



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOTERAPIA SISTÉMICA

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA

ALMA ISABEL LADINO GARRIDO

TUTORA: MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ

JURADO: LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ
MTRO. SERGIO C. MANDUJANO VÁZQUEZ
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A *Dios* por permitirme estar en este mundo y que mi existencia sirva a otras personas, por crearme para darle honor, sabiendo que aún la ciencia es suya...

A la *Universidad Nacional Autónoma de México* por ser mi segunda casa donde aprendí a ser curiosa, autodidacta y a defender una opinión...

A la *Facultad de Estudios Superiores Zaragoza* que aunque pequeña en su espacio es inmensa en su universo de oportunidades y posibilidades para sus estudiantes...

A la *Carrera de Psicología* por ser mi sueño hecho realidad y darme las herramientas y habilidades para mi ejercicio profesional...

A *Isabel*, mamá eres la mejor mujer en que se sembró, creció y floreció la que hoy es una mujer y tu orgullo, eres un ejemplo a seguir en mi vida por tu paciencia y fuerza inagotables...

A *Enrique* mi papá por ser un apoyo en momentos difíciles y enseñarme que el esfuerzo da buenos resultados...

A *mis hermanos* Hugo, Oscar, Claudia y César por compartir conmigo sus experiencias, travesuras y apoyo moral, gracias también por su superación y compromiso con la nueva generación de la familia Ladino...

A *mis grandes amigos*: Mariano, Abigail, Teresa, Adán, Paco, Onán, Francisco, Inés, sus vidas siempre tuvieron una enseñanza para mí y han estado en el momento justo...

A *Juan Manuel* por dedicarme los mejores momentos de su vida desde hace dos años y esforzarse porque compartamos un futuro mejor...

A la *Profra. Paty Bañuelos* porque su conocimientos me renuevan como persona y como profesionista, por su inmensa alegría...

A la *Profra. Norma Méndez* por su vasto conocimiento, su continua tenacidad por facilitar sólidos conocimientos en la recta final de la carrera y su valiosa amistad...

Al *Prof. Vicente Cruz* por aclararme que la terapia sistémica trabaja aún con la forma en que los pacientes significan su realidad...

A la *Mtra. Lidia Beltrán Ruiz* por su ver habilidades y recursos en sus alumnos, por su apoyo incondicional para la realización de este trabajo...

Al *Prof. Sergio Mandujano* por guiarnos en el trabajo con nosotros mismos y su creatividad en el diseño de intervenciones terapéuticas...

Al *Prof. Pedro Vargas* por su excelente y muy particular forma de trabajo, las experiencias compartida han sido de mucha ayuda...

Al *Prof. Mario Alberto Patiño* por ser un ejemplo de paciencia y profunda curiosidad en el proceso terapéutico, por que en el viven la curiosidad e irreverencia que un terapeuta debe tener...

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	3
I. Marco Histórico – Epistemológico.....	7
Antecedentes de la Epistemología Cibernética.....	7
Principales Escuelas de Terapia.....	10
Conceptos Básicos.....	11
Intervenciones Terapéuticas.....	19
II. Mental Research Institute.....	21
Antecedentes.....	21
El MRI.....	22
Formación y Solución de Problemas.....	23
Órdenes de Recursión del MRI.....	25
Tratamiento.....	25
Intervenciones.....	26
Aplicación Clínica.....	27
III. Escuela Estratégica de Haley.....	32
Antecedentes.....	32
Órdenes de Recursión de la Escuela Estratégica de Haley.....	34
Proceso Terapéutico.....	35
Intervenciones.....	36
Aplicación Clínica.....	39
IV. Escuelas de Soluciones.....	44
Antecedentes.....	44
Premisas.....	45

Teoría de la Solución.....	46
Órdenes de Recursión de las Escuelas de Soluciones.....	48
La Sesión como Intervención.....	48
Relación Terapeuta – Consultante.....	51
Prescripciones.....	52
Aplicación Clínica.....	53
V. Escuela de Milán.....	56
Antecedentes.....	56
Abordaje del Síntoma.....	58
Ordenes de Recursión de la Escuela de Milán.....	63
Proceso Terapéutico.....	63
Intervenciones.....	64
Aplicación Clínica.....	65
Discusión.....	69
Comentario Final.....	73
Referencias Bibliográficas.....	75

RESUMEN

Se presenta un reporte de las actividades desarrolladas en el diplomado en terapia sistémica, la cual se guía por las premisas de la epistemología cibernética, trabajando objetivos específicos en un tiempo determinado. Las escuelas sistémicas descritas en este reporte son: el Mental Research Institute, la Terapia Estratégica de Haley, Soluciones y Milán. Se presentan las características de cada modelo así como su aplicación clínica, haciendo uso de las intervenciones más destacadas. Con estas bases se tiene la predilección por un modelo y estilo terapéutico, incluso por el trabajo de un terapeuta en específico. Así pues, se logra la actualización de psicólogos en el ámbito clínico enfocados al cambio en los pacientes que presentan algunas(s) dificultad(es) en su vida cotidiana.

Palabras clave: terapia sistémica, cambio, intervenciones.

“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” (UNAM – AFIPPSi, 2007, p. 1).

En estos términos, resulta de suma importancia presentar mejores opciones de atención psicológica, que además de ser eficaces, sean breves, permitiendo a las personas superar las dificultades que los llevan a terapia. Para ello, la visión sistémica contempla los problemas de salud mental en una dimensión más amplia (el individuo y su relación con los otros), repercutiendo en sistemas como la pareja, la familia, la comunidad, etc.

A pesar de no encontrar referencia sobre la terapia sistémica en los libros de historia de la psicología de este siglo, sí se ha presentado como un campo de estudio que se va incluyendo en los programas de estudio a nivel superior, además del campo de psicología de la salud (Vargas, 2004).

Actualmente la inserción del enfoque sistémico en instituciones públicas y privadas ha proporcionado a los profesionales de salud mental “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 en el comportamiento social” (UNAM – AFIPPSi, 2007, p. 1).

Particularmente, esta perspectiva se basa en una epistemología cibernética que ofrece una teoría global de los sistemas biológicos y sociales. “Es una nueva manera de mirar al mundo, en términos generales se refiere a la noción de información y 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 de precisión de los significados asimilados y la apertura hacia metas más satisfactorias” (UNAM – AFIPPSi, 2007, p. 2).

Las instituciones que ofrecen la formación sistémica en México son principalmente de carácter privado. Sin embargo, a nivel público, es de gran importancia la participación de la Universidad Nacional Autónoma de México en este proceso de desarrollo y ajuste de esta perspectiva en el ámbito de la salud mental en nuestro país. Dentro de la UNAM a nivel de posgrado se encuentra en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza el diplomado en “Terapia Sistémica”; y dos más en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. En ésta última y en la Facultad de Psicología se imparte Maestría con residencia en Terapia Familiar Sistémica, permitiendo la difusión de este enfoque en varias instituciones de salud pública.

Así pues, el propósito del diplomado en terapia sistémica es la actualización del profesional de la psicología dirigido a la práctica clínica, que le permita abordar la problemática emocional de la población. Estos profesionales dominan un conjunto de técnicas propias para enfrentar problemas de interacción en los grupos humanos, así como un marco teórico epistemológico que les permite contextualizar dicha práctica (UNAM – AFIPPSi, 2007).

Los objetivos generales y alcances del Diplomado en Terapia Sistémica son:
a) el desarrollo de una actitud cibernética en estudio y abordaje de los problemas humanos; b) ofrecer una exploración introductoria en algunos de los

temas principales de la terapia sistémica: epistemología cibernética y modelos de terapia sistémica dominantes (Mental Research Institute, Terapia Estratégica, Terapia de Soluciones, Escuela de Milán); c) identificar y analizar las características epistemológicas y teóricas inherentes al desarrollo del enfoque sistémico; d) generar habilidades para el diseño de estrategias de intervención en el ámbito clínico, y; e) generar habilidades para la aplicación de estrategias de intervención en el ámbito clínico.

El impacto que ha tenido este enfoque en la práctica terapéutica se puede explicar a partir de las siguientes características (UNAM – AFIPPSi, 2007, p. 2):

- Su forma de conceptualización del proceso de cambio hace posible el proceso terapéutico en términos temporales definidos y breves.
- Su aproximación a los problemas humanos es no-patologizante.
- Propicia la atención a una población clínica muy diversa.
- En la terapia se definen objetivos precisos en plazos definidos.

Finalmente preciso que mi objetivo al ingresar al Diplomado en Terapia Sistémica ha sido introducirme de manera más específica al ámbito de la psicoterapia, al tiempo que se posibilita la titulación por la opción de “Ampliación y Profundización de Conocimientos, aprobada por la UNAM a partir del 2006.

Se hace la presentación de este trabajo con la finalidad de legar a otras generaciones las experiencias obtenidas en el diplomado y como aval del trabajo realizado durante un año. Se bosqueja el marco histórico – epistemológico de la terapia sistémica, así las escuelas más destacadas de este enfoque.

En el Apartado I se presenta el marco histórico y epistemológico de la Terapia Sistémica en el que se expone cuáles son los trabajos más trascendentes que

antecedentes a este enfoque, entre ellos, los trabajos del grupo de los cibernéticos y de Gregory Bateson; así como “la influencia de Milton H. Erickson quien fue la inspiración para la realización de acciones terapéuticas y para la focalización en el proceso del cambio” (Vargas, 2004, p. 2).

En cada uno de los apartados siguientes se presentan las principales escuelas de terapia sistémica donde se muestran las habilidades teórico conceptuales y operativas propias de cada modelo. De esta forma, en el Apartado II se expone el modelo del Mental Research Institute; en el Apartado III la Escuela Estratégica de Jay Haley; en el Apartado IV las escuelas basadas en soluciones; y por último en el Apartado V la Escuela de Milán.

Como características comunes en los apartados del II al V, se encuentra cuáles son los antecedentes del modelo; su ubicación geográfica; quiénes son sus principales exponentes; cuáles son las premisas de la escuela; los modelamientos de la pauta y la intervención; su conceptualización particular sobre el problema; cambio; y solución; así como las intervenciones principales.

Al final de cada apartado se presentan muestras del trabajo terapéutico que se aborda con el modelo respectivo; en ellos se muestran las habilidades desarrolladas en el diplomado, sin embargo al considerar la variabilidad en la duración de los casos, sólo se presentan aplicaciones clínicas en su primera sesión. Esto a excepción del Apartado III de Terapia Estratégica donde se presenta el caso completo ya que se echó mano de todas las técnicas trabajando el caso en el transcurso del módulo.

I. Marco Histórico - Epistemológico

Antecedentes de la Epistemología Cibernética

En 1942 se celebró un encuentro en la ciudad de New York bajo los auspicios de la Fundación Josiah Macy, en el cual Rosenblueth difundió ideas sobre la retroalimentación considerada como el retorno de la información para formar un lazo de control cerrado, a lo cual, se aduce que puede considerarse que toda conducta teleológica requiere retroalimentación.

A esta reunión asistió un grupo selecto de científicos provenientes de las más diversas disciplinas (antropología, matemática, filosofía, fisiología, neurología, psiquiatría, etc.), entre ellos: John Von Neumann, Walter Pitts, Warren S. McCulloch, Gregory Bateson y Margaret Mead, se reunían a investigar sobre la posibilidad de alcanzar una "ciencia del control", manifestaron su interés por los "mecanismos autorregulados"; y los tópicos tratados en las diferentes oportunidades fueron la Hipnosis, los Mecanismos Teleológicos y la Cibernética. Estas conferencias fueron algo así como el caldo de cultivo de nuevas ideas que con el correr de los años influyeron fuertemente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas, especialmente la psicoterapia (Cazabat, 2004).

Fue en 1943 que la cibernética se estableció como una ciencia formal con la aparición de dos artículos de autores estadounidenses. Uno de estos artículos, cuyos autores eran Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow, procuró identificar los principios generales de los mecanismos capaces de corporizar el concepto de "finalidad" o "intencionalidad". El otro de Warren McCulloch y Walter Pitts, titulado "Cálculo lógico infinitesimal de las ideas inmanentes en la actividad nerviosa", puso de manifiesto la clase de funciones que todo el cerebro puede computar a fin de percibir y describir lo que es perceptible y descriptible. Estos artículos intentaban discernir las pautas de organización que subyacen en la conducta intencional y en la percepción, respectivamente (Keeney, 1994).

Al mismo tiempo, Gregory Bateson había estado desarrollando una concepción del proceso interaccional en sus indagaciones antropológicas, y Jean Piaget procuraba identificar los mecanismos del conocimiento estudiando su evolución en niños pequeños. Todos estos estudios compartían “el reconocimiento de que las leyes que rigen la corporización de la mente deben buscarse entre las leyes que gobiernan la información, y no la energía o la materia” (Papert, citado en Keeney 1994, p. 81).

El segundo encuentro de la Fundación Macy tuvo lugar en 1944; Warren McCulloch organizó un tercero en 1946, al cual asistieron Lawrence Kubie, Heinrich Klüver, Erich Erickson, Kurt Lewin, Alex Bevelas, F. Northrop y Heinz Von Foerster. Las reuniones de este grupo continuaron semestralmente a lo largo de varios años. En la mayoría de los casos el tema de sus encuentros fueron los mecanismos de retroalimentación y sistemas biológicos y sociales.

Von Foerster, luego de estudiar con McCulloch y Rosenblueth, fundó el Laboratorio de Computación Biológica (LCB), perteneciente a la Universidad de Illinois en Urbana Champaign. El LCB se centró en el estudio de los principios computacionales de los organismos vivos. Desde su inicio este laboratorio fue el lugar de encuentro más importante de los cibernéticos (Keeney, 1994).

Wiener (citado en Keeney, 1994, p. 83) acuñó el término “cibernética” para designar el nuevo tipo de pensamiento que todos ellos estaban abordando. La idea básica de la cibernética es la de *retroalimentación*, definida como “un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado”, por lo que el sistema vigila su propio desempeño y es autocorrectivo.

Para 1948, la preocupación de Gregory Bateson se centraba en encontrar los fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación. Esta inquietud lo llevó a fundar, en 1952 el "Proyecto Bateson", para ello convocó a John Weakland, Jay Haley y William Fry, con asiento en el Hospital de la Administración de Veteranos en California. Comenzaron a trabajar sobre las paradojas y sus efectos en la comunicación, clasificando la comunicación por

niveles: de significado, de tipo lógico y de aprendizaje. En 1956, el resultado fue el reconocido escrito: “Hacia una Teoría de la Esquizofrenia”.

A partir de 1953, como parte de las actividades del grupo, Weakland y Haley se entrevistaban periódicamente con Milton H. Erickson, quien era un psiquiatra especializado en hipnosis, que en aquellos tiempos era uno de los pocos, si no el único, en realizar una forma de psicoterapia breve muy personal y heterodoxa. Este contacto fluido entre Erickson, Haley y Weakland influyó notablemente en la conformación de la mirada clínica en el grupo (Cazabat, 2004).

“El modo de hacer terapia de Erickson vino a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las formulaciones teórico – prácticas que el grupo Bateson había formalizado como modelos” (Vargas, 2004, p. 17).

Bateson estableció sus formulaciones basadas en la comunicación, su influencia sin embargo, fue principalmente notable en cuestiones que surgen de la epistemología, su objetivo en su vinculación con la psicología fue esbozar una teoría general de la comunicación derivada de las ideas de la cibernética.

La manera en que Bateson retoma los conceptos para aplicarlos a la comprensión de sistemas interaccionales y sociales es por ejemplo con la analogía del termostato para representar la retroalimentación. Menciona que los límites del termostato están calibrados para mantener la temperatura en un cierto intervalo, si se sale de estos límites se activa un mecanismo que lo enciende o apaga a fin de mantener la temperatura en el intervalo predeterminado. En comportamiento, por ejemplo, puede verse a dos personas discutiendo acaloradamente hasta que el perro empieza a ladrar y luego juega con ellos para llamar su atención e interrumpir este intercambio.

Bateson menciona que el proceso de retroalimentación es el que da estabilidad a los sistemas y por ello son autocorrectivos (Keeney, 2004). Debido a esto, representantes de las principales escuelas sistémicas reconocen la influencia de la cibernética batesoniana en su trabajo.

Principales Escuelas de Terapia

En marzo de 1959 Don Jackson funda con Jules Riskin y Virginia Satir y con la consultoría a Bateson, el Mental Research Institute (*MRI*), que, aunque no tiene una continuidad institucional con el Grupo Bateson, sí representa una continuación en las ideas así como en la presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland, unos meses después se unió al equipo Paul Watzlawick, un psiquiatra de origen austriaco.

El equipo del MRI se dedicó entonces a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia, desde la perspectiva interaccional. En este marco Jay Haley desarrolló su modelo *Estratégico* de resolución de problemas, y en 1967 abandonó el MRI para unirse a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en la Philadelphia Child Guidance Clinic.

Por otra parte, se encuentran los enfoques basados en *Soluciones*: la Terapia Centrada en Soluciones (TCS) cuyo representante es Steve De Shazer; y, la Terapia Orientada a las Soluciones (TOS) representada por William O'Hanlon. Ambos tienen una importante influencia de Erickson, sin embargo, El primer autor fue atraído por los estudios de comunicación del MRI y O'Hanlon por los trabajos del Centro de Terapia Familiar Breve dirigido por De Shazer.

En 1967, surge la Escuela de *Milán*, cuya importancia radica en ser un modelo de transición y evolución en la epistemología y fundamentos de la psicoterapia familiar, pues da un salto de la cibernética de primer orden, es decir, la cibernética del sistema observado a la cibernética de segundo orden donde el grupo de terapeutas y la familia son parte de un mismo sistema. Esta nueva visión se da con la introducción del concepto de cibernética del segundo orden, por Von Foerster, o cibernética de los sistemas observantes donde el observador entra en la descripción de aquello que es observado, formando un nuevo sistema con la familia (Boscolo y Bertrando, 2006).

Conceptos Básicos

Los conceptos básicos de la epistemología cibernética son: distinción, puntuación, marco, retroalimentación, autorreferencia y autopoyesis. Mientras que las herramientas que nos proporciona son: tipos lógicos, recursión, doble descripción y complementariedades cibernéticas.

La intervención de Bateson a la psicología se refiere al plano fundamental de la epistemología que es útil para designar las premisas básicas que subyacen en la acción y la cognición humana. Por definición “la *epistemología* procura establecer de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden” (Bateson citado en Keeney, 1994, p. 27).

El objetivo de la cibernética es desarrollar una doble visión de la materia y la pauta, el cuerpo y la mente, debido a que la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, para el terapeuta occidental es toparse con un mundo extraño, por ello, al explorar un mundo cibernético es necesario modificar nuestro hábito de ver únicamente lo material.

De acuerdo con Keeney (1994), es posible hacer un distingo entre dos clases de epistemología: la lineal progresiva y la recurrente (también llamada sistémica, ecológica, ecosistémica, circular o cibernética). La primera se atiene a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones entre elementos aislados. Los terapeutas que entienden que su labor consiste en tratar de corregir, disecar o exorcizar los elementos “malos”, “enfermos” o “locos” de sus clientes, operan con una epistemología lineal progresiva.

Una epistemología recurrente, por el contrario, pone el acento en la ecología, la relación y los ecosistemas totales. Al revés de lo que ocurre con la epistemología lineal progresiva, es congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto. Keeney (1994) propone que para este paradigma alternativo se adopte el término “epistemología cibernética”.

El acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia, solo al distinguir una pauta de otra somos capaces de conocer nuestro mundo. Las distinciones establecidas entre terapeuta y cliente, intervención y síntoma, solución y problema, por ejemplo, nos permiten discernir el mundo clínico. Keeney expone que la *distinción* es “un mandato básico obedecido consciente o inconscientemente, es el punto de partida de cualquier acción, percepción, pensamiento, descripción, teoría y epistemología” (1994, p. 33).

Lo importante es que el mundo puede discernirse de infinitas maneras, según las distinciones que uno establezca. La tarea del epistemólogo consiste en identificar la manera en que un determinado sistema (ya se trate de un organismo, familia, grupo o comunidad) especifica y mantiene ciertas formas de demarcación. Esta idea, que Watzlawick, Beavin y Jackson (1989) designaron como “la puntuación de secuencia de sucesos”.

Según Keeney (1994, p. 76), para realizar una *puntuación* “se traza una distinción que distingue la distinción que la trazó”. El estudio formal de los procedimientos por los cuales la gente puntúa su experiencia es un método para identificar su epistemología. Sus pautas habituales de puntuación presuponen ciertas premisas epistemológicas para esclarecer distinciones. De esta manera, la labor del terapeuta consistirá en reencuadrar el *marco* del cliente que se refiere a los “segmentos puntuados de un sistema de interacción” (Keeney, p. 41).

Watzlawick (citado en Keeney, 1994, p. 41) afirmó que “el ordenamiento de las secuencias de uno u otro modo crea lo que, sin exagerar, podemos denominar realidades diferentes”. Por ejemplo, las diferentes puntuaciones que hacen dos personas sobre su relación.

Es así que el terapeuta hace una distinción de primer orden y salta a otro nivel de abstracción y traza distinciones que organizan esos datos elementales, procurando establecer pautas que lo conecten, con esto se identifican pautas repetitivas en la organización de los hechos de la conducta que acontecen dentro de marcos temporales inmediatos, el siguiente paso es revisar lo que se

ha hecho. Estas distinciones tienen como cualidad la *recursión*, lo que significa que “un proceso vuelve a su comienzo a fin de marcar una diferencia que permite al proceso volver a su comienzo” (Keeney, 1994, p. 76).

El terapeuta traza distinciones y luego distinciones acerca de las distinciones, y luego, distinciones acerca de las distinciones acerca de las distinciones. Con ello construye su epistemología, o sea una manera de conocer y una manera de conocer su conocer. En tal proceso, su conocimiento puede ser reciclado y modificado de continuo, para que sepa cómo debe actuar.

La explicación de esas diferencias de órdenes de recursión constituye un procedimiento importante de la epistemología, para ello Bateson recurrió a la “tipificación lógica”, herramienta conceptual derivada de los *Principia Matemática* de Whitehead y Russell. Esta teoría se convirtió en una “regla” de la lógica, según la cual para evitar las paradojas había indicar siempre la tipificación lógica de los enunciados, de este modo no se confundían niveles lógicos distintos ni la expresión inmediata era autorreferencial. El descuido de la tipificación lógica da origen a la paradoja, precisamente porque el observador no sabe cual nivel escoger (Keeney, 1994).

Russell aprobó el ingreso de las paradojas autorreferenciales en la lógica, sin embargo, admitió que él y Whitehead no habían sabido cómo emplear formalmente la paradoja. A esto, Von Foerster puso en tela de juicio la epistemología la teoría de los tipos lógicos de Russell, objetando que se la prescribiera para evitar la paradoja, y sosteniendo que existía otra manera posible de abordar esta última. Las paradojas autorreferenciales podían ser los ladrillos conceptuales con los cuales construir una cosmovisión alternativa. Por ejemplo, puede partirse puntualizando que el observador siempre participa en lo que observa; en tal caso, todo los enunciados, siendo enunciados de observadores, son autorreferenciales y por consiguiente están cargados de paradojas (Keeney, 1994).

Bateson coincidió con la propuesta de Von Foerster y adoptó la *tipificación lógica* como “instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de la

comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres” (Keeney, 1994, p.46). Así, la tipificación lógica, podía concebirse simplemente como una manera de trazar distinciones y utilizarla para poner de relieve la autorreferencia y la paradoja en lugar de ocultarlas.

El uso de la tipificación lógica de una manera puramente descriptiva nos lleva a percatarnos más plenamente de las pautas que gobiernan nuestro conocer. Finalmente sea cual fuere nuestra decisión, jamás podremos escapar de las paradojas de la existencia derivadas del autorreferencia ya que son inherentes a todo sistema de observación natural.

En este sentido, si examinamos las explicaciones tradicionales de la conducta a través de la lente de la recursión, podemos ver, como demuestra Watzlawick (citado en Keeney, 1994) que podemos intensificar ese sentimiento natural de desdicha convirtiéndolo en una "depresión clínica". Este reciclaje de un encuadre de una instancia particular de acción convirtiéndolo en una categoría de acciones puede provocar una suerte de mandato hipnótico, que suele generar, intensificar y mantener un contexto problemático.

La epistemología clínica se ocupa de estudiar cómo se crean y perpetúan los dilemas humanos merced a estas trabas epistemológicas. El especialista en estas cuestiones examinará las pautas que, dentro de los contextos sociales, organizan los círculos viciosos, recursivos, que rodean experiencia sintomática.

De manera particular, todo contexto de la acción es puntuado por el organismo mismo (o por las interacciones sociales de las que forma parte), cada vez que las personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de la interacción. Si un observador combina los puntos de vista al menos dos individuos, comienza a surgir una idea sobre el sistema total. Puede presentarse la puntuación de cada persona en forma de secuencia, siendo la serie total, una representación del sistema diádico para luego discernir la pauta que los conecta. Una manera de hacerlo es presumir que la pauta de la puntuación de la persona A va a interactuar con la pauta de la persona B de modo de crear una pauta híbrida.

Para el observador, ver una relación, significa que “la combinación simultánea de sus respectivas puntuaciones da un vislumbre de la relación total”. A esta última visión de las cosas, Bateson la llama *doble descripción*, la cual “es una herramienta epistemológica que nos permite generar y discernir diferentes órdenes de pautas” (Keeney, 1994, p. 54).

Como se mencionó antes, la idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales, así su idea básica es la *retroalimentación*, definida por Weiner como “un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado”, por lo que el sistema vigila su propio desempeño y es autocorrectivo (Keeney, 1994, p. 83).

Toda regulación simple o compleja, así como todo aprendizaje, implican retroalimentación, por lo tanto, los contextos del cambio y del aprendizaje están destinados a establecer o modificar la retroalimentación. Un claro ejemplo de ello es el sistema familiar (organismo autocorrectivo) que corporiza procesos de retroalimentación que permiten la estabilidad de la organización en su conjunto. Para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino adecuado para el cambio.

Hay que tomar en cuenta que los procesos cibernéticos nunca son estáticos, sino que, puede entenderse todo cambio como el empeño por mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio. Es por ello, que en la cibernética es imposible separar la estabilidad del cambio, ambos son partes complementarias de un sistema.

Weiner propuso originalmente que la estabilidad y el cambio son explicables por diferentes órdenes de control de retroalimentación. En otros términos, "la *retroalimentación* puede referirse al éxito o fracaso de un acto simple, o bien producirse en un nivel más alto, en el cual se retroalimenta la información correspondiente a toda modalidad de conducta o pauta de comportamiento, permitiendo así al organismo cambiar la planificación estratégica de su acción futura" (citado en Keeney, 1994, p. 87).

Esta retroalimentación de orden superior suele ofrecer una manera de preservar y cambiar una determinada organización social. La terapia pues, debe establecer un orden del proceso de retroalimentación, que modifique la pauta que conecta recursivamente a la familia y el terapeuta (Keeney, 1994).

La idea de una red recursiva con estructura de retroalimentación es útil para construir una ciencia de la conducta. La retroalimentación simple debe considerarse como la unidad de construcción o hipótesis conceptual básica, con la cual podemos edificar una perspectiva más amplia de los órdenes recursivos del proceso de retroalimentación, que nos permita caracterizar el proceso mental y viviente.

Como evolución de esta teoría esta la "cibernética de la cibernética" (frase propuesta originalmente por Margaret Mead en 1968), que es una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema. Al pasar a un orden de recursión superior, se sitúa el observador como parte integral del sistema observado (Keeney, 1994).

Dado que la cibernética de la cibernética, o lo que Von Foerster llama "cibernética de segundo orden", sitúa al observador en el seno del observado, y por tanto, toda descripción es autorreferencial, estas paradojas forman parte natural de todo sistema formal de pensamiento y el hombre no puede desembarazarse de ellas. Para este autor, la *autorreferencia*, se refiere a "los sistemas lógicos cerrados que incluyen al referidor dentro de la referencia, al observador dentro de la descripción y a los axiomas dentro de la explicación" (citado en Keeney, 1994, p. 95).

Las consecuencias epistemológicas de la cibernética de la cibernética sustentan cada vez más la postura de que la pretensión de "objetividad" es errónea, pues presume la separación entre el observador y lo observado. Entonces, el terapeuta puntúa la forma en que deben desarrollarse las diversas secuencias de conducta. Para poder hacer esta puntuación, la cibernética de la cibernética, propone que la alternativa es la *ética* con la cual admitimos el nexo

necesario entre el observador del observado y ello nos conduce examinar cómo participa el observador en lo observado.

La cibernética de la cibernética es una manera de concebir el "cierre organizacional" o "autonomía" de los sistemas. Esto implica que los sistemas son considerados sin hacer referencia alguna a su medio externo. Esto sugiere la respuesta a la pregunta de Maturana y Varela sobre "¿cuál es la organización del proceso viviente?" ya que desde la óptica cibernética, la autonomía de los sistemas se caracteriza por una organización cerrada y recurrente; dicho de otro modo, todo proceso viviente corporiza una epistemología cibernética.

Para explicar esto Maturana y Varela recurrieron al término *autopoiesis* al aludir a este orden de "proceso que genera o mantiene la autonomía o la totalidad de las células biológicas" (Keeney, 1994, p. 101); y es considerada por Andrew, como "la capacidad de los sistemas vivientes para desarrollar y mantener su propia organización" (citado en Keeney, 1994, p. 101).

Las ideas de Maturana y Varela se vinculan con la obra de Bateson; los tres aducen que las descripciones, y las relaciones de las descripciones, son generadas mediante las distinciones que traza el observador, lo cual crea una red epistemológica apta para captar el identificar un fenómeno; además subrayan la recursividad cerrada de los sistemas cibernéticos totales.

Enunciando esto de manera recursiva, podríamos decir que la familia se organiza a fin de mantener la organización que la define como tal. La organización cerrada, autonomía o totalidad de un sistema como la familia no puede modificarse, pues de lo contrario no habría familia, lo que cambia es la estructura, o el modo de mantener su organización, por lo que una meta de la terapia es facilitar la existencia de estructuras alternativas para mantener la organización de la familia.

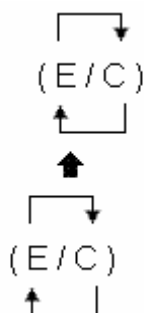
Así pues, la cibernética de la cibernética se ocupa de la homeostasis de la homeostasis, el control del control, de la estabilidad de la estabilidad, del

cambio del cambio, y de la retroalimentación de la retroalimentación. A medida que uno asciende hacia órdenes superiores del proceso de retroalimentación, la retroalimentación simple queda sujeta a recalibración o al reajuste.

La concepción cibernética pone de relieve que la unidad de la terapia no son los individuos, parejas, familias, comunidad o sociedad; la cibernética se centra en el *proceso mental* por lo que el especialista en cibernética apunta su mirada a las pautas subyacentes de retroalimentación presentes en la terapia (Keeney, 1994).

La cibernética nos permite analizar tanto la autonomía como la interdependencia de los sistemas totales para lo cual nos es útil la herramienta de las *complementariedades cibernéticas* que nos ofrecen un marco de referencia para estudiar las distinciones, ya que abarca órdenes de recursión distintos que nos muestran la relación entre sistemas. Por consiguiente, las complementariedades cibernéticas son “reencuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de reclusión” (Keeney, 1994, p. 111).

El ejemplo básico de una complementariedad cibernética es la forma de *estabilidad/cambio*, que “nos sugiere que todo cambio puede entenderse como el empeño de mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio” (Vargas, 2004, p. 9). Cabe mencionar que esta recurrencia se da en distintos niveles y que el orden superior contiene al inferior en lo que a estabilidad se refiere:



Con esta forma pueden describirse los modelamientos de la pauta y de la intervención que se dan durante el proceso terapéutico que irán incluidos en cada apartado, para ello se presentan los pasos representativos de cada modelo:

Intervenciones Terapéuticas

Mental Research Institute M. R. I.

1. Definición del problema,
2. Intentos de solución,
3. Postura del cliente,
4. Objetivo: cambio mínimo,
5. Estrategia terapéutica (Giro de 180°),
6. Intervención: reencuadre, prescripción conductual.

Escuela Estratégica de Haley

1. Planteamiento del problema,
2. Interacción: coalición, secuencia triádica,
3. Fijación de la meta,
4. Evaluación del terapeuta: jerarquía incongruente,
5. Intervenciones (ej. ordalía),
6. Logro de la meta terapéutica.

Escuelas de Soluciones

1. Construir una relación terapéutica,
2. Construir el problema,
3. Búsqueda de excepciones: identificar, evocar, amplificar y atribuir control,
4. Objetivo,
5. Elogios,
6. Prescripción,
7. Evaluar el progreso del cliente.

Escuela de Milán

1. Evaluación del juego familiar,
2. Hipótesis preliminar: función del síntoma,
3. Interrogatorio circular,
4. Tradición,
5. Verificar la hipótesis sistémica,
6. Connotación positiva,
7. Prescripción.

II. Mental Research Institute

Aunque esto pueda parecer un enfoque superficial, posee las ventajas de la sencillez, la concreción y la reducción al mínimo de presuposiciones e inferencias.

Fisch, Weakland y Segal, 1988

En la década del 40 se realizaron en New York una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy, en las que un grupo selecto de científicos provenientes de las más diversas disciplinas (antropología, matemática, filosofía, fisiología, neurología, psiquiatría, etc.) se reunían a investigar sobre la posibilidad de alcanzar una "ciencia del control". Entre los participantes estaban Gregory Bateson, Milton H. Erickson, Norbert Wiener, Kurt Lewin, entre otros, y los tópicos tratados en las diferentes oportunidades fueron la Hipnosis, los Mecanismos Teleológicos y la Cibernética. Estas conferencias fueron algo así como el caldo de cultivo de nuevas ideas que con el correr de los años influyeron fuertemente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas, especialmente la psicoterapia.

En 1948, Bateson, se mudó a San Francisco, se centraba en encontrar los fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación; inquietud lo llevó a fundar, en 1952 el "Proyecto Bateson". Convocó a John Weakland, Jay Haley y William Fry en Menlo Park, California y comenzaron a trabajar sobre la comunicación, en especial sobre las paradojas y sus efectos en la comunicación. Como parte de las actividades del grupo, Weakland y Haley comenzaron desde 1953 a viajar periódicamente a Phoenix, Arizona, para entrevistar a Milton Erickson, quien era un psiquiatra especializado en hipnosis, que en aquellos tiempos era uno de los pocos, si no el único, en realizar una forma de psicoterapia breve muy personal y heterodoxa. Este contacto fluido entre Erickson, Haley y Weakland influyó notablemente en la conformación de la mirada clínica en el grupo (Cazabat, 2004).

En 1956, el grupo al que ya se había sumado Don D. Jackson, psiquiatra de gran experiencia, publica su artículo más importante y difundido: "Hacia una Teoría de la Esquizofrenia" en la que se formula el concepto de doble vínculo como pauta de comunicación que se encuentra en la génesis de la esquizofrenia. El grupo siguió trabajando hasta 1962, año en que se disolvió, pero durante todo ese tiempo produjo una enorme cantidad de publicaciones que han tenido una importancia decisiva en la evolución de la psicoterapia sistémica.

El MRI

En marzo de 1959, en Palo Alto, California; Don D. Jackson funda, junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el Mental Research Institute, que, aunque no tiene una continuidad institucional con el Grupo Bateson, sí representa una continuación en las ideas, así como en la presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland. Bateson, quien nunca formó parte del MRI, salvo como consultor, en 1962 se trasladó a Hawaii donde inició otra etapa en sus investigaciones centrada en la comunicación en los animales.

Hacia fines de 1959 se incorporó Paul Watzlawick, un psiquiatra de origen austriaco y formación jungiana, quien poco tiempo después se convertiría en símbolo de las ideas del MRI. El equipo del MRI se dedicó entonces a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia, desde la perspectiva interaccional. En este marco Jay Haley desarrolló su modelo Estratégico de resolución de problemas, y en 1967 abandonó el MRI para unirse a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en la Philadelphia Child Guidance Clinic (Cazabat, 2004).

Formación y Solución de Problemas

Una persona puede hacer algo y negar que lo está haciendo, por eso se consideran los problemas bajo el mismo prisma; todas las conductas, incluso los actos y las manifestaciones más grotescas de los enfermos esquizofrénicos (Watzlawick, Weakland y Fish, 1985).

No se da importancia a cuestiones pasadas. Los problemas consisten en una conducta presente indeseada. Se toma como importante el *funcionamiento* y la *persistencia* de la conducta problemática (Watzlawick et al, 1989).

Para que una conducta constituya un problema debe realizarse de *modo repetitivo*. Un único acontecimiento desastroso no puede ser en sí un problema, pero sí lo es cuando un acontecimiento desafortunado se repite dentro del sistema de interacción social del paciente.

Para los autores antes mencionados los problemas son resultado de la interacción entre las personas, se da poca importancia a factores históricos o de personalidad como hipotéticos de la conducta problema. Por otra parte se toman poco en cuenta las deficiencias orgánicas a menos que se hayan establecido de modo definitivo y resulten claramente implicadas.

En resumen, los problemas, comienzan con motivo de alguna dificultad de la vida cotidiana, dificultades que jamás suelen escasear, lo cual puede surgir de un acontecimiento desacostumbrado o fortuito. Una superación perfecta de tales acontecimientos no es habitual y tampoco imprescindible. Según Fisch et al (1988), los problemas se forman cuando:

1. Un cliente expresa preocupación acerca de una conducta –acciones, pensamientos – desarrollada por él o por alguna persona con la que se haya significativamente comprometido.

2. Dicha conducta es descrita como: a) desviada, infrecuente o inadecuada, o incluso anormal; b) aflictiva o dañosa, inmediatamente o parcialmente para el cliente o para los demás.

3. Se informa sobre los esfuerzos que el paciente o los demás han realizado para detener o modificar esta conducta, pero que no han tenido éxito.

4. En consecuencia, el paciente o los implicados buscan la ayuda del terapeuta para cambiar la situación que no han sido capaces de cambiar por sí solos.

Existe la posibilidad de que un proceso inicialmente pequeño, de la interacción de un círculo vicioso, puede hacer que se inicie un círculo beneficioso. Donde un maniobramiento de solución lleve aun aminoramiento del problema; y éste a su vez un aminoramiento de la solución y así sucesivamente...

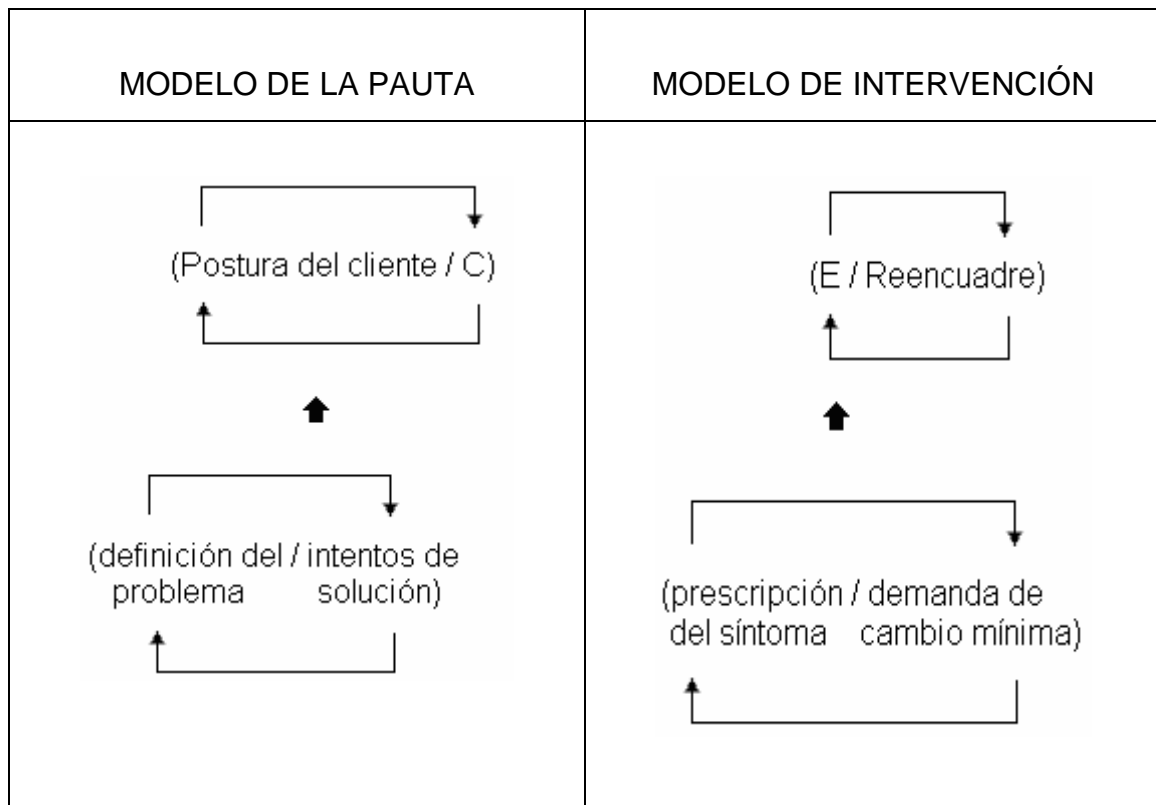
El objetivo primordial del terapeuta no tiene porqué consistir en solucionar todas las dificultades sino iniciar un proceso de inversión. Lo que significa que los problemas graves, complejos y crónicos se hallan potencialmente abiertos a una solución efectiva, mediante un tratamiento breve y limitado. Logrando una visión clara de la problemática y de las conductas que sirven para conservarla; estimulando cambios frente al compromiso del cliente para continuarlos.

El terapeuta es una agente activo de cambio, que debe mantener todo su poder de elección. Para aumentar la capacidad de maniobra se utilizan: la oportunidad y el ritmo; el tomar el tiempo necesario; el uso de un lenguaje condicional; el cliente debe concretar y; asumiendo una actitud igualitaria.

El cambio implica que la conducta problema se haya disminuido o desaparecido; o que se haya dado una interpretación diferente de la misma, dejando de ser problemática. Por lo que los terapeutas del MRI creen que, si se

construye una nueva visión de la realidad y a su vez una definición del problema, los clientes podrían resolverlos (Watzlawick et al, 1985).

Ordenes de Recursión del MRI:



Tratamiento

De acuerdo con Fisch et al (1988), el tratamiento inicia desde el primer contacto entre el cliente y el terapeuta, y se decide quien asistirá a la primera sesión. El proceso es el siguiente:

Entrevista inicial: tiene por objetivo recoger la información adecuada de los factores esenciales para cada caso: naturaleza del problema; cómo se le ha afrontado; objetivos mínimos del cliente; postura del cliente y; lenguaje del cliente.

La planificación del caso: es imprescindible para aplicar con eficacia la propia influencia y resolver los problemas con mayor rapidez. Se planifica una secuencia de las sesiones del tratamiento global, considerando que todo plan que se adopte necesitará ser reconsiderado a medida que el tratamiento va avanzando y surjan necesidades o dificultades imprevistas – o también cambios positivos – que obligan al terapeuta a cambiar de planes.

Para ello es necesario establecer el problema del cliente; la solución intentada por el cliente; pensar qué se debe evitar; formular un enfoque estratégico; formular tácticas concretas; “vender” la tarea, por ejemplo, con un encuadre; formular objetivos y evaluar el resultado.

Intervenciones

Se dividen en intervenciones generales y principales. De las cuales las generales son: no apresurarse; los peligros de una mejoría; un cambio de dirección; cómo empeorar el problema.

Las intervenciones principales son soluciones usadas comúnmente y son adaptadas por el terapeuta de modo tal que interrumpen la solución previamente intentada:

- 1) El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.
- 2) El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.
- 3) El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.
- 4) El intento de lograr sumisión a través de la libre aceptación.
- 5) La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

La terminación del tratamiento: se da cuando el problema ha sido resuelto, o cuando sin serlo han transcurrido ya las diez sesiones. En la terapia breve no es evento especial.

Aplicación Clínica

Nombre del paciente: Ignacio Martínez

Edad: 31

Problema: Dificultad en expresar sus opiniones, sentimientos o desacuerdos.

T: Buenas tardes, ¿en qué le podemos ayudar?

P: He pasado por una dificultad en mi vida, que me ha traído cosas desagradables y cada vez es peor... El problema es por un temor a poder expresarme, a hablar, a decir lo que siento o los planes que tengo por temor de que la gente tome una actitud negativa contra mí, que mal entienda lo que quiero decir o simplemente se burlen.

T: Este problema de no poder expresar lo que piensa o siente se da sólo con esta persona o con otras más.

P: Son con muchas personas más algunos de mis compañeros de trabajo para expresarles alguna crítica, con mis asesores de tesis como alguna duda que tenga o expresar alguna opinión acerca de ellos. O simplemente quienes son mis amigos no puedo expresar lo que siento por ellos, decir cuanto valen

Cuándo se produce: cuando tiene que presentarse ante alguna persona si se trata de trabajo. Cuando está con una persona significativa pero con la cual no puede decir lo que piensa o siente.

Cuáles son las acciones: Puedo relacionarme con una persona por motivos escolares y esta es una oportunidad de entablar una amistad, para lo cual, me parece necesario hacer comentarios que me permitan acercarme más a esta persona. Sin embargo cuando tengo la oportunidad de decir lo que pienso o siento, respecto a ella, no lo hago.

Esto en el mejor de los casos me permite hacer comentarios como me agradas, pero en el peor de los casos no digo lo que siento o pienso...

Una de las cosas es que esta persona me pedía que hablara de lo que ella era para mí... siempre pensó que yo no hacía nada por salvar la amistad. Sólo evitaba contestarle...

Con quién se produce: con diferentes personas como: compañeros de trabajo, jefes o profesores y con amigos con los que no tiene una relación estrecha.

Cuáles son las soluciones intentadas: El paciente comenta que evita decir lo que piensa o siente y cuando lo dice lo hace con muchos rodeos.

T: ¿Qué cosa ha hecho para poder expresar lo que piensa?

P: Muchas de las veces evito decir lo que pienso o en dado caso busco expresar lo que pienso con muchos rodeos, quiero decir una cosa pero no soy explicito, disfrazo lo que quiero decir.

Qué actividades quedan excluidas: tener relaciones más estrechas con sus amigos, el expresar desacuerdo ante algún profesor.

T: ¿Cómo es que esta dificultad para expresarse ha perjudicado su vida?

P: Me ha quitado una oportunidad de trabajo pues estando casi enfrente del lugar donde me iba a entrevistar con un doctor para un trabajo. Me detuve al momento de hacer el contacto con esa persona pues me dio miedo. El hecho de ir a acercarme con esta persona, no, no. Tuve temor a que me rechazara o que no el gustara mi trabajo.

P: me estoy aislando... y esto me ha llevado a perder oportunidades de trabajo o de amistad.

Cuáles son las excepciones: el paciente comenta que puede expresar sus pensamientos u opiniones cuando tiene una relación de amistad que ha sido duradera y no ha recibido la petición de hacer comentarios referentes al tipo de relación que lleva con esa persona.

Cunado exprese lo que sentía es porque mi amiga me ayudó a decirle que es importante para mí ella me llevo a decir que me quería que era importante para ella mi amistad eso ha sido posible por el tiempo que llevamos de amistad. Nunca me presionó... solamente me hablaba de lo que ella sentía.

Cuáles son las explicaciones y marcos del cliente:

Necesito de su amistad para no estar sólo porque sí me ha ayudado en muchas ocasiones pero pues no se lo pude decir...

T: Cuando Ud. No dice lo que siente o lo que piensa ¿qué ideas pasan por su cabeza para no hacerlo?

P: Que diga algo equivocado, que la forma en la que lo digo sea ofensivo para esa persona...

T: Que otra cosa podía pasar si manifiesta desacuerdo ante un profesor.

P: No sé, que me llamara la atención por haber, no sé, quizá haber sobrepasado su autoridad.

T: ¿Que piensa del hecho de no poder cambiar esta situación?

P: Esto me ha llevado a aislarme. Creo que esto ha sido desde niño, nunca se me dejó hablar, era de te callas o te callas. A veces encontraban algo que escribía y se burlaban por lo que llegué a elaborar una clave secreta para que no supieran lo que escribía... Si sigo así no voy a llegar a ningún lado y me voy a quedar completamente solo.

P: Curiosamente no tengo problema para que la gente se acerque a mí, el problema es el que yo me acerque a la gente, entonces, se podría decir que tengo la oportunidad de entablar una amistad pero esta actitud es la que les hace alejarse.

P: A veces la personas que están conmigo es porque yo no hablo y eso a ellas les conviene porque yo las escucho.

Objetivo: Que el cliente pueda expresar sus opiniones en su relación con amigos y profesores.

Cambio mínimo:

T: ¿Cuál es el cambio mínimo que tendría que ver en su comportamiento para saber que se está expresando mejor?

P: Tener más confianza de expresarme.

T: ¿Y esto cómo se notaría en su comportamiento?

P: Yo creo que podría decir pequeñas frases como que bien te ves hoy, me caes bien...

Reencuadre: Por lo que puedo percibir, el problema puede darse con aquellas personas con las que no tiene una relación estrecha. Esto implica que, de una manera u otra, hay ocasiones en las que Ud. puede expresar lo que siente o lo que piensa a las personas. Quizá no lo hace de una forma explícita en cuanto a decir: “esto si me gusta” “esto no me gusta”, pero son frases que finalmente le permiten manifestar su posición frente a determinada situación.

Comprendo que usted es una persona que se importa lo suficiente por las otras personas como para no lastimarlas u ofenderlas y, que por lo tanto, le es necesario pensar bien las cosas antes de decirlas. Esto le es útil...

Intervención: Se utiliza la segunda intervención principal que se basa en una solución común del cliente, y que el terapeuta maniobra para que a partir de un giro de 180 grados propicie cambios en el paciente.

Esta segunda intervención principal se refiere al intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. El giro de 180 grados, consiste en este caso en indicar el exponerse a la tarea temida (expresar opiniones), pidiéndole que no la acabe con éxito.

La razón por la que elegí esta intervención es porque el paciente comenta que muchas veces evita manifestar sus opiniones.

Sin embargo, a pesar de que le pedí que afrontara la situación no le di la indicación sobre fallar en la tarea con fines de diagnóstico, error que podré corregir en la siguiente sesión.

III. Escuela Estratégica de Haley

La terapia estratégica no es una concepción o una teoría particular, sino un nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica, en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas.

Haley, 1980

La terapia estratégica que floreció en la década de 1980, se centraba en tres grupos excepcionales y creativos: el Centro de Terapia Breve del MRI (Weakland, Watzlawick y Fish); Mara Selvini Palazzoli y sus colegas de Milán; y naturalmente, Jay Haley y sus colaboradores del Family Therapy Institute de Washington, D.C. El maestro Milton Erickson, era una escuela en sí mismo. Lo que hizo que la terapia estratégica fuera tan popular era que ofrecía un sencillo marco de referencia para entender por qué las familias se quedan atascadas y un ingenioso conjunto de técnicas para ayudarlas a salir adelante (Haley y Richeport-Haley, 2006).

La terapia estratégica de Jay Haley se desarrolla con gran rapidez a partir de 1967 que se crea el Instituto de Terapia de la Familia en la ciudad de Washington, dirigido por Jay Haley y Cloe Madanes.

Haley fue el primero en acuñar el término “estratégico” para describir cualquier terapia en que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema. El término ha llegado a ser identificado con la labor de Weakland, Watzlawick y Fisch, como quedó representado en el libro *Cambio: Formación y Solución de Problemas Humanos* (Hoffman, 2001).

Estos terapeutas no comienzan con el sistema familiar, sino que empiezan a un nivel más específico y lo elaboran. Por consiguiente, tienen un procedimiento muy claro para la entrevista inicial, maniobrando para lograr la dirección deseada.

Como afirma Milton Erickson (citado en Nardone y Watzlawick, 1995, p. 45), “una psicoterapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar el futuro y ni el paciente ni el terapeuta pueden saber en qué dirección se ha de verificar un cambio y en qué grado ha de tener lugar este último”. Pero se busca cambiar la situación actual y una vez establecido tal cambio se sigue con otros cambios que como un efecto de “bola de nieve” conducen a cambios más importantes, de acuerdo con las posibilidades del paciente. Que los cambios sean transitorios, permanentes o evolucionen a otros cambios es muy importante si se busca comprender el comportamiento humano.

Según Nardone y Watzlawick (1995) la consecuencia de este punto de vista es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en el comportamiento y en las concepciones del sujeto que pide ayuda:

a) En la terapia estratégica, el terapeuta mantiene la iniciativa en todo aquello que ocurre durante el tratamiento y estudia una técnica particular para salir al paso de cada problema concreto. Para él, el interrogante primario en realidad debe ser: ¿qué estrategia funciona mejor en un caso dado?

b) Si una terapia funciona, podemos tener la convicción de que aparecerán rápidamente, ya en los primeros compases del tratamiento, determinados indicadores de cambio. Si esto no sucede, muy probablemente la estrategia terapéutica utilizada no funciona y se hace necesario cambiarla por una que parezca más funcional.

c) Se exige del terapeuta una gran elasticidad mental unida a la posesión de un amplio repertorio de estrategias y técnicas de intervención terapéutica. Para ello es necesario adaptar el tratamiento al paciente no el paciente al tratamiento.

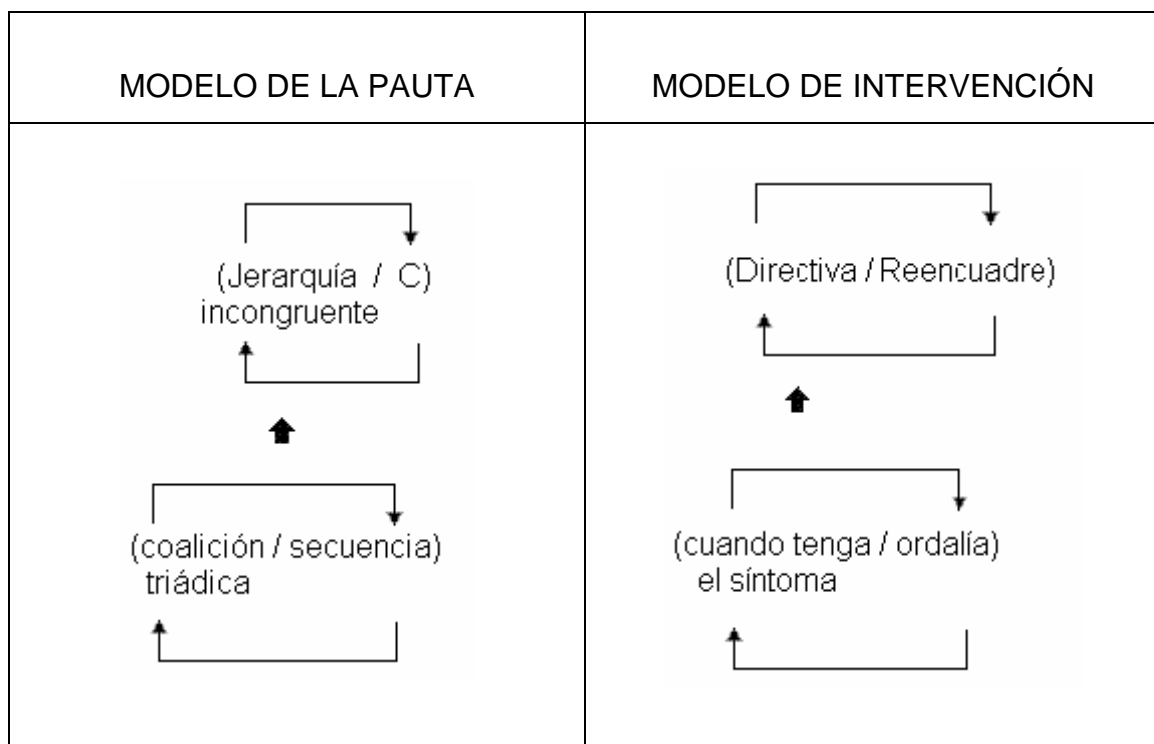
Desde la óptica estratégica, los problemas humanos pueden resolverse mediante estrategias focales que rompen el sistema circular de retroacciones que mantiene operante el problema. De esta ruptura de un equilibrio disfuncional habrá de derivar el cambio en el comportamiento y en las

concepciones del sujeto, enjaulado en su situación problemática. Ello es así porque el cambio depende de la modificación del sistema perceptivo-reactivo, o punto de observación de la realidad, mantenido activo por las “soluciones ensayadas” puestas en práctica por el mismo sujeto que quiere resolver su situación de malestar (Nardone y Watzlawick, 1995).

Hay que “obligar” al paciente a salir de la rigidez de su perspectiva conduciéndolo a otras posibilidades perspectivas que determinarán nuevas realidades y nuevas soluciones.

Para ello, se requieren prescripciones directas e indirectas de comportamiento, paradojas, trampas comportamentales, sugerencias y reestructuraciones que, rompiendo la rigidez del sistema relacional y cognoscitivo que mantiene la situación problemática, hagan posible el salto del nivel lógico indispensable para la apertura de nuevas vías de cambio, con el consiguiente desarrollo personal y equilibrio psicológico.

Ordenes de Recursión de la Estratégica de Haley



Proceso Terapéutico

En el libro de *Terapia para Resolver Problemas* (1980), Jay Haley menciona las etapas del proceso terapéutico:

Primer entrevista: Comienza con el primer contacto establecido con relación a un problema. La entrevista contiene las siguientes etapas: etapa social; etapa del planteo del problema; etapa de interacción; etapa de fijación de la meta; intervenciones y; logro de meta terapéutica.

Etapas social: Consiste en la presentación entre los miembros de la familia y el terapeuta. Se promueve que cada miembro de la familia se sienta cómodo y se les transmite la idea de que todos son importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado para verificar su organización. Cuando se trata de un único paciente, como en el caso que se presenta más adelante, se observa tanto lo dicho como el acompañamiento con movimientos que la persona hace. Este análisis puede hacerse a través de las categorías empleadas por Zeig: de relación; personal; de elaboración; del sistema sensorial; e intrapsíquicas.

Planteamiento del problema: Según Haley (1980), un “problema” puede definirse en diferentes unidades sociales” “... lo definimos como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos. Un síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social...”

Cuando se define un problema terapéutico diciendo que concierne a las relaciones sociales del cliente, el terapeuta debe incluirse dentro del problema, puesto que él contribuye a definirlo, ya que el modo en que clasificamos un dilema humano puede cristalizar un problema y volverlo crónico.

Lo habitual es que el terapeuta pregunte a quien solicita la terapia por qué han venido o qué problema los aqueja. Hay que considerar el modo en que se formula la pregunta y a qué miembro de la familia dirigirla.

Interacción: En ella se conoce la estructura y jerarquía familiar, lo cual nos ayudará también a construir la estrategia adecuada para cada caso. El terapeuta estará siempre atento a las conversaciones entre dos personas. Esta interacción se produce para averiguar cuál es el problema. Con ello también se conoce quién tiene la jerarquía en la familia, al mismo tiempo que se establecen hipótesis de la función del síntoma dentro de la misma.

Al definir los cambios deseados se hará de manera clara, estableciendo lo que cada uno espera conseguir de la terapia logrando que la meta terapéutica sea la que los pacientes esperan.

Fijación de la meta: Se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr, estos deben ser claros e identificables cuando se den tanto por la familia como por el terapeuta. Así mismo la meta debe implicar una definición congruente del poder dentro de la familia que remita la conducta sintomática.

Conclusión de la entrevista: Se concreta una nueva cita con los miembros de la familia cuya presencia se considere indispensable. Cuando el terapeuta ya es experto, puede impartir a la familia una directiva, propuesta como “tarea para el hogar”, que se cumplirá entre una sesión y otra.

Evaluación del terapeuta: Al observar la videocinta de la primera entrevista se puede juzgar si el terapeuta ha conducido adecuadamente las etapas antes mencionadas. Además es posible formular varios interrogantes en torno al terapeuta y su enfoque, la información que recogió y la forma en que se dirige a quienes están inmersos en la terapia.

Intervenciones: Se entiende que la terapia denominada estratégica, es directiva y que le es imposible al terapeuta evitarlo, ya que hasta en las cuestiones que elige comentar y cómo las comenta, hay directividad. Pero aquí las directivas son planificadas deliberadamente, constituyendo la principal técnica terapéutica. Cuanto más claros estén definidos el problema y el objetivo de la terapia, más sencillo será plantear las directivas (Madanes, 1993).

En esta parte de la terapia, de acuerdo con Haley (1980), el terapeuta establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado. No aplica un mismo método sino que diseña una estrategia específica para cada problema.

Entonces si las directivas son un medio importante para la terapia resulta indispensable el hecho de que la familia se sienta motivada, es decir, persuadirla de que extraerá algún beneficio esa acción. Cuando un terapeuta desea motivar a los miembros de la familia a que realicen una tarea, tiene que convencerlos de que con su intervención alcanzarán los objetivos individuales, recíprocos y familiares que ellos desean. El modo en que lo haga dependerá de la naturaleza de la tarea, de la familia y del tipo de relación establecida con ésta (Madanes, 1993).

Una vez motivada la familia debe impartírsele instrucciones claras. Mas que sugerirlas, las directivas deben impartirse abiertamente. Al terapeuta le conviene más ser claro y preciso, diciendo exactamente lo que quiere que se haga. Una de las razones por las que debe explicarse con precisión es que no sólo desea ver la tarea cumplida, sino que en caso de incumplimiento querrá cerciorarse de que esto no se debió simplemente a la falta de claridad en las instrucciones (Haley, 1980).

Es necesario procurar que participen todos los miembros de una familia en una entrevista, el terapeuta debe hacer que todos intervengan en una tarea; puede excluir a alguien por razones especiales, pero nunca en forma accidental. Una buena tarea da ocupación a todos; aún al pedirle específicamente a alguien que se abstenga de intervenir, se le esta dando algo que hacer.

Como puede verse la directivas impartidas pueden ser sencillas, involucrando sólo a una o dos personas, o complejas englobando a toda la familia. Hay dos maneras de impartir directivas: 1) decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan (intervenciones directas), las cuales se llevarán a cabo cuando el paciente se sujete a las indicaciones del terapeuta, y 2) decirselo con el propósito de que *no* lo cumplan, o sea de que cambien por vía

de la rebelión (intervenciones indirectas), se usarán cuando el paciente se resista a llevar a cabo las indicaciones del terapeuta (Haley, 1980).

El cambio, según Ochoa (1995), se basa en una estrategia general tendiente a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí, como a la organización familiar y/o social que constituyen su contexto. Por consiguiente se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema.

En el enfoque directo, el terapeuta se funda en lo que ha aprendido sobre sus clientes en el transcurso de la sesión, utilizando lo que parezca más obvio y evidente como base de su labor persuasiva. Impartir directivas en forma directa, es una manera de abordar los problemas.

Sin embargo, con aquellas familias en que el enfoque directo es ineficaz, el terapeuta recurrirá a un plan alternativo que motive a sus integrantes hacia el objetivo; si esto tampoco funciona, se planeará otra intervención. En todo momento se trata evitar confrontaciones con la familia, por lo que, la terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias generadas para cada caso concreto, que faciliten un cambio rápido y sólido. Las técnicas de intervención que posibilitan materializar dichas estrategias abarcan redefiniciones; connotaciones positivas; metáforas; tareas directas simples y ordalías; tareas paradójicas, basadas en una postura de oposición por parte de los clientes, y simulaciones, en las que se pide a la familia que finjan o simulen determinada secuencia sintomática (Ochoa, 1995).

Logro de la meta terapéutica: Se da cuando se logra el cambio mínimo esperado por el paciente para saber que el problema se está resolviendo y le siguen más cambios de manera que gradualmente se culmine con el logro de la meta terapéutica, dando por concluida la terapia (Haley, 1980). A continuación se presenta una aplicación clínica desde este enfoque.

Aplicación Clínica

Nombre del paciente: María Elena Linares **Edad:** 23

Motivo de consulta: La paciente se siente confundida pues quien era su novio terminó la relación con ella, generalmente ella lo buscaría pero esta vez quiere decidir si quiere seguir con él o dejarlo definitivamente. Su confusión aumenta pues ahora él es quien le pide que continúen la relación y ella ya no quiere verlo.

Problema: La relación se estableció desde hace cuatro años y ha sucedido en seis ocasiones que la pareja de la paciente terminó la relación, en tales ocasiones la secuencia fue la siguiente:

Paso 1. La relación marcha aparentemente sin problemas. No se ven ni se comunican durante varios días.

Paso 2. El novio de la paciente hace comentarios de incomodidad respecto al noviazgo y manifiesta disgusto de mantenerse en la relación.

Paso 3. Le dice a ella que ha conocido a otra chica y la paciente lo escucha como si se tratase de un interés de amigos, sin embargo, él habla de lo que le gusta de la otra persona y lo bien que se llevan.

Paso 4. La paciente se preocupa por el interés e insistencia de su pareja en hablar de otra persona, sin embargo é no desiste de ello.

Paso 5. La paciente llama, platica y persuade a su novio para que responda a su interés de continuar el noviazgo.

Paso 6. El novio de la paciente le dice a ella que ya no quiere continuar la relación. Le dice que esta harto de estar en el noviazgo, que necesita tiempo y quiere estar sólo.

Paso 7. La paciente le pide que por favor lo considere pues ella está interesada en seguir con él. Le insiste cuando se ven, ella le llama y se mantiene la relación.

Paso 8. La relación marcha aparentemente sin problemas. No se ven ni se comunican durante varios días.

Sin embargo, esta última ocasión que el novio de la paciente terminó con ella luego de no verse por un par de semanas, y a diferencia de las otras ocasiones, la paciente ya no se sintió preocupada por cómo se encontraba él, ni lo que estaba haciendo; le dijo estar de acuerdo respecto a la ruptura (cosa que antes nunca había sucedido). La paciente misma se sorprendió de su respuesta a partir de la cual se estableció una nueva pauta:

Paso 1. La paciente se siente confundida ante el hecho pues ya no tiene interés en regresar con él pero por la duración de la relación se cuestiona si eso es lo mejor.

Paso 2. Ella reacciona tranquilamente al ver que su pareja terminó la relación y esta de acuerdo.

Paso 3. Inmediatamente después de la ruptura el muchacho le pide a ella que no termine la relación, se disculpa diciéndole que ella es muy importante para él y “repentinamente” se vuelve detallista con la paciente.

Paso 4. Él busca a la paciente constantemente.

Paso 5. Ella ya no llama para preguntar cómo esta su expareja y deja pasar tiempo si sigue con él o no.

Paso 6. La paciente se interesa en otra persona.

Paso 7. El muchacho sigue insistiendo en que vuelvan a ser novios.

Paso 8. La paciente se siente confundida ante el hecho pues ya no tiene interés en regresar con él pero por la duración de la relación se cuestiona si eso es lo mejor.

Cambio mínimo: Responder a las llamadas y detalles de su expareja de manera que sin ser grosera deje claro que no quiere regresar con él.

Objetivo terapéutico: De acuerdo con la paciente se buscará la forma de mantenerse firme en su decisión de terminar la relación con quien fue su novio a pesar de sus llamadas y detalles y así mismo realizar actividades que disfrute como salir con otro muchacho, sus amigas y hacer ejercicio.

Intervenciones:

Pauta. Una vez descrito el problema le expliqué la pauta antigua que tenía lugar en la relación de noviazgo, haciendo énfasis en que era ella quien en todas las ocasiones (hasta antes de la última ruptura) la única que había procurado que el noviazgo continuara, para lo cual ella debía insistir, cosa que no tendría que pasar pues era algo que a ella no le gusta. Posteriormente le expliqué la nueva pauta que se estableció una vez que ella dejó de actuar como lo hizo las veces anteriores (en esta ocasión estuvo de acuerdo con el término de la relación y no buscó que continuara), con lo cual la postura e su expareja cambió para con ella.

Prescripción directa. Le pedí a la paciente que cambie la forma de responder a los mensajes, llamadas y detalles de su expareja (en sus palabras es responder “con educación”), es decir ocupándose de su trabajo y ocupaciones y sin demostrar interés hacia él. Esto con el fin de “mantener su espacio” para decidir qué hacer, “sintiéndose libre” como ella mencionó. Es decir, ya no diría como te sientes por terminar la relación, sino gracias por el detalle, que estés bien.

Reencuadre. Para facilitar la prescripción directa utilicé el marco de referencia de la paciente y la reencuadré de la siguiente manera: “me has dicho que la última vez, aunque te fue difícil, has aceptado el término de la relación y ese *valor* me sorprende muchísimo ¿cómo es que ésta vez decides terminar la relación?, puedo entender, como has dicho, que ya estas cansada de buscar que la relación continúe y eso me hace pensar que a pesar de la confusión por el fin de la relación entiendes que eres una *mujer muy valiente y valiosa* que ahora quiere ocupar el tiempo en sí misma; una prueba de ello es que has comenzado a hacer ejercicio y a relacionarte con otras personas”.

Metáfora. “Eres como una flor que necesita cuidados para no solo vivir sino ser una flor muy hermosa, para que esto suceda la planta necesita sol, agua y tierra sana y entonces crecerá saludablemente”. Le expliqué la metáfora ya que va de acuerdo al marco de referencia de la paciente. Explicué que esos cuidados son indispensables y que puede tenerlos en la medida necesaria para crecer sanamente y hermosa. Esos cuidados o condiciones adecuadas las recibe si las quiere y las procura.

Ordalía. La siguiente ordalía fue para cuando tuviera la inquietud de llamar a su expareja, cosa que negó rotundamente que sucedería; o para cuando le contestara de manera que le hiciera pensar al muchacho que estaba interesada en que regresaran (vieja pauta). Cada vez que procurara hacer lo mencionado, tendría que levantarse una hora antes de lo habitual, o sea a las cuatro de la mañana, en la cual prepararía o adelantaría trabajo del Colegio en donde ella trabaja.

Resultados:

El cambio mínimo establecido por la paciente fue responder a las llamadas y detalles de su expareja de manera que sin ser grosera deje claro que no quiere regresar con él.

Obviamente cada una de las intervenciones ha sido dirigida a este punto. Por ejemplo, con al pauta se identificó la secuencia que hasta entonces prevaleció y el giro que hizo al establecer una nueva secuencia al aceptar la ruptura de la relación. Con la prescripción directa se logró el cambio mínimo al indicar a la paciente que sus respuestas lejos de demostrar interés sólo reflejarían claridad en cuanto al término de la relación. Para lograr esto y reforzarlo se uso el reencuadre dirigiendo la atención de la paciente a otras personas y actividades de su interés. Con la metáfora se hizo hincapié en que lo benéfico para ella puede encontrarlo en otras personas o actividades. Por último con la ordalía la paciente no buscara ni mostrara interés a su expareja.

Por lo tanto, se identifica que a partir de las primeras intervenciones pudo dársele de alta a la paciente, sin embargo, para poner en práctica todas las

intervenciones y reforzando los logros de la terapia; la metáfora y la ordalía, sirvieron para afianzar el avance de la paciente.

Al mismo tiempo, la paciente se ha incorporado a actividades de su agrado como salir con otras personas, por ejemplo un amigo, sus amigas y ha retomado el ejercicio, actividades que no realizaba desde que anduvo con quien fue su novio. Cada vez se siente más tranquila, lo cual se refleja en su conversación y nuevas actividades.

Cierre: Se dio por terminada la terapia pues la paciente ya no tiene interés ni confusión en relación a su expareja y ahora disfruta de cosas que hacía tiempo ya no hacía, específicamente sus amistades y realizar ejercicio.

Seguimiento: La paciente comenta que de inicio se sintió confundida respecto a qué hacer y cómo hacerlo. Cuando le pregunté ¿qué fue lo que más le ayudó de lo que trabajamos en terapia? Contestó que en un principio platicarlo y al escucharse pudo identificar muchas cosas que ya sabía, como dejar la relación definitivamente con quien fuera su pareja.

En cuanto a las técnicas utilizadas, las más funcionales para ella fueron: la pauta y el reencuadre. Al hablarle de la pauta que había realizado en varias ocasiones comenta que “corroboró” muchas cosas que ya sabía y eso le ayudó a tomar la decisión de terminar la relación. Comentó ya no estar dispuesta a intentar nuevamente que las cosas “funcionaran”.

Finalmente comentó que el muchacho le sigue llamando por teléfono intentando reanudar la relación, sin embargo, ella dice “ya no me siento presionada o condenada por no estar con él. Las cosas han mejorado tanto que estoy estableciendo una nueva relación con otra persona”.

IV. Escuelas de Soluciones

“Se puede hacer que ocurra lo que parecía imposible si en lugar de atacar el problema se establecen unos planes y programas exhaustivos centrados en la búsqueda de soluciones. Cuando se determina el mejor estado que se puede alcanzar y la mejor manera de llegar a él, muchos problemas que parecían insuperables se evaporan ante esta visión más amplia”.

Rouse, citado en O’Hanlon y Bertolino, 2001

La Terapia Centrada en Soluciones (TCS) cuyo representante es Steve De Shazer, se desarrolló en Milwaukee en el Centro de Terapia Familiar Breve.

La Terapia Orientada a las Soluciones (TOS) es representada por William O’Hanlon, quien reside en Nuevo México.

O’Hanlon menciona que Michele Winer - Davis formó por varios años parte del equipo de investigación del Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC), mediante su entrenamiento observó como la BFTC experimentaba cambios importantes. Hubo, alrededor de 1982 y 1985, una evolución desde el enfoque de resolución de problemas, centrado en los problemas, del cual había nacido este modelo, hasta un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. Identificaron y ampliaron las secuencias de solución (De Shazer, 1992).

O’Hanlon y Weiner-Davis (1993), definen a las escuelas de soluciones como una tendencia que se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología y se dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades. De acuerdo con esto, Insoo Kim Berg (1996), integrante del BFTC expone que la mayor parte de nuestro tiempo como terapeutas debe estar centrado en la descripción y catalogación de las actividades del terapeuta que conducen a los pacientes a encontrar soluciones.

Premisas

En general, se pueden enlistar ocho premisas o supuestos del enfoque centrado la solución, el cual se aborda principalmente en el presente trabajo (Kim Berg y Miller, 1996):

1.- Énfasis en la salud mental: en este enfoque las sesiones del tratamiento están dedicadas a descubrir la respuesta del paciente ante el problema y la concentración en las pautas sanas que nos llevan a creer que son los pacientes más que los terapeutas, quienes tienen las respuestas para sus problemas.

2.- Utilización: un buen tratamiento implica sacar del paciente las fuerzas, los recursos y los atributos saludables que se necesitan para resolver el problema en proceso, lo cual se logra cuando el terapeuta acepta el marco de referencia del paciente y trabaja dentro de él, considerando la individualidad que éste tiene.

3.- Una visión a teórica/no normativa/determinada por el paciente: permite al profesional de la salud mental renunciar al rol experto o maestro en favor el rol de estudiante o aprendiz: ¡simplemente se acepta la visión del paciente en su significado literal!

4.-Parquedad: la terapia actúa en función de las estrategias y los supuestos más directos y sólo agrega complejidad si es necesario, se elige el tratamiento más simple y lo menos invasor posible.

5.-El cambio es inevitable: el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no pueden dejar de cambiar. Es decir, en toda situación hay momentos en que el problema no aparece o que el paciente no lo considera un problema. Por lo que al encontrar las excepciones, el terapeuta, busca incrementar la frecuencia de su aparición para “no dejar terreno al problema”.

6.-Orientación hacia el presente y el futuro: el foco del tratamiento esta en ayudar a los pacientes en su ajuste presente y futuro, hacia una solución. Lo único que se retoma del pasado son los recursos del paciente.

7.-Cooperación: es necesario ver el problema desde el punto de vista del paciente; hablar su lenguaje; negociar un objetivo de tratamiento de consenso mutuo; y utilizar las fuerzas y los recursos existentes en un esfuerzo por resolver el problema.

8.-Filosofía central: las tres reglas son:

a) Si no está roto, ¡NO LO COMPONGA!

b) Una vez que sepa qué es lo que le funciona, ¡HAGA MÁS DE LO MISMO!

c) Si eso no funciona, no vuelve a intentarlo. ¡HAGA ALGO DIFERENTE!

Teoría de la Solución

O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) exponen que para los enfoques basados en las soluciones, las dificultades que la gente lleva a terapia no son manifestaciones patológicas, sino dificultades ordinarias de la vida que surgen a partir de algunos eventos casuales que simplemente se mantuvieron el tiempo suficiente como para ser considerados como problema.

Todas las intervenciones centradas en la solución, tanto en la entrevista como en las tareas para el hogar, están destinadas a suscitar, desencadenar y repetir las excepciones que el cliente genera. Esto se basa en un cambio fundamental de nuestro pensamiento: en vez de poner énfasis en *detener* el problema, el método más eficaz, económico y eficiente consiste en *suscitar y ampliar* las buenas soluciones ya existentes, generadas por el paciente. Muchas veces el mero acto de identificar cuáles son los objetivos puede ser tremendamente terapéutico.

Según De Shazer (1992), el modelo centrado en soluciones ha continuado evolucionando, centrándose ahora en las soluciones, de manera que desde el comienzo de la primera sesión, el terapeuta y el cliente se dedican a construir una realidad terapéutica basada en la transformación o el cambio *permanentes* (como se manifiestan en las excepciones), y no en la *iniciación* del cambio.

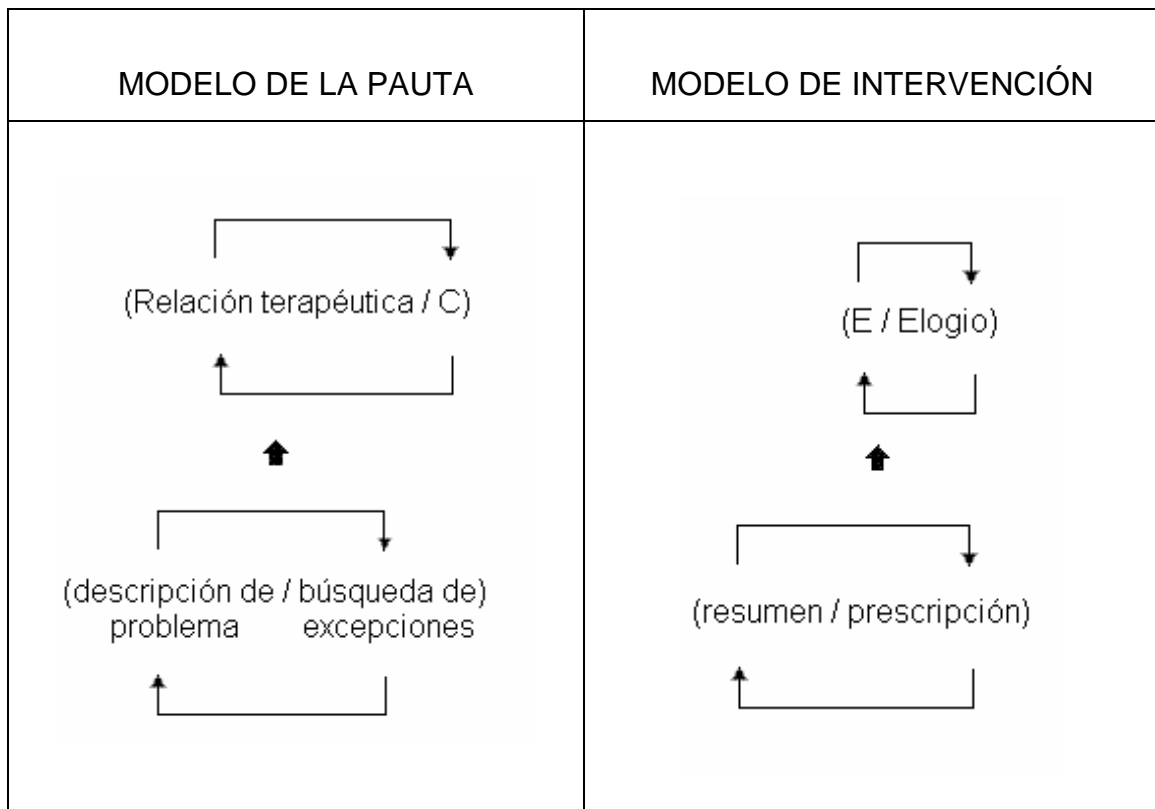
La TCS se basa en las soluciones debido a que “todas las reglas incluyen sus excepciones”. Por lo que se describe la excepción como “aquello que sucede cuando no existe el problema”. El saber cuándo el problema está ausente ayuda a conocer las excepciones, y por lo tanto, las soluciones.

De acuerdo con De Shazer (1999), uno tiene que escuchar lo que dice el paciente, tanto si dice que tiene un problema como si no cree tenerlo por tanto fue referido por otra persona. Lo que el paciente está diciendo debe tratarse con respeto y construirse responsablemente prestando atención a los detalles.

El proceso con los clientes es una conversación en la cual éstos nos dicen y nos muestran en qué están estancados, y nosotros hablamos con ellos de sus ideas y experiencias pasadas, presentes y futuras relativas a la salida del estancamiento. Pero esa conversación debe ser dirigida de acuerdo a la visión del mundo y el estilo interacción entre los clientes. Este tipo de conversación crea un nuevo proceso que tienen mayores probabilidades de conducir a una solución (Lipchick, 2002).

Una premisa de las más importantes, es que no es necesario saber mucho de la que para resolverla. El común de la gente, al conversar habla de sus dificultades, deficiencias, estancamiento, y busca explicaciones al problema que presenta. Para los enfoques basados en las soluciones lo primordial es conocer el objetivo del paciente. Además las soluciones no necesitan estar directamente relacionadas con los problemas para los que fueron pensadas. Por supuesto que la dificultad del cliente debe quedar resuelta como parte de la solución, de otro modo el terapeuta no estaría haciendo aquello para lo que fue contratado (De Shazer, 1992).

Ordenes de Recursión de las Escuelas de Soluciones



La Sesión como Intervención

Según O'Hanlon y Weiner-Davis (1993), el proceso de la entrevista es considerado como una intervención; es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación. Estos cambios permiten a la gente salir de la sesión terapéutica y actuar de forma más productiva.

En el libro *En Busca de Soluciones*, O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) exponen los componentes de la entrevista centrada en soluciones, es decir, el modelo desarrollado por De Shazer, cuyas etapas clasifican de la siguiente manera:

Unión.- cuyo objetivo es mostrar un interés genuino por el cliente y ayudarlo a que se sienta cómodo, en parte implica que el terapeuta se comporte de un

modo tal que al cliente le resulte totalmente claro que sólo él tiene lo necesario para resolver el problema.

Una descripción breve del problema.- tras una breve exposición del problema, se hace una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema.

Recabar información sobre excepciones.- hay varios tipos de preguntas terapéuticas que guían la entrevista centrada en soluciones, estas son las preguntas presuposicionales que funcionan como intervenciones, con lo intentamos influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndonos a las soluciones. Por ejemplo: ¿Qué es diferente en las ocasiones en que el problema no está presente?; ¿Cómo conseguiste que sucediera?; ¿Has tenido esta misma dificultad anteriormente? ¿Cómo lo resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para hacer que esto volviera a suceder?

Pautas generales de excepciones: 1) Advertir que tipo de cosas hace el cliente que sean buenas, útiles y eficaces. 2) Tomar nota de las *diferencias* entre lo que ocurre cuando aparece una excepción y lo que ocurre cuando aparece el problema. Fomentar el primer paso. 3) En lo posible, conseguir descripciones de las excepciones paso por paso. 4) En caso de ser necesario, *conseguir* descripciones del problema paso por paso. 5) Advertir las *diferencias* entre cualquier solución hipotética y el problema. 6) Imaginar una versión *resuelta* de la situación problemática. 7) Decidir la tarea que tendrá sentido para el cliente.

Normalizar y despatologizar.- las dificultades que la gente lleva a terapia no son manifestaciones patológicas, sino dificultades ordinarias de la vida que surgen a partir de algunos eventos casuales que simplemente se mantuvieron el tiempo suficiente como para ser considerados como problema.

Definición de objetivos.- es responsabilidad del cliente decir qué cambios quiere que ocurran, aún así nosotros nos aseguraremos de que los objetivos sean alcanzables, y, lo bastante concretos como para saber cuando se han alcanzado.

Tomando en cuenta que la TCS es un modelo “impulsado por el objetivo” se definen a continuación las siete cualidades de los objetivos “bien pensados” (Kim Berg y Miller, 1996):

1. Tener importancia para el paciente;
2. Ser limitados;
3. Ser concretos, específicos y estar formulados en términos de conducta;
4. Plantear la presencia y no la ausencia de algo;
5. Que sean un comienzo y no un fin;
6. Que sean realistas y alcanzables dentro del contexto de la vida del paciente;
7. Que se perciba que exigen un “trabajo duro”.

La pausa.- al separar este mensaje, se ve como algo importante y concluyente. Es un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia, y finalmente una prescripción o tarea.

Elogios.- Cuando oímos que el cliente está haciendo algo que es positivo o promueve soluciones, tomamos nota mentalmente para felicitarle por ello. Otra forma de hacerlos es usando la reestructuración, adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a conductas hasta entonces consideradas como problemáticas. En el mensaje final, es mejor aludir tanto a los elementos positivos como los elementos negativos pues un mensaje demasiado positivo puede interpretarse como una falta de comprensión o una muestra de condescendencia (Lipchick, 2002).

En la *segunda sesión*, el cliente describe los pasos que dio para llegar a vivir sin el problema, se determina un próximo paso y se repite el ciclo hasta que el cliente esté conforme porque se ha logrado una solución satisfactoria. A pesar de que no todos los casos se adecuan a esta descripción con comodidad, el procedimiento general sigue siendo el mismo.

Relación Terapeuta - Consultante

Como resultado de la entrevista se desarrollan diversos tipos de relación entre terapeuta y consultante. Esta atribución no tiene que ver con cuestiones de “motivación” o “disposición para la terapia”. En los casos en que la terapia sea con dos o más clientes, el terapeuta puede descubrir que existe un tipo diferente de relación con respecto a cada uno de ellos (Kim Berg y Miller, 1996):

¿Visitantes? Hay personas que no parecen tener un motivo de consulta y si están en el consultorio del terapeuta es porque alguien les dijo que fueran o alguien los llevó. Sin un motivo la terapia no puede comenzar y por lo tanto el terapeuta comete un error si intenta intervenir. Como “visitantes” es probable que toda intervención sea rechazada.

Cuando se trabaja con una relación de tipo visitante es necesario descubrir lo que el paciente quiere, siendo sincero y veraz, respetando la determinación propia del paciente para establecer objetivos, encontrando por qué está dispuesto a trabajar el paciente.

¿Demandantes? Terapeuta y el paciente pueden identificar juntos un objetivo o una dolencia para el tratamiento, pero no han podido identificar los pasos concretos que el paciente necesita dar para producir una solución. En este caso hay que ayudar al paciente a reivindicarse dueño de las soluciones. A menos que exista un indicio de que el paciente da cuenta de formar parte del proceso de descubrimiento de las soluciones, el terapeuta debe abstenerse de sugerir soluciones rápidas y fáciles. En este caso se dan tareas observacionales o reflexivas que faciliten una nueva perspectiva de la solución. O se descubre al “comprador oculto”.

¿Compradores? Es cuando el paciente da claras muestras de que no solo tiene una buena disposición sino de que quiere *hacer algo* respecto del problema. En

estas situaciones el terapeuta puede encargar tareas conductuales con un alto grado de confianza de que el cliente las ejecutará y las encontrará de utilidad. De Shazer (1992) sugiere que el terapeuta reconsidere el tipo de relación planteada y luego trate al paciente en consecuencia.

Prescripciones

Cualquier tarea que algún terapeuta haya considerado útil podría transferirse y modificarse para adaptarla a los modelos concretos que funcionan en una situación clínica determinada (De Shazer, 1992).

Cuando se identifican excepciones deliberadas la prescripción consiste en pedir al paciente que realice más de lo que le funciona.

Cuando las excepciones son espontáneas la prescripción consiste en que el paciente a) prediga si en el intervalo entre sesiones habrá más conductas que sean excepcionales al problema, o b) preste atención a lo que hace cuando supera el problema.

Cuando no se identifican excepciones la prescripción consiste en que el paciente a) haga algo diferente y en la siguiente sesión nos cuente que sucedió, b) anote ciertos incidentes presentes cuando cesa o no surge el problema, c) cuando la situación es muy complicada e inestable, identifique por qué no es peor, ó d) desde ahora y hasta la próxima sesión observe aquello que ocurre que quiere seguir manteniendo.

Aplicación Clínica

Considero que todos los supuestos teóricos que exponen Kim Berg y Miller (1996), están presentes de manera implícita durante la sesión terapéutica.

Las estrategias y los procedimientos que se llevaron a cabo fueron las etapas de la entrevista: unión; una descripción breve del problema; recabar información sobre excepciones; normalizar y despatologizar; definición de objetivos, pausa, elogios; y, prescripción. Así mismo, técnicas como: el resumen, el reconocimiento de recursos, identificar y modificar patrones, emplear preguntas presuposicionales, la pregunta por el milagro, el uso de escalas.

Aplicación de “la pregunta por el milagro” y “escalas”:

T: Terapeuta C: Cliente

PREGUNTA POR EL MILAGRO

T: Ahora te voy a hacer una rara y difícil pregunta, para ello necesito que use su imaginación. Suponga... que después de que nosotros terminamos la terapia usted llega a su casa, hace lo que comúnmente haría y entonces llegada la noche se acuesta a dormir... y mientras está durmiendo, un milagro sucede... y el problema que lo trajo aquí ¡se resuelve!... pero esto pasa mientras esta durmiendo así que no se da cuenta... al día siguiente se despierta... ¿qué es lo que usted tendría que ver para darse cuenta de que el milagro ha sucedido?...

C: Pues no llegaría tarde a la escuela.

T. Muy bien... si no llega tarde a la escuela, entonces ¿qué sucede?

C: Bueno... pues me levanto temprano para llegar a tiempo a la escuela.

T: ¿A que hora se levanta una vez que ha sucedido el milagro?

C: A las cinco de la mañana.

T: Muy bien... Si yo tuviera una cámara de video donde ver lo que sucede, paso por paso, una vez que el milagro ha sucedido ¿qué es lo que vería?

C: A pues que escucho el despertador, me levanto y me arreglo para ir a la escuela, acomodo mis cosas y me alisto para salir a más tardar a las 6:40 am.

T: Bien, dentro del milagro ¿qué es lo ocurre que le permite levantarse a las 5:00 de la mañana?

C: Que un día antes me acosté temprano, como a las once.

T: ¿Con qué frecuencia se da el que usted se acueste temprano para que al día siguiente se levante a las cinco?

C: Casi nunca, mejor dicho no se puede porque siento que ya estoy acostumbrado, por mi trabajo a desvelarme, y los días que no trabajo de todos modos me duermo hasta la 1:00 am y entonces me ando levantando hasta las 11:00 de la mañana, loo cual me está ocasionando problemas en diferentes materias.

T: ¿Hay algo que le impida dormir temprano además de la falta de sueño?

C: Sí, que me la paso pensando en que estoy llegando tarde al trabajo, que si repruebo las materias de la escuela va a ser peor, en que tengo tareas pendientes, en fin...

ESCALAS

T. Muy bien... siendo 1 el que usted no pueda dormir y que al día siguiente llegue tarde al trabajo; y, 10 el que además de dormir pueda descansar al

haberse costado temprano un día antes, ¿en qué número de la escala se colocaría tomando en cuenta cómo llegó hoy a terapia?

C: En un siete.

T: Describame por favor ¿en qué consiste ese siete?

C: Bueno, es que ayer pude dormir un poco más por que había pocos pacientes en el hospital donde trabajo, así que en este momento no me siento tan cansado, o por lo menos no me ando cayendo de sueño.

T: Muy bien. ¿y qué tendría que pasar para que usted pueda llegar al ocho?

C: Bueno, tendría que dormir más temprano.

T: Muy bien, ¿hay algo que le facilite esto?

C: En realidad no lo sé.

Respecto a la prescripción puedo decir que por no haber excepciones la prescripción dada fue: “preste mucha atención a lo que hace cuando el problema no se presenta, y que puede dormir temprano”.

V. Escuela de Milán

...Se pretende validar la hipótesis fundamental de partida, basada en los modelos que ofrecen la cibernética y la pragmática de la comunicación humana: la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores...

Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988

Mara Selvini-Palazzoli fundó en 1967 el Instituto de la Familia, en Milán Italia, para lo cual invitó a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, es interesante saber que todos estos autores eran de orientación psicoanalista y empleaban este método, en un principio, para atender a niños afectados por anorexia, bulimia y psicosis, junto con sus familias. Sin embargo, el costo en cuanto a tiempo, esfuerzo y dinero era mayor que los beneficios obtenidos (Boscolo y Bertrando, 2006).

El trabajo de este grupo tiene sus inicios por la línea de la terapia estratégica, ya que se interesaron por los trabajos realizados en el MRI de Palo Alto en California, dirigidos por Don Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick y Gregory Bateson, quienes manejaban un modelo psicoterapéutico de sistemas familiares. Así los integrantes de la Escuela de Milán encontraron mejores resultados para el tratamiento familiar en el modelo sistémico.

Una década mas tarde, Milán emerge como uno de los principales ejemplos de la terapia sistémica, la cual esta “básicamente fundamentada en los principios de la cibernética batesoniana...” (Boscolo y Bertrando, 2006) y de la teoría de la comunicación humana.

Milán va del primer al segundo orden de la teoría cibernética: el primer modelo de esta Escuela está enfocado a la cibernética de primer orden, pues el grupo de terapeutas son observadores del sistema familiar y más adelante da un salto a la cibernética de segundo orden, donde el grupo de terapeutas y la familia son parte de un mismo sistema, de esta manera, los que en el primer modelo eran observantes, ahora son parte de lo observado.

En cuanto a la *Teoría de la Comunicación Humana*, en el libro de Watzlawick et al (1989), se enuncian los siguientes axiomas:

1º Axioma: es imposible no comunicar: se puede optar por: rechazar la comunicación, aceptarla o descalificarla. Pero lo que nunca se podrá hacer, es no comunicarse.

2º Axioma: toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, donde la relación califica al contenido y por lo tanto es una meta comunicación.

3º Axioma: la naturaleza de la relación depende de la puntuación de las secuencias comunicacionales. Cuando no se acuerda la manera de puntuar los hechos; hay conflictos en la relación. Todos los aspectos relacionados con el contenido se transmiten en forma digital y todos los aspectos relacionados con la relación se hacen en forma analógica.

4º Axioma: existe una comunicación digital (verbal) y una comunicación analógica (no verbal). El ser humano es el único que utiliza ambas formas para comunicarse.

5º Axioma: toda comunicación puede ser simétrica o complementaria, según se base en igualdad o en la diferencia. Se dice que en una relación "normal", deben estar ambas formas de interacción, en algunos momentos se deben relacionar en forma complementaria y en otros en forma simétrica.

Estos axiomas han surgido de las constantes observaciones de los fenómenos de la comunicación y su importancia radica en el entendimiento de los mismos y deben ser tenidos muy en cuenta en el abordaje familiar sistémico.

Al inicio de la década de los ochenta, la escuela de Milán en torno a la figura de Mara Selvini, se convierte en el principal centro productor de nuevas ideas sistémicas, desarrollando sucesivamente, de forma muy creativa, las más importantes propuestas comunicacionalistas, en otras palabras “el uso de contraparadojas terapéuticas, capaces de neutralizar la potencialidad patógena del doble vínculo que son el diseño de complejas prescripciones comportamentales dirigidas a promover cambios radicales en la organización familiar” (Boscolo y Bertrando, 2006).

Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1990) mencionan en su artículo "Hipotetización, Circularidad y Neutralidad" tres directrices para la conducción de la sesión terapéutica que fue el último trabajo conjunto del primitivo "Equipo de Milán" 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.

Abordaje del síntoma

La importancia de la Escuela de Milán reside en que es un modelo de transición y evolución en la epistemología y fundamentos de la psicoterapia familiar, que da un salto de la cibernética de primer orden, en la cual se basó el MRI, es decir, la cibernética del sistema observado a la cibernética de segundo orden donde el grupo de terapeutas y la familia son parte de un mismo sistema.

Esta nueva visión se da con la introducción del concepto de cibernética del segundo orden, por Von Foerster (citado en Boscolo y Bertrando, 2006), o cibernética de los sistemas observantes donde el observador entra en la descripción de aquello que es observado, formando un nuevo sistema con la familia. Por lo que en terapia, se proporcionan elementos para que la familia construya una realidad alterna, que sea funcional para la familia.

La identificación del problema está basada en una *causalidad circular*, es decir, la comprensión del síntoma o problema se establece por medio de observar las interacciones entre los miembros de la familia, para lo cual los terapeutas manejan el pensamiento circular al examinar las relaciones de la familia y al explicar su situación problemática. Para ello, se emplea el verbo “mostrar”, en lugar de verbo “ser”, de esta manera, se evita emitir juicios o evidenciar culpables.

Se procura contextualizar el síntoma que se nos presenta. El síntoma no es más que la expresión de una conducta disfuncional de la vida de relación familiar, de esta manera, la lectura sistémica de las conductas disfuncionales nos permiten considerar al individuo como tal y en relación, y no como un enfermo.

El concepto de “juego familiar”, es definido por el grupo de Milán, como el mapa de relaciones familiares (que incluye alianzas y exclusiones), las reglas establecidas por la familia, que dicen lo que está y no permitido, además de la forma en que cada miembro define las relaciones interpersonales en el sistema con y sin la influencia del síntoma. Dicho juego es formado a través del tiempo, en que la familia se arraiga a una serie de valores, creencias, principios, reglas y rutinas que determinan las conductas y relaciones de los miembros de la familia (Selvini Palazzoli et al, 1990).

El juego se vuelve patológico o conflictivo cuando los roles y funciones de los integrantes de la familia, no corresponden al momento evolutivo por el que están pasando, por ejemplo, el juego familiar deja de ser adaptativo cuando uno de los padres delega sus responsabilidades a alguno de los hijos, dando como resultado que el hijo toma el rol de padre y éste adquiere un papel de hijo.

El equipo realiza una evaluación que consiste en obtener información sobre el juego familiar para determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, en los que aparece el síntoma, además de determinar la función de éste en la interacción familiar. Es importante señalar que, aunque se reconoce

que dentro del juego familiar hay, comúnmente, un paciente identificado (quien muestra el síntoma), la evaluación se concentra en las interacciones de éste con los miembros de su familia y las creencias que cada quien tiene respecto a la influencia del síntoma en las relaciones familiares.

En una entrevista familiar existen tres principios básicos para conducir una sesión y poder generar la información necesaria para realizar una intervención adecuada (Selvini Palazzoli et al, 1990):

1- Elaboración de hipótesis: se entiende como la capacidad del terapeuta para construir un supuesto, en base al cual se determina el punto de partida de su propia investigación. Si la hipótesis resultara errada, se deberá formular otra basada en las informaciones recogidas durante el trabajo de verificación de la hipótesis anterior.

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 quedar atrapado en conversaciones desprovistas de valor informativo.

La hipótesis, como tal, no es ni verdadera ni falsa, sino sólo más o menos útil. Su función esencial es la de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán o modificarán. Toda hipótesis que formulemos deberá ser sistémica, es decir, deberá incluir a todos los componentes de la familia y proporcionar una suposición relativa a todo el funcionamiento relacional.

Si el terapeuta actuara de modo pasivo, como observador, sería la familia, la que de acuerdo con su propia hipótesis lineal, podría imponer -su procedimiento destinado exclusivamente a señalar quién está "loco" y quién es "culpable". Por el contrario, la hipótesis del terapeuta introduce en la familia una

visión diferente e inesperada y actúa para producir información y evitar descarrilamientos y desórdenes.

2- Circularidad: 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, entradas de información y conexiones entre distintos hechos, permitiéndole adquirir una nueva visión del problema.

3- Neutralidad: se entiende como la capacidad del terapeuta de no tomar partido por ninguno y de no mostrar preferencia alguna. Cuanto más asimila el terapeuta la epistemología sistémica, más interesado está en provocar retroalimentaciones y recoger informaciones, y menos en hacer juicios moralistas de cualquier clase. El hecho de emitir un juicio cualquiera, sea de aprobación o de desaprobación, implica inevitablemente, una alianza con alguna de las partes.

El equipo de Milán también pone especial cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada realizada por algún miembro o subgrupo de la familia. Por lo que el terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida en que se coloque y mantenga en un nivel diferente, en un meta-nivel del de la familia.

El terapeuta observa la secuencia que define una interacción cara a cara, es fácilmente observable ya que se repite transcurrido un intervalo de tiempo relativamente corto, de segundos a una hora. Las secuencias son una serie de conductas que se estereotipan, justamente la repetición está hablando de algún tipo de regla por la que se rigen. Los mitos son reglas sistematizadas en una familia.

Al identificar el juego familiar, se utiliza como una hipótesis, es decir, como un diagnóstico sobre el cual basar una intervención. De esta manera aquello que ha de diagnosticarse (lo enfermo), es el "juego familiar", este termino genera asociaciones inmediatas con las ideas de grupo, equipo, jugadores, posiciones, mando, soldado, ataque, defensa, estrategias, tácticas, movidas, habilidad, alternación de turnos. Se tiene, de este modo, la posibilidad de disponer de un lenguaje muy ligado a las relaciones interpersonales en cuantos cambios de conducta. Palabras como embrollo, instigación, amenaza, promesa, seducción, viraje, cooperación, ganar, perder, son palabras muy ligadas a la necesidad de describir vicisitudes interhumanas. Además, no se trata de palabras pertenecientes a una jerga especializada, sino que son términos de fácil comprensión para los propios pacientes ya que forman parte de su patrimonio lingüístico (Selvini palazzoli et al, 1990).

El momento en el cual la familia pide ayuda y entra en tratamiento coincide con una evolución de su juego que ha puesto a uno o más de sus jugadores en una posición intolerable.

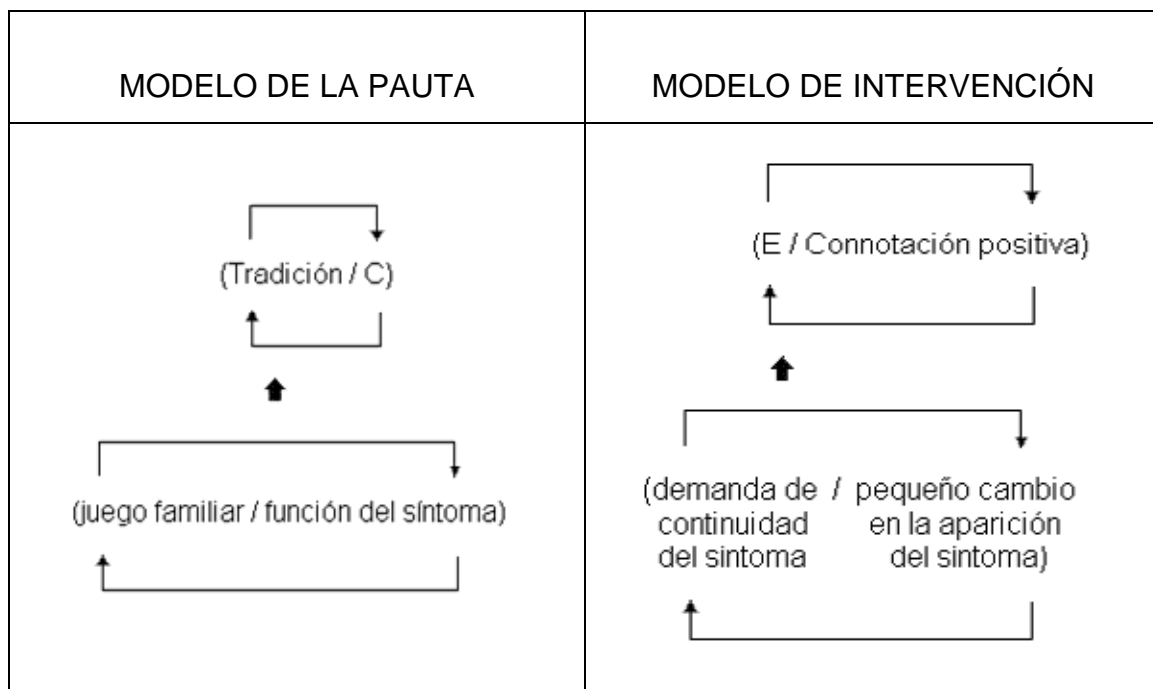
El síntoma es una configuración de relaciones y de reglas que se reiteran sin una meta-regla que defina como han de cambiarse. El cambio se produce cuando se haya dicha meta-regla; la terapia pone las condiciones para que surja, instaurando otro juego menos perjudicial o enteramente benéfico.

Por último, cabe decir que los "juegos" no se dan únicamente en las familias patológicas. Si el juego es un modo de representar una organización interactiva que evoluciona con el tiempo, "no jugar es imposible". Todo grupo con historia, y por consiguiente también la familia, "no" puede "no" organizar su propia interacción.

El estudio y la terapia de una familia parten de la elaboración de una hipótesis sobre el tipo especial del juego en curso. Sobre la base de esa hipótesis se orienta la entrevista para tratar de obtener toda la información posible que permita verificarla o desmentirla.

Una hipótesis de juego relacional pasa por la identificación de la estrategia de cada uno de los actores: finalidades, pensamientos y sentimientos en base a los cuales ellos organizan su accionar recíproco.

Ordenes de Recursión de la Escuela de Milán



Proceso Terapéutico

La Escuela de Milán estructura una sesión de la siguiente manera (Selvini Palazzoli et al., 1988):

Reunión previa. Es el tiempo que el equipo terapéutico dedica para elaborar una hipótesis preliminar sobre la queja de la familia, se habla sobre los objetivos del paciente, la dirección que se tomará en la terapia y se establece el tiempo que durará la entrevista.

Entrevista. Esta se realiza en la cámara de Gessell, donde los terapeutas (generalmente uno o dos) se reúnen con la familia que entrevistarán, mientras

que del otro lado del espejo se encuentra la otra parte del equipo. Los entrevistadores se ocupan de guiar y obtener información de la conversación con la familia y el resto del equipo se da a la tarea de confirmar, modificar o crear otras hipótesis del caso a partir de lo que se escucha.

Intervalo para debate. Una vez agotado el tiempo para la entrevista y que se ha recaudado la información necesaria por parte de los terapeutas, éstos se reúnen con el equipo que está tras el espejo, con la finalidad de discutir las hipótesis, acordar en la intervención a realizar y las tareas que se dejarán a la familia para realizar hasta la siguiente sesión.

Intervención. En esta etapa los terapeutas que entrevistan a la familia, regresan con ella para dar la intervención, las más utilizadas son: la connotación positiva y los rituales.

Debate final. En esta etapa, el equipo terapéutico dedica un tiempo para comentar las reacciones de la familia y sus impresiones del caso, además de programar los temas a tratar la próxima sesión.

Intervenciones

Connotación positiva. Consiste en manifestar todo el comportamiento del paciente como bueno o positivo, con el objeto de propiciar la cohesión familiar, además de facilitar una atmósfera de aceptación entre terapeuta-paciente(s) y los miembros de la familia. Otro de sus objetivos es que la familia se pregunte: ¿por qué, si según el terapeuta estamos funcionando perfectamente, tenemos un paciente identificado con una sintomatología? Es aquí donde la paradoja realiza su función de “detonador”, por su capacidad de transformación.

Rituales. Estos se utilizan en lugar de las interpretaciones, para enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar su cambio. Teóricamente, se describe una diferencia en el contenido de la prescripción

ritualizada y un ritual. La prescripción ritualizada contiene una estructura formal que podrá utilizarse con cualquier otra familia en diferentes circunstancias, mientras que, el ritual es una prescripción específica para cada familia y no se podrá repetir en ninguna otra.

Aplicación Clínica

Se incluye la ficha de identificación, las hipótesis, la intervención y el seguimiento.

Ficha de Identificación

Fecha: 24 de Octubre 2007

Persona que contacta: Rosario Méndez (abuela paterna)

Persona que deriva: Psicóloga escolar.

Domicilio: Col. San Lorenzo, Iztapalapa, México, D. F.

Paciente Identificado: Antonio Martínez Campos.

Edad: 6 años.

Escolaridad: 1º. Primaria.

Padre: Felipe Martínez.

Edad: 25 años.

Escolaridad: Secundaria.

Madre: Itzel Campos.

Edad: 25 años.

Escolaridad: Secundaria.

Hijo 1: Antonio, 6 años.

Hijo 2: Janet, 3 años.

Hijo 3: 6 meses.

Definición del problema: Antonio muestra desobediencia, rebeldía, inquietud; no trabaja en la escuela. La familia lo atribuye a que el papá de Antonio fue internado en un centro integración para drogadictos y además coincide con el ingreso de Antonio a la primaria. Se considera que desde entonces incrementaron las siguientes conductas: saca todos sus libros y los deja regados en la mesa de trabajo; no atiende instrucciones en la escuela u hogar; se levanta constantemente de su lugar, se mete objetos a la boca, dice mentiras.

Antes de la primera entrevista con la familia, y en base a las informaciones recogidas en la "ficha telefónica", el equipo terapéutico se reunió para elaborar una primera hipótesis. Al empezar la primera sesión con una hipótesis ya construida, los terapeutas toman la iniciativa, actúan con orden, controlan, interrumpen, guían y provocan transacciones, evitando quedar atrapados en conversaciones desprovistas de valor informativo.

Hipótesis

Hipótesis 1 ó preliminar: La señora Rosario interna su hijo Felipe en un centro de integración para drogadictos, con lo que se rompe el vínculo padre – hijo, y se hace cargo económicamente de su nuera Itzel y de sus tres nietos. Con esta situación Itzel se ha enfocado más al cuidado de sus hijas, descuidando a Antonio, debido a ello Antonio no hace caso de las instrucciones en casa o escuela, avienta sus libretas, dice mentiras, sin embargo, es con éstas conductas que Antonio muestra su desacuerdo porque su papá esté internado, al tiempo que ambas se preocupan por que Antonio no tenga problemas de adicción como su papá.

La hipótesis se transforma durante el intervalo para el debate con la información recavada en la entrevista

Hipótesis 2: Efectivamente tanto Rosario como Itzel están interesadas en que Antonio no tenga de problemas de adicción como Felipe (creen esto por que jala y huele su ropa como su papá). Sin embargo, entre ellas hay opiniones encontradas como: “ella (Itzel) no hace nada para que Felipe deje de drogarse”

y “yo (Itzel) qué puedo hacer si mi esposo no me hace caso”. Se puede observar que Itzel subyuga su rol de madre ante Rosario, permitiendo que sean sus decisiones las que se tomen en cuenta, ya que Itzel y sus hijos pasan toda la tarde en casa de Rosario y es ahí donde Antonio hace su tarea.

Hipótesis 3: La intervención de Rosario en cuanto a la tarea y otras actividades de Antonio descalifica los intentos de Itzel por apoyar a su hijo. Además ella correspondiendo al apoyo económico y moral de Rosario evita la cercanía con su hijo al mismo tiempo que éste la culpa porque su papá es así (adicto) y no está con él.

Por otra parte, la intervención se hace desde la entrevista por medio de las preguntas circulares, con ellas el terapeuta entrega a los miembros de la familia la tarea de atribuir significados a lo que han dicho. La información que se obtiene por medio de estas preguntas es recursiva, así terapeuta y familia escuchan y cambian constantemente su propia comprensión sobre la base de la información que ofrece el otro. Estas nuevas conexiones pueden contribuir a cambiar las premisas personales de los miembros de la familia (Boscolo y Bertrando, 2006).

Intervención: como intervención principal se utilizó la connotación positiva en la que se adjudican intenciones positivas a todos los comportamientos en la familia. Con esta técnica se marca un contexto, una meta-regla que permite a cada miembro de la familia retomar su rol correspondiente, específicamente a Rosario y a Itzel. Mientras que, Antonio es reconocido como el hombre de la casa en ausencia de su padre, compensando de alguna manera esa conexión que ellos comparten. A continuación se presentan fragmentos de esta técnica:

Terapeuta: El equipo y nosotros estamos de acuerdo en la idea que ustedes tienen razón, sobre que la conducta de Toño, responde a la ausencia de su papá, han hecho ambas (Rosario e Itzel) un papel excepcional y extraordinario por cubrir esta ausencia, al ir buscando las mejores alternativas para ayudar a Toño. Esto es digno de admiración y por ello las queremos felicitar.

Co-terapeuta: Quiero que me pongas atención porque yo voy a hablar contigo de hombre a hombre: yo sé que para ti es muy difícil el no tener a tu papá, pero a partir de este momento tú vas a tener que hacerte responsable de las cosas que suceden en tu casa, con tu mamá y tus hermanitas. Yo sé que para ti va a ser muy difícil que hagas esto porque aún eres pequeño en edad, pero yo creo que si tu papá te viera estaría muy orgulloso de ti, que a partir de este momento tu vas a ser el responsable y el hombre de la casa, vas a apoyar a tu mamá y a tus hermanas. Y cuando veas a tu papá, vas a ver que esta muy orgulloso de ti.

Terapeuta: Nosotros vamos a acordar con usted señora Itzel, que desde este momento supervise todas las tareas de Toño. Todos los días en casa. Es muy importante que al realizar la tarea Toño este siempre con la misma persona; necesitamos un espacio adecuado, donde tenga suficiente luz, tenga espacio para evitar que se levante antes de terminar la tarea; que antes de empezar la tarea se le acerquen todos los materiales como: lápiz, goma, sacapuntas, libros y todo lo que vayan a ocupar para la tarea Toño lo tenga en la mesa o donde haga la tarea. Y, vamos a procurar que siempre sea en el mismo lugar, para que se familiarice con ello.

Rosario e Itzel: De acuerdo!

Terapeuta: Con ello se le hará un hábito. También se les va a entregar una carta que es para la escuela, en ella se informa, a los responsables que ustedes acudieron con nosotros y dos sugerencias más que se le hacen a la maestra del grupo que sean de ayuda para ustedes y para Toño.

Seguimiento: Los avances en dos semanas han sido significativos, ya que el trabajar Antonio con su mamá en sus actividades, se notó que trabajó adecuadamente en la escuela y mejoró su conducta. Esto se reporta por parte de la familia y de la escuela. Quienes rodean al niño están sorprendidos por este hecho. Se espera que la señora Itzel continúe trabajando y conviviendo con su hijo, de manera independiente a la abuela, para que mantenga estos cambios.

DISCUSIÓN

La epistemología cibernética tuvo su origen en un contexto en que convergieron varias disciplinas, los científicos congregados en las conferencias de Macy se reunían a investigar sobre la posibilidad de alcanzar una "ciencia del control", para lo cual retomaron el concepto de retroalimentación que sugiere recursión en todo sistema.

Se ha considerado que estas conferencias propiciaron uno de los giros epistemológicos más importantes en el campo de la ciencia, pues se propusieron nuevas formas de explicación no sólo en el campo de la ingeniería sino también en la biología y el área social (Vargas, 2004).

Conocer, pensar y decidir con una epistemología cibernética no es fácil, sin embargo, es una tarea necesaria, es lo que según Keeney (1994) hace la diferencia entre el artista y el artesano, cuando aclara que las técnicas no son suficientes para decir que se hace terapia sistémica, sino que se requiere una visión amplia del sistema donde también yo (terapeuta) estoy involucrada.

En mi experiencia la lectura de *Estética del Cambio* de Keeney fue en un principio muy compleja, sin embargo ahora que alcanzo a percibir un poco de lo que es la epistemología cibernética puedo saber que es necesario ver las experiencias de un modo sistémico, totalmente distinto a la forma *lineal progresiva* de observar los hechos. A lo largo de esta lectura he tenido la satisfacción de conectar su contenido con mi propia epistemología, modificarla y descubrir formas distintas y más completas de puntuar la realidad.

Bateson (citado en Kenney, 1994) comenta que la tarea más importante de hoy, es aprender a pensar de una nueva manera, que esto es imprescindible. Sin embargo, también menciona que esto es difícil ya que sigue pensando en términos muy concretos, en términos de "yo estoy haciendo cierta actividad", cuando en realidad el yo es sólo parte de un *sistema, totalidad o mente*. Este pensamiento requiere en principio vislumbrarla y además practicarla constantemente.

Durante el estudio de las principales escuelas de Terapia Sistémica se dan diferentes experiencias de aprendizaje, un cambio en la forma de ver el proceso terapéutico y por ende el *cambio*.

En el módulo del MRI, las premisas que orientaron mi trabajo fueron la brevedad, el considerar la postura del cliente, utilizar su marco de referencia o de explicación. El resolver problemas trabajando sólo con algún o algunos miembros de la familia.

En cuanto a las intervenciones utilicé: la técnica del “sabotaje benévolo”, al encontrar en el paciente los intentos de solución: “dominar un acontecimiento temido aplazándolo” y “el intento de lograr sumisión a través de la libre aceptación”.

La Escuela de Palo Alto, al ser la primera escuela de terapia sistémica proporciona información básica sobre el pensamiento sistémico y bastos ejemplos, apoyándome principalmente en el texto de *La Táctica del Cambio*.

En el módulo de la Escuela Estratégica, me sorprendí de los excelentes resultados que tuvieron lugar en la paciente; esto tiene que ver con el interés de la misma por salir de la confusión en la que se encontraba, al tiempo que se echó mano de la mayoría de las técnicas del modelo, con ello pude ver que puede usarse cualquier técnica siempre y cuando sean pertinentes al objetivo de la terapia.

Los elementos estratégicos que principalmente han orientado mi trabajo fueron el control, que el cliente debe concretar, el tomarse el tiempo necesario, la iniciativa y la flexibilidad del terapeuta.

Respecto a mi papel como terapeuta estratégica estoy satisfecha de los resultados, he desarrollado mi creatividad para brindar a la paciente estrategias útiles de solución al problema.

En cuanto a los Enfoques basados en Soluciones, las premisas del modelo que han orientado mi trabajo, son primeramente, que las personas tenemos recursos y habilidades para resolver nuestras dificultades. Para ello es

necesario “ver con otros ojos” retomando nuestros recursos, posibilidades y habilidades, a favor del cambio.

Otra premisa es que no es necesario saber mucho de la que para resolverla. El común de la gente habla de sus dificultades, deficiencias, estancamiento, y busca explicaciones al problema que presenta. Sin embargo, algo que orienta mi trabajo terapéutico y mi vida personal es que los terapeutas, ya no nos enfocamos en “encontrar problemas por todos lados”, sino que nos dirigimos a las cosas que podemos hacer y que beneficien a los clientes.

Particularmente, por trabajar más los procedimientos de la Terapia Centrada en Soluciones de De Shazer, es que uso la pregunta por el milagro, las escalas y el elogio. En este sentido considero importante trabajar mucho más las prescripciones, pues como cualquier otra área, dar terapia es una habilidad que se desarrolla con la práctica. Así mismo, aprender más sobre la Terapia Orientada hacia las Soluciones de O’Hanlon, que abarca otras intervenciones basadas en la hipnosis, PNL, entre otras teorías.

En cuanto a mis experiencias de aprendizaje, a pesar de tener un acercamiento anterior al modelo, aprendí muchísimas cosas que tienen que ver con la aplicación más estructurada de las técnicas y procedimientos, a escuchar más detenidamente al cliente. Además de las posibilidades de desconstrucción del marco global en determinado momento.

Por último la principal aportación de la Escuela de Milán es el salto que da de una cibernética de primer orden a una cibernética de segundo orden, en la cual, el sistema se conforma por la familia y el terapeuta. Ver todo el tiempo las situaciones de manera sistémica permite al terapeuta encontrar una hipótesis que lejos de ser *verdadera* se busca sea útil a la familia.

Es necesario desarrollar una manera sistémica de ver a las familias, ya que los cambios en las hipótesis, y por lo tanto en la intervención, narran de manera distinta la “historia de la familia”; en ellas se abarcan los roles de cada miembro

y sus relaciones con los demás para que finalmente correspondan con el juego familiar de la misma manera que una llave y su cerradura.

La Escuela de Milán, es una terapia donde el terapeuta puede dar espacio entre una sesión y otra de un mes o más, prolongándola por más tiempo aunque también sean pocas sesiones, ya que el terapeuta retroalimenta a la familia y da tiempo para que se dé el cambio.

Como se ha visto, a pesar de los distingos de los modelos de Terapia Sistémica se tiene como común la disminución o desaparición del síntoma; la retroalimentación por parte del terapeuta y la familia para que ésta última afronte problemas de manera satisfactoria en el futuro. La terapia es pues, una forma de recalibrar al individuo, familia o pareja, facilitando su autorregulación.

Debido a que el diplomado ha sido un marco introductorio, el siguiente paso consiste en afianzarme en un modelo específico para que al dominarlo pueda continuar mi entrenamiento en el área clínica, por ejemplo a nivel de Maestría.

COMENTARIO FINAL

La carrera de psicología dentro de la FES tiene las cualidades de brindar a sus estudiantes formación en las áreas: experimental, educativa, clínica y social, incluso psicología de la salud. Al mismo tiempo que se trabaja con sujeto(s) desde los primeros semestres, de manera individual, grupal, incluso en una comunidad.

Por medio de cada área, cada experimento, cada enfoque, cada trabajo me he perfilado hacia un área, que es la psicología clínica. En mi experiencia, desempeñarme como psicóloga clínica en sexto y séptimo semestres de la carrera me dio herramientas tales como: la elaboración de entrevistas, pruebas psicológicas, así como nociones de los modelos psicológicos más importantes: psicoanálisis, conductismo, cognitivo – conductual, sistémico, etc.; siendo necesario profundizar en un modelo particular.

Para entonces, en analogía con un árbol, mis raíces entendidas como mi formación personal habían tenido como nacimiento un tronco académico a lo largo de varios años, del cual emergieron ramas. Cada una de ellas con deseos de crecer, cada una es un camino distinto, una diferente oportunidad como psicóloga.

Mis intereses y acontecimientos académicos significativos me perfilaron hacia la psicoterapia, uno de los más destacados sería la lectura de *“Teoría de la Comunicación Humana”*, alrededor del sexto semestre. Al concluir la carrera me incliné hacia la neuropsicología y la terapia, y este diplomado me afianzó en la rama psicoterapéutica abriendo nuevos caminos, tantos, como escuelas hay en el enfoque sistémico.

El desarrollo de esta rama no menoscaba a las otras ya que entre ellas hay armonía, coordinación, estética y los recursos que se encuentran en cada una de ellas son siempre útiles si se usan con precisión. La siguiente ramificación en este árbol será el MRI o Soluciones. Y cada persona, cada caso será pues una hoja de ese árbol frondoso.

Lo hermoso de este árbol radica en que los recursos que tiene puede usarlos sabiamente, oportunamente en el acompañamiento de las personas que, gracias a sus recursos personales, saldrán de la dificultad que atraviesen. Los frutos (intervenciones) de ese árbol brindan los nutrientes precisos para que cada persona se fortalezca y salga de su dificultad.

Es un árbol joven en espíritu preparado para los cambios y la estabilidad del día, de la noche, el frío, el calor, la sequía o la humedad, siempre habrá un sol que lo alimente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006). La Terapia Sistémica de Milán. En A. Roizblatt (edit.). *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo. Pp. 226-245.
- Cazabat, E. (2004). *Terapia Breve Estratégica o El Modelo de Palo Alto: Un Poco de Historia*. Recuperado de: <http://www.geocities.com/cazabat/palto.html>. El 4 de Mayo del 2007.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en Psicoterapia Breve*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1999). *En Un Origen las Palabras Eran Magia*. Barcelona: Gedisa.
- Fisch, R. Weakland, J., y Segal, L. (1988). *La Táctica del Cambio: Cómo Abreviar la Terapia*. Barcelona: Herder.
- Haley, J. (1980). *Terapia para Resolver Problemas: Nuevas Estrategias para una Terapia Familiar Eficaz*. Madrid: Amorrortu.
- Haley, J., Richeport-Haley, M. (2006). *El Arte de la Terapia Estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (2001). *Fundamentos de Terapia Familiar: Un Marco Conceptual para el Cambio de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Keeney, B. (1994). *Estética del Cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kim Berg, I. y Miller, S. (1996). *Trabajando con el Problema del Alcohol: Orientaciones y Sugerencias para la Terapia Breve de Familia*. Barcelona: Gedisa.
- Lipchick (2002). *Terapia Centrada en la Solución: Más allá de la Técnica..* Buenos Aires: Amorrortu.

- Madanes, C. (1993). *Sexo, Amor y Violencia: Estrategias de Transformación*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1995). *El Arte del Cambio: Trastornos Fóbicos y Obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, B. y Bertolino, B. (2001). *Desarrollar Posibilidades: Un Itinerario por la Obra de Uno de los Fundadores de la Terapia Breve*. México: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de Soluciones: Un Nuevo Enfoque en Psicoterapia (2ª ed.)*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja: Un Nuevo Modelo en la Terapia de la Familia con Transición Esquizofrénica (2ª ed.)*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1990). Elaboración de Hipótesis, Circularidad, Neutralidad: Tres Directrices para la Coordinación de la Sesión. En: M. Selvini (Comp.). *Crónica de Una Investigación: La Evolución de la Terapia Familiar en la Obra de Mara Selvini Palazzoli*. Buenos Aires: Paidós. Pp. 336-360. Artículo original publicado en 1980.
- UNAM – AFIPPSi. (2007). *Diplomado en Terapia Sistémica*. México: UNAM – AFIPPSi.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la Terapia Sistémica. En L. de L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar: Su Uso Hoy en Día*. Cd. de México: Pax. Pp. 1 – 27.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fish, R. (1985). *Cambio: Formación y Solución de Problemas Humanos (4ª ed.)*. Barcelona: Herder.

Watzlawick, P., Beavin, J., y Jackson, D. (1989) *Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, Patologías y Paradojas* (6ª ed.). Barcelona: Herder.