



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**"MRI, MILÁN, ESTRATÉGICA Y SOLUCIONES:
ESCUELAS CLÁSICAS DE LA TERAPIA SISTÉMICA"**

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

IRMA NATALIA PAREDES BARRIOS

DIRECTOR: LIC. PEDRO VARGAS AVALOS

JURADO: LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ
LIC. VICENTE CRUZ SILVA
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ



MÉXICO D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mi mamá:

Con cariño y amor; por su esfuerzo y dedicación en mi educación.

A mi papá:

Con cariño y amor; por su apoyo incondicional y sobre todo por enseñarme el amor al estudio.

A mi hermana:

Con cariño y amor; por su apoyo, cariño y confianza.

AGRADECIMIENTOS

Al Lic. Pedro Vargas Avalos:

Por su apoyo y asesoría
en el desarrollo del pre-
sente trabajo.

A cada uno de mis profesores del diplomado de Terapia Sistémica:

Por haberme compartido sus
conocimientos y guiarme en el
desarrollo del presente trabajo.

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Marco de referencia del diplomado.....	4
Marco de referencia de la terapia sistémica en general.....	5
Descripción del contenido.....	6
Capítulo I.....	7
Marco Epistemológico.....	7
Antecedentes	8
Principales conceptos de la epistemología cibernética	10
Postura comunicacional de Bateson.....	10
Capítulo II	13
Enfoque del	13
Mental Research Institute	13
Orígenes y principales exponentes del modelo.....	14
Supuestos principales	14
Cómo se concibe el problema	15
Como se explica el cambio	16
Principales técnicas y procedimientos	18
Reporte del caso clínico	21
Mapa epistemología cibernética.....	24
Capítulo III.....	27
Enfoque estratégico.....	27
Orígenes del modelo	28
Supuestos principales	28
Como se concibe al problema	29
Como se explica el cambio	29
Etapas	30
Principales técnicas y procedimientos	32
Reporte de caso clínico	36
Mapa epistemología cibernética.....	39
Capítulo IV.....	42
Enfoque de soluciones.....	42
Orígenes y principales exponentes del modelo.....	43
Premisas	44
Premisas. Valores y fundamentos filosóficos	44
Cómo se concibe el problema	45
Cómo se explica el cambio o la solución.....	45
Principales técnicas y procedimientos	45
Reporte del caso clínico	47
Mapa epistemología cibernética.....	50
Capítulo V.....	52
Enfoque de Milán.....	52
Orígenes y principales representantes.....	53
Principios de la terapia	54

La convocatoria	54
Los principios base	55
Principales técnicas y procedimientos	56
Preguntas	56
Rituales	57
La connotación positiva	57
Reporte del caso clínico	57
Mapa epistemología cibernética	59
Capítulo VI	61
Análisis y Conclusiones	61
Experiencia de aprendizaje	62
Reflexión epistemológica	62
Experiencia profesional, que significado y que tanto se alcanzó (supervisión de casos y practicum)	62
Bibliografía	64

Resumen

El propósito del presente texto es el de ofrecer una exploración introductoria en algunos de los temas principales de la Terapia Sistémica: Epistemología cibernética y los modelos de terapia sistémica dominantes (del Mental Research Institute, Terapia Orientada a las Soluciones, Terapia Estratégica, Escuela de Milán). A modo de reconocer el que es una alternativa terapéutica que busca cumplir con las expectativas de proporcionar bienestar a distintas problemáticas o situaciones que tanto como el individuo, la pareja o la familia presenta en cierto punto de su historia, están proyectadas a mantener lo que es la salud mental y estabilidad emocional.

Introducción

Marco de referencia del diplomado

La investigación psicológica en las últimas dos décadas señala de manera consistente que el deterioro del comportamiento adaptativo constituye el componente central de numerosos problemas de salud pública.

En estos términos resulta de suma importancia el presentar una alternativa terapéutica para el problema de la salud mental que lo comprenda en una dimensión más amplia (que vaya más allá del individuo en aislado) y que con esto promueva una mayor cobertura para la prevención y tratamiento de los trastornos emocionales.

En los últimos diez años la configuración de los campos profesionales de la psicología se ha visto modificada, y uno de los campos que ha crecido en este periodo es el de la terapia sistémica.

El enfoque sistémico se ha construido en la actualidad como una alternativa que ofrece nuevas posibilidades para el trabajo terapéutico al considerar un acercamiento a los sistemas de relación humanos en conjunto, permitiendo la reflexión sobre los supuestos básicos acerca de las condiciones y posibilidades de un comportamiento social y en consecuencia de una psicoterapia.

Las instituciones que ofrecen la formación en México son de carácter privado y público siendo más predominantes las primeras. En ese contexto es importante resaltar que el servicio al público es limitado y costoso. Cada institución proporciona un servicio a bajo costo únicamente en casos especiales con fines pedagógicos.

Es importante así, señalar que sólo de modo reciente comienzan a difundirse diversos programas a nivel de instituciones de la Salud Pública con esta modalidad. Por lo que es de mucha importancia la participación de la UNAM en este proceso de desarrollo y ajuste de esta perspectiva en el ámbito de la Salud Mental en nuestro país.

Dentro de la Universidad Nacional Autónoma de México no existe ningún programa de posgrado (Maestría o Doctorado) que fomente de manera específica el desarrollo

profesional y disciplinario de la Terapia Sistémica. En algunas escuelas de la UNAM existen grupos de profesores que han desarrollado proyectos con vías a difundir esta aproximación, pero dentro de los planes y programas de estudio, de actualización o formación profesional no existe ningún proyecto orientado al desarrollo de habilidades profesionales para el ejercicio de la terapia sistémica, la cual no es simplemente un método de tratamiento, es toda una nueva forma de conceptualizar los problemas humanos, de entender y de comprender el desarrollo así como sus soluciones.

Marco de referencia de la terapia sistémica en general

Basándose en una epistemología, esta aproximación ofrece otra manera de pensar sobre la naturaleza del orden y la organización de los sistemas vivientes, un cuerpo unificado de teoría tan global que arroja luz sobre todas las esferas particulares de la biología y el estudio de la conducta.

Esta aproximación epistemológica es una nueva manera de mirar al mundo, que en términos generales se refiere a la noción de información, organización y a los procesos de comunicación tal cual ocurren dentro de los sistemas. Permite un proceso educativo y de investigación por medio del diálogo, cuya perspectiva es una ampliación y precisión de los significados asimilados y la apertura hacia metas más satisfactorias.

El impacto que ha tenido este enfoque en la práctica terapéutica se puede explicar a partir de las siguientes características:

- . Su forma de conceptualización del proceso de cambio hace posible el proceso terapéutico en términos temporales definidos y por lo común breves.
- . Su aproximación a los problemas humanos es no-patologizante y propicia la atención a una población clínica muy diversa.
- . La capacitación para practicar este enfoque puede ser definida con objetivos precisos y en plazos definidos.

Descripción del contenido

El presente trabajo se ha dividido en seis capítulos, presentando en el capítulo I el marco epistemológico, los antecedentes, y los principales conceptos de la epistemología cibernética.

En el capítulo II, se hace referencia al enfoque del Mental Research Institute, a sus orígenes, principales exponentes del modelo y supuestos principales del modelo, se menciona cómo se explica el cambio y cómo se concibe el problema, las principales técnicas y procedimientos; así como el reporte de un caso clínico, la presentación y explicación del mapa de epistemología cibernética del MRI.

El capítulo III, corresponde al enfoque estratégico, se describen sus orígenes, principales exponentes del modelo y supuestos principales del modelo, se menciona como se explica el cambio y como se concibe el problema, las principales técnicas y procedimientos; así como el reporte de un caso clínico, la presentación y explicación del mapa de epistemología cibernética del enfoque estratégico.

El capítulo IV, está referido a la presentación del enfoque de soluciones, a sus orígenes, principales exponentes del modelo y supuestos principales del modelo, se menciona como se explica el cambio o la solución y como se concibe el problema, las principales técnicas y procedimientos; así como el reporte de un caso clínico, la presentación y explicación del mapa de epistemología cibernética del enfoque de soluciones.

El capítulo V, se expone el enfoque de Milán, a sus orígenes, principales exponentes del modelo, se menciona como se explica el cambio y como se concibe el problema, principios de la terapia, las principales técnicas y procedimientos; así como el reporte de un caso clínico, la presentación y explicación del mapa de epistemología cibernética del enfoque de Milán. Finalmente el capítulo VI, se dedica al análisis y a las conclusiones.

Capítulo I

Marco

Epistemológico

Antecedentes

El 11 de mayo de 1942 se efectuó la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la *Fundación Josiah Macy Jr.* El nombre de aquella primera conferencia fue el de "Inhibición Cerebral". El tema que flotaba en el aire durante aquella conferencia era el trabajo de Rosenbluth, Weiner y Julian Bigelow acerca de la importancia de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional. Dicho trabajo nos explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y más aún como su conducta está en función de una cierta finalidad a la que tiende en todo momento sólo para corregirse y de este modo auto-regularse.

Es importante mencionar que en los años cuarentas, tener una explicación que permitiese explicar la dinámica de interacción de un conjunto de elementos agrupados bajo algún tipo de condición diferente al azar, resultaba muy interesante. Se sabía que los organismos se auto-mantienen por si mismos, pero el cómo se lograba esto, no se tenía claro.

A aquella primera reunión asistieron el matemático John von Neuman, el fisiólogo mexicano Lorente de No, otro fisiólogo mexicano Arturo Rosen-bluth, el matemático Walter Pitts, el neurofisiólogo Warren McCulloch, los antropólogos Gregory Bateson, Margaret Mead, Milton Erickson y Lawrence Kubie, por mencionar a los más importantes.

Este fue el inicio de una serie de 10 conferencias más desde 1942 y hasta 1953. Los participantes variaron con los años, pero esencialmente se mantuvo la temática que se había de tratar "Los mecanismos de retroalimentación y sistemas Causales Circulares en los Sistemas Biológicos y Sociales".

Se ha considerado que las conferencias propiciaron uno de los giros epistemológicos más importantes en el campo de la ciencia, ya que se propusieron nuevas formas de explicación no sólo en el campo de la ingeniería sino también en la biología y el área social.

Algunas de estas aportaciones conceptuales que circularon por vez primera durante estos encuentros:

- En la reunión de 1946, Wiener y Von Neuman introdujeron la diferencia entre las claves analógicas y digitales.
- Se comenzó a hablar de Retroalimentación negativa y positiva.
- De la Medición de la información y su relación con el concepto de entropía (la información como el equivalente de la Negaentropía, el orden).
- La teoría tipológica de Russell (más popularmente señalados como teoría de los tipos lógicos).
- Se habló también en esas conferencias de las oscilaciones "patológicas" de una computadora frente a la paradoja Russeliana.
- De cómo los sistemas de comunicación dependen de la información y no de la energía.
- Wiener habló de como es posible comprender la comunicación en distintos niveles de tipo lógico (o niveles de abstracción).

En aquellas conferencias asistieron algunas otras personalidades como Heinz von Foerster, Laurence Kubie, Kurt Lewin, Ross Ashby, Anatole Rappaport, Claude Shannon. Coincidían todos ellos en que estaban frente a un nuevo campo científico, un nuevo paradigma para la investigación.

Cabe señalar que uno de los principales animadores de estas conferencias fue Gregory Bateson, insistió a McCulloch al finalizar la segunda guerra mundial para que organizase la conferencia del 46, incluso se encargó de invitar a muchos de los participantes de las llamadas ciencias blandas al encuentro.

Se puede observar que muchos de estos conceptos son de uso común en el discurso de Bateson, y por supuesto de los practicantes de la Terapia Sistémica. Es en el contexto de las conferencias de Macy que Bateson se adueña de una gran cantidad de herramientas conceptuales que le serán útiles más tarde para plantear constructos como el "Doble Vínculo" en su investigación sobre la comunicación en pacientes esquizofrénicos. Es de las conferencias de Macy que adopta la perspectiva de una epistemología cibernética para su trabajo. Es sin duda en las conferencias de Macy que se gesta el tipo de pensamiento que articula lo que ahora llamamos Terapia Sistémica (Vargas, 2007).

Principales conceptos de la epistemología cibernética

La epistemología “es un conjunto de técnicas analíticas y críticas que definen los límites de los procesos del conocimiento” (Keeney, 1994; Pág. 27).

Para Bateson con otra perspectiva, es “de que manera los organismos o agregados de los organismos particulares *conocen, piensan y deciden*” (p. 27).

Dos conceptos importantes de la epistemología cibernética son el de distinción y puntuación, el primero es un “mandato básico obedecido consciente o inconscientemente” (Pág. 33) y el segundo es el “empleo de la distinción para crear la indicación” (Pág. 40).

Otros conceptos importantes son marco, tipos lógicos, recursión y doble descripción: El primer concepto se refiere a “segmentos puntuados de un sistema de interacción” (Pág. 41). El segundo se refiere a la “manera de trazar distinciones para poner de relieve la autorreferencia y la paradoja” (Pág. 46). El tercer concepto menciona que “un proceso vuelve a su comienzo a fin de marcar una diferencia que permite al proceso volver a su comienzo (Pág. 76) y el último el de doble descripción es una “herramienta epistemológica que nos permite generar y discernir diferentes ordenes de pautas” (Keeney, 1987, pág. 54).

Se puede observar que estos conceptos de la epistemología cibernética son de uso común en el discurso de Bateson.

Postura comunicacional de Bateson

Gregory Bateson en su libro *Mind and nature* (1979) citado en Keeney y Ross (1993), sostuvo que son descripciones múltiples, y no descripciones singulares, las que nos permiten construir una concepción sistémica del vínculo y la interacción de los seres humanos. Cuando dos personas interactúan, cada uno de los miembros tiene una visión particular de su flujo de interacción. Si un observador las combina a ambas, surgirá una percepción del sistema total. Bateson llamo “descripción doble” a esta visión múltiple, y la comparó a la visión binocular. Llego a la conclusión de que “combinar diversas piezas de información” define una vía de acceso a las “pautas que conectan” y prescribió una

particular metodología científica la modalidad de búsqueda de la ciencia llamada “epistemología” supone la comparación de visiones múltiples.

Esta idea de visiones múltiples se puede extender, en terapia, a la tarea de comprender y organizar la comunicación.

Una amplia variedad de posiciones teóricas sostienen que la experiencia se estructura en función de pares, dualidades o distingos, y que pautas, valores e ideales o tendencias de conducta están siempre presentes en todo momento justo con su opuesto polar. Sólo la acentuación relativa que se da a cada polo y las maneras de estar ordenadas su expresión simultánea tiende a cambiar.

Se puede considerar a la terapia de una manera similar: una comunicación particular puede ser vista como mitad de un par, dualidad o distingo. Si un cliente demanda ser librado de sus periodos de depresión, se entenderá que también comunica (por lo común en un nivel diferente) su deseo de conservar las consecuencias sociales positivas que le procuran los episodios de depresión.

En general todos los distingos proponen comunicaciones múltiples. No se puede mencionar el cambio sin connotar la estabilidad; ni la autonomía va sin la interdependencia, ni las partes sin el todo, ni la competencia sin la cooperación. Cuando se establece una diferenciación, son siempre posibles dos maneras de ver sus lados: se puede hablar de su distingo o de su diferenciación.

Un observador entonces, puede percibir todos los distingos de la terapia como 1) una dualidad de opuestos que se excluyen, o 2) una complementariedad recursiva de lados que están referidos a ellos mismos. Complementariedad recursiva, denota la consideración de un distingo en un orden superior, con el acento puesto en la interacción entre sus diferentes lados. Para interactuar los dos lados, es preciso que mantengan una diferencia, al tiempo que su interacción los conecta como sistema total. Entonces la complementariedad recursiva indica la manera en que los diferentes lados de una relación participan en una conexión complementaria, sin embargo de permanecer distintos.

Por lo que las terapias se construyen por medio del trazado recursivo de distingos y de distingos sobre distingos. De esta manera ideas, pautas y sistemas mentales globales

participan de marcos de referencia en deslizamiento perpetuo. Hacer terapia es ir en busca de marcos semánticos y políticos, interrelacionados como complementariedades recursivas.

La cibernética del cambio terapéutico. El cambio y la estabilidad representan una gestalt complementaria en cibernética. Lo que se mantiene estable o balanceado es un sistema cibernético auto correctivo y lo que cambian son las conductas dentro de ese sistema. No obstante, todo sistema es parte de un sistema cibernético de orden superior, y así sucesivamente hasta el infinito. (Keeney, 1987) Dentro del contexto terapéutico, el sistema perturbado comunica un mensaje que demanda estabilidad para la identidad o supervivencia del sistema, a la vez que comunica otro mensaje que demanda cambio para la particular manera en que a si mismo se mantiene.

Según Ross Ashby (1956) y Gregory Bateson (1979) citados en Keeney y Ross (1993), todo cambio adaptativo necesita de una fuente de “novedad”, de la que se pueden extraer diferentes conductas, opciones, estructuras, pautas. A lo que Ashby y Bateson llamaron “azar” a esta fuente de novedad, es importante tener en cuenta que no todas las fuentes de azar o de ruido son eficaces en la terapia. Es preciso que los clientes, lo mismo que los terapeutas, crea que hay ahí una comunicación no solo nueva para ellos, sino que tiene significado por lo que Keeney y Ross lo prefieren llamar “ruido significativo”.

Ruido significativo denota un proceso de cambio de orden mas elevado. En este nivel, un sistema cibernético demanda tanto un cambio del cambio, cuanto una nueva modalidad de estabilizar su estabilidad. Para conseguirlo se necesita una tercera comunicación que proporcione una fuente significativa del azar, desde la cual se pueda construir una pauta de organización diferente y, se espere, que esta sea más adaptativa.

Capítulo II

Enfoque del Mental

Research Institute

Orígenes y principales exponentes del modelo

El modelo de terapia breve del MRI fue elaborado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, California.

El Mental Research Institute fue fundado bajo la iniciativa de Don Jackson en 1959, el grupo estaba conformado originalmente por Jules Riskin y Virginia Satir. Posteriormente se integraron Haley, Weakland y Watzlawick. Gregory Bateson fungía como investigador asociado y profesor. En ese tiempo el grupo se interesaba a la interacción, los temas humanos, la cibernética y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico, donde se incorpora el aspecto emocional de la comunicación, como producto de una amplia variedad de conductas y comunicación humanas.

Esta teoría afirma que toda comunicación implica la utilización de clases y categorías. Su interés se enfoca en la aparición de síntomas de clasificación en la comunicación, que generan una paradoja. Se da principal atención a la manera en que se transmiten dos o mas mensajes o metamensajes y a su relación reciproca, así como a la clasificación de estos para la producción de paradojas basadas en los tipos lógicos de Russell. La teoría del doble vínculo se concreto gracias a las aportaciones y deducciones de Bateson, formuladas a partir de las características de la comunicación del paciente esquizofrénico, quien presenta en su discurso una confusión de mensaje y metamensaje (Espinoza citado en Eguiluz, 2004).

Supuestos principales

No busca patologías, dado que las cosas que pasan son un fenómeno social y no individual, así como tampoco es normativa ya que no se plantea un “deber ser”; sino que cada persona lo establece.

El modelo es un sistema de creencias, opiniones o mitos. No pretende presentar la realidad o la verdad, sino una idea de eficacia este modelo no intenta que el paciente se conozca mas o clarificar la verdad sino redefinirla con lo que se demuestra que hay otras maneras de ver la realidad.

Considera que toda conducta, se cual fuere su relación con el pasado o con los factores de la personalidad individual, esta configurada o conservada de manera continua por los esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que presenta tal conducta. Por lo tanto le interesan los circuitos interactivos que mantiene el comportamiento problemático.

Se interesa por la definición precisa de intervenciones que tienen por objetivo bloquear o interrumpir los circuitos que son considerados externos al terapeuta-observador.

Se considera que los problemas se dan por un mal manejo de las dificultades cotidianas o por una mala adaptación a transmisiones en el ciclo de la vida, y que los cambios solo pueden ocurrir en la conducta, si uno deja las soluciones que perpetúan el problema, y a su vez se pueden intentar nuevas soluciones que sean diferentes.

Se trabaja con un solo problema por tratamiento en el cual se esperan efectos colaterales en las habilidades de solución de los problemas. La terapia es breve, generalmente no es mayor a diez sesiones.

Cómo se concibe el problema

Se hace una distinción entre dificultades y problemas. Las dificultades son un estado de cosas indeseables que pueden resolverse mediante un acto de sentido común para el cual no se necesita de una capacidad especial para resolver problemas. En cuanto a los problemas, se pueden considerar callejones sin salida, de crisis y de situaciones al parecer insolubles, creadas y mantenidas al enfocar mal las dificultades.

Se habla de tres maneras de enfocar mal las dificultades, o de los requisitos para que una dificultad se haga problema:

. Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad; es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.

. Intentar un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente, es decir, se emprende una acción cuando no se debería emprender.

. Cometer un error de tipificación lógica, se intenta un cambio 1 cuando se requiere un cambio de tipo 2, o viceversa la acción es emprendida a un nivel equivocado.

Son importantes estos tres modos de enfocar mal el cambio, ya que en ocasiones se prefiere negar los problemas y atacar a aquellos que los señalan o que intentan enfrentárseles en este caso la persona hace simplificaciones del problema también se puede dar el caso del utópico que ve una solución donde no hay ninguna, o el caso de las paradojas en las cuales el individuo intenta provocar algo que es de por si natural (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

Como se explica el cambio

Fisch y Schlanger (2002) hacen referencia que el cambio favorece más cambios, a lo cual agrega que “los problemas requieren un esfuerzo continuo (la solución intentada) para persistir, cuando hay un cambio mínimo pero estratégico, creemos que se producirán más cambios en forma de onda expansiva o del efecto dominó. Es decir, en cuanto la persona deja de realizar lo que hace que persista el problema, empezara a ver un resultado positivo, y eso, a su vez, la animará a desviarse un poco de la solución intentada, y así sucesivamente. Esta reacción de onda expansiva es uno de los elementos que permiten que el tratamiento sea breve. “Agregando que el hecho de pedirle a la gente que solo piense en las señales de un cambio, incluso de un cambio pequeño, puede ser una intervención útil. Por que si el paciente piensa en una mejoría, significa que ha aceptado la premisa de que las cosas pueden cambiar o de que cambiaran, eso a su vez le permite tener una visión mas optimista sobre el resultado de la terapia, cuando la gente esta mas esperanzada u optimista, a veces reduce los esfuerzos desesperados que hacían para luchar contra el problema y eso puede provocar un cambio en el problema”.

La tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de modo distinto su problema o dolencia. Pero el cómo influyamos sobre otro individuo depende en gran medida de a quien intentamos influir, se trata de cómo se enmarca cualquier sugerencia que se haga, la postura es importante por que es una manera suncita de indicar un valor con el cual el cliente se halla comprometido y que se ha manifestado abiertamente. El hecho de saber cual es la posición del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que sea probable que el cliente acepte. Por lo que respecta al tratamiento, el terapeuta ha de estar atento a la

postura del paciente en relación con su dolencia y en relación con el tratamiento y/o terapeuta (Fisch, 1988).

Por otro lado Nardone y Watzlawick (1995) manifiestan que la comunicación y la interacción paciente - terapeuta representa, una contribución al cambio. De hecho a veces, la sola comunicación que se da entre paciente y terapeuta, puede producir efectos terapéuticos. Es necesario aprender el lenguaje del paciente y presentar la intervención en este mismo lenguaje o sistema representativo, de la misma forma es provechoso centrar la atención del paciente en cambios aparentemente triviales, en pequeños detalles de la situación. Se persigue con ello no dar la sensación al paciente de que se le somete a exigencias excesivas en lo que se refiere a la percepción de sus propios recursos personales, evitando así una posible resistencia suya al cambio. Agregan que en cuanto a la eficacia de una estrategia depende mucho del marco de sugestión con que se la presenta al paciente para inducirlo a una gran, y a veces involuntaria, colaboración terapéutica, esto es, a una predisposición para el cambio.

Para aprender este ambiente Fisch (1988), refiere que una cosa es saber cual es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra muy distinta tener la libertad de actuar en la forma que uno considere mas adecuada o, en otras palabras, ser capaz de poner en practica lo que uno juzgue mas apropiado para el transcurso del tratamiento. A esta libertad se le llama “capacidad de maniobra del terapeuta”, por que libertad es un término que indica un estado de relativa pasividad que permanece constante. En cambio, la capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten.

Principales técnicas y procedimientos

El grupo del MRI ha desarrollado un gran número de técnicas de intervención, algunas en términos de programas para problemas específicos. La eficacia de este enfoque no reside solo en los recursos técnicos directamente relacionados con el cambio de la solución intentada, sino también en un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia para que lleven a cabo las entrevistas y consta fundamentalmente de una redefinición a la que se suman tareas para realizar en casa (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1984)

Existen dos grandes categorías de intervenciones, las principales y las generales:

1. Las intervenciones principales, las cuales se utilizan después de haber recogido la información suficiente en el contexto formados por cinco intentos básicos de solución:

Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de manera espontánea. En esta categoría la dolencia es relativa al mismo paciente, por ejemplo: problemas de funcionamiento corporal o rendimiento físico, rendimiento sexual (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, coito doloroso, apatía sexual), funcionamiento intestinal (estreñimiento y diarrea), función urinaria (imposibilidad de orinar). Temores y tics, espasmos musculares, problemas de apetito, tartamudeo, dolor, dificultades respiratorias, insomnios, sudor excesivo, problemas de carácter (depresión), obsesiones, convulsiones, bloqueos creativos y de la memoria.

Intervenciones: Renunciar a los intentos de auto coacción y dejar de esforzarse, ordalías, prescripción del fracaso, prescripción del síntoma, redefinición del síntoma, rituales.

Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Hace referencia a estados de terror o de ansiedad como: fobias, timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento (hablar en público, miedo a los exámenes).

Intervenciones. Directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exige una ausencia de dominio o un dominio incompleto.

Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. Incluyen todos los conflictos en las relaciones interpersonales centrados en temas que requieren una mutua colaboración como: riñas conyugales, padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, disputas entre compañeros de trabajo y problemas entre hijos y adultos y padres de edad avanzada.

Intervenciones. Hacer que el cliente se coloque en una actitud de inferioridad, en una postura de debilidad para lo cual el terapeuta reestructurará la situación para que al mismo tiempo el cliente se sienta en una posición de autoridad; el terapeuta debe procurar una buena formulación de la tarea.

Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación. Lo que constituye una sencilla petición de sumisión a la cual podría responderse mediante una simple manifestación de rechazo o de aceptación se transforma en un intercambio generador de problemas, a la petición indirecta se le contesta con un rechazo indirecto y cada persona trata de convencer a la otra de que expresarse de modo indirecto es inútil.

La intervención consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud la formule de modo arbitrario, el terapeuta tiene que influir sobre el cliente con objeto de llevar esta variación.

Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia. Juego del acusador y el defensor. Se encuentran acusaciones de infidelidad, dificultades en las relaciones laborales.

Intervenciones. Esta intervención recibe el nombre de interferencia, y con ella se reduce el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales al no haber modo de saber si realmente se está refiriendo a los hechos en cuestión, por ejemplo: “Tienes razón no soy divertido”. Estructura la tarea de modo que sea imposible discriminar si se ha hecho o no por ejemplo: a un adolescente indigno de confianza, se le pide que haga algo que sus padres aprobarían si decirle a ellos en que consiste.

2. Las intervenciones generales: se pueden utilizar con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. También se pueden utilizar para averiguar si es suficiente con ella para solucionar el problema, las cuales son:

El indicarle al paciente que no se apresure en la solución del problema. Se aplica para pacientes que argumentan la necesidad de ver cambios rápidos. Donde resulta fundamental, no aceptar por sentirse presionado, porque se pierde capacidad de maniobra. Por ejemplo, puede sugerírsele que “necesitamos averiguar paso a paso el porcentaje del cambio óptimo, noción que no tiene que coincidir con el máximo, los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren demasiado pronto”.

El preguntarle al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. Se aplica a determinadas clases de resistencia del paciente, se expone algún posible inconveniente para el cliente o para alguien allegado a él, de la mejoría.

Hacer un cambio de dirección aquí el terapeuta varía de postura, de estrategia, y al hacerlo, le da al paciente una explicación de dicha variación, cuando comprende que a pesar de sus sugerencias no está avanzado el cliente hacia la solución del problema. Se sugiere que en respuesta a una queja del cliente el terapeuta adopte una posición de simulada inferioridad y agradece al paciente que le haga abandonar esa línea de trabajo y lo conduzca a una más adecuada.

Discutir acerca de cómo se puede empeorar el problema. Hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continúa realizando sus acciones anteriores, y enfatiza como el paciente desempeña un papel activo en la persistencia del problema, puede preguntarse ¿sabe como lograr que el problema empeore? Esto resulta útil en dos casos: al principio de la terapia con clientes ambiguos o que ofrecen resistencia o cerca ya del final para reforzar el proceso obtenido (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Reporte del caso clínico

a) Definición del problema o de la queja

T. ¿Cuál es el problema?

P. Bueno mire lo que pasa es que tengo muchos problemas, y no sé por cual empezar, bueno creo que lo que más me preocupa, es una relación que tuve hace como seis meses, que duró dos años con mi novio y desde siempre nuestra relación ha sido muy conflictiva, por que creo, que yo le he solapado muchas cosas y eso hace que él no vea que está mal, que tiene que cambiar y que tiene errores.

T. Tú tuviste una relación a ver corrígeme si me equivoco, que duró dos años, hace seis meses que terminó, y bueno ahorita tú dices que quieres venir a terapia, por que él no quiere cambiar ¿pero cual es en sí el problema que tú tienes con él ahorita?

P. Pues es que desde que yo me acuerdo, que empezó la relación, siempre nos hemos visto cuando él quiere, a la hora que él quiere, nos vemos de hecho hasta el tiempo que él quiere, y si yo quiero pasar mas tiempo con él no puedo por que ya tiene como medido su tiempo, me dice bueno pues ya me tengo que ir, y eso a mi me molesta mucho, por que siento que de alguna manera el no respeta mi tiempo, por que el nada mas me utiliza el tiempo que el quiere para salir, para platicar de sus cosas y cuando yo quiero platicar de mis cosas o comentar otra cosa o salir a donde a mi me gusta él ya se tiene que ir.

T. Muy bien, ahorita ¿Tú has salido con él?

P. Desde que terminamos acordamos que ya no nos íbamos a ver, y que cada quién con su vida, pero pues de hecho no ha sido así, y eso me molesta mucho porque cuando terminamos yo me había prometido ya no verlo, ya no salir con él, pero pues él me ha seguido buscando, y pues de hecho si lo he seguido viendo pero ya no como novios, ya nos vemos como amigos supuestamente pero sigue la misma situación, lo veo cuando él quiere y el tiempo que él quiere.

T. Muy bien, ¿Esto pasa durante la semana, o pasan meses?

P. Pues pasa como dos veces por semana, los fines de semana de plano no sé nada de él.

T. ¿Y entonces lo vez entre semana, cuando él te busca?

P. Si

T. Muy bien ¿Y en donde se da esto en tu casa o en otros lugares?

P. Bueno generalmente me habla por teléfono a la casa y queda de pasar por mí a una hora y es cuando salimos.

T. ¿Esto pasa nada mas cuando esta en tu casa o pasa cuando estas en otro lugar?

P. No, cuando estoy en mi casa.

b) Ejemplo representativo

T. Bueno, si fuera un video, si estuvieras viendo una película ¿Cómo sería eso?, nose el día que te llame, te valla a buscar y salgas.

P. Bueno pues la última vez que salimos, me habló a mi casa, quedó de pasar por mi, me invitó al cine, y yo le dije que si ¡Cómo siempre! Y pues pasó por mi, fuimos al cine, vimos la película, vimos la película que él quiso, en cuanto termino la película, empezó a hablar por teléfono en su celular y me dijo que nos apuráramos porque que ya se tenía que ir ya que tenía un compromiso, y pues a mi no me quedo de otra y le dije que estaba bien que me pasara a dejar a mi casa y me dijo que estaba bien y le quedo en llamarme.

c) Intentos de solución

T. ¿Has hecho algo para tratar de solucionar el problema?

P. Pues de hecho cuando terminamos, yo lo que intente fue ya no salir con él, cuando me hablara yo decirle que no podía salir, pero me salio al revés, por que cada vez que le decía que no podía salir con él, se enojaba, y yo pensaba que ya no me iba a insistir, pero no era así me seguía hablando, y bueno eso fue lo que intente, por que pensé que era una buena manera de ya no verlo, pero no me funcionó.

T. ¿Has hecho alguna otra cosa?

Bueno también es otro de mis problemas, por que a raíz de todo esto yo intente salir con otras personas y tener una relación con ellas, y no me ha funcionado por que salgo con esas personas una vez y ya no me dan ganas de volver a salir con ellas, no me ha funcionado tampoco salir con otras personas.

T. A parte de esto ¿Has hecho algo más?

P. También he cambiado mi forma de comportarme en la casa, por que ahora estoy muy irritable, también hay veces que me da por comer mucho, estoy muy ansiosa y estoy come, come y come, pero creo que es lo único que ha cambiado.

d) Definición de metas

T. ¿Tú que esperarías de la terapia?

P. Ay pues es que siento que esta relación con él, me ha afectado tanto que me ha hecho tener otros problemas, por lo que quisiera buscar la manera de ya no verlo, si yo creo que ya verlo, ser fuerte y firme en mis decisiones de ya no verlo más.

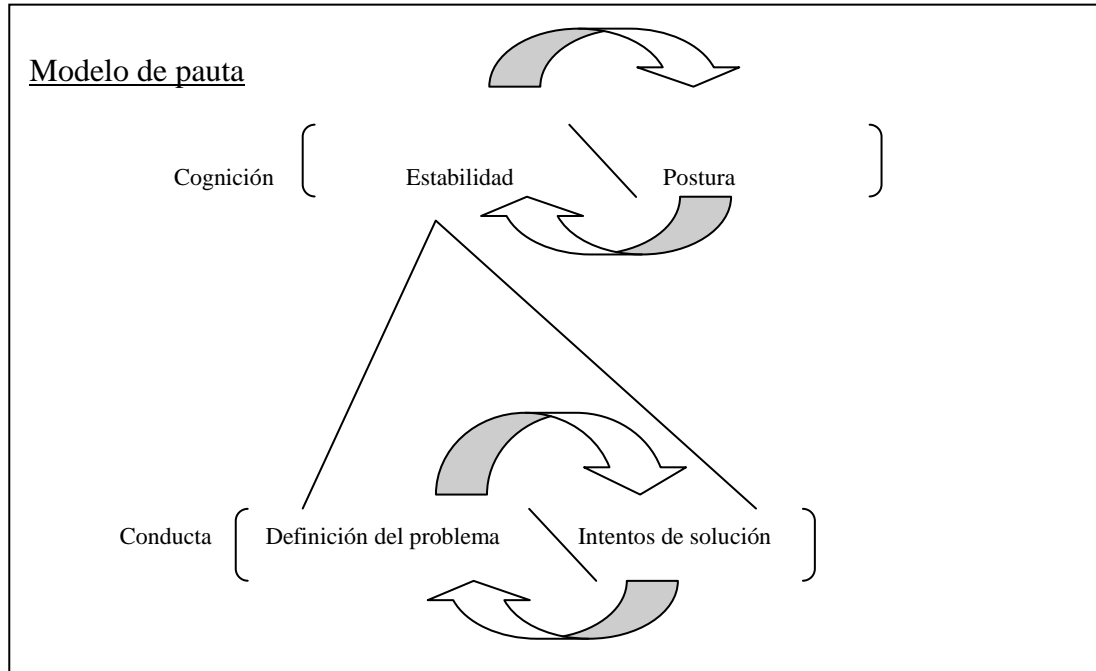
T. Muy bien, ¿Tú como te darías cuenta de que esta funcionando la terapia?

P. Yo creo que el día que el me hable y que yo sea capaz de decirle, no puedo, aunque este afuera de mi casa, decirle pues que pena, yo no te pedí que vinieras y si quieres estar allá afuera pues ahí quédate.

Mapa epistemología cibernética

En este enfoque se comienza prescribiendo distinguos que permitan al terapeuta individualizar el problema, la historia de las soluciones que para el se intentaron y el marco de referencia que el cliente emplea para considerar y conceptualizar sus problemas y soluciones (Keeney y Ross, 1993).

Para lo cual se hacen preguntas para recabar esta información. Cuando el terapeuta ha reunido suficiente, el terapeuta diagnostica la índole del problema y pasa a diseñar una estrategia de tratamiento, lo que se puede considerar como una etapa diagnóstica inicial. La etapa que sigue consiste en organizar lo que se hace con la información obtenida. En este punto es cuando se empieza a percibir como se construyen las complementariedades recursivas. En donde la primera es la que media entre conducta problema e intentos de solución por resolver el problema. La segunda se refiere al distinguo de orden superior entre conducta y marco cognitivo de la conducta.



Para modificar un problema, dentro de esta perspectiva se tiene que modificar el nexo recursivo entre problemas y soluciones intentadas. Modificar la organización de ese nexo con lleva entonces abordar el marco cognitivo que le confiere significado.

El terapeuta intenta modificar el marco cognitivo a fin de quebrantar la pauta lógica que relaciona el problema y su solución. Quebrantada esa pauta, se desconecta la relación problema-solución, lo que ocasiona eliminar el problema (y la solución).

Es importante aclarar en que el distingo entre un problema y una solución nace de un particular marco cognitivo. “Problemas” y “soluciones” no son nombres de acciones simples, sino de categorías de acción.

En general, toda referencia a problemas y soluciones señala secuencias de acción simple, que están en su base. Como estas secuencias se organizan de una manera que produce malestar y pena, lo mismo que bienestar y alivio, reciben el nombre de problemas y de soluciones intentadas. Desde esta perspectiva, el foco de la terapia consiste en abordar la organización de la secuencia íntegra, y no de una de sus partes.

Otro modo de considerar el distingo entre problemas y soluciones intentadas consiste en reparar en que su nexo se especifica a menudo dentro de una lógica de negación. Tener una solución significa negar el problema, mientras que la existencia de un problema significa la ausencia de una solución (lograda).

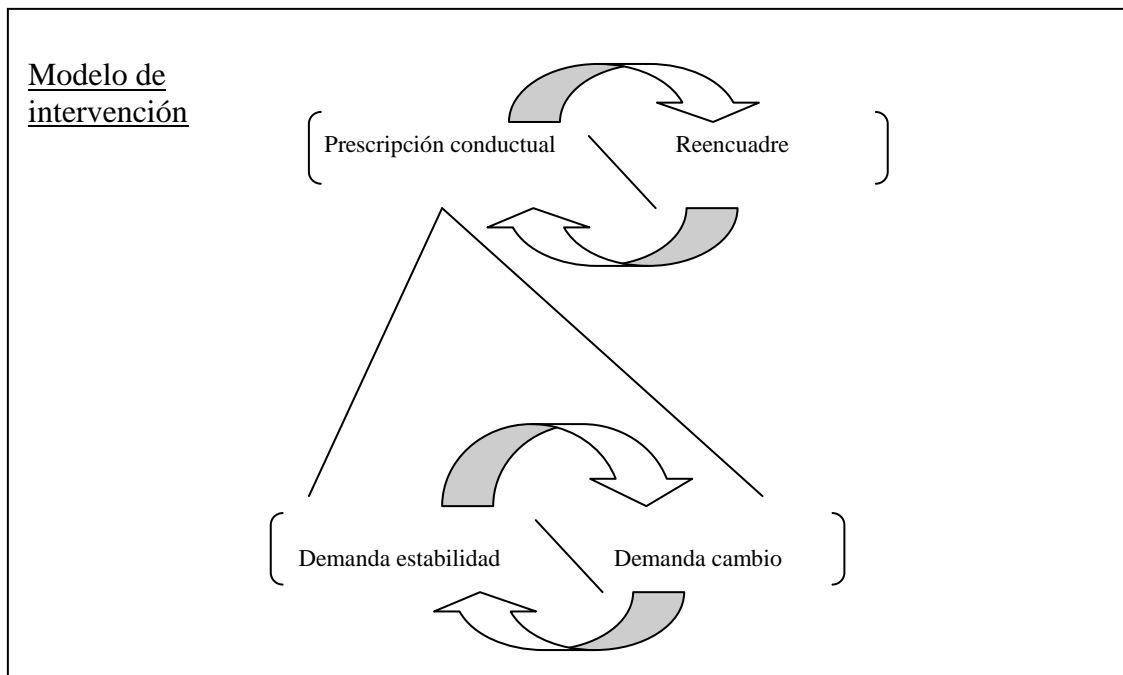
Las soluciones intentadas y problemas se conectan por una relación de realimentación en que más se intenta resolver el problema, más se lo mantiene. Problemas y soluciones manifiestan la relación de complementariedad que es definitoria de un sistema cibernético (estabilidad/cambio). Los problemas son estabilizados por los variados esfuerzos de resolverlos. En una situación perturbada, entonces, mientras más se intenta modificar un problema ensayando toda clase de soluciones, más se lo estabiliza.

La tarea de la terapia es individualizar el marco cognitivo o el ruido significativo que los clientes aportan, y utilizarlo para reorganizar el modo en que ellos mismos se organizan.

En general, las comunicaciones que los clientes exponen se aceptan, y le son devueltas en retroalimentación, de manera que se pueda producir un cambio adaptativo. Como resultado estas comunicaciones son ruidos significativos para los clientes y los terapeutas

que por diferentes caminos llegan a considerarlas componentes útiles del proceso terapéutico. En este punto es cuando se empieza a percibir como se construyen las complementariedades recursivas.

En un primer nivel se encuentra la demanda de estabilidad y la demanda de cambio. En un segundo nivel se va a conseguir la demanda de estabilidad con la prescripción conductual, y la demanda de cambio con el reencuadre.



Capítulo III

Enfoque Estratégico

Orígenes del modelo

Tomando como punto de partida las más recientes aplicaciones específicas, en el campo de los trastornos psíquicos y comportamentales, del pensamiento “estratégico” relativo a la naturaleza humana y a sus problemas.

Desde esta perspectiva se podría decir que el padre de la terapia estratégica es Milton Erickson. Durante su carrera de hipnoterapeuta y psicoterapeuta por más de cuarenta años, preparó miles de estrategias y técnicas de intervención para la resolución en breve tiempo de los problemas de orden psíquico y de la conducta. Erickson elaboró el enfoque estratégico para el tratamiento de pacientes individuales, parejas y familias, sin el recurso al uso formal de la hipnosis, pero con un estilo vinculado a esta como fenómeno relacional y psicosocial, concepción que se expresa en un estilo peculiar de comunicación terapéutica basado en refinadas formas de lenguaje verbal y no verbal.

Es importante resaltar que nunca formuló una teoría sobre la “naturaleza humana”, o sobre la personalidad, ya que consideraba que todo sujeto representa un ser irrepetible, con experiencias personales y maneras de percibir y elaborar la realidad totalmente individuales. Por lo cual desde su punto de vista en la terapia, las estrategias de intervención deben adaptarse siempre a la personalidad individual del sujeto, a su contexto relacional y a sus experiencias de la vida.

Supuestos principales

En esta orientación el terapeuta planea una estrategia para resolver el problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar corresponde en gran medida al terapeuta. El cual debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque dependiendo de estas y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz (Haley, 1976).

Entre la serie de objetivos que se propone alcanzar la terapia familiar estratégica se encuentra el de ayudar a las personas a sobre llevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar, a fin de pasar a la etapa siguiente, tales etapas

han sido enunciadas por Haley (1973): 1) periodo de noviazgo; 2) primeros tiempos del matrimonio; 3) nacimiento de los hijos y trato con ellos; 4) periodo intermedio del matrimonio; 5) "destete" de los padres respecto de sus hijos; 6) retiro de la vida activa y vejez.

Es de particular interés para este enfoque el periodo en que los jóvenes abandonan el hogar. La grave patología que suele aparecer entonces se entiende como una dificultad para atravesar esta etapa del ciclo de vida.

Como se concibe al problema

"Se define a un problema como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas" (Madanes, 1984). Síntomas como las depresiones o las fobias son entendidos como contratos entre seres humanos, y, por consiguiente, como adaptados a las relaciones que ellos mantienen. El terapeuta está incluido en tales relaciones, puesto que él es quien define el problema. Este enfoque destaca a la diferencia entre: 1) identificar un problema presentado en la terapia, y 2) crear un problema mediante la aplicación de un diagnóstico. Rara vez se utilizan en este enfoque los criterios diagnósticos de la psiquiatría y la psicología y la primera misión del terapeuta consiste en definir de tal modo el problema presentado que sea posible solucionarlo.

El enfoque es sensible a la red social más amplia que la familia y la incluye, en particular a los profesionales que tienen poder sobre la persona que presenta el problema. Si se trata de un adolescente internado en un hospital, la unidad social será, para el terapeuta, no solo el joven y su familia, sino además los profesionales que deciden su medicación, internación y alta.

Como se explica el cambio

Por su manera de conceptualizar un problema, el enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico. Se presume que el problema de un niño o el síntoma de un adulto son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás. Se da por sentado que analógicamente o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución (aunque a menudo insatisfactoria) para todos los que tienen que ver con él por lo que, el foco de la terapia está puesto con frecuencia en la modificación de analogías y metáforas.

En este modelo interesa la jerarquía familiar. De los padres se espera que se hagan cargo de sus hijos, al par que se bloquean las coaliciones intergeneracionales. Se pone especial cuidado en el lugar en que se sitúa el terapeuta en la jerarquía, para que no forme inadvertidamente coaliciones con los miembros que ocupan los escalones inferiores en contra de los que ocupan los superiores.

El objetivo de este modelo es ayudar a los pacientes a superar la dificultad que presentan, sin más aspiraciones, sin tratar de modificar la psicodinámica ni la estructura familiar.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se programan varias etapas en la terapia. Se define a cada problema como abarcando a no menos de dos personas y habitualmente tres. Lo primero que debe discernir el terapeuta es quienes están involucrados en el problema presentado, y de qué manera. Luego, resolverá como ha de intervenir a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario. Por lo común, el cambio se planea en etapas; de manera que el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro cambio en otra relación, y luego otra más, hasta que toda la situación cambie. Las intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí. A menudo el terapeuta empieza por crear un nuevo problema y por resolverlo de modo tal que el cambio lleve a la solución del problema que había presentado la familia originalmente.

Etapas

Según Haley (1980) al presentarse la familia, la entrevista pasa por cuatro etapas:

1. Etapa social: Consiste en utilizar los primeros minutos de la sesión para relajar a la familia, con una conversación inicial, observa como actúa y se comporta cada uno de los miembros de una familia.
2. Etapa del planteamiento del problema: Después de la etapa social como primer paso, se pide a cada miembro su opinión respecto del problema que los atrae a terapia, dando claras indicaciones de quien debe de hablar primero y quien después.
3. Etapa de interacción: Se observan jerarquías y coaliciones de la familia para establecer futuras estrategias.

4. Etapa de fijación de metas: Se le pide a la familia que especifique cuales son las metas que desean alcanzar, las cuales deben ser claras e identificables.

Todos los miembros de la familia deben participar en la acción en todas las etapas de la entrevista, especialmente en al etapa social de los saludos. El modelo para esta etapa son las reglas de cortesías que seguiremos, como anfitriones, en nuestro hogar: se saluda a todos, haciéndoles sentirse cómodos. Mientras la familia se acomoda, el terapeuta puede observarla para tener una idea de cómo empezar la etapa siguiente.

Hasta esta etapa de la entrevista se ha mantenido un dialogo social con la familia, que puede ser muy breve o bien prolongarse durante algunos minutos, pero es preciso pasar de esta etapa a la de la terapia, o sea a la del planteamiento del problema, en donde la situación ya no es de tipo social sino que obedece a un propósito.

Lo habitual es que el terapeuta les pregunte por que ha acudido a terapia, pasando asi de una situación social a una situación de terapia. Esta pregunta puede hacerse de muchas maneras, cada una de las cuales tiene sus ventajas y desventajas. La pregunta en si presenta dos aspectos: el modo en que el terapeuta la formula y a que miembro de la familia va dirigida.

Durante esta etapa el terapeuta no hará ninguna interpretación o comentario para ayudar al individuo a ver el problema bajo una perspectiva diferente. Debe aceptar simplemente lo que le dicen, aunque puede indagar sobre un punto que le parezca confuso.

Mientras se informa sobre el problema y estimula a la gente a que le hable, el terapeuta debe observar cómo actúa y qué dice cada uno de los entrevistados, sin comunicar a estos sus observaciones.

Para averiguar cual es el problema se procede en dos etapas. La primera consiste en recabar la opinión de todos los presentes, lo que obliga al terapeuta a manejar directamente la conversación. La segunda, es hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre si sobre el problema y el terapeuta debe dejar ser el centro de la conversación para que expresen sus opiniones libremente por lo que surgirán discrepancias. El terapeuta continuará conduciendo la entrevista, pero ahora deberá iniciar la etapa de interacción en la que estimulara a los miembros de la familia a conversar entre si en torno a sus discrepancias.

Los integrantes de una familia no pueden describirle al terapeuta sus secuencias y pautas de conducta por que las desconocen. Esta información solo se obtendrá observando cómo se conducen entre sí, por lo tanto, la conversación entre los miembros del grupo servirá para que el terapeuta observe la clase de secuencia existente en esa familia.

Al concluir la etapa de interacción, se habrán aclarado muchas cuestiones familiares. En este punto de la entrevista es importante obtener del grupo una formulación suficientemente clara de los cambios que desean alcanzar mediante la terapia. Este proceso contribuye en que todos centren su atención en las cuestiones importantes, y sirve de punto de partida para fijar las metas de la terapia.

La primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita. Posteriormente se puede evaluar si el terapeuta ha seguido las etapas aquí descritas observando la grabación de ésta.

Principales técnicas y procedimientos

En este enfoque es que el terapeuta asume la responsabilidad de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente.

El terapeuta establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado. No aplica un mismo método a todos los casos, sino diseña una estrategia específica para cada problema. Como la terapia se centra en el contexto social de los dilemas humanos, la tarea del terapeuta reside en programar una intervención en la situación social en que se halla el cliente.

Los objetivos de la terapia, ante todo, tienen el propósito, de impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas.

Las intervenciones suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre si y con el terapeuta. También se usan las directivas para reunir información observando cómo responde cada cual a las instrucciones.

El enfoque parte de la base de que toda terapia es directiva y que le es imposible al terapeuta evitarlo, ya que hasta en las cuestiones que elige comentar y en su tono de voz hay directividad. Pero aquí las directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica.

Montalvo (1976) señala que no es determinante que el paciente cobre conciencia de la manera en que se produce la comunicación. Si el problema puede resolverse sin que el paciente sepa cómo o porqué, eso es suficiente y satisfactorio, teniendo en cuenta que forzosamente muchas cosas quedan fuera de la conciencia (Haley, 1990).

Las directivas se pueden dividir en dos clases, las directas y las paradójicas; las cuales puede ser sencillas involucrando a solo una o dos personas, o complejas, englobando a toda la familia.

Las directivas directas se planean con la intención de modificar ciertas secuencias de interacción familiar; este tipo de directivas comprenden dos tipos de directivas: a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo; b) pedirle que haga algo diferente (Haley, 1990).

En las directivas de tipo a, el terapeuta trata de modificar el comportamiento de una familia diciéndole a uno o varios de sus integrantes que dejen de hacer lo que están haciendo. Esta es una de las directivas más difíciles aunque no imposibles de hacer cumplir. La cosa es más fácil cuando se trata de problemas menores o situaciones educacionales.

En las directivas de tipo b, el terapeuta trata de cambiar el comportamiento de una familia pidiéndoles a sus miembros que adopten una conducta diferente a la usual, que prueben nuevos hábitos.

Para impartir una directiva es importante motivar antes a la familia para que la acate. El terapeuta abordará esta instigación de la familia de acuerdo con la naturaleza de la tarea por realizar, la índole de la familia y la clase de relaciones que sus integrantes mantienen con él. Debe impartir directivas precisas, para que surtan el efecto deseado. Si la tarea que se solicita ha de tener lugar fuera de la sesión, por lo general todos los integrantes de la familia intervendrán en ella, y a menudo se la ensayará previamente durante la sesión.

Sostiene Haley que “impartir directivas que vayan derecho al grano (v. gr., llevar al niño a la escuela) es una manera de abordar la cuestión. Con aquellas familias que el enfoque directo es ineficaz, el terapeuta recurrirá a un plan alternativo que motive a los integrantes hacia su objetivo; si esto tampoco diera resultado, echara mano de otro plan”. Cuanto mas claramente conceptualizados estén el problema y el objetivo de la terapia, mas sencillo será planear las directivas.

En ocasiones, el terapeuta imparte las directivas metafóricamente, sin explicitar que quiere que suceda. Como sugiere Erickson, la gente se muestra a menudo más dispuesta a acatar una directiva si o sabe que se le ha impartido.

En el caso de las directivas paradójicas, su carácter paradójico radica en que el terapeuta le ha asegurado a la familia que desea que cambie, pero al mismo tiempo le pide que no cambie. Esta técnica se basa en la idea de que ciertas familias acuden en busca de ayuda pero se resisten a ser ayudadas; por consecuencia, el terapeuta procurará provocar la resistencia de los miembros de la familia para que puedan cambiar.

Con ellas podemos adoptar dos enfoques generales: 1) encarar a la familia en un sentido global; 2) impartir directivas que involucren sólo a una parte de ella.

En el primer tipo el terapeuta debe presentar siempre dos mensajes, transmitidos a niveles diferentes: “cambien” y, dentro del marco del mensaje, “no cambien”.

Supongamos que se presenta una familia con un niño problema que no quiere ir a la escuela. Dentro del marco de su misión, que es hacer que el niño vuelva al colegio, el terapeuta puede comentar que quizá sea mejor que no asista a clase, instando que tal vez le convendría mas quedarse en casa por tal o cual razón (las razones dependen del tipo de familia entrevistada), o que podría ser un trastorno para la familia que concurriese a la escuela como lo hacen los niños normales.

El uso de este enfoque requiere habilidad, por que se trata de comunicar diferentes cosas a la vez. El terapeuta les esta diciendo: “quiero ayudarlos a mejorar”, y también, “me siento benévolamente preocupado por ustedes”; les dice que cree que podrán tolerar realmente el ser normales, pero también les insinúa que quizá no puedan tolerarlo.

Los peligros implícitos en este enfoque emergen cuando todas estas cosas no se transmiten simultáneamente, pues los clientes pueden creerse desahuciados, o pensar que el terapeuta se aprovecha de su posición para insultarlos, o que en verdad le importa un comino que cambien o no.

Cuando el enfoque tiene éxito, los miembros de la familia logran alcanzar el objetivo de la terapia, que es demostrarle al terapeuta que son tan normales como el que más. Cambian espontáneamente. El terapeuta debe aceptar el cambio, cuando acontece, y dejar que la familia lo regañe demostrándole su error. Si desea asegurar la continuidad del cambio puede advertirles que quizás sea temporario y sufran una recaída, con lo cual se empeñaran en continuarlo para demostrarle que no es algo transitorio.

Como en este enfoque se establece un plan específico para cada problema, puede ser aplicable a cualquier tipo de paciente y de problemática. En cada caso, el terapeuta diseña una estrategia, y si después de algunas semanas no logra con ella los objetivos de la terapia, formula una estrategia diferente. A la vez, el enfoque lo habilita a tomar elementos de todos los modelos y técnicas terapéuticas que podrían ser útiles para el problema presentado. Es un método pragmático; y se espera que los terapeutas lleven un registro de los progresos terapéuticos y realicen seguimientos con regularidad una vez finalizada la terapia.

En las directivas que involucran a una parte de la familia, ocurre con frecuencia que el terapeuta no desea aplicar el enfoque paradójico a toda la familia, sino a una o dos personas en particular. El procedimiento es el mismo: les pide que permanezcan estacionarios, encuadrando este requerimiento en el propósito de ayudarlos a cambiar (Haley, 1990).

Reporte de caso clínico

a) Descripción del caso

Se trata de una joven de 23 años de edad, la cual estudio psicología y actualmente esta haciendo su tesis y estudia un diplomado, cuenta que todavía no trabaja y que solo se dedica por el momento a estudiar. Comenta que lo que mas le gusta en la vida, es la música, por lo que actualmente, es parte de un grupo musical al que dedica mucho tiempo, ya que tiene que practicar lo que va a tocar, para presentarse en diversos

lugares. Así como también refiere, que lo que más le disgusta en la vida, es lavar los trastes sucios de la comida, así como barrer la alfombra de su sala.

Al cuestionársele en que se le podía ayudar, refirió que había decidido acudir a terapia, por que tiene problemas con su forma de comer, “ya que lo hace por ansiedad” sic, cuando tiene un problema o se encuentra sola en casa, menciona que nadie se da cuenta en su casa, por que casi nunca se encuentra con sus familiares, en su hogar, por diversas causas, por lo que ellos no se han percatado de este problema, también menciona que ella siempre ha sido así, por lo que ya ha tratado de solucionar este problema antes, pero que no ha podido, por lo que decidió buscar ayuda profesional; comenta que sus hábitos alimenticios y sus ocupaciones ayudan a que se de este problema, puesto que, por lo general no come en casa o en ocasiones no le da tiempo de comer, así que come lo que puede, lo que la lleva a estar comiendo varias veces al día “chucherías” sic, pero cuando llega a su casa, que por lo general es en la noche, le da flojera prepararse algo y sentarse a cenar, así que se va a dormir sin cenar, o bien anda picando la comida.

Al indicarle que es lo que espera de la terapia, menciona que le gustaría dejar de comer por ansiedad, sobre todo cuando esta sola o tenga una preocupación, ya que esto le puede hacer daño a su salud, y por que además ha notado que ha estado subiendo mucho de peso.

b) Descripción de la pauta

Cuando esta en casa

1. Se encuentra sola por las tardes, en su casa
2. Se siente sola y le da por comer
3. Si tiene alguna preocupación se intensifica el problema.

c) Descripción de las intervenciones

1. Sesión. Se aplicó la ordalía a la paciente, se le indicó que tenía que cenar todos los días, el guiso que hubiera quedado de la comida de la tarde, sino había quedado, entonces ella se tenía que preparar un emparedado y servirse un vaso

de leche, o bien con los alimentos que tuviera disponibles, en su hogar debería de prepararse algo, lo que tenía que ser nutritivo.

2. Sesión. Se le cuestiona acerca de cómo le había ido, a lo cual refiere que había disminuido su conducta problemática, y que eso le había agradado, por que además le hizo sentir, que ella podía tener el control de su problema, y no solo de eso sino de su vida en general, por que lo que había decidido incluso buscar trabajo, por que era algo que había estado postergando por decidía.

Reencuadre. Se le menciona que ha tenido un muy buen progreso, que va en muy buen camino, para solucionar su problema y también cualquier problemática que se le pueda presentar, por que como ella misma había visto, ella tenía el control de su vida, y las herramientas para hacer lo que ella quiera.

Anécdota. A mi también me llegó a pasar un problema similar, comía por soledad o por ansiedad, y no me agradaba cuando lo hacía, por que después me sentía muy mal de haberlo hecho, pero por más que me prometía que no lo volvería hacer, no podía, así que decidí buscar ayuda profesional, lo que me ayudó a solucionar mi problema.

Cuento. Me vino a la mente platicando contigo, el cuento de Hansel y Gretel, los cuales eran dos niños que caminando por el bosque, se encuentran con una casa muy peculiar, ya que esta no era como las otras casas, esta era muy especial por que estaba hecha de dulces, malvaviscos y chocolates, por lo que decidieron acercarse, y una señora los invitó a entrar, y le invitó un rico postre, ellos maravillados de lo que estaban viendo accedieron. La señora tenía postres y postres, así que les dijo a los niños que tomaran el que quisieran, por lo que ellos comieron hasta hartarse, sin darse cuenta de que la señora era una bruja, y que lo único que quería era engordarlos, para después comérselos, al percatarse los niños de esto, en un descuido de la bruja, justo en el momento que la bruja estaba revisando la temperatura del horno para cocinarlos, la niña la aventó hacia adentro del horno, y la bruja se quemó, percatándose ellos, que aunque tuvieran mucho miedo, podían salir de cualquier dificultad que se les presentara.

- d) Resultados obtenidos, de cada una de las técnicas y generales

Resultados de cada una de las técnicas

Se le cuestiona acerca de cómo le había ido, a lo cual refiere que había disminuido su conducta problemática, y que eso le había agradado, por que además le hizo sentir, que ella podía tener el control de su problema, y no solo de eso sino de su vida en general, por que lo que había decidido incluso buscar trabajo, por que era algo que había estado postergando por decidía.

Reencuadre. Acepta muy bien el mensaje, ya que menciona que se ha dado cuenta, que ella puede tener el control de su problema, y además de las riendas de su vida en general.

Anécdota. Mostró una actitud de sorpresa y de interés.

Cuento. Se quedo callada y atenta a lo que le estaba diciendo.

Resultado general.

Desde la primera sesión, se mostró muy accesible e interesada en lo que decía, aceptando muy bien la tarea que se le dejaba, al presentarse a la segunda sesión y cuestionársele acerca de cómo le había ido , indico que se encontraba muy bien, por que al realizar la tarea que se le dejo , había disminuido su problema, pero sobre todo por que se había dado cuenta que ella tenia el control de su vida en general, y que podía hacer cualquier cosa que ella se propusiera, inclusive que se había decidido a buscar trabajo, y que también había decidido cambiar algunas cosas de su vida que ya no le gustaba, tuvo muy buena aceptación en el reencuadre, asi como también en la anécdota y en el cuento, lo cual se reflejo de manera verbal física, cabe aclarar que falto por lo menos una sesión más, para ver cuanto más había avanzado en su problema, o si ya se había solucionado, puesto que solo la vi. en dos ocasiones, pero estoy segura que podrá resolverlo, basándome en su actitud y en su progreso en estas dos sesiones.

Mapa epistemología cibernética

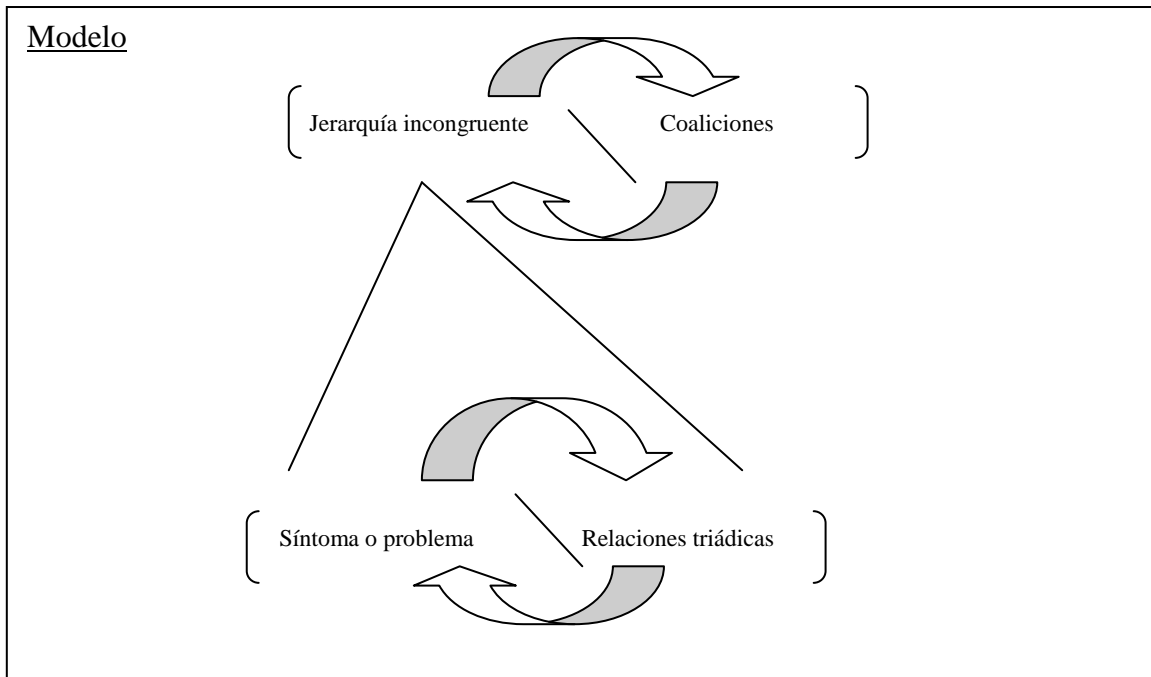
La terapia de Haley, comienza por fijar un foco claro sobre el problema que se ha de tratar. Propone que en la primera sesión: como primer punto se consiga que se lo exprese metafóricamente, después se obtenga una descripción específica en función de conducta, y por último, se confeccione un breve resumen de los específicos cambios en

cuyo logro ha de trabajar la terapia. Estos distinguos organizan cada sesión de terapia y ayudan a cliente y terapeuta a evaluar su progreso (Keeney y Ross, 1993).

Por otra parte, Haley prescribe al terapeuta construir una perspectiva en que se discernan relaciones sociales triádicas. A fin de detectar relaciones sociales triádicas, hay que hacer que la familia o el grupo social interactúen frente al terapeuta.

Otro punto importante es una de las ideas centrales de Haley la noción de jerarquía. Entiende que las ideas de organización social y de jerarquía son indiscernibles. Por referencia a la familia, las personas se diferencian en función de generaciones, ingresos, destrezas, etc. Haley cree que la jerarquía se discierne con la mayor facilidad en familias de tres generaciones, de abuelos, padres e hijos.

Haley citado en Keeney y Ross, 1993, propone para el diagnóstico de sistemas perturbados que una organización está perturbada cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son concretas. Por coalición se entiende un proceso de acción conjunta contra un tercero. En cuanto a las razones por las cuales se generan pautas problemáticas de coalición y experiencias sintomáticas, Haley señala que se asocian con crisis de transición en el curso evolutivo de la familia. En este punto es cuando se empieza a percibir como se construyen las complementariedades recursivas. En donde la primera es la que media entre síntoma o problema y relaciones triádicas. La segunda se refiere al distinguo de orden superior entre jerarquía incongruente y coaliciones.



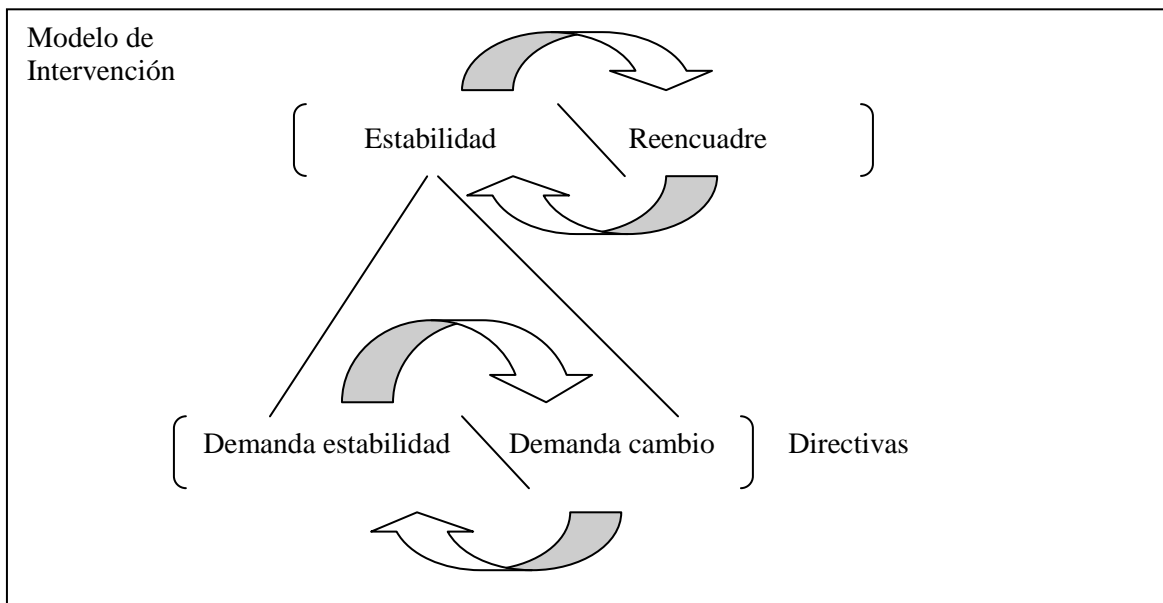
La estrategia terapéutica de Haley se basa en diferentes formas de intervención que él llama “directivas”. Como le interesa conocer el estado actual de organización de una familia, tiene que provocar a sus miembros para que actúen, y así ver como operan. Estas provocaciones o directivas son inseparables del diagnóstico. Le proporcionan al terapeuta la manera en que un sistema social bloquea los intentos de producir un cambio.

Además de estas intervenciones destinadas a evaluar la manera en que la familia se organiza, Haley menciona otra clase de intervenciones o de directivas que se planifican deliberadamente para resolver el problema- queja. Estas directivas planean modificar la secuencia a fin de realinear pautas de coalición. Conseguido esto el problema desaparecerá (Keeney y Ross, 1993).

Estas diferentes formas de intervención admiten otra diferenciación, a saber, entre las que forman parte de un lazo de realimentación autocorrectora, que ocurren dentro de una sesión, y las que pertenecen a un lazo de realimentación que se extiende por diferentes sesiones. El término diagnóstico interaccional, se puede emplear para designar las primeras, y a las segundas el término directiva. Unas y otras concurren tanto a la intervención como al diagnóstico, pero las primeras procuran averiguar la manera en que la familia se estabiliza, en tanto que las segundas llevan como principal propósito iniciar el cambio terapéutico.

Haley entiende que algunas directivas son paradójicas y suponen dos niveles por los cuales se comunican dos mensajes, “cambie” y, dentro del marco mismo del mensaje, “no cambie”. Las comunicaciones de sistemas perturbados, como las de sistemas terapéuticos, llevan en si estos dos mensajes diferentes. Además, la complementariedad recursiva de estabilidad/cambio por si misma es un camino para definir la organización de un sistema cibernético.

En el modelo de intervención se considera la complementariedad recursiva en un primer nivel se encuentra la de demanda de estabilidad/ demanda de cambio. En un segundo nivel se va a conseguir la demanda de estabilidad con las directivas impartidas por el terapeuta y la demanda de cambio con el reencuadre.



Capítulo IV

Enfoque de

Soluciones

Orígenes y principales exponentes del modelo

Este modelo se centra en los recursos y posibilidades de la persona más que en la patología o problemática, por lo que supone un modelo innovador y demasiado diferente a los tradicionales. Se distinguen dos autores; Steve de Shazer y William O'Halon, con métodos particulares pero que comparten el interés de trabajar, explorando y destacando las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones.

Para Espinoza el enfoque es una modalidad de terapia breve y aparece como un modelo diferente en la década de los 80 en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin, EUA. El grupo estaba encabezado por de Shazer y algunos de sus colaboradores más sobresalientes se encuentran: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar E Insoo Kim Berg. Se incorporaron un poco después: Wally Gingerich, John Walter y Michele Weiner-Davis (Eguiluz, 2004).

Para de Shazer en una revisión de los antecedentes históricos lo conduce a plantear una perspectiva apoyada en una epistemología sistémica, que incluía al terapeuta principal, al equipo y a la familia como todo y parte de un sistema, o subsistemas, es decir que se comportan como una totalidad. Este sistema se entiende sobre todo desde el punto de vista interpersonal, haciendo hincapié en las relaciones circulares que se establecen en el presente entre las conductas de una o varias personas (De Shazer 1989, en Eguiluz, 2004).

O'Hanlón., B; y Weiner-Davis., W. (1990, citados en Eguiluz 2004) apoyan estos aspectos básicos y contribuyen aportando en su propio método, la cocreación de problemas solubles. Lo cual se refiere a introducir en la terapia el principio de incertidumbre en la definición del problema, para lo cual se apoyan en el uso de preguntas que generen información referente a los lados fuertes, las capacidades y los recursos. De igual manera se resalta el lenguaje, ya que ofrece la posibilidad de reedificar y solidifica ciertos puntos de vista acerca de la realidad, aunque también se puede utilizar como un instrumento para cuestionar certezas inútiles, utilizando las presuposiciones para introducir en la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio.

Premisas

Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, habitualmente no es necesario saber mucho de la queja para resolverla. Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable(O'Hanlón y Weiner-Davis, 1993).

El cambio es constante. El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.

Los clientes definen los objetivos. No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.

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

Premisas. Valores y fundamentos filosóficos

- Énfasis en la salud mental
- Utilización
- Visión atórica/no normativa/determinada por el paciente
- Parquedad
- El cambio es inevitable
- Orientación hacia el presente y el futuro
- Cooperación: Actitud general de cooperación, trabajar junto con el otro (de Shazer citado en Kim Berg y Miller, 1996)
- Filosofía central:
 1. Si no está roto, ¡No lo componga!
 2. Una vez que sepa usted que es lo que funciona, ¡Haga más de lo mismo!
 3. Si esto no funciona, no vuelva a intentarlo, ¡Haga algo diferente!

Cómo se concibe el problema

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

Cómo se explica el cambio o la solución

Este enfoque basado en la solución se basa en el supuesto de que el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no pueden dejar de cambiar (Kim Berg y Miller, 1996). Para Steve de Shazer (1985, citado en O'Halon y Weiner-Davis, 1993), es más importante la naturaleza de las soluciones ya que considera que los clientes quieren cambiar realmente. Por lo que este enfoque, en vez de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo, tiende a buscar lo que está bien y el terapeuta trata de descubrir cómo usarlo. Por lo tanto en la solución, se habla con el paciente de todo aquello que ha marchado bien en la vida de esa persona, haciendo hincapié en sus éxitos y todo aquello en donde no ha estado presente el problema.

Principales técnicas y procedimientos

Construir una relación terapéutica. Como resultado de la entrevista se desarrollan diversos tipos de relaciones entre terapeuta y cliente y resulta útil explicar que se dividen en tres grupos. El término general “cliente” se aplica a: “visitantes”, “demandantes” y “compradores”.

Construir objetivo: Los pacientes acuden a la terapia por una razón por lo que es importante establecer criterios que les indicaran que han tenido éxito y que se puede dar por terminada la terapia (Kim Berg y Miller, 1996).

Siete pasos a seguir al planear un objetivo: *1 tener importancia para el paciente*, el paciente debe visualizar el logro de ese objetivo como personalmente beneficioso para él; *2 ser limitados*, los objetivos que el paciente fije deben ser lo suficientemente limitados como para que se pueda cumplirlos; *3 ser concretos*, específicos y estar formulados en

términos de conducta; 4 *plantear la presencia y no la ausencia de algo*, los objetivos deben formularse en un lenguaje positivo, coactivo y deben plantear lo que el paciente hará en vez de formular lo que no hará; 5 *que sean un comienzo y no un fin*, el terapeuta debe trabajar junto con el paciente para especificar exactamente cuales son los pasos que habrá que dar primero para lograr el resultado deseado; 6 *que sean alcanzables y realistas* dentro de la vida del paciente y; 7 que se perciba que exigen un “trabajo duro”.

Enfocarse a la solución/posibilidad. El terapeuta explora lo mas detalladamente posible los momentos en los que el problema no se produce.

Co.construir el cambio mediante:

- a. El resumen
- b. El reconocimiento de recursos: Localizar y destacar tendencias positivas (recursos con los que cuenta el paciente).
- c. La conversación: Adaptarse al lenguaje del paciente y adoptar la modalidad sensorial del cliente
- d. Encauzar el lenguaje del cliente (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993).
- e. El empleo de preguntas útiles: a) Preguntas que destacan el cambio previo a la sesión, b) preguntas para encontrar la excepción: exaltar los éxitos de momento y del pasado, c) pregunta por el milagro: Orienta al paciente hacia un estado futuro, en el que el problema ya esta resuelto, d) clasificar según una escala y, e) preguntar al paciente como enfrenta su problema (Kim Berg y Miller, 1996).
- f. Prescribir tareas. El terapeuta debe tener en cuenta el tipo de relación que tiene con cada paciente y adaptar a ello las tareas que indique.

En la relación de tipo *visitante*, no se recomienda dejar tareas; en la de tipo *demandante* se recomienda dejar tareas observacionales y, en la de tipo comprador se recomienda dejar tareas conductuales.

Es importante para prescribir tareas también tomar en cuenta si el cliente al identificar las excepciones al problema manifiesta que las hace de forma deliberada o espontánea para poder adecuar la tarea a cualquiera de estos dos casos (De Shazer, 2004).

Si el cliente al identificar las excepciones al problema manifiesta que las hace de forma deliberada se le dejar hacer más de lo que funciona, si manifiesta que lo hace de forma espontánea, se le deja hacer más de lo que le funciona al azar.

Cuando el cliente no identifica excepciones se le pueden dejar tareas de observación acerca de que ocurre cuando esta presente el problema, o dependiendo del caso en particular se le puede dejar que observe cuando ocurre el problema por que no es peor.

Reporte del caso clínico

Fragmentos donde se ubica la aplicación de procedimientos y técnicas del modelo:

a) Identifica excepciones de forma deliberada

1. T1. ¿Cómo le haces esas veces que eres puntual?

P. Es cuando planeo desde antes lo que tengo que hacer al día siguiente, lo escribo como en una agenda o algo así, o sea ya lo tengo presente, no es que escriba en una agenda o lo planee, es que ya lo tengo presente y de esa manera logro estar puntual.

2. T1. ¿Y cómo logras tenerlo presente?

P. Siempre pensando en esa cita, o sea saber que no se me olvide la cita, cada vez que voy algún lado, diga, ay mañana voy hacer esto y a cada rato lo estoy reafirmando.

b) Identificar, crear o modificar patrones

1. T2. Pues bien ¿Has utilizado otros recursos? Pues vaya para recordar o tener presente la intención de llegar a tiempo.

P. Ah si he adelantado mi reloj, el de mi celular esta adelantado diez minutos y el del carro veinte minutos, entonces voy en el coche, ya voy manejando, ¡ay todavía me falta!, pero no ya estoy en el margen.

2. T1. Bueno muy bien, mira, si yo quisiera llegar temprano así como tu le haces con el reloj ¿Cuáles serían los pasos en específico, que yo tendría que hacer?.

P. No se levantarme más temprano.

T2. Pero cuéntanos más detallado en si, lo que necesitamos es que nos enseñes las ocasiones en que has llegado a ser puntual, ¿Cómo le has hecho?, desde que te levantas ¿Qué es lo que pasa?.

P. Bueno hubo un tiempo bastante, dentro de mi vida en que era bastante puntual, cuando yo vivía en Chiapas, yo fui a trabajar a un canal de televisión, entonces siempre tenia que llegar temprano, porque si no llegaba temprano pues no hacia todo lo que tenia que hacer y básicamente mientras estuve allá no tuve ninguna falta de impuntualidad, fueron muy pocas las veces que estuve impuntual en lo que tenia que hacer, bueno además de que todo estaba muy cerca, entonces, pues era difícil estar tarde en algún lugar, pero o sea me levantaba sin despertador, sin reloj, sin nada era algo como muy natural, como ya lo tenia presente y ya lo podía hacer, sin necesidad de otras cosas, como que ya era algo muy natural.

3. T1. ¿Y como le haces para tomar mas en serio las cosas?, ¿Cómo es cuando tomas más en serio alguna cosa?.

P. Porque me gusta, me apasiona hacerlo, tengo muchas ganas de hacerlo.

4. T2. Bien, bueno voy a mencionar más o menos lo que tu nos has dicho, tu vienes aquí porque tu quieres ser más puntual, en algunas citas o compromisos y te has dado cuenta que lo has llegado que lo has llegado hacer y te das cuenta de algunos recursos con los que cuentas, estos pueden ser por ejemplo: el valorar la responsabilidad que tienes ante tal evento o también identificar que tipo de citas son las que se te presentan, ¿Vamos bien?, eeh ahora yo te hago la pregunta ¿Por qué vale la pena que tú estés aquí en este momento?.

P. ¿Por qué vale la pena? Por que, pues por que quiero cambiar algo, pues quiero calificar mi modo de calificar mis citas, o sea yo creo que todas las citas, todo el tiempo son importantes y sea para mi o para mucha gente es importante y yo creo que es grosero no llegar a tiempo a ningún lado.

c) Uso de escala

1. T2. Ahora aquí la pregunta es... es una escala, el cero es así como llegaste a la cita, en que nos planteas tu situación y el 10 es la situación en la que estás dentro del milagro, donde eres puntual, identificando que recursos te pueden ser o son útiles, vaya... la organización de tu tiempo, mayor disciplina en tus actividades al como las ejecutas, ahora en que número, en la escala del cero al diez, ¿En que número te encuentras en este momento?

P. en un 7...

T1. ¿Cómo le hiciste para llegar al siete?

P. Pues tener presente mis actividades en el día, o tener distracciones, cosas que sabes que debes de hacerlas...

d) Prescripción de tareas

1. T1. Se ve que eres una persona responsable, comprometida con lo que haces, por lo que estás aquí, por que quieres ser puntual y bueno... queremos dejarte unas tareas... y la primera es que hagas más de lo que te sirve, para ser puntual... como hasta la fecha.. y la segunda es que prestes atención cuando seas puntual, que paso, quien se dio cuenta, etc...

2. T2. Y la última tarea es así como tú lo mencionaste, vamos a manejarlo cómo un experimento: el uso de la agenda, tal vez puedas comprar una o hacerla, como tú gustes y manejarla como lo que nos diste en tu descripción, haber que pasa... además por que no usar una alarma al igual y como lo indicaste, al vez a un lado de la computadora, en tu buró, que te vaya marcando tiempo.

Mapa epistemología cibernética

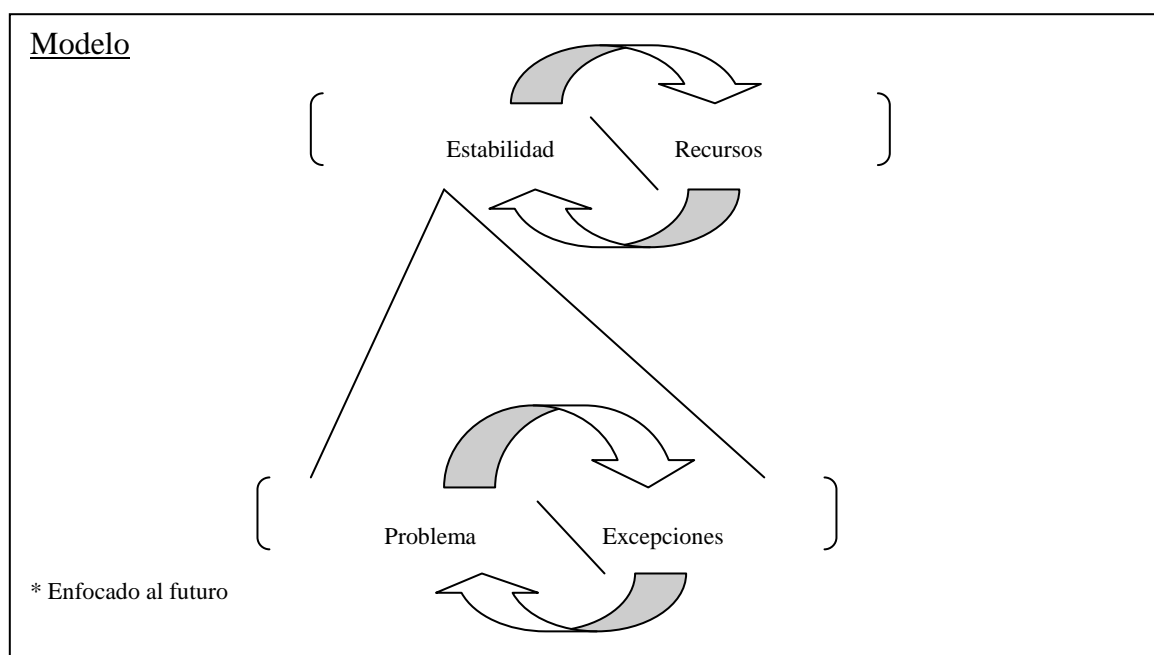
La terapia está orientada hacia el futuro, no le interesa cómo surgieron los problemas ni cómo se mantienen, sino cómo se resolverán. Por lo que este enfoque, en vez de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo, tiende a buscar lo que está bien y el terapeuta trata de descubrir cómo usarlo. Por lo tanto en la solución, se habla con el paciente de todo aquello que ha marchado bien en la vida de esa persona, haciendo hincapié en sus éxitos

y todo aquello en donde no ha estado presente el problema (De shazer, 1985, citado en O`Halon y Weiner- Davis, 1993).

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

Se apoyan en el uso de preguntas que generen información referente a los lados fuertes, las capacidades y los recursos. De igual manera se resalta el lenguaje, ya que ofrece la posibilidad de reedificar y solidifica ciertos puntos de vista acerca de la realidad, aunque también se puede utilizar como un instrumento para cuestionar certezas inútiles, utilizando las presuposiciones para introducir en la sesión de terapia ideas o expectativas de cambio.

En el modelo se considera la complementariedad recursiva en un primer nivel de problema/ excepciones lo que se conecta en un segundo nivel con la demanda de estabilidad, la cual va a mediar con los recursos de la persona, lo cual en conjunto producirá el cambio o la solución.



Capítulo V

Enfoque de Milán

Orígenes y principales representantes

En 1967, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia En Milán invitó a Luigi, Boscolo, Giofranco Cecchin y Giuliana Prata; fueron fuertemente influidos por Jackson, Haley, Watzlawick (Eguiluz, 2004).

El trabajo del grupo se inserta en sus inicios en la línea de las terapias estratégicas para emerger más tarde, después de una década, como uno de los principales ejemplos de terapia sistémica, fundada sobre los principios de la cibernética batesoniana, desembarcando en el constructivismo, el construccionismo social, el posmodernismo y la narrativa (Boscolo y Bertrando, 2006)

Desarrollando sucesivamente, de forma muy creativa, las más importantes propuestas comunicacionistas (el uso de contraparadojas terapéuticas, capaces de neutralizar la potencialidad patógena del doble vínculo) y estructurales (diseño de complejas prescripciones comportamentales dirigidas a promover cambios radicales en la organización familiar)

El artículo de Selvini y cols. (1980) "Hipotetización, circularidad y neutralidad: tres directrices para la conducción de la sesión" fue el último trabajo conjunto del primitivo "Milán Team" y, de alguna forma, condujo a su división en dos: Selvini y Prata por una parte y Boscolo y Cecchin por otra. Una división que no dejaría de ser fecunda, puesto que cada uno de los dos equipos resultantes habría de realizar aún algunas de sus más brillantes aportaciones. En el artículo citado están presentes algunos de los temas que marcarán la bifurcación, particularmente el tratamiento de la hipótesis como guía para explorar la realidad de la familia, pero también como expresión de la legítima subjetividad del terapeuta.

Principios de la terapia

La convocatoria

En sus orígenes esta escuela presuponía que a la terapia fueran siempre convocados todos los miembros de la familia nuclear. Posteriormente la evolución del modelo terapéutico

ha llevado a aceptar aquello que el sistema familiar “escoge” traer a la terapia. Lo que llevo al principio de que venga aquel desee venir.

Ahora se considera que la convocatoria de subsistemas familiares definidos al interior de la terapia es un instrumento esencial para el proceso terapéutico el cual sirve para facilitar las acciones del terapeuta y los momentos cruciales, como es la definición de los objetivos.

También, el convocar a un subsistema puede tener efectos de importancia ya que permite a los terapeutas, por una parte, ser colaboradores con la familia que tiene dificultades en presentarse en conjuntos a la terapia, por otro lado, crear en la familia espacios de diferencias que permitan el surgimiento de nueva información. Respecto a esto se puede distinguir:

Convocatoria “horizontal”. Aquí por ejemplo se puede convoca a ambos padres o el grupo de hermanos de la familia, permite definir y reevaluar los limites generacionales y la eventual diferenciación o falta de la misma.

Convocatoria “vertical”. Por ejemplo convocar a madre e hija muy útil en casos de anorexia o padre e hijo en casos los casos en que es necesario reforzar la identificación masculina de hijo o disminuir la distancia percibida por el padre (Boscolo y Bertrando, 2006).

Convocatoria “individual”. Resulta de utilidad cuando el terapeuta desea crear una alianza particular con un miembro de la familia que tiene dificultad en crear un verdadero lazo en presencia del resto de la familia, por ejemplo, en pacientes con un diagnostico de psicosis.

Los principios base

El equipo de Milán desarrolló, para la coordinación de la sesión terapéutica, tres principios básicos, los cuales son:

Hipótesis. Elemento para organizar la información que le servirá al terapeuta al delinear su trabajo (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Toda hipótesis que formulemos deberá ser

sistémica, es decir, deberá incluir a todos los componentes de la familia y proporcionarnos una suposición relativa a todo el funcionamiento relacionar.

Antes de la primera entrevista con la familia, y en base a las informaciones recogidas en la “ficha telefónica”, el equipo terapéutico se reúne para elaborar una primera hipótesis. Al empezar la primera sesión con una hipótesis ya construida, el terapeuta puede tomar la iniciativa, actuar con orden, controlar, interrumpir, guiar y provocar transacciones, evitando así, el quedar atrapado en conversaciones desprovistas de valor informativo.

Con esa hipótesis el terapeuta determina el punto de partida de su propia investigación; la información del paciente podrá ser cierta o falsa, y podrá ser usada o no. La hipótesis servirá al terapeuta para buscar más información, confirmar su planteamiento y establecer los patrones de intervención sistémica para con la familia; como guía de la intervención establecerá información y estructura en el sistema familiar. La hipotetización puede servir al terapeuta para trazar planteamientos de la terapia así como el mapa familiar, la explicación acerca de la familia, el problema y su relación contextual. (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Circularidad. Ésta se entiende como la habilidad del terapeuta para realizar preguntas circulares. Se trata de indagar de qué modo ve un tercero una relación diádica. Es decir, todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros dos miembros.

Al proponer preguntas de tipo circular, además de obtener informaciones, se alcanza simultáneamente el objetivo de introducir en la familia “inputs”, conexiones entre distintos hechos, permitiéndole adquirir una nueva visión del problema.

Neutralidad. El terapeuta se mantiene con todos a la vez no juzga ni critica. Cuanto mas asimila el terapeuta la epistemología sistémica, más interesado está en provocar realimentaciones y recoger informaciones, y menos en hacer juicios moralistas de cualquier clase.

Principales técnicas y procedimientos

Preguntas

Para el terapeuta sistémico de Milán, la técnica esencial está constituida por las preguntas. Entre las cuales, son de particular importancia y significado las preguntas circulares las cuales traen implícitos los “patrones que conectan” a las personas, los objetos, las acciones, las percepciones, las ideas, los sentimientos, los eventos, las creencias, los contextos.

En este sentido, algunas preguntas circulares son: de alternativas finitas, preguntas de alternativas infinitas y preguntas sí/no, que requieren una simple respuesta afirmativa o negativa. Algunas preguntas circulares requieren del interlocutor declaraciones, o sea, dar referencias sobre hechos concretos; otras requieren atribuciones, es decir, atribuir actitudes o estados de ánimo a un tercero (Boscolo y Bertrando, 1996).

Otros tipos de preguntas que sirven para producir cambios en el sistema de premisas de los clientes, son las preguntas orientadas al futuro, y las preguntas hipotéticas

Las preguntas sobre el futuro son preguntas del todo abiertas, sin restricciones ni condicionamientos que exploran el horizonte temporal del sistema y sus miembros, y sus eventuales diferencias. Las preguntas tienen por lo tanto una doble función, indagar la capacidad de los clientes en el proyectarse al futuro sin restricciones y al mismo tiempo los estimulan a ver la posibilidad de reinventar este futuro.

Las preguntas hipotéticas pueden ser dirigidas también al pasado y al presente. Éstas introducen, con una lógica de norma, diferentes mundos posibles.

Rituales

El ritual terapéutico es una estrategia para cambiar las reglas del juego y la epistemología familiar. Es cual es una acción o una serie de acciones combinadas generalmente con expresiones verbales, de los que tienen que participar todos los miembros de la familia para ser eficaz. Todos ellos deben estar de acuerdo compartir opiniones afines respecto a su significado.

Es de carácter simbólico y posee un matiz reverencial; se puede ejecutar una sola vez o puede ser repetitivo.

La connotación positiva

Se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no a las personas. La cual surge como paso necesario para la prescripción del síntoma como una intervención paradójica, para evitar relacionar de forma causal -lineal los comportamientos de la familia con el síntoma (buenos y malos). De esta manera se crea un doble vínculo terapéutico, por cuanto en un contexto como el terapéutico cuyo objetivo era provocar el cambio, se comunica y prescribe no cambiar. La paradoja se resuelve introduciendo una contraparadoja por medio de una secuencia temporal (Boscolo y Bertrando, 1996)

Es importante que en la connotación positiva alguno de los padres se sienta culpable. Siempre hay que enfatizar que este sacrificio nadie lo pidió y que es espontáneo por parte del miembro sintomático.

La paradoja dentro de la familia es llamada contraparadoja y coloca a la familia en una posición donde haga lo que haga a partir de ese momento, está bien.

Reporte del caso clínico

a) Preguntas circulares:

1. T1. Si tu papá estuviera con ustedes y nunca se hubiese ido que de diferente habría a lo que actualmente viven.

P2. Pues no habría mucha diferencia yo pienso que no que el nada hubiera estado como pues presente nada mas pero no existiendo como era mi papá.

2. T1. Quien es mas capaz de ustedes de apoya a su mamá cuando la ven deprimida

P2. Pues ella

T1. Me podrías explicar un poquito cual es tu nombre

P3. Ximena

T1. Me podrías explicar

P3. Pues es que yo trato de apoyarlo lo mas que puedo por que luego yo la veo muy mal, luego yo también me enfermo por que veo que tiene problemas de la economía ahora que no tiene trabajo pus a mi me mandan a la escuela mas lejos tengo que ir en peseros y hay muchos problemas por que también mi papá hace un año falleció casi no nos apoyaba pero si aunque digan que no si se necesita un papá y una mamá bueno no se pero mi papá también era alcohólico mi papá murió de sidrosis crónica, por el alcoholismo que no dejaba de tomar pero mi mamá luego también se enferma y nos preocupamos por que ahora que le dieron un carro nuevo esta muy presionada y debe mucho dinero a los bancos y uno trata de ayudarla pero no puedo bueno yo sigo tediando trato de sacar la escuela pero pues ya no puedo pero pues si mamá necesita una ayuda por que pus si se pone muy mal se presiona mucho y pus a nosotros también nos preocupa por que no siempre estamos con ella pero pues si nos preocupa.

b) Connotación positiva:

Hemos visto ahorita que salimos a intercambiar opiniones, que hay una historia de ustedes de todo a lo largo de la trayectoria de su vida de una ausencia de una ausencia masculina empezando con su mamá que quedo sola empezando con usted que quedo sola, la abuelita también quedo sola pero hemos visto que las mujeres han sido muy fuertes y valientes han sido mujeres que se han tenido que hacer así para poder sacar adelante a sus hijos, son mujeres muy trabajadoras que nosotros observamos que la fortaleza que tienen ustedes y que tal vez la pasividad que muestran los otros dos hijos es lo que les esta ayudando a mantener un equilibrio a mantener la familia y pues queremos felicitarlos por que vemos que ustedes como mujeres están muy preocupadas pues por que esta ausencia no continúe.

P1. Gracias

T1. Y quieren apoyar a Polo a que Polo tome otra actitud diferente a que ahora Polo se haga responsable de cuando tenga una pareja y en este sentido por eso no han permitido tal ve que Polo se vaya pero el que Polo este allí quiere decir que ustedes quieren apoyarlo y darle todos los recursos para que el sea una persona responsable.

Mapa epistemología cibernética

El enfoque de Milán se organiza principalmente desde la perspectiva de marco de referencia semántico. Empiezan por la pregunta: ¿Por qué esta familia demanda terapia de esta manera en este momento? Su principal interés es la semántica, no la política. Se orientan a descubrir significados posibles de lo que sucede en la familia. En otras palabras, al contexto de significado, que encuadra u organiza los síntomas. El propósito es descubrir una pauta de significado contextual, que sirva para concurrir a que el sistema perturbado se reorganice a si mismo.

En una estrategia de Milán, el distingo de principio se dirige a construir una hipótesis de arco parcial sobre el sistema familiar, estas hipótesis se conectan de manera de enlazar la participación y el aporte de todos los miembros de la familia. Esta pauta de conexión más amplia constituye la hipótesis sistémica plenamente desarrollada; y a veces esa hipótesis es presentada a la familia en forma de intervención.

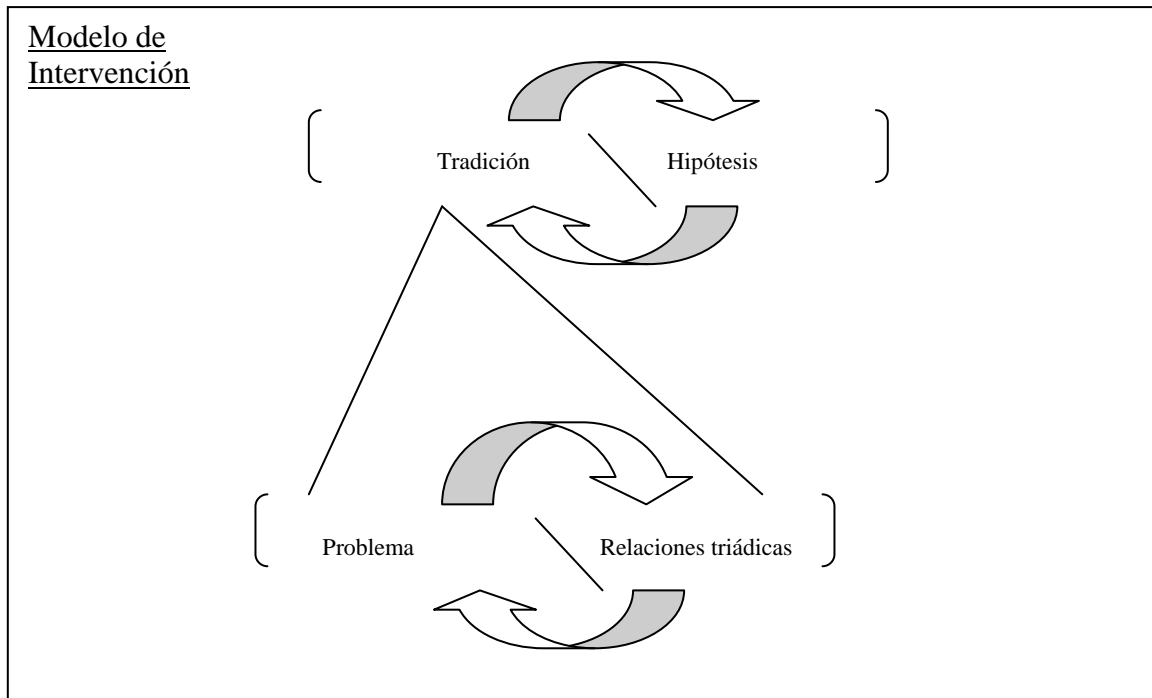
También hacen preguntas triádicas las cuales consisten a veces en pedir a un miembro de la familia que haga comentarios sobre el vinculo diádico de otros dos. La administración de esta clase de preguntas hace aflorar pautas de coalición, no solo en las percepciones que refiere tener el que responde, sino, en las reacciones que esto precipita en los demás, se trate de un fruncimiento de cejas, una mirada penetrante etc. El equipo de Milán emplea el termino circularidad para denotar la capacidad del terapeuta, de conducir su investigación sobre la base de realimentaciones que produce la familia en respuesta a la información que acerca de relaciones el solicita.

Una y otra vez Milán explora diferencias, relaciones y organización de la familia, utilizando los temas que esta misma presenta. El grupo de Milán considera que las preguntas son prescripciones o instrucciones. La pauta que organiza preguntas en esta terapia no es, solo una pauta que conecte preguntas sino una pauta que lleva el propósito de conectar y de corregir.

También, utiliza como intervención connota de manera positiva “la tendencia homeostática del sistema”. Lo que pone de relieve la contribución positiva de cada miembro a la organización del sistema total. En la terapia de Milán, esta proclama a la

familia se suele envolver en la prescripción de que el sistema familiar debe permanecer idéntico (estabilidad).

Este enfoque considera en un primer nivel la complementariedad recursiva de problema/relaciones triádicas, la cual se conecta en un segundo nivel de orden superior con el distingo de tradición, el cual media con la hipótesis brindada en terapia, lo que en conjunto conforman la intervención.



Análisis y Conclusiones

Experiencia de aprendizaje

El diplomado me ha sido muy útil en mi experiencia de aprendizaje, y seguirá siéndome útil con toda seguridad en mi formación como terapeuta.

Aunque en ocasiones se me dificultó un poco comprender ciertos conceptos, ya que realmente sabía muy poco acerca de la terapia sistémica, reconozco que el diplomado me ha aclarado muchas dudas que me habían surgido durante el estudio de este.

También me ha sido de mucha ayuda conocer algo más acerca de los sistemas y sobre todo he aprendido bastante vocabulario y conceptos que o no conocía o tenía confusos.

Reflexión epistemológica

El pensar la relación entre la naturaleza y el hombre en términos cibernéticos, de una relación del tipo: Totalidad/parte, me enseñó a desarrollar una actitud cibernética en el estudio y abordaje de los problemas humanos, lo cual repercutió a nivel personal, en mi relación con los demás, con el mundo y por supuesto como terapeuta.

El tener en cuenta que todo está conectado en distintos niveles nos enseña a ser precavidos en nuestras ideas y acciones, ya que somos parte de una totalidad y cualquier cosa que hagamos repercutirá de alguna manera en diferentes niveles, que funcionan fuera de nuestra conciencia.

Experiencia profesional, que significado y que tanto se alcanzó (supervisión de casos y practicum)

El que nos supervisaran los profesores del diplomado de terapia sistémica los casos prácticos, fue muy enriquecedor, ya que era más fácil comprender lo que se estaba viendo a nivel teórico en cada módulo.

Después de haber visto varios casos prácticos, considero que el modelo sistémico es el más adecuado a emplear en terapia en el nivel ayuda a la persona y a la familia, aunque su aplicación no se limita solamente a este ámbito.

Pienso que el tener en cuenta el contexto donde se desarrollan ciertos problemas es muy importante, el conocerlo, y también es importante no trabajar únicamente con el paciente con el paciente que acude a terapia, sino con todos los sistemas que son significativos para él, y comprender las relaciones y realimentaciones que se producen entre los miembros de su mismo sistema y las realimentaciones de ese sistema con los demás. Este modelo, es aplicable y útil en casi todas las situaciones.

Bibliografía

- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006). Terapia sistémica de Milán. En: A. Roizblatt (edit). Terapia familiar y de pareja. Chile: Mediterráneo. Pp. 226-244
- Boscolo L., Bertrando, P., (1996). Terapia sistémica individual. Argentina: Amorrortu editores.
- De Shazer, S. (2004). Claves en psicoterapia breve (2ª ed.) España: Gedisa
- Eguiluz, L. (2004). Terapia familiar. México: Pax México.
- Fisch R. y Schlanger, K. (2002). Cambiando lo incambiable. Barcelona: Herder
- Fisch, R., J. Weakland y L. Segal (1988). La táctica del cambio cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder
- Haley, J. (1990) Terapia para resolver problemas (4ª ed.) Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Keeney, B. (1987). Estética del cambio. Barcelona: Paidós
- Keeney, B., Ross, J. (1993) Construcción de terapias familiares sistémicas. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- Kim Berg, I. y Miller, S. (1996). Trabajando con el problema del alcohol. Barcelona: Gedisa
- Madanes, C. (1984). Terapia estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1995). El arte del cambio. Barcelona: Herder
- O' Halón, W. H. y Weiner-Davis, M. (1993). En busca de soluciones (2ª ed.) Buenos Aires: Paidós
- Sánchez y Gutiérrez D., (2000). Terapia familiar modelos y técnicas. México: Manual Moderno
- Selvini de Palazzoli, M.; Bóscolo, G.; Cecchin, G.; Prata, G. (1994). Paradoja y contraparadoja. México: Paidós.
- Vargas, P. (2007). *¿Es sistémica la Terapia Sistémica?* Recuperado el 13 de septiembre de 2007, de: [www: http: // mx.geocities.com/systacad/index.html](http://www.mx.geocities.com/systacad/index.html)
- Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch R. (1986). Cambio. Barcelona: Herder