidad de aplicarlo en diversos programas donde serían inoperables otros modelos de terapia más prolongados. Algunas instituciones que lo han llevado a la práctica son la Cruz Roja Mexicana en el Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (la terapia breve es manejada por algunos consejeros, entre otros modelos), donde se da apoyo a diversas problemáticas de índole psicológico, entre ellas la intervención en crisis. Otro programa en donde se pretende adoptar el modelo de terapia breve es el promovido por el Gobierno del Distrito federal contra la violencia familiar en las 16 delegaciones del Distrito Federal, en las Unidades de Atención a la Violencia Familiar (UAVIFs)

Este crecimiento en la adopción de los modelos sistémicos en nuestra sociedad conlleva la obligación de realizar investigaciones acerca de los diversos aspectos de

estos modelos que son funcionales en comparación con otros países donde se aplica con mayor énfasis la terapia breve, como en los Estados Unidos, de donde proviene la mayoría de la literatura especializada a cerca de ésta, ya que la sociedad mexicana tiene características diferentes, algunas que contrastan con los Estados Unidos, por ejemplo es la valoración que se hace en ese país hacia la individualidad, mientras que en nuestro país se valora más poseer un espíritu cooperativo, esto es reflejado en los diferentes sistemas donde interactúan los individuos, como es el familiar donde en México es común ver a personas adultas que siguen viviendo con su familia de origen, lo cual en muchos casos se valora como sinónimo de una integración familiar (Díaz, 1993).

Posiblemente estos aspectos puedan afectar el proceso de terapia, por ejemplo en algunas investigaciones realizadas en el programa de Maestría en psicología clínica de la UNAM, se ha encontrado que los clientes han descrito como aspectos positivos de la terapia los elementos que propician un ambiente de comprensión, aceptación y validación de sus problemas y de cómo la conversación en la terapia ha llevado a la luz sus recursos propios, pero percibiendo como incómodos los momentos en que el terapeuta asume un rol más reflexivo, recayendo en el cliente un rol más activo o cuando se percibe al terapeuta como pasivo, en el sentido de no usar estrategias y centrarse en el proceso de conversación. (Mastache, 2000; Urbina, 1999; Wilburn, 1999)

Un aspecto que ha sido señalado por algunos autores (O'Hanlon y Bertolino, 2001; Piercy, Lipchik y Kiser, 2000) es la validación de las emociones de los clientes como descuidado en las terapias breves, como se mencionó esto es importante en nuestra sociedad donde el aspecto emocional es considerado como algo importante.

Cabe aclarar la elección de la terapia breve como objeto de estudio del presente trabajo. A mi parecer, los modelos de terapia breve son relevantes ya que a través de ellos se va a propiciar un cambio desde el momento inicial de la terapia, esto implica

involucrar al cliente y como se apuntó anteriormente, concebirlo como un ente con recursos propios, además, se pasa de una posición de poder a una de cooperación del terapeuta con respecto al cliente. A mi parecer, esto revaloriza al cliente, respetando su realidad, en el sentido de no ignorarla sino buscar comprenderla y aprovecharla, evitando con esto crear rechazos, sentimientos de incompreensión, etc. Es importante aclarar que esto constituye solo un modelo terapéutico y no se intenta afirmar que éste sea mejor que otro. La adopción de un modelo por parte del terapeuta conlleva diversos aspectos, los cuales quedan fuera del alcance del presente trabajo (contexto familiar, social, recursos personales, etc.).

Así mismo es importante el evitar caer en el error de apegarse forzosamente a lo que el modelo nos indica (o hacia las creencias de cómo debería darse la terapia), ejemplo de esto es querer ser breves en cuanto el número de sesiones para todos los casos, el evitar comentarios de los pacientes que estén fuera de los objetivos acordados, etc., debido a que es lo que nos señala la teoría sobre los modelos de terapia breve.

Como punto final, se plantean diversas cuestiones, relacionadas con los temas de la presente tesis, que se podrían desarrollar en futuras investigaciones:

¿Qué características del lenguaje hacen sentir bien al cliente y propician un cambio acorde a los fines terapéuticos?

¿Qué diferencias existen entre los resultados en terapia breve en nuestro país con otros países con características diferentes? (esto conlleva el análisis en el número de sesiones utilizadas, el tiempo de duración total entre ellas, los tipos de intervenciones utilizadas, etc.)

¿Qué tipo de intervenciones son las más usuales y en que casos se dan, de acuerdo a las características de nuestra población?

¿Qué aspectos – en específico del lenguaje y la comunicación – desarrollados en la primera sesión contribuyen a propiciar un buen desarrollo en la terapia?

¿Qué resultados se encuentran al aplicar programas de prevención primaria basados en los postulados de la terapia breve?

GLOSARIO

Autoorganización/ Autopolesis. Es la capacidad que tienen los sistemas de modificar sus estructuras cuando se producen cambios en su medio, logrando, por lo general, un nivel más alto de complejidad en ese proceso, y potenciando con ello sus probabilidades de supervivencia. El concepto de autoorganización suele ser usado como un término genérico, que comprende los conceptos de sistemas autorreparadores, sistemas de aprendizaje y sistemas autorreproductores. Entre esos sistemas figuran organismos vivientes, así como también familias grupos sociales y sociedades. Maturana y Varela, acuñaron el nombre de autopoiesis para referirse a los procesos que mantienen la integridad de un sistema. El mantenimiento y la evolución de un sistema dependen de su capacidad de cambio. Los sistemas autopoieticos tienen la capacidad de reproducir sus propios elementos, manteniendo así la unidad y la coherencia. Estos sistemas son, por lo tanto autorreferentes o recurrentes.

Cambio de primer y segundo orden. Todo sistema es capaz de cambiar de dos maneras: 1) los parámetros individuales varían de manera continua pero la estructura del sistema no se altera, eso se conoce como cambio de primer orden; 2) el sistema cambia cualitativamente y de una manera discontinua, esto recibe el nombre de cambio de segundo orden. Este se produce con cambios en el conjunto de reglas que rigen su estructura u orden interno. Por lo que podemos decir que el cambio de segundo orden es un cambio del cambio. El cambio de primer orden se basa en gran medida en la retroalimentación negativa, que equilibra las desviaciones y mantiene al sistema en un nivel constante. Mientras que el cambio de segundo orden, se basa en la retroalimentación positiva, que aumenta las desviaciones (fluctuaciones) y aumenta así el desarrollo de nuevas estructuras.

Causalidad circular. Se refiere a unas secuencias de causa y efecto que remite a una primera causa y la confirma o modifica. Este principio aplica también a los procesos de conclusiones y argumentación lógica. El modelo de circularidad más

elemental es el denominado circuito de retroalimentación, su opuesto conceptual es la linealidad.

Cibernética. El término cibernética fue acuñado por el matemático Norbert Wiener en 1948, para referirse a todo el campo de la teoría del control y la comunicación, ya se trate de la máquina, el animal o el humano. La cibernética se ocupa de estudiar procesos sistémicos de carácter muy variado entre ellos los fenómenos de regulación, procesamiento de la información, adaptación, autoorganización, autorreproducción, acumulación de información y conducta estratégica.

Cibernética de 1er orden. Término aportado por las matemáticas y retomado por la terapia familiar, para determinar la pauta y la organización de la relación paciente-terapeuta, en donde está se da en un nivel vertical (sano-enfermo, arriba-abajo, observador-observado, etc.).

Cibernética de 2º orden. A diferencia de la cibernética de 1er orden, aquí se postula una posición paralela, recurrente, ecológica y con tendencias posmodernistas. El terapeuta tiene una posición de no experto y no poseedor de la verdad única y es parte de la realidad observada a través de la reflexión, la recursividad y la neutralidad.

Cliente. Persona que acude a terapia con una motivación para resolver el problema, buscando activamente la ayuda del terapeuta. En los modelos de terapia breve sistémica se usa esta denominación en lugar del término paciente, ya que este último denota que la persona es poseedora de una patología.

Comunicación analógica y digital. Los procesos de comunicación humana pueden dividirse en: analógica y digital, modos que emplean distintos signos y señales. En los procesos de comunicación digital no existe similitud entre el signo expresado y su significado, es decir entre un objeto y su nombre. Mientras que en la comunicación analógica existe una semejanza fundamental entre lo que se

expresa y el modo en que se lo expresa. Este tipo de comunicación se manifiesta por el comportamiento no verbal, incluidas las variaciones del habla como tono, ritmo, etc.

Constructivismo. Escuela de pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva. Postula que un organismo no es nunca capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, y que solo puede construir un modelo que se ajuste a ella. Este modelo (paradigma) se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece a principios evolutivos de selección.

Contexto. (Del latín *contextus*, entretejido). Se refiere al marco en el cual la conducta y los mensajes verbales y no verbales se hacen significativos. (el ámbito familiar, las creencias, etc.).

Crisis. Es una situación donde se ve perturbada la adaptación interna y externa de un individuo o sistema.

Desviación de la comunicación. Variedades de estilos de comunicación que distraen y confunden a un receptor que esta tratando de compartir el significado y el centro de atención con un emisor.

Doble vínculo. Es una situación en la que, haga lo que haga una persona, no puede ganar. Los componentes esenciales en una situación de doble vinculo son:

1. Dos o más personas
2. Experiencia repetida
3. Una orden negativa primaria
4. Un mandato secundario en conflicto con el primero, en un nivel más abstracto, y al igual que en el primero, impuesto por castigo o señales que amenazan la supervivencia si no se cumple con la orden.
5. Un mandato negativo terciario que prohíbe a la victima escapar del campo.

6. Por último, todo el conjunto de componentes ya no es necesario cuando la víctima ha aprendido a percibir su universo en modelos de doble vínculo.

Epistemología. Viene de *episteme* que en griego significa conocimiento. Es una rama de la filosofía que investiga los fundamentos, los límites, los métodos y la validez del conocimiento. Como ciencia, la epistemología es el estudio de la manera en que los organismos piensan y llegan a decisiones que determinan su conducta.

Estrategia. Es un plan de acción, un *modus operandis*, que permite tomar decisiones, las cuales buscan facilitar el logro de una meta específica.

Estructura. Son la totalidad de las relaciones existentes entre los elementos de un sistema dinámico.

Genograma. También se le llama mapa familiar o familograma, es una representación gráfica de una constelación familiar multigeneracional. Es decir la generación de los abuelos, los padres y los hijos, donde aparecen nombres, edades, fechas de matrimonio, divorcio, muerte, enfermedades, sucesos claves y otros hechos pertinentes (anotando también al paciente identificado, dentro del grupo familiar).

Hipótesis. Suposición hecha para establecer un razonamiento sin referencia a su verdad, sirviendo de punto de partida para la investigación. Las hipótesis terapéuticas son formulaciones sobre el funcionamiento familiar que el terapeuta elabora con el objeto de seleccionar y ordenar, dentro del cúmulo posible, la recogida de información durante la sesión.

Hipótesis circular. Se trata de una hipótesis sistémica que explica todos los elementos contenidos en una situación problemática y el modo en que se vinculan entre sí.

Intervención paradójica. Técnica terapéutica donde el cliente es expuesto a instrucciones contradictorias con respecto a los objetivos de terapia. Se crea una situación que no puede ser resuelta aplicando la lógica.

Metacomunicación. (del griego *meta*, entre, en el medio de, más allá de). Se refiere a la comunicación sobre la comunicación.

Metáfora. Se refiere a un giro del lenguaje que se emplea en un sentido no literal.

Morfogénesis. Este término viene del griego y significa forma-generación, lo que implica la formación y desarrollo de las estructuras de un sistema. El concepto describe un fenómeno por el cual una retroalimentación positiva de desviación, puede inducir un cambio desproporcionado en el mismo sistema.

Morfostasis. El término viene del griego (*morphe* forma y *stasis* quieto), que significa la capacidad de un sistema para mantener sus estructuras en un contexto o medio ambiente en constante cambio. Este concepto es similar al de homeostasis. Ambos conceptos hacen referencia a la manera en que un sistema elimina las perturbaciones y es capaz de mantener una estructura diferenciada.

Paciente identificado/sintomático. Individuo definido o autodefinido como persona desviada o perturbada, es en definitiva quien presenta el síntoma dentro del sistema familiar.

Paradigma. Son los logros científicos reconocidos universalmente que durante un tiempo proporcionan problemas y soluciones modelo a una comunidad de profesionales. El paradigma originado en el campo de la terapia familiar se basa en la cibernética, la ecología y la teoría de los sistemas y debe llamarse "epistemología ecosistémica"

Pragmática. La palabra pragmática viene del griego *pragma* acción o hecho, es un aspecto de la semiótica que reviste especial importancia para el campo de la

terapia familiar. Su objeto de investigación es la relación que se establece entre el signo, su emisor y su receptor.

Reglas/regla familiar. Las reglas son los acuerdos de relación que prescriben y delimitan las conductas de los individuos en una amplia variedad de esferas contenido, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable.

Semántica. Es una ciencia dentro del campo de la semiótica, que se ocupa de las relaciones entre los signos y los significados.

Semiótica. Es la ciencia general de los signos y su uso.

Simetría. Designa un modelo de relación que se basa en el esfuerzo por lograr la igualdad y la reducción al mínimo de las diferencias entre las partes.

Sintaxis. Teoría que se ocupa de la relación entre los signos. Designa el conjunto de todas las reglas formales válidas para un lenguaje o sistema de signos.

Sistema familiar. Conjunto de personas que interactúan de manera continua en el tiempo y se afectan recíprocamente.

Sistemas. Se refiere a la composición ordenada de elementos (materiales o mentales) en un todo unificado. Un sistema en su conjunto, es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y se "comporta" de un modo distinto.

Subsistema. El subsistema familiar se subdivide en unidades más pequeñas denominadas subsistemas, regidas por algunas reglas de interacción que no son válidas. Los subsistemas del sistema familiar son: el subsistema parental, fraterno (filial) y conyugal.

Teoría de la comunicación. Esta teoría es sumamente relevante dentro de la corriente de sistemas. Se ocupa principalmente de las condiciones y variaciones

del intercambio de información, entre los seres humanos. La teoría de la pragmática de la comunicación presentada por Watzlawick, Beavin y Jackson en 1967, se combinan los datos clínicos con las ideas, observaciones e investigaciones de la hipótesis del doble vínculo de Gregory Bateson (1956).

Terapia de pareja. Terapia que se ha desarrollado junto a la terapia familiar y, a la vez, independientemente de ella. Desde el punto de vista del enfoque sistémico una pareja o una familia es un sistema.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen. (edición original Chanler Publishing Company, 1972).

Bertalanffy, L. (1976). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Berg I. y Miller S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. España: Gedisa.

Black I., Roberts J. y Whitings R. (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. España: Gedisa.

Boscolo L., Cecchin G., Hoffman L. y Penn P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Argentina: Amorrotu.

Botella, L. y Vilaregut, A. (2000). *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. [Artículo de internet]. Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació Blanquerna. Universitat Ramon Llull.
<http://www.infomed.es/constructivism/documsweb/tfs/html>

Cade, B. y O'Hanlon W. H. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.

Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. Barcelona: Herder.

De Shazer, S. (1984). The death of resistance. En: *Family process*, 23, pp.79-93.

De Shazer, S. (1991a). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.

De Shazer, S. (1991b). *Putting difference to work*. New York: Norton.

De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.

De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. España: Gedisa.

De Shazer, S. (2000). *Brief*. [Artículo de internet]. www.brief-therapy.org/rad2.htm

De Shazer, S. (2001). *Scales and scaling*. [Artículo de internet]. <http://www.brief-therapy.org/scales.htm>

Deaño, A. (1983). *Introducción a la lógica formal*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Díaz, R. (1994). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.

Echeverría, R. (1998). *Ontología del lenguaje*. Chile: Dolmen.

Eguiluz, L. (1997). Una alternativa epistemológica: los métodos cualitativos en las ciencias sociales. En: *Revista de Psicología Iberoamericana*, 5 (3) pp. 6-12. México: Universidad Iberoamericana.

Eguiluz, L. (2001a). *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. Universidad Autónoma de Tlaxcala.

Eguiluz, L. (2001b). *Supervisión de casos en grupos pequeños*. SAPTEL. Cruz Roja Mexicana.

Espejel, E. (1997). *Manual para la escala de funcionamiento familiar*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala, departamento de educación especializada.

Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio. Como abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.

Fried, D. y Fuks, S. (1992). Conversaciones terapéuticas. Entrevista a Harold Goolishian, en: *Psicoterapia y familia*, 5 (1) pp.38-46. México: Asociación mexicana de terapia familiar.

Gelso, C. (1992). Realities and emerging myths about brief therapy. En: *Counseling psychologist*, 20 (3), pp. 464-471.

Gingerich, W. y Eisengart, S. Solution-focused brief therapy: a review of the outcome research. En: *Family process*, 39 (4). Pp. 477-498.

González, S. (1999). Algunas categorías diagnósticas de la hipnoterapia eriksoniana. [Artículo de internet]. En: *Revista electrónica de psicología clínica Iztacala*, 3 (1). México: UNAM, Campus Iztacala.

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicología/psclin/principal.html>

Grinder J. y Bandler, R. (1982). *De sapos a príncipes*. Chile: Cuatro vientos.

Gutiérrez, A. (1996). *La perspectiva de género y la visión eriksoniana en un caso de divorcio*. Tesis de Master of Arts in Family Counseling and Therapy. México: Universidad de las Américas, campus ciudad de México.

Gutiérrez, F. (1999). *Terapia breve. Hipnosis eriksoniana, terapia de orientación sistémica, psicología traspersonal*. Tomo I. México: CEFAP.

Gutiérrez, F. *Terapia breve. Hipnosis eriksoniana, terapia de orientación sistémica, psicología traspersonal*. Tomo II. México: CEFAP.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Argentina: Amorrortu.

Haley, J. (1986). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erikson*. Argentina: Amorrortu.

Hernández, G. (1999). *Paradigmas en psicología de la educación*. México: Paidós.

Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

Hung-Hsiu, T. y Ng, K. (2000). I Ching, solution-focused therapy and change: a clinical integrative framework. En: *Family Therapy*, 27 (1) pp. 47-58. California: Journal of the California graduate school of family psychology.

Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. En: *Revista de sistemas familiares*, 10 (1) abril. [Artículo de internet].

<http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/2556/proceso.htm>

Kenney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.

Kunh, T. (1975). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Lozano, A. (1999). *Modelo educativo de la maestría en Educación con especialización de la universidad virtual*. [Artículo de internet]. México: ITESM.<http://www.iuv.itesm.mx/programas/maestria/mee>

Ludewig, K. (1996). *Terapia sistémica*. Barcelona: Herder.

Magnuson, S. y Norem, K. (1997). Marital counseling: An integrated brief therapy approach. En: *Family Journal*. 5 (4). Pp. 235-239.

Maldonado, I. (1997). Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en terapia familiar. En: *Revista de Psicología Iberoamericana*, 5 (3) pp. 13-21. México: Universidad Iberoamericana.

Mastache, C. (1996). *Antecedentes, evolución y tendencias contemporáneas en la terapia familiar sistémica*. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de psicología: UNAM.

Mastache, C. (2000). *La co-construcción del proceso terapéutico: La perspectiva del paciente y la perspectiva del terapeuta*. Tesis de maestría en psicología clínica. Facultad de psicología: UNAM.

Mayer, R. (1999). La magia de la metáfora. En: Gutierrez, F. *Terapia Breve. Tomo I*. México: CEFAP.

Miller, G. y de Shazer, S. (2000). Emotions in solution-focused therapy: a re-examination. En: *Family process*, 39 (1). Pp. 5-23

Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (1991). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.

- Minuchin, S. Lee W. y Simon, G. (1998). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moctezuma, M. y Desatnik, O. (2001). *Programa de residencia en terapia familiar*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Musitu, G. (1993). *Psicología de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Nardone G. y Watzlawick P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone G. y Watzlawick P. (1999). *Terapia breve: filosofía y arte*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, S. y Bertolino B. (2001). *Bill O'Hanlon: Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. (1989). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erikson*. Argentina: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Hudson P. (1996). *Amor es amar cada día*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis M. (1993). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Pakman, M. (1996). *Construcciones de la experiencia humana: Volumen I*. Barcelona: Gedisa.

- Penn, P. (2001). Chronic illness: trauma, language and writing: breaking the silence. En: *Family process*, 40 (1). Pp. 33-52.
- Pesceti, L. (1995). *¡Qué fácil es estar en pareja! 18579 consejos básicos*. México: Planeta.
- Piercy, F., Lipchik, E. y Kiser, D. (2000). Miller and de Shazer's article on "Emotions in solution-focused therapy". En: *Family process*, 39 (1), pp. 25-28.
- PNLnet. El portal de PNL en la red. (2001). *Milton Erikson* (sección: colaboradores). [Artículo de internet].
<http://www.pnlnet.com>
- Robles, T. (1991). *Terapia cortada a la medida. Un seminario eriksoniano con Jeffrey K. Zeig*. México: Instituto Milton Erikson de la Ciudad de México.
- Rosen, S. (1986). *Mi voz irá contigo: Los cuentos didácticos de Milton H. Erikson*. México: Paidós.
- Sagan, C. (1997). *El mundo y sus demonios. La ciencia como una luz en la oscuridad*. Barcelona: Planeta.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Santa E. (1998). What do you do after asking the miracle question in solution-focused therapy?. En: *Family therapy*, 25 (3) pp. 189-196. California: Journal of the California graduate school of family psicology.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas*. Barcelona: Gedisa.

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

Simon, F., Stierlin H. y Winne L. (1988). *Vocabulario de terapia familiar*. Argentina: Gedisa.

Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Argentina: Amorrortu.

Urbina, M. (1999). *La familia como equipo reflexivo*. Tesis de maestría en psicología clínica. Facultad de psicología: UNAM.

Von Glasersfeld, L. (1995). Despedida de la objetividad. En: Watzlawick P. y Krieg P. *El ojo del observador*. Barcelona: Gedisa.

Watzlawick P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.

Watzlawick P., Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Watzlawick P. y Nardone G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.

Watzlawick P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

Wiener, N. (1981). *Cibernética y sociedad*. México: Consejo nacional de Ciencia y Tecnología.

Wilburn, M. (1999). *Terapia familiar con equipo reflexivo*. Tesis de maestría en psicología clínica. Facultad de psicología: UNAM.

Winkin, Y. (1984). *La nueva comunicación*. España: Kairós.

Wolberg, L. (1977). *La técnica de la psicoterapia*. Woberg Grune & Stratton New York and london (Traducción de la universidad iberoamericana).

www.brieftherapy.com (2001). *Who is Bill*. [Artículo de internet]. Estados Unidos.

Zeig, J. y Gilligan, S. (1994). *Terapia breve: Mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.

EPISTEMOLOGIA LINEAL	EPISTEMOLOGIA CIRCULAR
<ul style="list-style-type: none"> • Se basa en la 1ª ley de la termodinámica. (no hay cambio) • Se basa en la linealidad, un suceso A es causa de uno B, que es causa de uno C, etc. esto hace que exista una búsqueda en el pasado de elementos causantes del problema actual. • Se basa en el método analítico (el todo es igual a la suma de sus partes). • Hay un énfasis en la individualidad. • Se piensa que hay una objetividad, se puede tener una certeza de observar la realidad. • Se considera al lenguaje como representación del mundo real. • En el trabajo terapéutico se considera que el terapeuta es el experto. Esto implica la existencia de jerarquías. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se basa en la 2ª ley de la termodinámica (se concibe que todo esta en proceso continuo cambio). • Se basa en la circularidad: un suceso A, a la vez que es causa de B, es afectada también por ésta. Se concibe que en el sistema hay retroalimentación. • La investigación se basa en analizar al sistema en su totalidad. (el todo además de no ser igual, es mayor que la suma de sus partes). • El énfasis es en el sistema y sus interacciones. • Se considera a la subjetividad como única fuente para analizar la realidad. (se entiende que las contradicciones son producto de diferentes puntos de vista del mismo objeto de estudio). • Se considera al lenguaje como constructor de la realidad. • No hay jerarquías en la relación terapéutica, paciente y cliente co-construyen una nueva realidad.

Cuadro 1. Basado en : Ceberio, M (1999)

ANEXO 2

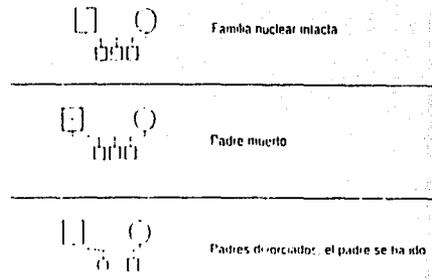
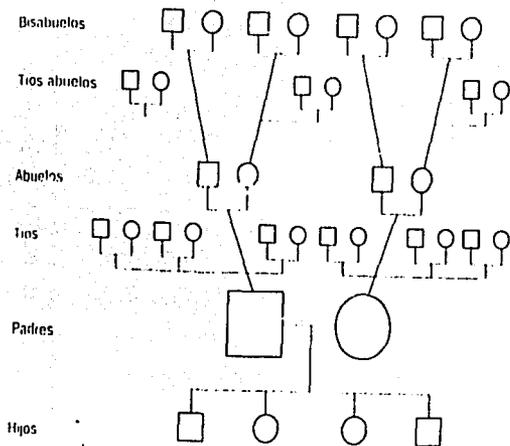


Figura 6-3

Femenino	Masculino
Edad	Edad de lactancia en rojo
Paciente identificado femenino	Paciente identificado masculino
Matrimonio	Divorcio
Separación	Unión libre

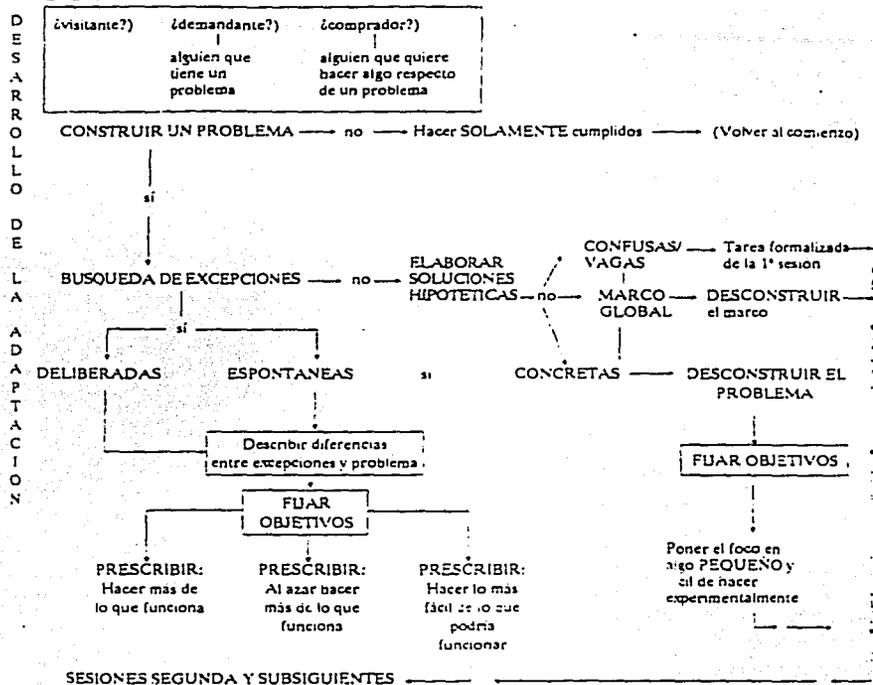
Símbolos y nomenclatura

	Padre divorciado	Padre	Madre
		Hijo	Hija
	Madre vuelta a casar	Padrastro	Madre
		Hijo	Padre
	Hijo que no acepta al padrastro	Madre	Padrastro
		Hijo	
	Embrazo		Anexo espontáneo
	Aborto		Muerte al nacimiento
	Hijo adoptivo		Gemelos idénticos
	Gemelos fraternos		

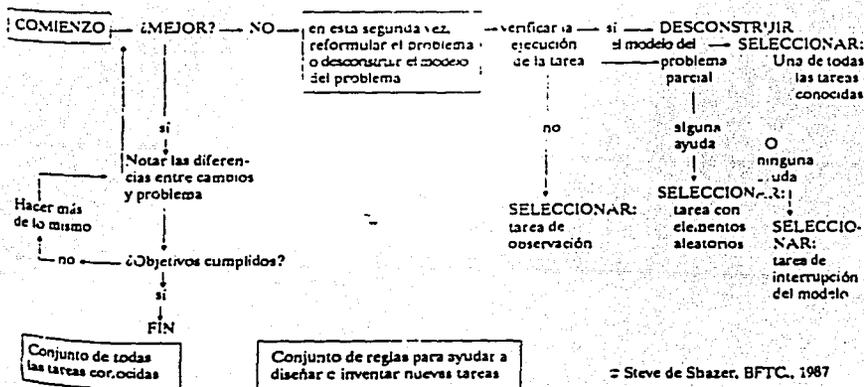
021

ANEXO 3

COMIENZO:



SESIONES SEGUNDA Y SUBSIGUIENTES



ANEXO 4

EVOLUCION DE LOS MODELOS DE TERAPIA SISTEMICA.

MODELO Y REPRESENTANTES	OBJETIVO DE LA TERAPIA.
Estructural Salvador Minuchin (trabajó en Filadelfia y actualmente en Nueva York, Estados uNIDos)	Reestructurar el sistema familiar con el fin de crear una familia funcional.
Sistémico de Milán. Mara Selvini, Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin (Milán, Italia).	Romper el estilo de comunicación de la familia que propia conductas de tipo patológico por nuevas reglas acerca de esta comunicación y de la forma de comportarse en el sistema familiar.
Estratégico. Jay Haley (Filadelfia; Estados Unidos).	Reestructurar a la familia, principalmente se busca eliminar alianzas que crean luchas por el poder y atacan a algún integrante del sistema familiar.
Hipnoterapia. Milton Erikson (Arizona, Estados Unidos).	Modificar la percepción del cliente acerca de la situación problemática que lo lleva a terapia. Traer al nivel consciente recursos que ayuden al cliente.
Comunicacional. Grupo del MRI (Palo Alto, California; Estados Unidos).	Se busca analizar el estilo de comunicación de un sistema con base en lo axiomas y las patologías de la comunicación realizando intervenciones para intervenir sobre éstas.
Breve centrado en el problema. Grupo del MRI (Palo Alto, California, Estados Unidos).	Evitar seguir con conductas repetitivas que se realizan para solucionar el problemas y que se vuelven círculos viciosos que lo retroalimentan.
Breve centrado en las soluciones. Steve de Shazer del CBT de (Milwaukee, Estados Unidos). William O'Hanlon (Estados Unidos)	Buscar excepciones al problema que son aprovechadas como soluciones a éste buscando que se repitan y amplifiquen a todos los ámbitos donde se desarrolle el cliente.

ANEXO 5

TEORIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

AXIOMAS	PATOLOGIAS
Es imposible no comunicarse.	Aparecen al tratar de evitar la comunicación.
En toda comunicación hay un aspecto de contenido y otro de relación.	Aparecen al existir un desacuerdo en cualquiera de los niveles, ya sea relacional o funcional.
La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de la comunicación entre los comunicantes.	Hay desacuerdo sobre la puntuación de los hechos.
En la comunicación humana existe una parte digital y otra analógica.	Se traduce lo digital como analógico y viceversa. Pueden existir acuerdos en un nivel, pero desacuerdos en el otro.
Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.	Existen luchas por el poder o descalificaciones de un integrante del sistema hacia otro.

Tomado de: Watzlawick, Beavin y Jackson (1981). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.