



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

TERAPIA SISTÉMICA: UN ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO,
LAS ESCUELAS CLÁSICAS.

TRABAJO FINAL DEL DIPLOMADO QUE
PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICEN-
CIADA EN PSICOLOGÍA.

P R E S E N T A:
ALMA ADELINA MARTÍNEZ ANTONIO

JURADO DE EXÁMEN:

TUTOR: LIC. VICENTE CRUZ SILVA
MTRA. LIDIA BELTRAN RUIZ
PEDRO VARGAS AVALOS
LIC JOSE JUAN BAUTISTA BUTRON
LIC. JAZMIN ROLDAN HERNANDEZ



MÉXICO D.F.

JUNIO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

Este trabajo esta dirigido a las personas más valiosas en mi vida.

A Mis padres.

A mi papá.
Adonay.

Por su apoyo, por creer,
por sus consejos y su tiempo.

A mi mamá.
Adelina.

Por su inmenso amor, por su confianza,
por su guía, sus desvelos, su apoyo.

Gracias a ambos.

A mis hermanas.

Gaby.
Mi compañera de juegos, mi confidente, mi amiga.

Eliza.
Mi gran ejemplo de amor, ternura y perdón.

Son el motor de mi vida,
Mi ejemplo de valor.
Las adoro.

AGRADECIMIENTOS

Siempre supe que sería Puma. Lo llevo en la sangre.

Mi primer agradecimiento es a esta Universidad, la UNAM, y a mi facultad, Zaragoza. Por darme las bases para ser una profesionista de calidad, en sus aulas no solo encontré conocimiento sino oportunidades, experiencias y amigos.

A mis Profesores Pedro, Vicente, Lidia y Sergio.

Que me han dado una visión diferente de mi labor, de la Psicología, de mi persona, de la vida...

Y a todos los que en este tiempo me han enseñado y dirigido sus esfuerzos para que me lleve un poco de reflexión y crítica.

Les agradezco a aquellos que han estado a mi lado durante estos años de estudio; que me aconsejan, me cuidan, me quieren, y me han dejado buenos momentos, aventuras, amistad, cariño. A mis amigos.

Claudia, comadre. Edgar, mi hermano. Nallely, mi confidente, mi amiga. Diana, mi cómplice. Laura, mi terapeuta. Paty, mi amiga.

A mis primas y primos que gracias a su recuerdo, día con día me esfuerzo para ser una mejor persona.

Nixzha, Alejandra, Angélica, Sofía, Victoria, Moisés, Lizett, Yoana, Beatriz.

A mis tios, que tratan de apoyarme y me aconsejan.

Y a todos aquellos con los que he compartido un sueño y la vida.

Y a los que aun están por llegar...

A todos, mil gracias porque fueron parte importante para terminar este trabajo y son la base de mi comienzo profesional.

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	- 5 -
RESUMEN	- 8 -
INTRODUCCIÓN	- 9 -
EPISTEMOLOGÍA CIBERNÉTICA.....	- 11 -
ANTECEDENTES HISTÓRICOS	- 12 -
<i>Conferencias Macy</i>	- 12 -
<i>Proyecto Bateson</i>	- 13 -
<i>Biological Computer Laboratory (BCL),</i>	- 13 -
ESCUELAS DE TERAPIA.....	- 14 -
<i>MRI: (Mental Institute Research)</i>	- 14 -
<i>Terapia Estratégica</i>	- 15 -
CONCEPTOS BÁSICOS.....	- 16 -
<i>Intervención Terapéutica</i>	- 22 -
MAPA GENERAL DE LA ESTRUCTURA BÁSICA	- 23 -
TERAPIA BREVE DE PALO ALTO Mental Research Institute.....	- 25 -
<i>Antecedentes</i>	- 26 -
EL MRI	- 27 -
<i>Las características de la Terapia del MRI</i>	- 29 -
PROCESO DE LA PSICOTERAPIA.....	- 30 -
<i>Primer contacto: Iniciación de la relación terapéutica</i>	- 31 -
<i>Definición del problema</i>	- 31 -
<i>Acuerdos sobre los objetivos de la Terapia</i>	- 32 -
<i>Sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema</i>	- 33 -
<i>Programación terapéutica</i>	- 33 -
ESTRATEGIAS DE CAMBIO	- 34 -
<i>Las acciones y comunicación terapéuticas</i>	- 34 -
<i>Prescripciones de comportamiento</i>	- 35 -
<i>Conclusión del tratamiento</i>	- 35 -
REPORTE DE PRIMERA ENTREVISTA	- 35 -
<i>Premisas:</i>	- 36 -
<i>Objetivo de la terapia</i>	- 37 -
<i>Técnicas usadas:</i>	- 37 -
MAPA EPISTEMOLÓGICO DEL MRI	- 38 -
<i>Conclusiones</i>	- 39 -
ESCUELA ESTRATÉGICA	- 40 -
ANTECEDENTES	- 41 -

LA TERAPIA ESTRATÉGICA.....	- 41 -
EI PROCESO TERAPÉUTICO.....	- 42 -
<i>El problema</i>	- 42 -
<i>Formulación del problema</i>	- 43 -
<i>La primera entrevista</i>	- 43 -
<i>Definición de los cambios.</i>	- 45 -
LAS INTERVECIONES	- 46 -
<i>Principales técnicas o procedimientos</i>	- 46 -
<i>Directivas</i>	- 47 -
<i>Indirectas o paradójicas.</i>	- 48 -
<i>Tipos de ordalía.</i>	- 49 -
<i>Etapas de la terapia de ordalía.</i>	- 50 -
REPORTE DE CASO.....	- 51 -
<i>Ficha Técnica.</i>	- 51 -
<i>Descripción del caso.</i>	- 52 -
<i>Pautas.</i>	- 52 -
<i>Intervención</i>	- 54 -
<i>Resultados</i>	- 55 -
MAPA EPISTEMOLÓGICO DE LA ESCUELA ESTRATÉGICA.....	- 56 -
<i>Conclusiones</i>	- 57 -
ESCUELA DE SOLUCIONES	- 59 -
PRINCIPALES EXPONENTES	- 60 -
<i>Valores y fundamentos filosóficos</i>	- 60 -
TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES.....	- 61 -
<i>La filosofía central</i>	- 63 -
<i>Procedimientos</i>	- 63 -
<i>Construir un objetivo</i>	- 64 -
<i>La entrevista</i>	- 66 -
<i>Enfocarse en la solución.</i>	- 67 -
<i>Co-construir un cambio mediante estrategias de cambio</i>	- 67 -
<i>Estrategias de cambio</i>	- 69 -
<i>Segunda Sesión y sesiones subsiguientes</i>	- 70 -
TERAPIA ORIENTADA A SOLUCIONES	- 70 -
<i>Premisas</i>	- 71 -
<i>Objetivos</i>	- 71 -
<i>Técnicas</i>	- 72 -
<i>El cambio</i>	- 72 -
<i>Asignación de Tareas</i>	- 73 -
REPORTE DE CASO.....	- 74 -
<i>Procedimiento</i>	- 75 -
<i>Estrategias</i>	- 75 -
MAPA EPISTEMOLOGICO DE LA ESCUELA DE SOLUCIONES	- 77 -

<i>Conclusiones</i>	- 78 -
ESCUELA DE MILÁN.....	- 79 -
ANTECEDENTES	- 80 -
CONCEPTOS FUNDAMENTALES	- 82 -
<i>El fin terapéutico</i>	- 82 -
<i>Rituales</i>	- 83 -
<i>Alianza</i>	- 84 -
<i>Connotación positiva</i>	- 84 -
<i>Hipótesis</i>	- 86 -
<i>La Paradoja</i>	- 87 -
PROCEDIMIENTOS.....	- 88 -
<i>Formulación de Hipótesis</i>	- 88 -
<i>Circularidad</i>	- 89 -
<i>Neutralidad</i>	- 90 -
ANÁLISIS DE CASO	- 90 -
<i>Objetivo</i>	- 91 -
<i>Intervención</i>	- 93 -
<i>Premisas</i>	- 93 -
Mapa Epistemológico de la Escuela de Milán	- 94 -
<i>Conclusiones</i>	- 95 -
CONCLUSIONES GENERALES.....	- 97 -
REFERENCIAS.....	- 99 -

RESUMEN

En este trabajo se presenta primeramente un panorama de los antecedentes de la Epistemología Cibernética, El trabajo realizado por Gregory Bateson, las aportaciones del Biological Computer Laboratory (BCL) liderado por Heinz Von Foerster que propone un nuevo enfoque, propio de los sistemas complejos, que define como la cibernética de segundo orden. Asimismo, se exponen los conceptos básicos que se manejan en la Cibernética y considerando que el cambio es concebido de diferentes maneras en cada una de las escuelas de terapia sistémica, se han esquematisado los distinguos que caracterizan a cada una de ellas; describiendo por un lado el sistema que puntúa el terapeuta y por otro lado la estructura de la intervención que se desprende del sistema puntuado.

Posteriormente se presenta a cada una de las escuelas clásicas de la Terapia Sistémica; La terapia breve de Palo Alto, La Escuela Estratégica, La Escuela de Soluciones y la Escuela de Milán. Señalando sus antecedentes, conceptos básicos, procedimientos, técnicas; así como la presentación de un caso clínico elaborado a través del diplomado.

INTRODUCCIÓN

A través del tiempo los avances de la ciencia han traído consigo una evolución en cada faceta del ser humano, sobretodo en su pensamiento e ideologías. Cada día se concibe un nuevo eslabón, una aportación, en el área de la conducta humana; sus efectos, de sus causas. Y la investigación psicológica es un eje esencial en estas aportaciones; en las últimas décadas ha demostrado consistentemente que el deterioro del comportamiento adaptativo constituye el componente central de numerosos problemas de salud pública.

Por lo que resulta imprescindible el presentar una alternativa terapéutica para el problema de la salud mental que lo comprenda esta problemática, más allá del solo individuo, para con esto promover una mayor cobertura para la prevención y tratamiento de los trastornos emocionales.

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

En este transcurso, allá por el año de 1942 se presentan en la ciudad de Nueva York una serie de conferencias auspiciadas por la fundación J. Macy, donde diversos pensadores se reúnen para hablar sobre los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional. Este es el comienzo de un nuevo período en la psicoterapia, siendo la base de lo que posteriormente sería conocido como la Cibernética. Y para las materias que de alguna manera buscan la explicación de la conducta, como la Psicología, esta es la base de la Terapia Sistémica.

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

que el propósito de este diplomado es abordar la problemática emocional de la población, bajo una perspectiva sistémica. Adquiriendo las técnicas propias para enfrentar problemas de interacción en los grupos humanos, así como un marco teórico epistemológico que permita contextualizar dicha práctica.

En el presente trabajo se muestran al principio los antecedentes históricos de la cibernética, así como sus fundamentos, sus conceptos básicos y las herramientas conceptuales. En cada uno de los capítulos subsecuentes se muestran las cuatro escuelas clásicas de la Terapia Sistémica; la Escuela de Palo Alto o MRI (Mental Research Institute), la Escuela Estratégica, la Escuela de Soluciones y la Escuela de Milán. Donde en cada apartado se muestran sus inicios históricos, las características principales de cada escuela, los procesos que llevan a cabo dentro de la psicoterapia el objetivo de la terapia, cómo son considerados los problemas y el cambio en cada escuela, así como las estrategias que cada una utiliza para el cambio. Al final de cada capítulo se muestra un trabajo clínico realizado con pacientes dentro del diplomado, su análisis y sus conclusiones generales.

EPISTEMOLOGÍA CIBERNÉTICA

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La importancia que tiene la terapia sistémica en el terreno psicoterapéutico se observa gracias a la influencia que ha tomado dicha rama de la Psicología durante los últimos años. Es por ello que es necesario conocer los fundamentos, sus antecedentes, su epistemología. Para de esta manera poder entenderla y analizarla.

Conferencias Macy

Los fundamentos epistemológicos de la Terapia Sistémica tienen un comienzo, más o menos, si se le compara con otras vertientes, precoces. Corre el año de 1942, en la ciudad de Nueva York. La fundación J. Macy organiza la primera de una serie de conferencias que serían la base del modelo cibernético, sobre el tema "Inhibición cerebral". Teniendo como participantes, durante la serie de conferencias, a personajes como Norbert Wiener, Walter Cannon, John Von Neumann, Walter Pitts, Warren McCulloch, Lawrence Frank, Laurence Kubie, Margaret Mead y Gregory Bateson. Y al renombrado psicoanalista, E. Erickson. Incluyendo la participación de dos fisiólogos mexicanos: Lorente de No y Arturo Rosenblueth, entre otros. En esta primera conferencia de dos días, se discute mucho de hipnosis. Sin embargo hay un tema importante sobre los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional. Es ya este un primer acercamiento a la teoría y sobre todo a la epistemología cibernética. Entre esa década y la siguiente se realizaron 10 conferencias más (del año 1946 al 1953). El tema sobre el cual giraban dichas conferencias era "Los mecanismos de retroalimentación y sistemas Causales Circulares en los Sistemas Biológicos y Sociales". Siendo estas conferencias el semillero de un nuevo paradigma en la investigación en muchas disciplinas científicas: la cibernética. (Packman, 1991)

Uno de los participantes y ponentes de estas conferencias fue Gregory Bateson, para el cual las conferencias le dieron herramientas conceptuales que le sirvieron posteriormente para realizar su aportación teórica, la cual es un eje central en la terapia sistémica.

Proyecto Bateson

Gregory Bateson decide crear un proyecto que una los trabajos de la cibernética, la teoría de los sistemas, las investigaciones sobre la "nueva comunicación", la teoría del aprendizaje, dando así los comienzos de la terapia sistémica. (Lipset, 1991)

Según Lipset, (1991) La preocupación de 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" (gracias a una beca de la Fundación Rockefeller). Para ello convocó a John Weakland, Jay Haley y William Fry. Con sede en el Hospital de la Administración de Veteranos en Menlo Park, California, comenzaron a trabajar sobre la comunicación, y en especial sobre las paradojas y sus efectos en la comunicación. Como parte de las actividades del grupo, Weakland y Haley comenzaron en 1955 a viajar periódicamente a Phoenix, Arizona, para entrevistar a Milton H. Erickson. Erickson 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. La cual se observaría más tarde en el futuro Mental Research Institute (MRI). (Lipset, 1991)

En síntesis el grupo contemplaba la comunicación de pacientes esquizofrénicos y su relación con sus padres. El resultado de estas investigaciones fue su conocido escrito "Hacia una teoría de la esquizofrenia", en 1956, donde finalmente nace el concepto del "doble vínculo". Muy importante en la psicoterapia. (Lipset, 1991)

Biological Computer Laboratory (BCL),

Otra de los grandes antecedentes de la epistemología cibernética es la aportación de Heinz Von Foerster, el cual fue editor y ponente de las conferencias Macy.

Según Packman (1991) H. Von Foerster propone un nuevo enfoque, propio de los sistemas complejos, que define como la cibernética de segundo orden y es la base

teórica del constructivismo radical. Profesor de la Universidad de Illinois en Urbana-Champaign, en el que sería centro de sus trabajos teóricos y empíricos más relevantes, el Biological Computer Laboratory (BCL), del que fue su fundador y director. Por el BCL pasaron las figuras más significativas del que se configuraba como nuevo pensamiento cibernético; entre ellas, Warren McCulloch, Norbert Wiener, Gregory Bateson, Margaret Mead, los chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela, así como el mexicano Arturo Rosenblueth.

La cibernética de Von Foerster pretende una articulación entre filosofía, ciencia y tecnología en torno a la metáfora explicadora del sistema observador. Para Von Foerster, la explicación de los procesos mentales nos remite a la física y al papel del lenguaje con el cual damos cuenta de la articulación entre filosofía, lógica, matemáticas y ciencias en la explicación de los procesos mentales. De este modo, esta epistemología cibernética convive con supuestos genéticos y biológicos. (Packman, 1991)

Como ya se habrá apreciado posteriormente nacen cada una de las escuelas terapéuticas que son creadas gracias a este nuevo paradigma: La cibernética.

ESCUELAS DE TERAPIA

MRI: (Mental Institute Research)

La primera en aparecer es la fundada en marzo de 1959, por 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 enero de 1967 Richard Fisch, propuso a Jackson la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Ese proyecto dio origen al Brief Therapy Center, al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo

desarrolló lo que hoy se conoce en el mundo entero como el Modelo de Palo Alto, generando un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio (Wittezaele y García, 1994).

Es así que los integrantes se propusieron promover activamente un cambio en los consultantes, fijando arbitrariamente un límite al número de sesiones (fijadas en 10). Al mismo tiempo, decidieron atender a todos los consultantes en la Cámara Gessell (hecho que hoy puede parecer bastante natural, pero que para aquellos días era bastante osado). A partir de la discusión de estos casos clínicos surgieron los trabajos más importantes del grupo. (Packman, 1991)

Las características del Modelo de Palo Alto están condicionadas de alguna manera, tanto por la situación histórica como geográfica. Asimismo, la población de estudiantes universitarios, con su alto nivel intelectual, llevó a que lo predominante sea lo verbal y reflexivo. De hecho, una de las intervenciones centrales en este modelo, por el cual se llega al cambio es la reformulación, que ofrece al consultante un sentido diferente a una situación o conducta problemática. (Packman, 1991)

Hacia fines de 1959 se incorpora al grupo Paul Watzlawick, (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.

Paul Watzlawick, en 1967 hace un análisis del trabajo sobre comunicación de Bateson, sintetizando y reelaborando algunas de sus ideas, lo que da como resultado su Teoría de la Comunicación Humana. (Packman, 1991)

Terapia Estratégica

Dentro del trabajo realizado en el grupo de palo alto, surge otra línea psicoterapéutica, la Escuela estratégica. Siendo el nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas (Haley, 1980) cuyas principales influencias son la Teoría Sistémica, la epistemología Constructivista, y el trabajo clínico Milton Erik-

son. Posteriormente el modelo ha ido evolucionando, teniendo como representantes principales a Jay Haley y Cloe Madanes. (Packman, 1991)

El enfoque estratégico parte de la base que los problemas humanos son el fruto de la particular interacción entre sujeto y realidad. En función de esta interacción, ante la percepción de un problema determinado, el ser humano lleva a cabo una serie de acciones que en lugar de resolverlo pueden llevar a que esta situación problemática se mantenga inalterable. (Fernández, 1990)

Así, trabajando sobre el modo de percibir la realidad y de actuar de un sujeto pueden solucionarse en tiempos relativamente breves la inmensa mayoría de los problemas humanos. No es necesario buscar por lo tanto las causas del trastorno en el pasado ni tampoco analizar todos los recovecos de la "misteriosa naturaleza humana" (es decir, el por qué de un problema) sino que vamos a analizar e intervenir directamente sobre la estructura del mismo (es decir, sobre el cómo funciona el problema y cómo se mantiene en el presente) (Haley, 1980)

CONCEPTOS BÁSICOS

Para poder entender cuál es el proceso de este sistema cibernético, es preciso conocer su Epistemología, sus bases, y así apreciar la perspectiva radicalmente distinta de la cibernética. Ya que como indica Keeney (1994) usualmente en el área filosófica se ha utilizado dicho término para hacer referencia a un conjunto de prácticas que analizan y definen críticamente el conocimiento. Sin embargo, para nuestros menesteres es importante tomar en cuenta la aportación de Gregory Bateson. Así que hay que entender esta visión empezando a delinear qué significa epistemología.

Keeney en 1994, considera que la epistemología es más básica que cualquier teoría y se ocupa de las reglas que gobiernan la cognición humana, nos lleva a conocer cómo construyen y mantienen las personas sus hábitos de cognición. Bateson (citado por Keeney, 1994) indica que "la epistemología procura establecer de que

manera organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden". (Bateson, 1979, p. 242)

Dentro del mundo científico se establecen dos clases de epistemología; la lineal progresiva y la recurrente (cibernética, sistémica o circular). La primera es una secuencia de ideas o proposiciones que no vuelven al punto de partida; es decir no hay un cierre. De ella, nos dice Keeney (1994) podemos apreciar como un ejemplo claro el modelo médico donde el terapeuta establece etiquetas como enfermo-sano, bueno-malo, etc. Por el contrario, la epistemología recurrente pone acento en las relaciones, en los sistemas totales, tiene coherencia con la complejidad y el contexto.

Como se observa ambas clases son diferentes, por lo que pasar de una epistemología a otra implica desplazarse hacia la visión de un mundo que, por definición, es imposible captar dentro del mundo al que uno está habituado.

Keeney (1994) acepta que esto es confuso incluso hay confusión acerca del nombre apropiado para designar el paradigma alternativo. Pero opina que hay que acoger el término "epistemología cibernética" debido a que este nombre se relaciona con una tradición intelectual que incluye a Ashby, Bateson, McCulloch, Maturana, Varela, Von Foerster, Wiener, entre otros. Resaltando que el campo de la cibernética se ha convertido en el principal marco de referencia para el estudio de las cuestiones epistemológicas.

A fin de entender esta nueva visión, la epistemología cibernética, es necesario conocer sus conceptos fundamentales, su lenguaje.

La operación epistemológica esencial que todos los seres humanos tenemos en común es la de establecer distinciones, hay que distinguir para aprender, aunque sea una mínima distinción nos habla de las características distintas de un objeto, de una persona, animal, o sociedad y cuando las distinguimos aprendemos de ello. El mundo puede discernirse de muchas maneras, según las distinciones que uno establezca. Pero primero el individuo distingue y luego describe, por lo que el acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia. Es el comienzo de cualquier acción, decisión, percepción y pensamiento, descripción y epistemo-

logía. Keeney (1994) define a la distinción como “un mandato básico, obedecido consciente o inconscientemente” (Keeney, 1994, p. 33)

En el ámbito terapéutico este concepto cibernético significó empezar a apreciar cómo fueron construidos los fenómenos para poder comprenderlos, utilizando las distinciones. Es decir, descubrir las distinciones primeras que caracterizan el modo de conocer y mantener ciertas formas de cognición.

Así pues una de las ideas básicas para comprender la epistemología es que lo que cada cual percibe y conoce procede de gran medida de las distinciones que traza, y para obtener un tipo de organización de esta experiencia en una pauta coherente se emplea la puntuación¹; es decir, señalar que uno de los dos aspectos de un fenómeno distinguido es el primario. Por lo que Keeney (1994, pág. 40) la define a la puntuación como “el empleo de la distinción para crear la indicación”

El estudio formal de los procedimientos por los cuales la gente puntúa su experiencia es un método para identificar su epistemología. La experiencia que puntúa esta relacionada con su marco de referencia, el cual se puede definir como “los segmentos puntuados de un sistema de interacción” (Keeney, 1994, pág. 41). Este ordenamiento de las secuencias crea realidades diferentes, es un acto de puntuación lo que determina cada marco de referencia.

Por ahora dejemos a un lado la epistemología para poder conocer los aportes de la cibernética a la epistemología.

La idea básica de la cibernética es la de retroalimentación. Muchas veces relacionada como sinónimo de la Homeostasis, sin embargo va más allá de este simple proceso. En Keeney (1994) se señala la definición de Weiner (1954, p 83):

“La retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la regulación simple de los técnicos de control. Pero si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su

¹ Keeney (1994) señala que este concepto es análogo al concepto de “indicación” de Spencer-Brown

pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje”.

Es decir, toda regularización implica retroalimentación, incluido el proceso de aprendizaje. Así que al modificar la retroalimentación en un sistema hay cambios en el aprendizaje, en la conducta y por lo tanto en las relaciones. En la psicoterapia esto significa que para que se tenga éxito se deben crear formas alternativas de retroalimentación, mostrando alternativas de cambio adecuados para ese sistema. (Keeney, 1994)

Existen diferentes órdenes del proceso de retroalimentación. La unidad de construcción o hipótesis conceptual básica es la retroalimentación simple. Que se utiliza para edificar una perspectiva más amplia de los órdenes recursivos del proceso de retroalimentación. Pero estas están circunscriptas por órdenes superiores de control de retroalimentación., situando al observador en el seno de lo observado donde toda descripción es autorreferencial. Sugiriendo de este modo que una postura objetiva es equívoca, pues se presume la separación entre el observador y lo observado. (Keeney, 1994)

En 1971 Von Foerster (citado por Keeney, 1994, p. 95) señala a la autorreferencia como “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” Y de alguna manera el carácter autorreferencial de un sistema es una manera de señalar su autonomía.

Ahora bien en ¿dónde se lleva a cabo todo este proceso, de retroalimentación, de autorreferencia? Para los teóricos de la cibernética en la mente. Pero no como la concepción clásica de la mente, que nos indica ser resultado de la actividad del cerebro, sino la mente como un sistema cibernético. Según Keeney (1994), la mente es una agregado de partes interactuantes, dotado de una estructura de retroalimentación. (Keeney, 1994, pág. 107)

Es decir, allí donde allá retroalimentación se pondrán en evidencia características propias de una mente. Convirtiéndose en una propiedad de las relaciones de sus partes. Y su ubicación ya no será orgánica (en el cráneo, en el cerebro) sino rela-

cional. Para la cibernética la unidad de terapia no son los individuos, parejas, familias, o sociedades; la cibernética se centra en el proceso mental.

Hasta aquí se resumirían las nociones básicas de la epistemología cibernética. Retomando a la epistemología, los siguientes conceptos que intervienen en el proceso cibernético son lo que se podría denominar herramientas, conceptos centrales de la cibernética.

Como ya se había señalado marcar una distinción en el espacio es indicar dos niveles, órdenes o marcos de referencia distintos, la clarificación de estas diferencias de órdenes es un procedimiento importante de la epistemología. Llamando a este proceso tipificación lógica, concebida simplemente como una manera de trazar distinciones, y desde esta perspectiva, utilizarla para poner de relieve la autorreferencia y la paradoja en lugar de ocultarlas. (Keeney, 1994, p. 46)

Los tipos lógicos se utilizan para no confundir niveles lógicos distintos, lo que usualmente sucede en las paradojas; porque el observador no sabe cuál nivel escoger. Por lo tanto la tipificación lógica es una herramienta descriptiva para discernir las pautas formales de la comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres; su uso nos sugiere que dicha experiencia esta organizada en forma jerárquica. Sin olvidar su forma recursiva. Entendiendo la recursión como la re-ejecución de la misma pauta de organización. (Keeney, 1994, p. 71) Es decir; el proceso vuelve a su comienzo con el fin de marcar una diferencia que permite al proceso volver a su comienzo². Con la perspectiva de la recursión la tarea elemental del teórico es marcar las órdenes de recursión que se invocan en cualquier descripción o explicación. Por lo tanto se puede inferir que las epistemologías son procesos recursivos.

Por otro lado el método (preguntas e hipótesis) mediante el cual los datos son capturados es una de las formas de construir la realidad del problema que trata. En la vida diaria un problema no es de un solo individuo, sino de sus relaciones con el

² Una analogía de este concepto es el que menciona Keeney (1994, Estética del cambio, Pág. 47.) acerca de el ser mítico denominado “Uróvoro”, la serpiente que se traga su propia cola.

contexto, y para ver una relación, señala Keeney (1994) es necesario hacer una doble descripción. Cada vez que dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de la iteración y si un observador combina los puntos de vista de ambos individuos, surge una idea del sistema total. Una vez que el observador presenta estas diversas puntuaciones a modo de secuencia, puede discernir la pauta que las conecta. Por lo que la doble descripción es una herramienta fundamentalmente epistemológica, que nos permite generar y discernir diferentes órdenes de pautas. (Keeney, 1994. p. 53) Alcanzando órdenes de descripción superiores, dos descripciones pueden generar la pauta y la relación. Creando los contextos de acción que determinan como se organizan a lo largo del tiempo las reacciones de los individuos frente a las reacciones de otros individuos, demostrando así que todas las acciones forman parte de una interacción organizada.

Pero para la cibernética, el sistema puede ser considerado sin hacer referencia alguna a su medio externo, como una autonomía de los sistemas. Es decir; como ya se había visto en la autorreferencia, en un sistema no hay que hacer referencia alguna a su exterior, sino describirlo solo por referencia así mismo. (Keeney, 1994) Esta autonomía se caracteriza por una organización cerrada y recurrente, cibernética. Y el orden del proceso cibernético que mantiene a la totalidad del organismo (o sistema) es llamado autopoyesis. Tomando el concepto de los biólogos Maturana y Varela, Keeney (1994, p. 101) define la autopoyesis como el orden de proceso que genera y mantiene la autonomía o totalidad de las células biológicas. Es el orden más alto de recurrencia o de proceso de retroalimentación de un sistema, que define, genera y mantiene su autonomía.

Por ultimo hay que mencionar a otro marco de referencia para estudiar las distinciones, y debido a que la epistemología cibernética propone abarcar ambos lados de cualquier distinción trazada por un observador, una manera de reconocer los dos lados de estas distinciones es considerándolas como parte de una complementariedad cibernética. Son reencuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de recursión. (Keeney, 1994. p. 111) Considerando

a los dos lados de las distinciones, pese a ser diferentes, bajo la lupa cibernética puede verse a ambos no como opuestos, sino como niveles entrepuestos, donde uno surge del otro. Para Varela (1976) (citado por Keeney, 1994, p. 109) la forma básica de concebir los dos lados de una distinción es la siguiente:

“eso”/“el proceso que conduce a eso”

La relación entre los lados de estas distinciones es autorreferencial, de modo tal que uno de ellos es reciclado desde el otro.

Por lo que toda complementariedad cibernética abarca diferentes órdenes de recursión, que demuestran de qué manera los polos se relacionan y sin embargo permanecen distintas, no se mezclan. (Keeney, 1994)

La cibernética es el estudio de esa relación complementaria.

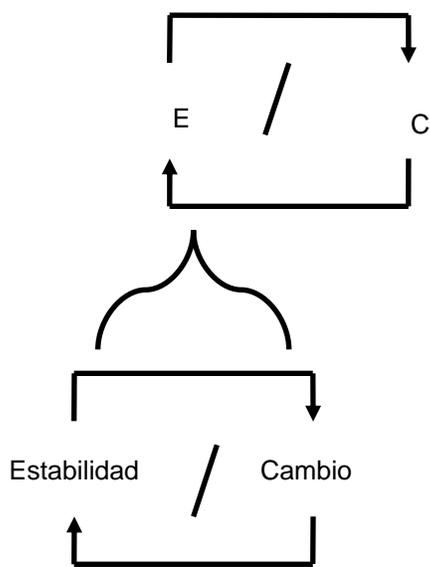
Intervención Terapéutica

El cambio es concebido de diferentes maneras en cada una de las escuelas de terapia sistémica, es por ello que se hará una breve descripción y simbolización de los distinguos que caracterizan a cada Escuela. Como se indicó en el apartado anterior, las complementariedades cibernéticas son reencuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de recursión. Por lo que la forma básica de Varela puede utilizarse para encuadrar la pauta “estabilidad/cambio”.

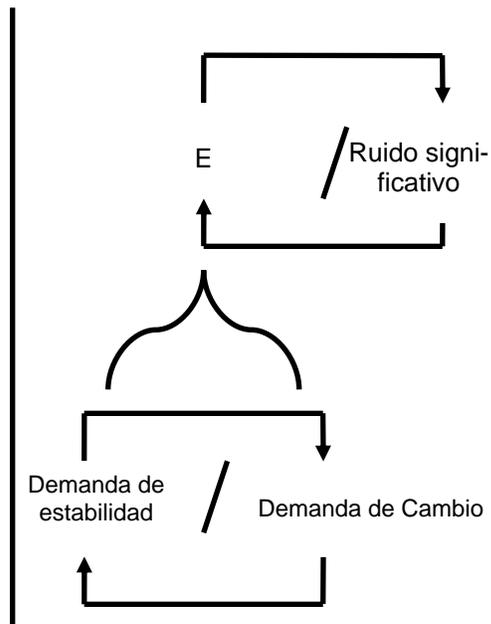
A continuación se describen por un lado el sistema que puntúa el terapeuta y por otro lado la estructura de la intervención que se desprende del sistema puntuado, en una estructura general o básica de intervención terapéutica.

MAPA GENERAL DE LA ESTRUCTURA BÁSICA

PAUTA



INTERVENCIÓN



En este trabajo se ha presentado un panorama de los antecedentes de la Epistemología Cibernética, desde sus comienzos dentro de las Conferencias Macy en el año de 1942, en la ciudad de Nueva York, teniendo como representantes más importantes a Gregory Bateson, Norbert Wiener, Walter Cannon, John Von Neumann y Margaret Mead. Como productos de estas conferencias, Bateson decide crear un proyecto que una los trabajos de la cibernética, la teoría de los sistemas, las

investigaciones sobre la "nueva comunicación", la teoría del aprendizaje, dando así los comienzos de la terapia sistémica. (Lipset, 1991) Además de las aportaciones del Biological Computer Laboratory (BCL) liderado por Heinz Von Foerster que propone un nuevo enfoque, propio de los sistemas complejos, que define como la cibernética de segundo orden.

Asimismo se mostró brevemente la influencia que tuvieron cada una de estas aportaciones sobre las escuelas de Terapia Sistémica tales como el Mental Research Institute, la Terapia Estratégica y la Escuela de Milán. Asimismo, se expusieron los conceptos básicos que se manejan en la Cibernética. Por último se esquematizó los distinguos del el cambio general dentro de la terapia Sistémica, describiendo por un lado el sistema que puntúa el terapeuta y por otro lado la estructura de la intervención que se desprende del sistema puntuado.

A continuación se presenta cada una de las Escuelas Clásicas, sus antecedentes, conceptos fundamentales, y un asi clínico realizado durante el diplomado.

**TERAPIA BREVE
DE PALO ALTO-
Mental Research
Institute**

Antecedentes

En la década de los 50's en Estados Unidos surge una nueva forma de hacer psicoterapia en contraste a las ya establecidas hasta ese momento. Este nuevo movimiento terapéutico da origen a diversas escuelas que trabajan bajo un mismo marco epistemológico. Estas aportaciones tienen sus raíces en representantes que proceden de diferentes disciplinas como la antropología (Gregory Bateson, Ray Birdwhistell, Edward Hall), la sociología (Erving Goffman) y la psiquiatría (Paul Watzlawick, Don Jackson), entre otras. Se podría decir que uno de los pioneros en la terapia sistémica es Gregory Bateson (1904-1980). Participó en una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy, que fueron muy productivas en ideas que con el tiempo influyeron fuertemente en la psicoterapia. En un principio la inquietud de Bateson se centraba en encontrar los fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación. Fue esta lo que lo lleva a fundar, en 1952 el "Proyecto Bateson". Para ello convocó a John Weakland, Jay Haley y William Fry. Comenzaron a trabajar sobre la comunicación, y en especial sobre las paradojas y sus efectos en la comunicación. Como parte de las actividades del grupo, Weakland y Haley comenzaron en 1953 a viajar periódicamente a Phoenix, Arizona, para entrevistar a Milton H. Erickson. Erickson era un psiquiatra especializado en hipnosis, 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. Ya para 1956 Don D. Jackson se había sumado al grupo y en este año publican 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. Don D. Jackson se separa del Grupo Bateson y conjunta la presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland en una escuela que continúa las ideas de dicho grupo: La escuela de Palo Alto.

EL MRI

Así que La Escuela de Palo Alto nace en 1959 en California Estados Unidos, donde Don D. Jackson funda, junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el Mental Research Institute, los cuales dieron cuenta de las situaciones globales de interacción de las que participa el ser humano. Se innovó la forma usual y lineal de la comunicación transformándola en un modelo circular de la comunicación, influido por las ideas de la cibernética. Desde dicho año el Instituto de investigación Mental de Palo Alto, ha sido una de las fuentes principales de ideas en el área de estudios de psicoterapia sistémica, y la terapia de familia. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Hacia fines de 1959 se incorporó al equipo Paul Watzlawick, un psiquiatra de origen Austriaco y formación Jungiana, quien poco tiempo después se convertiría en símbolo de las ideas del MRI. Fue filósofo y pionero de la terapia familiar de la teoría de sistemas y de la filosofía constructivista, fue reconocido internacionalmente por sus contribuciones a la teoría de sistemas y a la práctica de la terapia breve, como a la cibernética aplicada a la interacción humana y a la teoría constructivista. El equipo del MRI se dedicó entonces a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia, desde la perspectiva interaccional. En este marco Jay Haley (uno de los investigadores que más contribuyó a la terapia Familiar), desarrolló su modelo Estratégico de resolución de problemas. En 1967 Haley abandonó el MRI para unirse a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en la Philadelphia Child Guidance Clinic (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Todos y cada uno de estos autores contribuyó a la edificación de los constructos básicos de la Terapia Sistémica, investigando y reflexionando acerca de la comunicación. En este campo, una de las aportaciones más significativas fue el que hizo Paul Watzlawick con los axiomas de la comunicación.

Estos estudian a la comunicación, como un proceso permanente y de carácter holístico, como un todo integrado, incomprendible sin el contexto en el que tiene

lugar. La definición de comunicación que se puede extraer de la obra de estos autores es común a todos los representantes de la Escuela de Palo Alto (Watzlawick 1987)

Los axiomas son los siguientes (Watzlawick 1987):

- ❖ Es imposible no comunicarse
- ❖ Toda comunicación reside en procesos de relación e interacción.
- ❖ En la comunicación se usan materiales digitales y analógicos.
- ❖ La definición de una interacción esta condicionada por la secuencia de los mensajes intercambiados.
- ❖ Toda relación es simétrica o complementaria

El planteamiento de estos axiomas rompe con la visión unidireccional o lineal de la comunicación. De alguna manera, los axiomas marcan el inicio para comprender que la comunicación no es sólo cuestión de acciones y reacciones; es algo más complejo, y debe pensarse desde un enfoque sistémico, a partir del concepto de intercambio. En una situación comunicativa, es la relación misma lo fundamental que hay que estudiar, más que las personas que están implicadas en ella. De ahí que la interacción se instituya como el centro del debate y como el objeto a atender antes que cualquier otro elemento. El contexto es una de las categorías analíticas fundamentales para el estudio de la comunicación. Así pues, las acciones, las interacciones, no pueden entenderse si no se ubican en un contexto, sin atender al sistema en el que se realizan o tienen lugar. (Watzlawick 1980)

Aunado a este enfoque, otro cambio importante en la perspectiva propuesta por la Escuela de Palo Alto para el abordaje de las problemáticas es la importancia otorgada al qué y al cómo de la situación, abandonando la reflexión sobre las causas de las situaciones y los sujetos mismos que en ellas participan.

Siguiendo estas premisas se funda la Terapia Breve del MRI lo cual busca fundamentalmente una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de las relaciones comportamentales derivadas del paciente o pacientes. Se parte

de la convicción de que la resolución de los problemas requiere la ruptura del sistema circular de retroacción que mantiene la situación problemática, la redefinición de la situación y la consiguiente modificación de las percepciones y de las concepciones del mundo que constriñen a la persona respuestas disfuncionales. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Las características de la Terapia del MRI

Las características fundamentales de esta forma innovadora de Psicoterapia son las siguientes:

La terapia del MRI es breve, no es mayor de diez sesiones. La mayoría de los problemas humanos se desarrollan a partir del malestar que las dificultades normales de la vida cotidiana ocasionan en los clientes. Los problemas se originan y son mantenidos por la manera en que el cliente o las personas involucradas perciben y abordan las dificultades normales de la vida. Además este (el problema) se agrava al aplicar de modo repetido y creciente soluciones o aparentes soluciones del tipo más de lo mismo, que llevan a más del mismo problema, lo cual, a su vez genera “más de las mismas” soluciones intentadas.

El problema se mantiene por las aplicaciones continuas de los intentos de solución erróneos o frustrados que se convierten en el problema. Así que las soluciones intentadas, que se derivan del marco de creencias aplicado a la dificultad, exacerbaban el problema. De esta manera se dibuja un círculo repetitivo que es vista como persistencia de una dificultad repetidamente mal manejada. Por lo que si el sistema actual de interacción conductual se cambia, entonces el problema se resolverá sin tener en cuanto a su historia y su etiología. 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. El síntoma no tiene ninguna función o propósito. Tampoco se consideran necesarios o útiles los conceptos de homeostasis, enfermedad mental o ventaja interpersonal de los síntomas. Por lo tanto se puede resumir que los objetivos de la terapia breve del MRI son modificar los marcos de

creencias o constructor del cliente; es decir el modo en que perciben, encaran y mantienen las dificultades. Modificar las sentencias repetitivas que rodean el problema. Modificar las posiciones y enfoques del terapeuta que se vuelven partes de un patrón que se autorrefuerza entre el terapeuta y el cliente. Modificar la relación del cliente con los sistemas globales de la familia, el vecindario o la profesión. (Fisco, 1988, Sánchez y G., 2000)

Asimismo el terapeuta tiene que tener una libertad de actuar en la forma que considere más adecuada para ser así capaz de poner en práctica lo que juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. Esto es llamado capacidad de manobra, que implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. (Nardone, 1992)

En cada enfoque es necesario determinados procedimientos para dirigir el tratamiento. En la Terapia Breve del MRI se pueden identificar los siguientes:

PROCESO DE LA PSICOTERAPIA

El inicio de la psicoterapia es la entrevista inicial, donde el terapeuta tiene como objetivo recoger la información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso. (Sánchez y G., 2000)

El terapeuta desde su primer encuentro con el paciente, en vez de estudiar su pasado, centra su interés y valoración en:

Lo que sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo.

¿Cómo funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema relacional?

¿Cómo el sujeto ha intentado, hasta el presente, combatir o resolver el problema (soluciones ensayadas)?

¿Cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz?

Primer contacto: Iniciación de la relación terapéutica.

El primer contacto con el paciente constituye un momento de gran importancia para el tratamiento. El objetivo primario no es otro que el de crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual puede llevarse a cabo tanto la investigación diagnóstica como las primeras maniobras de adquisición de capacidad de intervención. La estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente. El terapeuta debe entrar en sintonía con las modalidades de representación de la persona que está pidiendo ayuda. Debe adaptar su lenguaje y acciones a las imágenes del mundo del estilo comunicativo del paciente. Un buen terapeuta, en su primer contacto con el paciente debe darle confianza y motivación, sugestionarlo de un modo positivo y conducirlo. (Sánchez y G., 2000).

Dentro de esta primera entrevista es importante intentar definir el problema o problemas más importantes para así tomar la decisión de cual es más apremiante y así iniciar el tratamiento.

Definición del problema

Es fundamental aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. El terapeuta debe centrar el problema basándose en la observación de la persona y de la explicación que ella hace de su trastorno del modo más claro y definido posible, de forma que puedan identificar concretamente las matrices pragmáticas del problema actual. Obteniendo lo mejor posible una imagen clara y específica del problema, para ello es necesario saber concretamen-

te ¿qué es el problema?, ¿Para quién?, ¿a quien afecta el problema?, ¿Cómo?, ¿cuándo? Y ¿donde surge el problema? Así como pedirle al sujeto que ejemplifique dicho problema. Lo importante en esta perspectiva es observar como funciona la circularidad de las categorías generales que existen; la interacción entre el sujeto y sí mismo, entre el sujeto y los demás, y entre el sujeto y su mundo. Y así saber si alguna de las tres afecta más directamente al paciente, porque así se definirá cual será la primera área de intervención a través de la cuál se modificará todo el sistema perceptivo-reactivo que esta en la situación problemática del paciente. (Sánchez y G., 2000).

Para ello una técnica muy útil es la de pedirle al cliente que ejemplifique su problema de manera tal que la describa paso a paso como si la estuviera viendo en una pantalla de cine, con las personas que influyen, las acciones de cada uno, el lugar, el tiempo de duración, etc.

Ya definido el problema se realizan acuerdos sobre lo que se está buscando en la terapia, es decir; la serie de objetivos por alcanzar de forma gradual que garantizan una verificación progresiva.

Acuerdos sobre los objetivos de la Terapia.

La definición de los objetivos representa para el paciente una sugestión positiva, en cuanto a la negociación y acuerdo acerca de la duración y los fines de la cura poseen el poder de reforzar y aumentar su colaboración y confianza en el éxito terapéutico. El paciente se siente parte activa del proyecto de cambios y tiene la impresión de que es él quién controla el desarrollo de la terapia. Al concertar los objetivos y al programar la terapia, es muy importante también que el terapeuta construya una escala gradual y progresiva de pequeños objetivos, que den la sensación al paciente de que el tratamiento no es demasiado lento. (Wittezaele, J. y García, T. 1994).

Estas primeras tres etapas abarcan las primeras sesiones, posteriormente el terapeuta debe estudiar detenidamente la situación que se le presenta y hallar los puntos cardinales en que ésta se apoya.

Sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema

Por lo tanto es necesario observar con precisión cómo se mantiene el problema y cuál de estos factores lo sostienen, es decir ¿cuál es la solución repetida? La solución repetidamente intentada, del problema inicial se convierte así en el verdadero problema, por eso es necesario identificar la solución fundamental que esta aumentando la problemática. Por otro lado un importante objetivo es la valoración de las interacciones sociales que pueden influir en las soluciones ensayadas. Esto es importante aclarar para saber si es necesario intervenir directamente sobre estas secuencias interpersonales además de las soluciones ensayadas, o si es más mejor intervenir solo en la reorganización del sistema relacional. (Wittezaele, J. y G, T. 1994).

Programación terapéutica

Uno de los supuestos básicos de esta escuela es “la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia” ---- Es decir, el terapeuta usará las técnicas que se han utilizado con éxito para dicho problema pero adecuándolas a las características peculiares de la persona, seleccionando los procedimientos más convenientes para ese caso determinado. También es muy útil que la atención del paciente se concentre en que habrá pequeños cambios tal vez hasta triviales, lo cuál le dará confianza y evitando así una posible resistencia. Estos pequeños cambios en realidad provocan una reacción en cadena de modificaciones en el interior del sistema provocando un desequilibrio y una modificación en el interior del mismo, según las leyes propias de la teoría de sistemas. Por otro lado hay que considerar que el éxito de una estrategia depende mucho del marco de sugestión con que se le presenta la tarea dada al paciente, para inducirlo a la colaboración terapéutica (Wittezaele, J. y G, T. 1994).

ESTRATEGIAS DE CAMBIO

Los procedimientos terapéuticos más utilizados en este enfoque se pueden dividir en dos grupos:

Las acciones y comunicación terapéuticas

Entre estas es necesario aprender hablar el lenguaje del paciente, esto representa un estilo de comunicación fundamental en terapia. Esto es, que mediante una inducción hipnótica donde se utiliza el estilo perceptivo y comunicativo del sujeto, incluso del lenguaje no verbal, para hacer sentir al paciente en total comodidad. (Wittezaele, J. y G, T. 1994).

Por otro lado esta la reestructuración, técnica de persuasión que se utiliza para catalogar de forma diferente la percepción de la realidad de una personas, en cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura cambiando los marcos de referencia en que se inserta este significado y si se cambia el marco, se cambia indirectamente el significado mismo. Otra estrategia de comunicación es la de evitar las formas negativas del lenguaje ya que producen rigidez y resistencia en la persona; así que resulta más eficaz gratificar a la persona y, por medio de esta gratificación, impartir órdenes orientadas a la modificación de la conducta (Watzlawick, 1987).

En situaciones perceptivo-reactivas rígidas y que se caracterizan por la presencia de sintomatologías comportamentales redundantes una estrategia asombrosamente eficaz es el uso de la paradoja, debido a que posee la propiedad de desquiciar los círculos viciosos y recurrentes de soluciones ensayadas, que el paciente presenta de forma obstinada, por la simple razón de que pone en crisis el sistema preexistente de percepciones de la realidad y reacciones ante ella. Otra técnica derivada de esta última es el uso de la resistencia, creando un doble vinculo terapéutico colocando al paciente en una situación paradójica, en la que su resisten-

cia, o si rigidez para con el terapeuta llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia. Por otro lado esta el uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico lo que permite la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que se ponen en práctica ante los personajes y las diversas situaciones de un relato (Wittezaele, J. y G, T. 1994).

Prescripciones de comportamiento.

Estas desempeñan la función de hacer vivir las experiencias concretas de cambio fuera de la sesión terapéutica, con ello se demuestra a si mismo el paciente que tiene capacidad para cambiar la situación problemática.

Conclusión del tratamiento

Es el último encuentro donde se debe consolidar definitivamente la autonomía personal de la persona tratada. Se procede a una recapitulación y a una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias que se han utilizado. Así el cliente tiene un conocimiento claro de los objetivos, incluso de las tareas extrañas que se utilizaron. . (Wittezaele, J. y G, T. 1994).

A continuación se presenta el caso realizado en el diplomado, utilizando las técnicas de esta escuela, el MRI.

REPORTE DE PRIMERA ENTREVISTA

Nombre: Griselda R. G.

Edad: 24 años

Ocupación: Profesora, imparte clases en un CONALEP

Problema: Se percibe como una persona “seria” en cualquier ámbito de su vida sin embargo le ha afectado sobretodo en el ámbito profesional porque no le puede

hablar a sus compañeros profesores, sobretodo a los hombres. "...con otras personas si les hablo bien, me llevo bien con ellas pero con ellos (los compañeros y compañeras) no he podido hablarles... el hecho de que mis alumnas me dijeran que soy seria si lo siento." (Sic. Pac.)

Premisas:

Definición del problema: Griselda define su problema como una "incapacidad para hablarles (a los compañeros) más allá del hola que tal" (sic. Pac.) Solo saluda casualmente, después "la lengua como que se me traba y ya no puedo preguntarles más" (sic. pac) posteriormente ella piensa hacia si misma "... ¿qué les puedo preguntar que les interese?.." (Sic. Pac)

Se le pidió que definiera lo que para ella era ser seria:

A: ¿qué es ser seria para ti?

G: callada, no me permito expresar mis emociones, a parte no me río no me interesa, mi cara la pongo así, voy en el micro y voy así seria

¿Cuándo y donde se produce? Griselda comenta que desde la escuela primaria ha sido así. Últimamente se ha dado en el CONALEP cuando está frente algún grupo de compañeros o en el salón de maestros.

¿Con quién se produce? En general con las personas que apenas conoce, específicamente con los compañeros de trabajo pero sobre todo con hombres.

Solución intentada: Acercamientos hacia los compañeros para saludar.

En la universidad intentó hablar más pero no lo logró.

Cómo afecta en este momento el problema: Le causa incomodidad al estar en un grupo de compañeros y solo saludar "de beso" a la persona con la que se lleva bien y las demás solo de palabra. Al igual que no hay un acercamiento para compartir opiniones de las materias o problemáticas de salón, por lo tanto no hay sociabilización.

Excepciones a la regla: con grupos que no representan autoridad alguna (personal de intendencia, guardias de seguridad, etc.)

Objetivo de la terapia.

Se fijo como objetivo el llegar a hablarle a sus compañeros más allá del simple hola, encontrando conductas que ella debería iniciar y que están en sus recursos, y de esta manera mejorar sus relaciones de trabajo, esto claro como fin último.

Técnicas usadas:

Uno abajo: se utilizó para obtener información clara del problema. También debido a que la paciente refería su pasado se utilizó para guiar la conversación de forma que se continuara hablando del presente y las formas de afectación en este momento, más que las causas de origen que la remontan en el pasado.

A: Entonces déjame ver si estoy entendiendo, tu vienes aquí porque sientes algún tipo de incapacidad para hablarle a los compañeros de trabajo, lo que te preguntaba mi compañera es ¿de qué manera te está afectando esto en este momento?

En ocasiones se utilizó el resumen de lo que ella había dicho para que de esta manera se sintiera escuchada y con confianza

Se le pidió un ejemplo específico y detallado de lo que sucede cuando se da el problema:

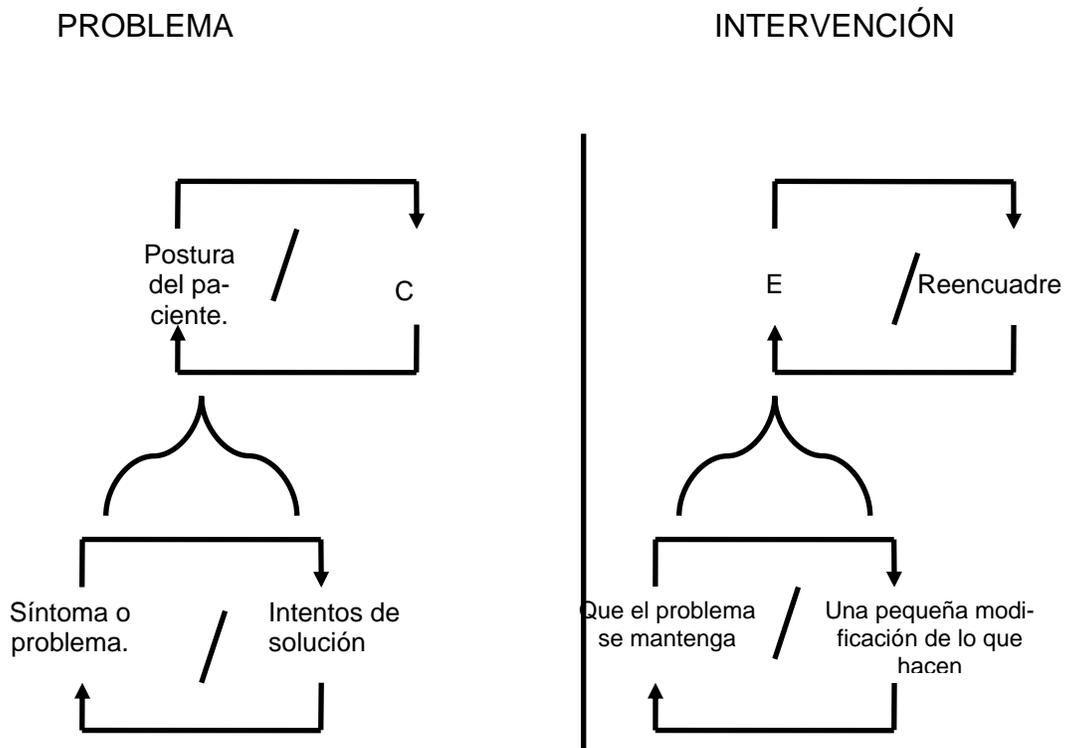
A: Imagínate que estas en una sala de cine pero explícame poco a poquito qué es lo que te sucede cuando sientes esto de que no puedes hablar con tus compañeros. Descríbelo poco a poquito como si estuvieras viendo una película.

G: Llego, entro están los policías buenas tardes, buenas tardes maestra osea bien con ellos platico normal. Llego a la dirección a donde firmamos, yo voy caminando por el pasillo largo donde hay banquitas y hay unos que si ya llegaron de plano se van sentando hasta que llegue a la dirección, saludo hola buenas tardes y ya me paso, llego al salón firmo, me meto y por ejemplo, esta un grupo platicando y los saludo buenas tardes o luego no me contestan, o no se si yo no hablo fuerte o les caigo mal y no me contestan o vienen de malas y no me contestan.

Sincronización. Se manejó el lenguaje no verbal de Griselda tratando de realizar las posturas que ella hacia, sobretodo del movimiento de las manos que al parecer ella utiliza mucho.

MAPA EPISTEMOLÓGICO DEL MRI

En esta Escuela se puede apreciar los mapas epistemológicos del problema y la intervención. En el problema se presenta en un primer nivel la complementariedad cibernética entre el síntoma o problema y los intentos de solución, que en un segundo nivel se contienen en una complementariedad cibernética compuesta por la postura del paciente y el cambio. En la intervención se presenta en un primer nivel la complementariedad cibernética entre lo que hace que el problema se mantenga y una pequeña modificación de lo que se hace, que en un segundo nivel esta contenida en una complementariedad cibernética compuesta por el equilibrio y el reencuadre.



Conclusiones

La Escuela de Palo Alto es una de las escuelas mas importantes dentro de la terapia sistémica, debido a sus aportaciones y por que dentro de ella se comenzaron a abordar diferentes tipos de vista acerca de los conceptos que se debía utilizar al llevar a cabo una sesión terapéutica, dando como resultado una diversidad de escuelas que fueron influidas por el MRI.

En este capitulo se presentaron las premisas básicas del MRI, así como su forma de realizar un trabajo psicoterapéutico, sus herramientas principales, su concepción del cambio y el problema, su mapa epistemológico y la presentación de un caso clínico.

En seguida se expondrá la Escuela Estratégica, la cual como ya se ha señalado es una de las escuelas que fue influida por el MRI, pero tiene sus propias aportaciones al área terapéutica, como se revisará más adelante. Sin perder su enfoque sistémico y breve.

ESCUELA ESTRATÉGICA

ANTECEDENTES

Los inicios del enfoque sistémico esta en la década de los años 50's dando origen a diversas formas de trabajo aunque dentro de un mismo marco epistemológico. El modelo estratégico, nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizada por el grupo de palo alto dirigido por Bateson y Jackson, y el trabajo de Milton Erickson. En este marco esta la "Escuela estratégica"; siendo el nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas (Haley, 1980) cuyas principales influencias son la Teoría Sistémica, la epistemología Constructivista, y el trabajo clínico Milton Erikson. Posteriormente el modelo ha ido evolucionando, teniendo como representantes principales a Jay Haley y Cloe Madanes.

LA TERAPIA ESTRATÉGICA

El enfoque estratégico parte de la base que los problemas humanos son el fruto de la particular interacción entre sujeto y realidad. En función de esta interacción, ante la percepción de un problema determinado, el ser humano lleva a cabo una serie de acciones que en lugar de resolverlo pueden llevar a que esta situación problemática se mantenga inalterable (Fernández, 1990).

Así, trabajando sobre el modo de percibir la realidad y de actuar de un sujeto pueden solucionarse en tiempos relativamente breves la inmensa mayoría de los problemas humanos. No es necesario buscar por lo tanto las causas del trastorno en el pasado ni tampoco analizar todos los recovecos de la "misteriosa naturaleza humana" (es decir, el por qué de un problema) sino que vamos a analizar e intervenir directamente sobre la estructura del mismo (es decir, sobre el cómo funciona el problema y cómo se mantiene en el presente)

La terapia breve estratégica es una intervención breve y focalizada, orientada hacia la extinción de los síntomas, por una parte, y hacia la reestructuración de la percepción que la persona tiene de sí misma, de los otros y del resto del mundo. En otras palabras, el objetivo principal de un terapeuta estratégico es el de resolver rápidamente los problemas y trastornos que pueden convertirse en invasivos e invalidantes no sólo para el paciente que los sufre, sino para quienes que lo rodean (Fernández, 1990).

En este marco el objetivo de la terapia estratégica sería el de solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un cliente, haciendo hincapié no en un método particular, sino en encarar cada problema con técnicas especialmente adecuadas para esa situación específica. La tarea del terapeuta consiste en formular con claridad el síntoma presentado y planear una intervención en la situación social del cliente a fin de modificarlo (Haley, 1980).

El tratamiento es breve. Es decir, se plantea en un plazo máximo de 10 sesiones, con intervalos de entre una y dos semanas entre sesiones. Si al finalizar la décima sesión no se ha producido ningún cambio significativo, se interrumpe el tratamiento. Si se han producido cambios pero no se ha llegado a la resolución completa del problema, se amplía el tratamiento las sesiones necesarias, hasta un máximo de 20 sesiones.

EI PROCESO TERAPÉUTICO

El problema

Según Haley (1980) este enfoque difiere de aquellos que definen el problema como un síntoma en términos precisos de conducta y los que hacen una categoría más general pero siempre centrándose en el sujeto, en el individuo. En nuestro enfoque la terapia se centra en la situación social, más que en la persona. Un problema puede definirse por 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 esa organización social. Así un actuar sobre una

depresión o una fobia, por ejemplo, es actuar sobre las interacciones personales en que tales cuadros psicológicos se exteriorizan dentro de una unidad social.

Formulación del problema

Según Haley (1980) cuando se define un problema terapéutico diciendo que concierne a las relaciones sociales de los clientes, el terapeuta debe incluirse a sí mismo dentro del problema puesto que él contribuye a definirlo. Diagnosticar significa participar en la creación de un problema en forma tal que puede dificultar aún más el cambio deseado, aunque quizá se piense que sólo se está identificando los problemas que le plantearon; el modo en que clasificamos un dilema humano puede cristalizar un problema y volverlo crónico.

La terapia tendrá éxito si resuelven problemas claramente formulados. Para que la terapia termine bien debe comenzar bien, esto es, estableciendo un contrato en torno de un problema resoluble y descubriendo la situación social que genera. Que generalmente se debería realizar en la primera entrevista (Haley, 1980; Madanes, 1989).

La primera entrevista

Entonces el terapeuta debe saber cómo formular un problema y cómo resolverlo. El acto terapéutico comienza por la manera de examinar el problema. El acto de intervención saca a la luz los problemas y las pautas de relación a modificar. Cada persona es una situación social diferente que bien pueden requerir un procedimiento único en si género. Las variables son muchas pero la mayoría caen en las categorías de tiempo, lugar, honorarios, número de personas involucradas y directivas especiales necesarias para iniciar el tratamiento (Fernández, 1990).

Una entrevista comienza con el primer contacto establecido con relación a un problema, desde el primer contacto, ya sea telefónico o no, se va recogiendo informa-

ción que se puede utilizar en pro del avance terapéutico. Durante esta sesión se puede pasar a través de las siguientes etapas:

La etapa Social. Primordialmente se trata de obtener del o de los entrevistados una respuesta social siguiendo las reglas de cortesía que seguiríamos como anfitriones en nuestro hogar: se saluda a todos haciéndolos sentirse cómodos. El terapeuta debe observar el estado de ánimo de la familia, dato necesario para conseguir que cooperen en el cambio; también observar las relaciones existentes entre padres e hijos, la disciplina y la organización. Hay que considerar que las conclusiones que se extraigan son provisionales, pues quizá se hayan mal interpretado los datos. El terapeuta que se aferra demasiado a una idea traba su mente para la consideración de otras. Asimismo es importante que el terapeuta no comunique a la familia sus observaciones ya que esto podría causar dificultades en la terapia.

La etapa de planteo del problema. Esta etapa va encaminada a un propósito, lo habitual es que el terapeuta les pregunte porqué han venido o qué problema los aqueja pasando así de una situación social a una situación de terapia. La pregunta inicial puede hacerse de muchas maneras y en dos aspectos: el modo en que el terapeuta la formula y a qué miembro de la familia va dirigida.

Cuando una familia llega al consultorio es oportuno que el terapeuta aclare cuál es su posición en el asunto, así le será más fácil a los miembros de la familia explicar las suyas.

Aquí existen varios puntos que tomar en cuenta, primero, la fraseología con que el terapeuta explique su posición dependerá del nivel cultural de la familia, ya que debe haber un lenguaje comprensible para todos. Asimismo la forma de recabar información puede determinar el curso que tomará la entrevista; entre las más usuales están: Preguntar ¿cuál es su problema? Con esto se define la situación puntualizando que en ella se conversará sobre problemas. Para personalizar la situación se puede preguntar: ¿en qué puedo serles útil? Este enfoque reduce las posibilidades de un informe familiar, pues les obliga no sólo a pensar en el problema, sino también a pensarlo en función de lo que el terapeuta puede hacer al respecto. Por último preguntar: ¿porqué motivo han venido a verme? Así la familia

puede optar por centrar sus respuestas en el problema o en el cambio deseado. Cuanto más específico se muestre el terapeuta, tanto más se centrará a la familia en un aspecto determinado de la cuestión (Haley, 1980).

Otro punto importante es a quién dirigirle esta pregunta dado que al pasar de la situación social a la de terapia, debe hablársele al grupo en general o a una persona en particular. Es aquí donde los prejuicios e inclinaciones personales del terapeuta pueden convertirse en un obstáculo. En general se recomienda que al inicio se dirija al adulto que parezca estar más desligado del problema, tratando con la mayor atención y respeto a la persona más capaz de traer a su familia a nuevas entrevistas. El que mayor preocupación demuestra suele ser aquel sobre quién recae principalmente el problema.

Etapa de Interacción.- Para averiguar cuál es el problema se procede en dos etapas; primera: consiste en recabar la opinión de todos los presentes, segunda: hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema. El terapeuta continuará conduciendo la entrevista, pero ahora deberá iniciar la etapa de interacción en la que pasará a un segundo plano, estimulando a los miembros de la familia a conversar entre sí en torno a esas discrepancias. El terapeuta estará siempre atento a las conversaciones entre dos personas, para introducir un tercer interlocutor. Al final, todos deben hablarse mutuamente.

Algo importante de mencionar es que el terapeuta en vez de limitarse a presenciar una conversación sobre el problema, procurará traer la acción problema que esta aquejando. Los integrantes de la familia pueden describirle al terapeuta sus secuencias y pautas de conducta porque las desconocen. Esta información sólo se obtendrá observando cómo se conducen entre sí. (Fernández, 1990)

Definición de los cambios.

Se le pide a la familia una formulación suficientemente clara de los cambios que se quieren alcanzar mediante la terapia. Esto ayuda a que todos centren su atención en las cuestiones importantes, y sirve de punto de partida para fijar las metas de la terapia. El problema debe ser uno que la familia quiera resolver, pero planteado de tal forma que sea resoluble. Para ello el terapeuta debe darle un carácter

operacionable, por ejemplo; si una familia acude a terapia presentando al problema como la depresión de uno de sus miembros, ese no es un problema resoluble; el problema será el modo en que se manifieste esa depresión y la reacción de la persona. Los problemas deben ser algo computable, observable, medible, o que permita detectar de algún modo la influencia que ejercemos en ellos. En este punto es conveniente preguntar si se ha seguido algún tratamiento.

En general la primera entrevista puede conducirse de manera tal que provea la máxima información e inicie un cambio. Es aquí donde debe esclarecerse la estructura familiar, y en su transcurso el terapeuta y su familia deben llegar algún acuerdo acerca de la naturaleza del problema y las metas u objetivos de la terapia. Aquí la tarea del terapeuta es comprender el problema y formularlo de manera tal que pueda hacerse algo al respecto. La primera entrevista debe concluir con la concertación de una nueva cita, entra en juego justamente, convenir la asistencia de esa persona y discutir la manera de hacerla concurrir. Es importante pensar si es conveniente dejar una directiva en esta primera sesión. Una tarea sencilla dejará ligada a la familia al terapeuta entre las sesiones (Haley, 1980).

LAS INTERVECIONES

Principales técnicas o procedimientos

Los procedimientos para cambiar de una organización inadecuada se llaman técnicas terapéuticas. En esta parte de la terapia, el terapeuta establece objetivos que son ante todo impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas. Todo cuanto se haga es terapia puede ser visto como una directiva, un ademán, una pausa durante la conversación, etcétera. Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo; en ese sentido está implantando una directiva. En algunos casos puede haber situaciones en que el terapeuta no desee asumir la responsabilidad de dirigir el comportamiento

de alguien y en esos casos quizá sea mejor responder: eso debe decidirlo usted mismo (Fernández, 1990).

Un terapeuta estratégico desde un inicio trata de utilizar directivas que son tareas impartidas que tienen varias finalidades:

Las directivas son un medio de provocar cambio. Debido a que el objetivo principal de la terapia es hacer que la gente se comporte de manera diferente para que tenga así experiencias subjetivas diferentes.

Intensifican la relación entre cliente y terapeuta.

Se usan para obtener información. La manera es que reacciona la gente al recibir una directiva es esclarecedora con respecto a ellos mismos y a cómo responderán a los cambios deseados.

Directivas.

Según Haley (1980) Hay dos maneras de impartir directivas:

DIRECTAS. Decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan.

Esta misma comprende dos tipos diferentes:

Ordenarle a alguien que deje de hacer algo. En este caso el terapeuta trata de modificar el comportamiento diciendo que deje de hacer lo que está haciendo. Esta es una de las directivas más difíciles de cumplir y debe ir acompañada de otros mensajes, tal vez repitiéndola o magnificándola.

Pedirle que haga algo diferente. El terapeuta trata de cambiar el comportamiento pidiendo que se adopte una conducta diferente a la usual, que se prueben nuevos hábitos.

Esta petición puede hacerse mediante buenos consejos y dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro del sistema.

Por lo común de nada le sirve a la gente que le digan que deben tratarse mejor los unos a los otros ya que no son capaces de seguirlos. En las directivas más bien se propone cambiar las formas de tratarse unos a los otros mediante la acción, y el

modo en que han de impartirse para que sean ejecutadas es cuestión de habilidad y práctica. De estas directivas es conveniente hacer una revisión de la tarea dada para asegurarnos de que se ha comprendido bien la tarea.

Indirectas o paradójicas.

Tienen como fin abordar la dificultad que presentan algunas familias cuando acuden pidiendo ayuda pero rechazan la que se les brinda, por lo cual el cambio consiste en emplear su propia resistencia.

Entre estas técnicas encontramos:

La paradoja El éxito de esta técnica depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo negándose a continuar cumpliéndolas. Presenta siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: cambien y dentro del marco del mensaje no cambien.

Anécdota. Esta se utiliza para darle al paciente un ejemplo positivo de cómo alguna persona o personas han pasado por situaciones similares a la suya que tiene un leve rasgo parecido al suyo o curiosamente igual. La situación debe ser verídica y llevar los recursos del psicoterapeuta a lo positivo.

Cuento. Es una configuración en el tiempo, se trata de un relato que coincide con el mundo que tiene el paciente o la familia, es muy importante para las relaciones interpersonales y permite, en consecuencia, una interpretación o re encuadre del mapa interno de la familia o el paciente. Brindando la posibilidad de que el paciente se identifique con los personajes para así ampliar su perspectiva del problema e introducir puntos de vista nuevos para su solución.

La metáfora. Es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es una relación de analogía. Es decir, se hace un giro del lenguaje figurado, dándole otro sentido a la palabra. Esta técnica permite las estrategias de tipo racional que el cliente o la familia pueden oponer a la prescripción del terapeuta. Para configurar este tipo de intervención se escoge un tema aparentemente neutro en el que, a través del lenguaje analógico, se incluyen sugerencias que tienen que ver con el problema.

Redefinición. Es una intervención cognitiva que consiste en modificar el marco conceptual desde el cual la familia percibe el problema. En este caso la redefinición se realiza con el fin de poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto y de hacer que la nueva definición del problema lo haga resoluble.

Ordalía. Consiste en que el terapeuta de a escoger entre dos alternativas, una de ellas es una tarea directa y la otra es una tarea mucho mas costosa que la primera (Haley, 1984).

Para Haley (1984), el requisito principal de la ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Sino es lo bastante rigurosa para extinguir el síntoma casi siempre se puede aumentar su magnitud hasta que lo sea. Asimismo conviene que la ordalía beneficie a la persona ya que es más fácil de seguirla. Por otra parte la ordalía debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda poner objeciones válidas, debe ser de tal naturaleza que el terapeuta diga sin reservas: esto no violará ninguna de sus normas morales y es algo que usted puede hacer. Por último una ordalía terapéutica no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.

Tipos de ordalía.

TAREA DIRECTA.- En este caso el terapeuta explica claramente el problema y pide que, cada vez que se presente, la persona se someta a determinada ordalía. Hay que indagar durante la entrevista qué clase de actividad debería intensificar el cliente por su propio bien y de esta manera utilizar la información en pro de la ordalía.

ORDALÍA PARADÓJICA.- En ella la ordalía puede ser la misma conducta sintomática y consistir, paradójicamente, en alentar al cliente a tener el problema cuya solución ha buscado en psicoterapia. Por ejemplo, solicitarle a una pareja que riña en determinado horario constituye no sólo una intervención paradójica sino también una ordalía.

En tanto la paradoja terapéutica se defina como la rebelión del cliente contra el terapeuta, mediante su negativa a actuar conforme a su conducta problema, parece que una ordalía implícita motiva esa resistencia. La intervención paradójica es la forma en que entraña la transformación de un acto involuntario en voluntario. La persona debe hacer deliberadamente lo que ella califica de inevitable. Por definición, un síntoma deja de serlo cuando se reitera deliberadamente (Haley 1984). Podemos diseñar una ordalía para una sola persona o para una unidad de cualquier tamaño. Estas pueden incluir la obligación de ambas partes. El uso de una ordalía deber ser un proceso gradual en que cada etapa se ejecute cuidadosamente.

Etapas de la terapia de ordalía.

Definir claramente el problema. Preguntando el lenguaje de video (cómo cuando, donde, etc.)

La persona debe comprometerse a superar el problema. Si ha de someterse a una ordalía es preciso que desee realmente resolver el problema presentado. En un caso típico el terapeuta debe poner de relieve la gravedad del problema, reseñar los intentos infructuosos de superarlo, presentar su solución como un desafío que el cliente es capaz de afrontar y señalar que la ordalía es un procedimiento corriente y, por lo general, eficaz.

Seleccionar la ordalía. La selección será en colaboración del cliente, siendo lo bastante severa como para superar el síntoma; su cumplimiento beneficiará al paciente; será algo que este puede hacer y que le parezca aceptable, desde el punto de vista del decoro; deberá ser una acción clara, sin ambigüedades; tendrá un principio y un fin claramente establecidos

La directiva debe impartirse acompañada de una explicación lógica.

La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema. Cada vez que deba hacerlo el paciente la cumplirá con exactitud y continuará hasta que desaparezca la conducta, debe ser un contrato de por vida.

Debe estar inserta en un contexto social.

Por último puede decirse que la finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conductas inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. (Haley, 1984)

En esta escuela se enfatiza que en cuanto al terapeuta su obligación es definir la unidad social que él puede cambiar para resolver así el problema que le presenta un cliente. La eficacia del terapeuta se mide en términos del resultado de su terapia, no por su posición moral o su justificable indignación ante una sociedad que coadyuva a crear los problemas que él intenta resolver.

En cada situación existe suficiente variedad como para poder establecer algún ordenamiento mejor. Una vez aceptada la idea de que los problemas de un cliente incluyen al medio social, y también al terapeuta, este siempre debe tener en cuenta las coaliciones en que se ve envuelto al actuar. Así en vez de limitarse a condenar a una escuela mala, el terapeuta debe visitarla y hallar, dentro de ella, mejor cabida para el muchacho renuente al que intenta corregir.

Luego, el profesional hábil aplicará con total flexibilidad y plena libertad de acción, los procedimientos que más se ajusten a ese caso en particular: ello le exige librarse de enfoques rígidos y de técnicas estereotipadas.

A continuación se presenta el caso realizado durante el diplomado utilizando las herramientas de la Escuela Estratégica.

REPORTE DE CASO

Ficha Técnica.

Paciente: Sra. Y

Edad: 24 años

Sexo: Mujer

Estado Civil: Casada.

Nivel de estudios: Licenciatura

Ocupación: Ama de casa

Descripción del caso

Se presenta Sra. Y describiendo que tiene problemas de enojo en particular con su hijo mayor y su esposo. “me enojo muy fácilmente con ellos, sobretodo con el niño, me disgusta que este sucio y cuando se pone a jugar y veo que se ensucia me enojo y lo regaño, después me siento mal por eso” (sic. pac.)

Para la paciente su problema es que siente que se enoja “muy rápido y por cosas que no tienen mucha importancia” (sic. pac.) Por ejemplo; si su hijo se ensucia o hace algo que le perjudicaría como tocar alguna coladera mientras está jugando o cuando su esposo hace alguna labor del hogar, “creo que no está bien hecha, que no lo va hacer cómo es debido y me enojo con él por cómo lo hizo” (sic. pac.) Se preocupa de la rapidez de su enojo ya que es súbito y actúa “impulsivamente” y posteriormente se siente mal por ello, ya que considera que no tiene mucha importancia los motivos por los que se enojó y esto la hace sentir apenada con su esposo e hijo; y sobretodo mal consigo misma.

A intentado constantemente en racionalizar su conducta exigiéndose a si misma no volverlo hacer

La Sra. Y, lleva 4 años de matrimonio, su esposo trabaja de lunes a viernes durante casi todo el día, sólo convive con él los fines de semana donde aprovechan para salir con los hijos a algún parque o a jugar básquetbol, que es lo que a ella más le gusta. Viven en casa de sus suegros, donde comparten los cuartos comunes como sala y baño con los demás miembros de la familia (cuñados, suegra y suegro). La paciente durante el día suele realizar las labores el hogar y se mantiene al cuidado de sus hijos (uno de 2 años y el otro de 6 meses).

Pautas

Las pautas de esta situación son las siguientes:

Con el esposo, se presentaban mínimo una diaria con una duración de 15 min. a 3hrs:

Un domingo cualquiera deciden ir a la deportiva

Levantam a los niños y ella empieza a cambiar a Z el mayor.
Ella cambia a X, el menor.
Mientras tanto le pide a su esposo que ponga los calcetines a Z.
El esposo sube a traer los calcetines
Ella piensa "va a traer los que no son"
Baja el esposo con los calcetines
Ella piensa "lo sabia, no son los que deberían ser"
Comienza a molestarse
Ve cómo cambia a Z.
Se enoja por la manera que lo hace, dado que no es la correcta
Ella comienza a cambiar los calcetines Z, ya muy enojada pero sin hablar.
El esposo se va a ver la televisión
Ella se enoja aun más
Le deja de hablar
Ella se va a otro lugar
Hace los arreglos que faltan para irse a la deportiva.
Se van a la deportiva
Pasan cerca de 2hrs
Ella se siente mal porque cree que "no era para tanto"

Con su hijo, se presentaba de 4 a 5 veces diarias con una duración de 20 a 40 minutos:

Saca a jugar a Z al patio
Lo observa
Z se dirige a una coladera
Ella piensa "se va a ensuciar si toca esa coladera"
Le advierte que la coladera está sucia
Z toca la coladera
Ella se levanta y le grita a Z
Lo toma de la mano y lo mete
Le lava su mano y le sigue regañando

El niño llora

Ella se siente mal

Trata de tranquilizar a Z

Se tranquiliza Z

Ella piensa que no era para tanto y siente remordimientos

Olvida la situación pensando que no volverá hacerlo

Intervención

Para esta situación se realizaron las siguientes intervenciones indirectas:

Terapia de Ordalía.

Para eso se recabo la información de que lo que más le molestaba era que su suegra se la pasara sirviéndole (en las comidas) a su suegro y él nada más exigía que se le sirviera, sin decir ni siquiera un gracias.

Por lo que se le dio la siguiente instrucción: que cada vez que ella se enojara con su hijo o su esposo durante el día, ya sea que apenas sintiera el enojo o se enojase completamente, ella tendría que durante la cena o comida según sea el caso, debería cada vez que su suegro exigiera que le sirvieran, levantarse ella y servirle, sin dar explicaciones del porqué lo hace. Pedirle que haga algo diferente. El terapeuta trata de cambiar el comportamiento pidiendo que se adopte una conducta diferente a la usual, que se prueben nuevos hábitos.

Esta petición puede hacerse mediante buenos consejos y dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro del sistema.

Esta petición puede hacerse mediante buenos consejos y dando directivas para cambiar la secuencia que tiene lugar dentro del sistema.

Pedirle que haga algo diferente. El terapeuta trata de cambiar el comportamiento pidiendo que se adopte una conducta diferente a la usual, que se prueben nuevos hábitos.

En una sesión posterior se le pidió que realizara una lista de aquellas cosas que podría hacer antes de enojarse con su esposo, la manera en que le podría hablar,

o pedirle algo, antes de que se enojase. Asimismo con su hijo, las cosas que podría hacer para prevenir que el niño hiciera algo que lo pusiera en peligro.

Y en conjunto con esta actividad se realizó una Redefinición. Es una intervención cognitiva que consiste en modificar el marco conceptual desde el cual la familia percibe el problema.

Resultados

Durante el proceso se obtuvieron gratificantes resultados, sobretodo en la terapia de ordalía, donde la paciente reportó los siguientes cambios:

La disminución de los enojos. Esto fue muy notable de un promedio de 7 a la semana con el esposo, se redujeron a 2. Con su hijo, de un promedio de 30 a la semana, se redujeron a 5. La relación con su suegro mejoró muchísimo y ella notó que el suegro cambió hacia con ella, dándole las “gracias” por ayudarlo y eso le sorprendió tanto a ella como a los miembros de su familia

Esta nueva actitud hacia su suegro lo valoró su esposo, diciéndole que estaba sorprendido y la trató de manera más cariñosa. Lo principal fue que esto se suscitó en los 15 días siguientes de empezar a practicarse dicha intervención. Y en las sesiones posteriores se dieron varios cambios de estructura; por ejemplo: La acción y sus repercusiones positivas la hicieron meditar que tener a su hijo siempre limpio no valía la pena, que es un niño y tiene derecho a ensuciarse. Esto le ayudó a percibir las cosas de forma diferente y enojarse menos.

El trato con el esposo mejoró y decidió que él tiene su forma de hacer las cosas y si son distintas a las de ella no son malas. Por otro lado necesitaba hacer algo para no gritarle a Z y pedirle las cosas de otra manera, para ello la tarea de las listas le permitió anticipar las reacciones negativas para con su hijo y cambiarlas positivamente en peticiones u otras formas de petición, sin necesidad de utilizar los gritos como único recurso. En general se considera que la intervención fue exitosa debido a que redujo el síntoma. Por otro lado, durante las sesiones la señora Y dijo que entendía que en realidad se enojaba por cosas insignificantes pero ahora

veía que eran insignificantes, que ya veías las cosas de diferente manera y le da gracia que se pudiera enojar de cosas tan simples. Es decir hubo una redefinición del problema.

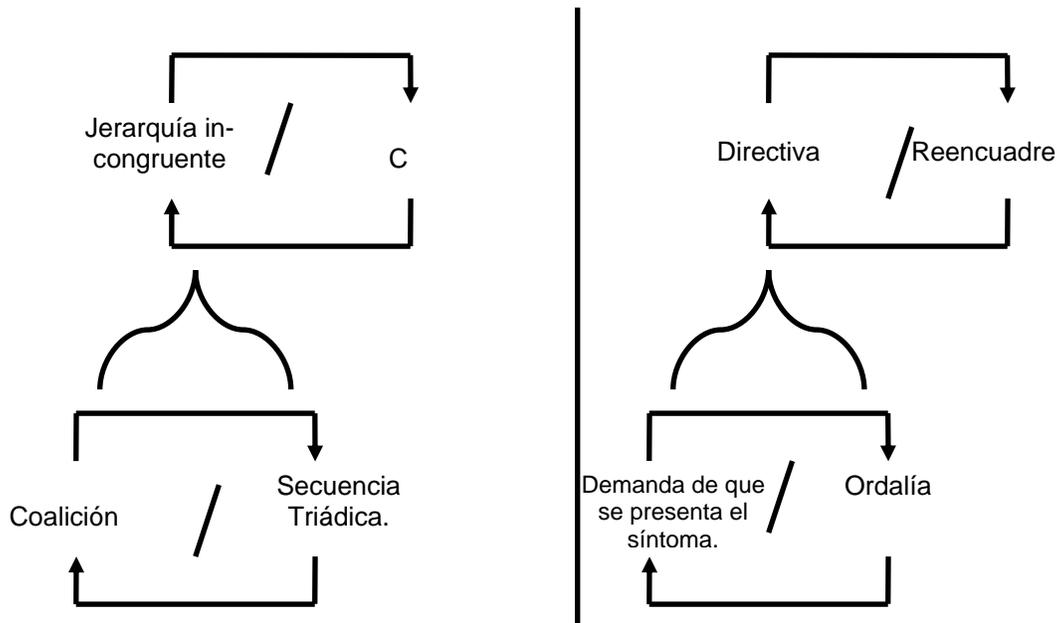
MAPA EPISTEMOLÓGICO DE LA ESCUELA ESTRATÉGICA.

En la Escuela Estratégica de Haley el problema se presenta en un primer nivel como la complementariedad cibernética entre la coalición y la secuencia tríadica, que en un segundo nivel se contienen en una complementariedad cibernética compuesta por la jerarquía incongruente y el cambio.

En la intervención se presenta en un primer nivel la complementariedad cibernética entre la demanda de que se presente el síntoma y la ordalía. Que en un segundo nivel esta contenida en una complementariedad cibernética compuesta por la Directiva y el reencuadre.

PROBLEMA

INTERVENCIÓN



Conclusiones

En cada sesión de la terapia Estratégica hubo mucha información útil en la práctica clínica, teniendo un trabajo más bien práctico, dentro de las clases del diplomado se realizaron intervenciones, teniendo los roles de terapeutas y psicoterapeutas. La terapia de Ordalía, se pudo apreciar, tiene gran efectividad en los pacientes. La terapia Estratégica hace reflexionar que se necesita una gran flexibilidad de pensamiento y que el pensamiento riguroso no te lleva a ayudar al paciente, meta final de cualquier psicoterapia. La flexibilidad y creatividad del terapeuta son parte importante del proceso y aunque en un principio se creyó que solo los más experimentados terapeutas podrían realizar grandes intervenciones, después de los ejercicios realizados en las sesiones, nos damos cuenta lo que se necesita es práctica, elocuencia y un poco de creatividad para realizar una intervención en esta Escuela.

Esta Escuela fue una forma diferente de apreciar el cambio en pacientes continuando un poco con la línea del MRI pero la Escuela que sigue, la de Soluciones sale un poco del convencionalismo de estas dos escuelas, sus aportaciones comienzan desde su forma, diferente a las anteriores, de ver el problema y las soluciones. A continuación se describe la escuela antes mencionada, la de Soluciones.

ESCUELA DE SOLUCIONES

PRINCIPALES EXPONENTES

Como la mayoría de las escuelas sistémicas, la Escuela de Soluciones derivó de las prácticas realizadas en el Mental Research Institute también conocido como MRI. Sin embargo sus autores ven la ventaja de trabajar con las soluciones más que con el problema y deciden crear un enfoque diferente.

Las líneas más importantes son, en primer lugar, el grupo de Milwaukee, el cual crea la Terapia Centrada en las Soluciones. Sus fundadores son Steve De Shazer e Insoo Kim Berg. En ella se aprecia una influencia de autores como Milton Erikson, Jay Haley y G. Bateson. Por otro lado esta la Terapia Orientada a las soluciones, representada por Bill O' Hanlon y Weiner Davis, quienes también han publicado artículos y libros que describen cómo se puede emplear la terapia centrada en soluciones, pero a manera general es importante señalar que ellos se concentran en encontrar y desarrollar las condiciones y conductas que faciliten el cambio de las situaciones que llevan a los consultantes a solicitar terapia. Con sede en Santa Fe Nuevo México, en este enfoque se aprecia la influencia de Milton Erikson, Kart Rogers, Víctor Frankl, La PNL, T. Szasz y K Tomm. (Wittezaele, J, y T. García, 1994)

Valores y fundamentos filosóficos

Como ya se había señalado este enfoque aprecia las ventajas las soluciones en la terapia y a diferencia de los más tradicionales no investiga la historia del problema ni intentar hacer un diagnóstico. Así que para comenzar se ampliará más en la descripción y estrategias de Terapia de ambos enfoques.

TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

Este un tipo de terapia breve donde el terapeuta no asume la posición de un experto, ni trata de educar a la familia o a la persona que tiene delante. Se trabaja en base a las siguientes premisas (De Shazer. 1999):

No es necesario conocer las causas o la función de los “síntomas” para resolverlos. De esta premisa se basa el manejo de la terapia donde no hace falta conocer el problema para solucionarlo. No se considera necesario tener información sobre el problema, ni conocer su frecuencia o su naturaleza, ni tampoco su historia u su origen.

Orientación positiva hacia el presente y el futuro. De esta manera conseguir que el cliente encuentre soluciones, alternativas de solución más que quejas, las cuales usualmente tienen una historia que los remonta al pasado. La visión del método centrado a la solución considera importante lo que la gente comunica en el presente acerca de su pasado; pero entendiendo esta información como un reflejo de la manera en que los pacientes están viviendo sus vidas en el momento actual, por ello en vez de concentrarse en el pasado, el foco del tratamiento está en ayudar a los pacientes en su ajuste presente y futuro.

La función del terapeuta consiste en identificar y ampliar los recursos. El terapeuta centrado en soluciones pasa directamente a hablar de las soluciones: identificar qué es lo que quieren conseguir los clientes; detectar sus recursos; ayudarles a encontrar formas de conseguirlo; buscar modos de mantener en marcha estos logros.

Las personas tienen capacidades y recursos para solucionar sus problemas; es decir, que los clientes tienen los recursos necesarios para lograr sus objetivos, aunque por momentos puedan no usarlos o tenerlos olvidados. La terapia se centra activamente en los recursos de los clientes, es decir, en aquellas ocasiones en

las que no se da el problema (excepciones) o en aquellos aspectos relacionados con un futuro sin el problema.

Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable; se centra en aquellos aspectos de la situación de la persona que parecen mas susceptibles de cambio, sabiendo que iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras tareas

Poner énfasis en la Salud Mental. Fuimos entrenados para detectar los problemas que existan en un sujeto, para tratar de darles una explicación y de esa manera un diagnostico (una etiqueta) pero siempre centrándonos en los problemas e incapacidades de las personas. Para esta escuela es importante poner de relieve la capacidad, los recursos y las habilidades de los pacientes, y no sus carencias e incapacidades. Es decir; en vez de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo, en esta escuela, se busca lo que está bien y tratan de descubrir cómo usarlo.

Una visión atórica, no normativa, determinada por el paciente. El enfoque centrado en la solución no hace presunciones acerca de la verdadera naturaleza de los problemas que los pacientes experimentan. En cambio, observa la particular molestia del individuo y trata de encontrar una solución para ese individuo. En lugar de tratar un problema (llámesele depresión, ansiedad, etc.) el terapeuta trata muchos, un tipo diferente para cada uno de los pacientes.

Parquedad. Se busca la economía en los medios terapéuticos que se usan para obtener los fines terapéuticos deseados, de esta manera la terapia actúa en función de las estrategias y los supuestos más directos y sólo agrega complejidad si es necesario.

El cambio es inevitable. En esta escuela centrada en la solución se cree en el supuesto de que el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no pueden dejar de cambiar. Por lo tanto la terapia muchas veces consiste sim-

plemente en identificar los cambios que se están produciendo naturalmente y en utilizarlos para llegar a la solución. Para hacerlo el terapeuta busca los momentos en que el problema no es un problema.

La filosofía central

Esta contiene tres reglas:

Si no está roto, ¡NO LO COMPONGA!

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

Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡HAGA ALGO DIFERENTE! (Kim y Berg Miller, 1996)

Procedimientos

En la escuela de Centrada en Soluciones se siguen ciertos lineamientos para la sesión terapéutica (Kim y Berg Miller, 1996):

- 1.- Establecer un contrato y construir una relación terapéutica.
- 2.- Construir un objetivo,
- 3.- Enfocarse en la solución.
- 4, Co-construir un cambio mediante estrategias de cambio.

Las cuales se describirán a continuación.

Establecer un contrato y construir una relación terapéutica

En la escuela de soluciones se distingue tres tipos de relaciones entre paciente y terapeuta:

Relación tipo comprador: es cuando en el transcurso o al final de una sesión el paciente y el terapeuta identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento. Además el paciente indica que se ve como parte de la solución y que está dispuesto hacer algo con respecto al problema.

Relación tipo demandante: Se da cuando en el transcurso de la sesión el 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 la solución. El paciente es capaz de describir su objetivo pero no se visualizan como parte de la solución y, de hecho, suele creer que la única solución posible es que otra persona cambie.

Relación tipo visitante: Se da cuando al final de la sesión el terapeuta y el paciente no han identificado juntos la dolencia u objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento. A veces el paciente señala que no existe problema, o que este pertenece a otra persona, Por lo que no ve ninguna razón para cambiar ni para estar en terapia.

Teniendo esto bien aclarado, se pasa a delinear los objetivos. Paciente y terapeuta deben establecer criterios que les indicaran que han tenido éxito y pueden terminar la terapia. Sin tales criterios será difícil evaluar si se ha hecho algún progreso si se han alcanzado los objetivos del tratamiento.

Construir un objetivo

En su experiencia la escuela de soluciones ha identificado siete cualidades de los objetivos de tratamiento (.De Shazer, 1992. Kim Berg y Millar, 1996)

Tener importancia para el paciente. Este se basa en el principio de cooperación, se refiere a que es más útil aceptar el objetivo del paciente, sea cual sea, y trabajar con ese objetivo que insistir en que el paciente tenga el objetivo “correcto”. Quien debe visualizar el logro de ese objetivo es él. Así si es importante para el paciente, es mucho más probable que éste invierta algo para alcanzarlo.

Los objetivos que el paciente fije deben ser lo suficientemente limitados como para que se pueda cumplirlos, así el cumplimiento de esos objetivos le da al paciente la sensación de que está triunfando, y ello le insufla esperanzas y motivación para el trabajo en el futuro.

Ser concretos, específicos y estar formulados en términos de conducta. Hay objetivos muy vagos como “arreglar mi vida”, porque están formulados en términos imprecisos de los cuales resulta imposible determinar si se está progresando o no. La ventaja de definir los objetivos en términos precisos es que al terapeuta y al paciente les resulta más fácil evaluar exactamente el progreso que se está realizando y determinar lo que falta por hacer.

Plantear la presencia y no la ausencia de algo. Es frecuente escuchar cuando se le pregunta a un paciente cuál es su objetivo, que responda que quiere eliminar un problema. La idea que se forma el paciente de lo que puede ser un buen resultado terapéutico se formula como una ausencia del problema. Verbalizado en palabras negativas como “no”, “nunca”, “no poder”, etc. Para la escuela de soluciones, los objetivos planteados en la presencia y no la ausencia de algo, hacen que el tratamiento sea más eficiente y eficaz. Los objetivos deben formularse en un lenguaje positivo, proactivo, y deben plantearse lo que el paciente hará en vez de formular lo que no hará.

Que sea un comienzo y no un fin. Los objetivos deben describir los primeros pasos que el paciente necesita dar y no el fin del recorrido. El terapeuta debe trabajar junto con el paciente para especificar exactamente cuáles son los pasos que habrá que dar primero para lograr el resultado deseado.

Que sean realistas y alcanzables dentro del contexto de la vida del paciente. Para ello el paciente es la mejor fuente de información acerca de lo que se puede considerar realizable. Cuando un paciente plantea un objetivo irreal o inalcanzable el terapeuta debe trabajar con el paciente para negociar un objetivo que sea más manejable.

Que se perciba que exigen un “trabajo duro”. En la escuela de soluciones se le recuerda al paciente que los cambios que intentarán hacer requerirán un “trabajo duro”, esto cumple con varias funciones, por ejemplo: para proteger la dignidad del paciente en la eventualidad de que no pueda alcanzar el objetivo deseado. En tales circunstancias el fracaso solo significa más trabajo duro por hacer, y no que el paciente no podrá lograr su objetivo. La idea sirve para dar esperanzas al pacien-

te, porque indica que su objetivo es viable, siempre que se invierta cierta cantidad de trabajo duro.

Para ello, es importante saber dirigir la entrevista con el paciente, enfocándonos en la solución y no en el problema. Tomando en cuenta que se esta frente a un ser humano que tiene conductas problemáticas y no es el problema.

La entrevista

La técnica de la entrevista centrada en la solución amplifica y realza los éxitos del paciente por medio de un reiterado énfasis sobre las escasa pero importantes excepciones. Cuando los éxitos se comentan una y otra vez y se examinan a detalle, empiezan a volverse cada vez más reales para el paciente. Durante la conversación con el paciente es útil que los métodos empleados propuestos por la Escuela de Soluciones se manejen para el avance de la entrevista. (De Shazer, 1992) Por ejemplo,

Adaptarse al lenguaje del cliente, esto empleando inicialmente las palabras que usa el cliente.

Adoptar la modalidad sensorial del cliente.

Encauzar el lenguaje del cliente, esto hacia una dirección productiva; es decir, enfocándose en soluciones, recursos y observando cuando el problema no esta presente. Describir acciones evitando negativos y generalidades. Utilizar tiempos verbales para situar el problema en el pasado y los recursos y las posibilidades en el presente y el futuro. Usar términos de posibilidades en lugar de definitivos.

El enfoque centrado en la solución amplía todas las excepciones (cuando no se presenta el problema o cuando la situación problemática la logra controlar el consultante (De Shazer, S. 1992) Por lo que ddurante la primera sesión no es necesario hablar mucho del problema que lleva a los consultantes a solicitar la terapia, con una breve descripción o un enunciado de la queja basta para empezar el trabajo terapéutico.

Enfocarse en la solución.

Posteriormente el terapeuta debe esforzarse en la búsqueda de soluciones eficaces a través de las excepciones, que pudieran convertirse en diferencias significativas. Sin embargo, existe el momento en el cual no se encuentren excepciones, en este caso se buscan hipotéticas y se crea una diferencia entre el problema y la solución hipotética- lo cual establece también el objetivo (Kim Berg y Millar, 1996)

Con lo anterior, en caso de que se pudieran encontrar las excepciones o el cliente las describa, a lo que se llama de forma deliberada (identifica como lo hace y como influye para que se presente) o de forma espontánea (no sabe como se da, lo atribuye a la casualidad o la suerte, nunca a si mismo), el terapeuta podrá ubicarlas por medio de los tres tipos de soluciones:

Cuando el problema no esta presente.

Cuando la persona resuelve el problema o logra influir en él.

Cuando el problema está presente y la persona sabe como crearlo y/o influir en él.

Co-construir un cambio mediante estrategias de cambio

Como el objetivo que busca la terapia es ampliar las excepciones se necesita una descripción minuciosa de éstas por parte del cliente (construcción de patrones, detalles de donde, como, cuando), en términos conductuales, es decir, de la forma más concreta y factible posible. Encontrando con ello las pautas de solución que al ampliarse comienzan a generar el cambio deseado. Por ello, en cuanto a las metas terapéuticas éstas tienen que ser definidas por el consultante con el apoyo del terapeuta;, estas metas tienen que consistir en pequeños cambios para alcanzar en suma el cambio deseado, así mismo, no se aceptarán como metas terapéuticas cambios que sean poco posibles o irrealizables, así como también cambios extremos. (De Shazer, S. 1992)

De esta manera, paciente y terapeuta deben establecer criterios que les indicaran que han tenido éxito y pueden terminar la terapia.

Por otro lado existe una técnica llamada la Pregunta por el milagro la cual es la más importante del modelo; orienta al paciente hacia un estado futuro, en el que el problema ya está resuelto y el puede empezar a saborear el exitoso fin de la terapia.

Después de que se les realiza la pregunta, el paciente empieza a soñar con una realidad alternativa y concibe esperanzas para sí. Después se dedica a describir con lujo de detalles su futuro, que será diferente. Proyectarse hacia el futuro e imaginar que la propia vida es dolorosa, triste, se transforma en otra más coherente, armoniosa y feliz, no puede ser sino una experiencia alentadora. Los pacientes responden concibiendo esperanzas para su vida y para ellos mismo.

En general los pacientes son sorprendentemente realistas cuando hablan del “milagro” dejando de fantasear los pacientes describen milagros realistas. Estas descripciones son detalladas, accesibles dentro del contexto de la vida del paciente, encajando naturalmente en su contexto de vida y por lo tanto es alcanzable (Kim y Berg Miller, 1996).

Por otro lado están las preguntas de escala, que están destinadas a informar al terapeuta y sirven para motivar, alentar, fomentar el proceso del cambio. Las preguntas de escala pueden utilizarse para evaluar la gravedad de un problema. Como índice de progreso en el tratamiento está determinado por los cambios que el paciente va haciendo, es conveniente que este asuma la mayor parte de la carga de la evaluación de su progreso. Cuando el paciente puede evaluar su propio progreso, el terapeuta está en mejores condiciones para determinar cuál podría ser el paso siguiente en el proceso del tratamiento. Además el terapeuta puede ayudar al paciente a planificar su futuro en la dirección que desea.

Pasos (Kim y Berg Miller, 1996):

El paciente establece la escala de 1 al 10 especificando qué es el 1 y qué es el 10 El paciente establece en qué número de la escala se encuentra en ese momento

El terapeuta construye, en colaboración con el cliente, los patrones de conducta para cada número. El terapeuta o el equipo reconocen los recursos que le han permitido al cliente situarse en el punto de la escala Terapeuta y cliente precisan qué aspectos hacen la diferencia entre el punto en el que se encuentran el cliente y un nivel más. Una vez identificado el patrón para subir la escala se construyen tareas con el cliente.

Para construir o verificar el objetivo, es útil preguntarle al cliente hasta que punto de la escala desearía llegar dentro de las sesiones. De esta manera ya que se han establecido los objetivos y descritas las excepciones y en base a ellas se logra intervenir o prescribir tareas. En la terapia Centrada en las soluciones se aprecian las siguientes:

Estrategias de cambio

Esta escuela pone énfasis, como ya se señaló, en la capacidad, los recursos y las habilidades de los pacientes, y no sus carencias e incapacidades. Por lo que una de las estrategias es hacer más de lo mismo; es decir, las cosas que han llegado a funcionar, y provocan las excepciones.

Alterando el propio patrón de la queja, el terapeuta introduce una modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja; es decir se hace una intervención sobre el patrón de la queja. Esto está relacionado con la intervención sobre el patrón del contexto pero consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja.

Cómo lo que le pedimos a los clientes son conductas, se le puede solicitar que se observe, focalizándose en alguna excepción o prestando atención a lo que hace cuando no está con la acción problemática. También están los elogios que se realizan para aprovechar la oportunidad para localizar y destacar tendencias posi-

vas; así como para reestructurar, adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas.

Segunda Sesión y sesiones subsiguientes

Es necesario señalar que de la segunda sesión y siguientes, el terapeuta se centra en corroborar los cambios que se dan en la situación problemática y de la misma forma evaluar si se empiezan a alcanzar los objetivos o metas terapéuticas, para esto cada sesión debe ser cuidadosamente planificada, así como en lo posible, el curso que tomará la situación del cliente, no perdiendo de vista la meta final que se haya propuesto durante la primera sesión.

En las sesiones posteriores, de acuerdo a las prescripciones, se realiza la descripción y el logro de objetivos alcanzados; en caso de no haberlo logrado se reformulan objetivos y hacen nuevas prescripciones. En caso de haberlo logrado o mejorado se continúa haciendo lo que hasta el momento ha funcionado. Al haber cumplido los objetivos, se concluye la terapia.

Ahora se describirá a la terapia orientada en soluciones.

TERAPIA ORIENTADA A SOLUCIONES

Esta forma de terapia considera a clientes los expertos en sus preocupaciones, problemas, metas y respuestas a la terapia.

Se diferencia del trabajo de su predecesora (la Terapia Centrada en Soluciones) debido al uso del método para evocar (no simplemente convencer a clientes de) soluciones, recursos espirituales y personales, fuerzas, capacidad, y excepciones a la regla generalmente del problema.

Además, intenta directamente aumentar los aspectos no-problemáticos, con lo que logra reducir al problema. A diferencia de una terapia donde el problema ocupa gran parte del trabajo terapéutico.

Premisas

Las premisas bajo las que se trabaja en la TOS (Terapia Orientada a las Soluciones) son las siguientes:

Los clientes tienen los recursos y fuerzas para resolver sus quejas. Las personas cuentan con capacidades y aptitudes. En ocasiones sólo hay que “recordárselas”.

El cambio es constante, el cometido de los terapeutas es identificar y ampliar el cambio. Ayudar a crear una realidad alentadora y positiva para el cliente, a través del lenguaje verbal y no verbal. Nos debemos centrar en lo que funciona para el cliente.

Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla. Nos interesan las soluciones, lo que funciona, demasiada información sobre la queja no es útil.

No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla. La búsqueda de la causa o los “porqué” no nos ayudan a buscar soluciones. Obstaculizan el trabajo.

Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. Lo que hacemos repercute inexorablemente en los otros y viceversa. El cambio es contagioso, crea un efecto de onda expansiva en el resto.

Objetivos

Los clientes definen los objetivos. No hay una manera “correcta” o “válida” de vivir la vida. Lo que para uno funciona para el otro puede que no. No existe “problema

real” por lo tanto los terapeutas no están por sobre los clientes, son ellos los que deben definir los objetivos en el tratamiento.

El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos. Las expectativas creadas por el terapeuta ayudan al cliente a tener una visión nueva, más productiva y optimista de la situación.

No hay una única forma correcta de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. Cada punto de vista es sólo una porción de la realidad, debemos ayudar a ampliarla. No existen puntos de vista “incorrectos” o “correctos”, sino más útiles o menos útiles.

Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo imposible e intratable. Centrarse en la situación que parece más susceptible al cambio. Buscamos pequeños cambios pero significativos, no es posible cambiar una estructura de personalidad pero sí ayudar a ser más funcional en la vida

Así, la Terapia Orientado a Soluciones trabaja en primer término con las soluciones, ayudando a los clientes a identificar lo que quieren conseguir trabajando para marcar y ampliar aquellas ocasiones en que de hecho lo consiguen y fomentando que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos. Sin embargo, si esta línea de trabajo no genera avances suficientes, la terapeuta puede abordar la situación desde el planteamiento complementario, intentando reducir la conducta problema, y retomando la línea de las soluciones cuando aparecen los cambios (O’Hanlon, 1993).

Técnicas

Las técnicas que sugiere O’Hanlon (1993) son las siguientes:

El cambio

Cambiar la forma de crear el problema. Una forma de romper el patrón del problema es hacer algo diferente cuando lo tenemos. Debemos prestar atención a lo

que solemos hacer cuando tenemos el problema y hacerlo de otra forma. Otra es intentar que empeore, intentando que aparezca con más frecuencia o con más intensidad. Usar la paradoja para cambiar el patrón del problema. También esta el vincular nueva acciones al patrón del problema. Encontrar algo que pueda hacer el paciente cada vez que tenga el problema, algún bien.

Encontrar y utilizar patrones de soluciones.

Preguntarse ¿cuándo no se ha presentado el problema aunque se esperaba?

Fijarse en lo que sucede cuando el problema desaparece o empieza a desaparecer. Importar patrones de soluciones de otras situaciones en las que se sienta el paciente cómodo Preguntarse, ¿Por qué no es peor el problema?

Reconocer nuestros sentimientos y nuestro pasado, sin dejar que determinen nuestro comportamiento en el presente o futuro. Reconociendo la experiencia, los sentimientos y su yo. Reconocer los sentimientos y los puntos de vista de los demás.

Reconocer los hechos y la influencia del pasado sin dejar que determinen el presente y el futuro

También se puede DIRIGIR LA ATENCIÓN, en diferentes formas:

Cambiando el canal sensorial

Ampliando el foco de atención

Desviando el foco de atención del pasado al presente

Desviando la atención del presente o del pasado al futuro

Desviar la atención de la experiencia interior al entorno exterior o a otras personas.

Desviar la tención de los demás o del entorno exterior al interior.

Asignación de Tareas

Las tares están dirigidas a que la gente realice cambios fuera de la sesión.

Estas pueden surgir de la conversación y ser co-creadas y negociadas entre cliente y terapeuta. (O'Hanlon, 2003)

Pueden ser encuadradas como un experimento.

Buscar la mínima diferencia perceptible en el cambio del patrón.

Puede incluir metáforas y prescribirse por escrito

Si el cliente no ejecuta la tarea, hacer ajustes con él que faciliten su realización. Si aun así no la realiza, preguntarle sobre su motivación o encontrarla otra dirección para la intervención. (O'Hanlon, 2003)

A continuación se presentará el caso clínico realizado en este modulo.

REPORTE DE CASO

Nombre: Marian

Edad: 26 años

Motivo de Consulta: Al inicio de la sesión, la paciente refiere que su vida se encuentra "desbalanceada, mi vida siempre ha estado fundamentada en otra persona y pues me botaron... osea mi novio me dejó, y eso me hizo darme cuenta de muchas cosas de esto que mi vida siempre a estado puesta en otra persona..." (sic. Pac) Esto ha afectado a su vida de manera tal que su proceso de titulación se ha postergado durante dos años.

Durante la primera entrevista Marian dio pruebas de tener los recursos suficientes para resolver su problema; se le preguntaba si en este proceso que pasaba había aprendido algo y efectivamente lo hacía y no solo eso sino que, después de hacerle preguntas orientadas a la solución, sabía lo que tenía que realizar. (Video = min. 3.50, 7.15,) Sabía que no solo "mis energías las tengo que focalizar en una sola persona...", "yo siento que cuando esté bien es cuando pueda hablar de él sin que me sienta mal" (sic pac)

Asimismo se observaron diferentes cambios que había estado realizando durante el proceso de su problema

También conocía que era lo que deseaba

Procedimiento

Se construyó un objetivo: Aunque en un inicio Marian refería tener un desbalance en su vida, al final de la sesión se acordó en que lo siguientes puntos serían los más importantes.

Superación de pérdida del novio.

Avanzar en la tesis.

Esto porque tiene importancia para el paciente, son concretos, específicos y deben estar formulados en términos de conducta. Cómo avanzar con la tesis, son un comienzo y no un fin.

En este caso se aprecia que Marian es un paciente tipo comprador debido a que se identificó su dolencia, además de que se ve como parte de la solución. Además describe acciones que ha hecho para estar mejor: ir al gimnasio y tratar de avanzar en su tesis.

Estrategias

Durante las sesiones se usaron las siguientes técnicas

Se utilizaron el resumen y preguntas presuposicionales: Por ejemplo: ¿Qué cosas tendrían que pasar para saber que esto es un cambio?, ¿Qué te haría ser más independiente? De esta manera se pudo clarificar lo que Marian esperaba de la sesión, al igual que darle confianza y cooperación. Las preguntas especifican lo que Marian puede hacer para sentirse mejor: ser más independiente, terminar su tesis.

Se hizo la pregunta por el milagro. Para ubicar las respuestas en una situación más realista ya que en un momento dado Marian no podía definir cuál sería su objetivo. Ejemplo:

Terapeuta:...: imagina que despertaste en tu casa y el milagro también sucedió. ¿Cómo fue que pasó este milagro? ¿Cómo se te olvidó (su ex novio)? ¿Cómo se dio cuenta tu mamá? ¿Cómo lograste sonreír? ¿Cómo conseguiste tu trabajo? Estas preguntas se utilizaron para ir delineando las conductas que eran necesarias para Marian, para obtener un cambio.

Además le ayuda a concebir la vida sin el problema; identificamos acciones, actividades y pensamientos que serían diferentes (levantarse temprano, verse al espejo, decirse bombón, inteligente, tener buen trabajo) "... yo lo busque y me recomendó mi asesor, él (ex) no aparece en el milagro, desapareció, se me olvidó, no pienso en él, dejo de relacionar las cosas... romper el vínculo. Me vería tranquila y relajada... me diría que flaca te vez hoy... las cosas se vuelven más interesantes... ir al gimnasio, salir con amigas, conocer gente..." (Sic, pac)

Se realizó el elogio, lo cual permitió identificar y ampliar cambios, además de que perciba que es importante el esfuerzo que ha hecho la paciente para aceptar los comentarios:

T: "Sabes lo que quieres tu sola has hecho cosas para llegar a un 7: ir al gimnasio, trabajar en tu tesis, ayudar a tu mamá, etc...." (Sic terapeuta)

Se hizo pregunta de escala en la cuál ella se ubico en el núm. 4 en un comienzo y al final de las sesiones en un 7.

Se le pregunto: Terapeuta: ¿Cómo hiciste para llegar a 5? ¿Cómo haces para bajar en el nivel de tu escala y para volver a subir? La paciente comenzó a mencionar todo aquello que hace y se dice a sí misma para tener más control, además de mencionar que dejarse influenciar, sugestionarse por lo que le dicen la hace derribarse, lo cual marca las diferencias entre problema y solución.

Se le pidió que realizara un “experimento” (reencuadre) donde tendría que dedicarle 10 minutos por las mañanas antes de bañarse, a despedirse del vínculo afectivo

Prescripción: Hacer más de lo que le ha venido funcionando y escoger un día de la semana para dedicar 10 minutos a despedirse del vínculo.

Días pares (encontrar y utilizar patrones de solución) y Días noes (prescripción del síntoma para modificar el patrón del problema, además de utilizar patrones de solución)

La práctica clínica de este caso fue enriquecedor, el síntoma fue cambiado y el progreso que explicó la paciente en los días posteriores fue visible tanto en su aspecto como en su actitud había diversas fases de su vida, sobre todo la profesional. Dado que finalmente pudo continuar con su tesis y observar cambios en su actitud y eso la fortaleció.

Como se puede apreciar esta escuela tiene una forma particular de concebir el problema y la intervención, por lo que se mostrará su mapa epistemológico de la siguiente manera:

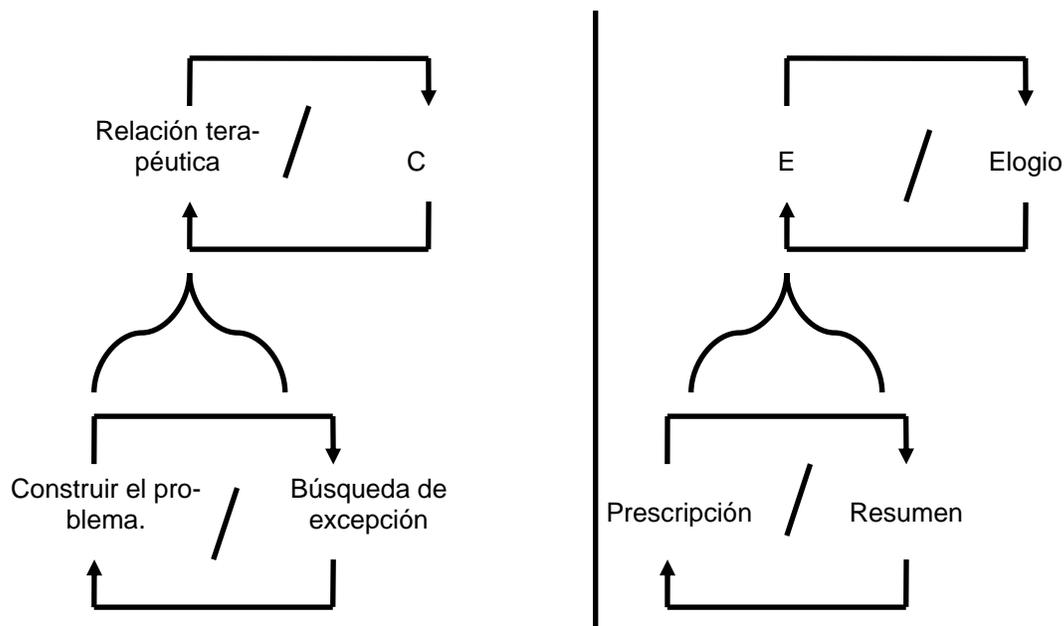
MAPA EPISTEMOLOGICO DE LA ESCUELA DE SOLUCIONES

En la Escuela de Soluciones el problema se presenta en un primer nivel la complementariedad cibernética entre el construir el problema y la búsqueda de la excepción, que en un segundo nivel se contienen en una complementariedad cibernética compuesta por la relación terapéutica y el cambio.

En la intervención se presenta en un primer nivel la complementariedad cibernética entre la prescripción y el resumen; que en un segundo nivel esta contenida en una complementariedad cibernética compuesta por el equilibrio y el elogio.

PROBLEMA

INTERVENCIÓN



Conclusiones

El trabajo en esta escuela es particularmente diferente, su concepción del problema y del trabajo en la intervención es otro con referencia a las dos primeras escuelas.

Trabajar con las soluciones en vez de enfocarse en el problema fue un trabajo intenso debido a que durante mucho tiempo el terapeuta está acostumbrado a realizar lo contrario, nuevamente nos tenemos que esforzar y llegar a comprender que se necesita una gran flexibilidad de pensamiento para poder manejar las técnicas desde una perspectiva diferente, esta es una aportación importante a cualquier profesional de esta área, además dentro de la terapia el cambio es innegable y el avance terapéutico también.

La siguiente escuela, va ligada a esta diversidad y flexibilidad de pensamiento, sus premisas aunque basadas en la misma Epistemología, utiliza diferentes herramientas, muy particulares, que le dan el logro de ser una Escuela de Terapia Sistémica diferente.

ESCUELA DE MILÁN

ANTECEDENTES

En la década del 1950 a 1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. Durante las siguientes décadas, muchos terapeutas se alejan de los planteamientos psicoanalíticos y con la gran influencia de la teoría de la comunicación se crean diferentes escuelas terapéuticas. (Selvini, 1990)

Una de las cuales es llamada “La escuela de Milán”, ubicada en Italia, que se desarrolló a partir de la década de los 70’s a través de las investigaciones del equipo formado por Luigi Bascolo, Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin. En 1971 se constituye el grupo de la Escuela de Milán.

En los primeros años de dicha década el grupo adoptó el modelo sistémico del grupo de Palo Alto, el Mental Research Institute. Influenciado por las ideas de Jay Haley, Don Jackson, Milton Erikson, y por supuesto Gregory Bateson. El cual es muy conocido debido a su trabajo sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia, quien genera su teoría del doble vínculo explicando así a la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. (Boscolo & Bertrando, 2006)

Asimismo la creación de teoría de la Epistemología Cibernética de Bateson, influye en la escuela de Milán, teniendo en cuenta la metáfora sistémica como un modelo descriptivo del funcionamiento de las organizaciones humanas. (Selvini, 1990)

El método del MRI esta basado en el pensamiento sistémico y en la cibernética de primer orden. Esto implicaba un observador separado de la entidad observada. En este primer periodo, el equipo de Milán buscaba crear una hipótesis sistémica respecto a la modalidad con la cual la familia se había organizado en relación de síntoma o los síntomas presentados; las hipótesis por lo tanto debían corresponder a

aquello que era definido como el “juego familiar”. Por 1975 la publicación de Bateson de Pasos hacia una ecología de la mente, permite al equipo abrirse nuevos horizontes, intentando transferir la epistemología cibernética de Bateson a la práctica clínica, pensar en modo sistémico para actuar en modo sistémico. (Boscolo & Bertrando, 2006)

La aplicación de estas ideas en el ámbito clínico llevó a un desarrollo de un nuevo método de recolección y elaboración de la información y de las intervenciones de los sistemas humanos. Fueron enunciados tres principios para la conducción de las sesiones: Hipotetización, Circularidad y Neutralidad, que se transformaron en marcas distintivas del modelo. (Boscolo & Bertrando, 2006)

En sus comienzos la Escuela de Milán se desarrolla principalmente alrededor de la obra de Mara Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa. Lo relevante desde esta óptica no es la secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia (Premisas familiares). La intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema. Se trata en suma de reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa. (Boscolo & Bertrando, 2006)

En 1979, Selvini-Palazzoli y Prata abandonan el centro para continuar su propia investigación con las familias. Dicha investigación va dirigida a descubrir los juegos familiares relativos a síndromes específicos como la anorexia y la psicosis. En 1983, Selvini-Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Ana M. Sorrentino llevan a cabo una investigación sobre las tipologías familiares que culmina con la publicación del texto “Los juegos psicóticos en la familia” en 1988. (Boscolo & Bertrando, 2006)

Por su parte Boscolo y Cecchin prosiguieron en su propia investigación que sigue un camino diferente. Ambos terapeutas inician un curso en terapia familiar sistémica.

mica. Influenciados por los encuentros personales con Humbert Maturana, Heinz Von Foerster y Ernest Von Glasersfeld, el ámbito de trabajo se desenvuelve por un pensamiento donde la realidad surge en el lenguaje a través del consenso; así que existen tantas realidades como conversaciones posibles. Según Boscolo & Bertrando (2006) en 1982 Von Foerster introduce el concepto de cibernética de segundo orden donde el observador entra en la descripción de aquello que es observado, de este modo, observador y observado no pueden ser separados. Además Von Glasersfeld aporta a la teoría los conceptos de constructivismo radical.

Combinando las actividades de Boscolo y Cecchin y los encuentros ya mencionados, se abren los límites de lo que se considera como familia, dando paso a una amplia gama de sistemas humanos de interacción. Como consecuencia, el énfasis pasó desde el comportamiento observado a las ideas, a las teorías, a las premisas personales de cada miembro de la familia. Se empieza a centrar interés en aquello que sucede en la sesión, en el intercambio de información, emociones y significados entre terapeutas y clientes. (Boscolo & Bertrando, 2006)

CONCEPTOS FUNDAMENTALES

El fin terapéutico.

En la Escuela de Milán, cada sistema es gobernado por dos funciones fundamentales: la tendencia homeostática y la capacidad de transformación. El efecto de ambas tendencias mantiene el equilibrio del sistema y garantiza su evolución de tal forma que en los sistemas patológicos hay una tendencia rígida a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas al servicio de la homeostasis. (Bertrando. 2004) Por lo que en la escuela de Milán el síntoma es una configuración de relaciones y de reglas que se reiteran sin una meta-regla que defina cómo han de cambiarse. El cambio se produce cuando se halla dicha meta-regla: la terapia pone las condiciones para que surja. El cambio, para que sea terapéutico, supone

hallar una meta-regla, que varíe la naturaleza del familiar. Naturalmente, se instaura otro juego menos perjudicial o enteramente benéfico.

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. Por lo que la intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema. Se trata en suma de "reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa." (Selvini, 1990)

El fin terapéutico es QUEBRAR EL JUEGO, y para ello es necesario construir un modelo del juego en desarrollo con toda la información posible de todos los miembros de la familia y para ello es necesario conducir las entrevistas con mucho orden, formulando hipótesis constantemente, con un interrogatorio en circularidad y mantenerse en total neutralidad. (Selvini, 1990)

Métodos y técnicas

Los métodos del terapeuta para la creación de un sistema terapéutico y situarse a sí mismo como líder se designan como operaciones de asociación. Si el terapeuta no puede asociarse a la familia y establecer un sistema terapéutico, la reestructuración no puede producirse y todo intento de alcanzar los objetivos de alcanzar los objetivos terapéuticos fracasará. Unión y acomodamiento son dos términos que describen el mismo proceso

Rituales

Otro concepto importante en la Escuela de Milán, son los RITUALES, del cual se puede decir que son un producto colectivo, un fenómeno sistémico orientado al mantenimiento de la homeostasis familiar. Se trata de una acción o de una serie de acciones combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de los que tienen que participar todos los miembros de la familia para ser eficaz. Se pueden ejecutar una sola vez o pueden ser repetitivos. La intención del ritual tera-

péutico es cambiar la epistemología de la familia. Es la prescripción de un juego cuyas normas nuevas sustituyen a las precedentes. (Selvini, 1990)

Alianza

La unión se utiliza cuando se pone el acento en las acciones del terapeuta tendientes directamente a relacionarse con los miembros de la familia o con el sistema familiar. El acomodamiento se utiliza cuando se pone el acento sobre las adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza. Para aliarse a un sistema familiar, el terapeuta debe aceptar la organización y estilo de la familia y fundirse con ellos. Debe experimentar las pautas transaccionales de la familia y la fuerza de estas pautas. Es decir que debe evaluar el dolor de un miembro de la familia por ser excluido o utilizado como chivo emisario y su placer al ser amado, al existir una dependencia en relación con él, o de otro modo, al ser confirmado en el seno de la familia. El terapeuta reconoce el procedimiento de determinados temas familiares y participa juntamente con los miembros de la familia en su exploración. Debe seguir su camino de la comunicación, descubriendo cuáles son los que están abiertos, cuáles son los que están parcialmente cerrados y cuáles enteramente bloqueados. Cuando traspasa los umbrales familiares, debe estar alerta ante los mecanismos de estabilidad del sistema. Los choques de la familia en relación con el terapeuta constituyen los factores que le permiten conocer a la familia. Este proceso no puede ser unilateral: del mismo modo que el terapeuta se acomoda para unirse a la familia, la familia también debe acomodarse para unirse a él. (Selvini, 1990)

Connotación positiva

Otra de las técnicas más usadas en la escuela de Milán es la señalada por Selvini, (1990), la connotación positiva.

Esta "intervención" difiere de la prescripción del síntoma, muy conocida ya en el campo de la psicoterapia por la denominada reverse psychology, a través de los trabajos de Milton Erikson y de los investigadores del grupo de Palo Alto, por cuanto contempla la prescripción y el estímulo, no sólo de los síntomas del pacien-

te señalado, sino también de toda conducta y actitud de quienes lo rodean. Se puede definir como una estrategia orientada a permitir el “reclutamiento” colaborativo de la familia para compensar la culpabilización, de los miembros de la familia, cada vez que esta es enviada a una terapia familiar. Según Selvini (1990) En trabajos más recientes no encontramos ya el concepto de connotación positiva y se tiene la impresión de que, desde el punto de vista teórico, ese concepto ha quedado incluido en el de neutralidad.

Asimismo Selvini (1990) acentúa que se debe tomar en cuenta que un determinado uso de la connotación positiva (asociado, por ejemplo, a la prescripción del síntoma) tiene una violencia sumamente provocadora (el sacrificio, que implica ser un títere al servicio de los demás). Es probable que se pueda obtener también un efecto similar por medio de intervenciones de connotación negativa que, colocando explícitamente en la picota algunas conductas, las hagan impracticables. El concepto de connotación positiva ha sido una primera elaboración acerca de dos problemas cruciales y ligados íntimamente entre sí: las alianzas entre los terapeutas y los distintos miembros de la familia, y la culpabilización (o desaprobación). Por lo que se puede tomar en cuenta la creación de hipótesis como una estrategia terapéutica orientada a alterar la coherencia de la visión del mundo (o epistemología) de la familia.

Así se puede dar en cuenta que la Connotación Positiva surge como paso necesario para la prescripción del síntoma como una intervención paradójica. Además, para evitar relacionar de forma causal-lineal los comportamientos de la familia con el síntoma, es decir; hacer juicios. Acceder al modo sistémico. (Los comportamientos inspirados por el deseo común de mantener la cohesión y unión de la familia). Se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no a las personas. Aliarse momentáneamente con el sistema con su ideal homeostático y su temor al cambio. (Selvini, 1990)

La connotación Positiva tiene dos finalidades terapéuticas:

- ❖ Definir la relación sin el riesgo de la descalificación.
- ❖ Definir el contexto terapéutico.

La necesidad de construir una intervención paradójica de carácter terapéutico condujo a la utilización de la prescripción del síntoma. Sin embargo esto aparecía como una incongruencia pues llevaba a connotar positivamente al paciente designado y negativamente a la familia. Esto cerraba la puerta a la posibilidad de considerar a la familia como una unidad sistémica. El acceso a la visión sistémica se consigue al connotar positivamente todos los comportamientos en la familia (tiene un carácter de confirmación de la relación establecida). Obedece a un sentido lógico. Connotar negativamente es descalificar la propiedad del sistema de autorregularse lo cual es un contrasentido. (Selvini, 1990)

Continuando con la referencia de las técnicas encontramos a la Hipótesis.

Hipótesis

Esta nueva evaluación se debe basar en las informaciones recogidas durante la sesión, pero al mismo tiempo debe dar a las conductas de los distintos miembros una explicación completamente diferente de las habituales según la visión del mundo de la familia. La novedad consiste en disponer de otro modo, convincente, las piezas del rompecabezas: hechos, conductas y percepciones que la familia ha puesto de manifiesto o relatado. Uno de los criterios guía para sopesar la validez de una hipótesis sobre el juego familiar, consiste en confrontarla con la percepción que los familiares tienen del problema. Todo psicoterapeuta parte del presupuesto de que no hay que permitir al cliente que siga definiendo el problema de modo repetitivo, sobre la base de algunas puntuaciones y prejuicios construidos con el transcurso del tiempo. Aquel que solicita una psicoterapia ha agotado ya, por lo general, las posibilidades de solución que su visión del mundo le ofrecía. El objetivo del terapeuta es, pues, impedir que se siga definiendo el problema de ese modo. Si la hipótesis del terapeuta coincide con la imagen del problema de todos o alguno de los familiares, será entonces sumamente probable que la hipótesis sea errada y, por tanto, ineficaz desde el punto de vista terapéutico. Sobre esa base no será posible introducir un desorden en el sistema (input de novedad), sino que

sólo se podrá caer en coaliciones perversas; el terapeuta, impotente, caerá en la trampa que lo hará esclavo de las reglas disfuncionales de la familia. (Selvini, 1990)

Otra técnica utilizada es la Paradoja donde según Selvini (1990) el carácter paradójico de la paradoja proviene sustancialmente, de un determinado uso de las marcas de contexto.

La Paradoja

En efecto, en los sistemas de conducta, En estas familias se tratan diferentes contextos o, mejor dicho, diferentes niveles lógicos de marcas de contexto (context marker) como si fuesen una misma cosa. Lo que nos interesa es que la familia reciba una información que la altere por ser totalmente inesperada, que la sorprenda, con efectos evidentes ya en las realimentaciones inmediatas. Lo sorprendente, lo inesperado es tal, precisamente, porque se opone a las premisas. El problema que como terapeutas de la familia debemos afrontar se transfiere, por tanto, a las premisas. Es necesario comprender cuáles son la premisas culturales (e idiosincrásicas) de una familia disfuncional, para poder darles jaque. Todo lo que es previsible, esperado, es ineficaz en el plano terapéutico. Selvini (1990) Para Milán el concepto de paradoja es sólo un recurso para explicar las situaciones relacionales contradictorias.

Las paradojas terapéuticas son tácticas y maniobras que en apariencia se oponen a los objetivos de la terapia pero que en realidad se adoptan para alcanzarlos. Por otra parte están las interacciones terapéuticas paradójicas, son aquellas que, prescriben explícitamente el síntoma, recurren a elogiarlo, lo connotan positivamente, y se utilizan para mostrar preocupación porque pueda desaparecer muy pronto dicho síntoma.

Según Boscolo y Bertrando (1996) la prescripción (al final de la primera sesión):

- 1.- Constituye una marca de contexto (para manejar la descalificación).
- 2.- Provoca una reacción favorable hacia el tratamiento.

- 3.- Delimita un campo de observación.
- 4.- Estructura y ordena la siguiente sesión

PROCEDIMIENTOS

El trabajo terapéutico realizado, en la conducción en las sesiones, por el equipo de Milán se desarrolla bajo tres criterios importantes: La formulación de hipótesis, la circularidad y la neutralidad.

Formulación de Hipótesis

Por elaboración de hipótesis se entiende la capacidad del terapeuta para construir una explicación basada en las informaciones que posee. Con la hipótesis el terapeuta fija el punto de partida de su investigación. Si la hipótesis resultara no aceptada por la familia, se formulará otra basada en las informaciones recogidas durante el trabajo de verificación de la hipótesis anterior. (Selvini, 1990) Antes de la primera entrevista con la familia, y en base a las informaciones recogidas en la ficha telefónica, el equipo terapéutico se reúne para elaborar una primera hipótesis. Al empezar la primera sesión con una hipótesis ya construida, el terapeuta puede tomar la iniciativa, actuar con orden, controlar, interrumpir, guiar y provocar transacciones, evitando así, el quedar atrapado en conversaciones desprovistas de valor informativo.

En cuanto a la hipótesis, esta tiene la función de conectar los datos provenientes de la audición y la observación: La hipótesis como tal no es verdadera ni falsa, sino más o menos útil. Permite al terapeuta conectar las informaciones, los significados y las acciones que surgen el diálogo, según las coordenadas de tiempo y espacio de otros puntos de regencia eventuales. Las hipótesis surgen de la interacción recursiva entre terapeuta y cliente. En este sentido, nos señala Boscolo (1996), implica la atribución de la hipótesis no al terapeuta ni a los clientes, sino a todos ellos conjuntamente. Para evaluar la aceptabilidad, el terapeuta se vale del principio de circularidad, es decir, de las retroacciones verbales y no verbales del cliente.

Vale la pena recordar la definición original de este concepto: “por circularidad entendemos la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en las retroacciones (...) a las informaciones por él solicitadas en términos de correlaciones y, por consiguiente, de diferencia y de cambio” (Boscolo y Bertrando, 2006)

Circularidad

Por circularidad se entiende la habilidad del terapeuta para realizar preguntas circulares. Se trata de indagar de qué modo ve un tercero una relación diádica. Es decir, todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros dos miembros. Al proponer preguntas de tipo circular, además de obtener informaciones, se alcanza simultáneamente el objetivo de introducir en la familia "inputs", conexiones entre distintos hechos, permitiéndole adquirir una nueva visión del problema. (Boscolo y Bertrando, 2006)

En el contexto de la terapia familiar, el terapeuta hacía preguntas por turno a los diferentes miembros de la familia sobre las conductas de dos o más de los otros miembros. De esta manera, el terapeuta trataba de construir un mapa de la familia como red de relaciones interconectadas (tanto entre las ideas y las emociones como entre los comportamientos), y el modo más eficaz de crear un mapa semejante parecía ser el de formular preguntas que pudieran mostrar diferencias. (Boscolo y Bertrando, 2006)

Para profundizar más en el proceso, podemos decir que la información obtenida con las preguntas circulares es recursiva: tanto los clientes como el terapeuta –a través de las preguntas- cambian constantemente su comprensión sobre la base de la información ofrecida por los otros. Las preguntas circulares informan respecto de las diferencias, las nuevas conexiones entre las ideas, significados y comportamientos. Estas nuevas correlaciones pueden contribuir a cambiar la epistemología, o bien las premisas personales, las tesis inconscientes (Boscolo, 1996) de los diferentes miembros de la familia. Las preguntas circulares se convierten así en una intervención, quizá la más importante para el terapeuta sistémico.

Neutralidad

El terapeuta, al asumir una posición de neutralidad, evita que el cliente o las personas con las que está conectado, adopten ciertos valores morales y sociales en un desmedro de otros, y se abstiene de privilegiar una determinada trayectoria para el cliente. Naturalmente, mantener una posición de neutralidad no es fácil. Por definición, según el primer axioma de la comunicación humana (Watzlawick 1987) es imposible no comunicarse, también es imposible ser neutral en el momento de la acción.

El término neutralidad fue inicialmente utilizado para expresar la voluntad de no asumir conscientemente ninguna posición como más correcta que otra. En este sentido, la neutralidad ha servido para orientar al terapeuta hacia una epistemología sistémica (Boscolo, 1996) A fin de no caer en la trampa de la simplificación excesiva del concepto de neutralidad, propongo describirla como una posición de curiosidad en la mente del terapeuta. La curiosidad lleva a experimentar e inventar puntos de vista y posiciones alternativas, y (estas) a su vez genera curiosidad. En este estilo recursivo, neutralidad y curiosidad se contextualizan recíprocamente, en el intento de producir diferencias, con un no-acatamiento concomitante a ninguna posición particular (Boscolo, 1996)

A continuación se presenta el caso realizado en este modulo y por último el Mapa Epistemológico que guía la práctica clínica a los seguidores de esta Escuela.

ANÁLISIS DE CASO

Familia Mendoza.

Ficha.

Nombre: G. Mendoza

Edad: 13

Ocupación: Estudiante.

Motivo de Consulta: "... venimos mas que nada porque en la secundaria mi hijo G, es muy desatado... le gusta mucho andar en el relajó y descuida la escuela... más que nada quisiera saber si... nosotros como padres estamos mal en cómo guiar a nuestros hijos." (Sic madre)

"Es muy inquieto... hecha mucho relajó... ese es el punto, en la casa es otro...obedece... pero yo no se porque ese cambio... en la casa dice mi papá es la autoridad y en la escuela no... eso es lo que queremos ver porque ese cambio..." (sic. Padre)

Integrantes:

Padre, 36 años. Ocupación: Obrero, maquila.

Madre, 31 años. Ocupación: ama de casa.

Hija. 9 años.

Hijo. 6 años.

Objetivo

Liberar a la familia de la rigidez de su sistema relacional y de creencias para que después sea ella misma quien encuentre el cambio conveniente. El mensaje dado a la familia buscó el análisis de los integrantes de la familia para generar un cambio, romper la pauta relacional, introducir un mensaje contradictorio al funcionamiento paradójico de la familia. El mensaje que se le dio a la familia, generó un poco de dudas, sobretodo a la Sra. al final preguntó si era que ellos estaban exagerando con G, la tarea sería que ellos lo analicen y saquen sus propias conclusiones y genere un cambio en sus relaciones.

Técnicas utilizadas:

Desde el inicio del caso se utilizaron técnicas habituales en la escuela de Milán como son las siguientes:

Con la información adquirida anterior a la sesión se pudo hipotetizar obteniendo las siguientes:

El primo influye en la conducta de G.

Los cuidados, por parte de los padres, se relajaron y G optó por desatarse.

Se junta con otros compañeros igual de desatados.

El papá siente culpa por haberse ido a Estados Unidos y es tolerante con G.

Existe dificultad en los estilos de educación, es decir no hay un estilo de educación.

Hay rebeldía en la escuela por la influencia del primo y los amigos porque en la casa los padres están más atentos a su conducta.

Después de la primera intercesión, la hipótesis que se retomó fueron dos y se formulo otra.

El primo influye en la conducta de G.

Hay rebeldía en la escuela por la influencia del primo y los amigos porque en la casa los padres están más atentos a su conducta.

Para G, el primo es un ejemplo a seguir y una sustitución de su padre.

Y para ver si estas jugaban una parte importante en el rol familiar, se hicieron preguntas como: qué consejos le daría su primo si él fuera su padre, que si quiere ser igual que su primo, etc. Y al final nos quedamos con la segunda elaborada en la segunda etapa.

La neutralidad de los terapeutas se ve reflejada durante toda la entrevista, ya que se nota que no hay enjuiciamiento de ninguna forma sobre la situación.

En las preguntas circulares se obtienen diferentes puntos de vista de diferentes integrantes de la familia respecto a un tema, aquí podríamos mencionar cuando el terapeuta le pregunta a el padre y a G como es la situación cuando el padre le pega y cuando no, si es cierto que G ya no quiere ir a la escuela, o acerca de si los hijos tienen derechos y los padres tienen la obligación de cuidarlos porque ellos los trajeron al mundo. Otro ejemplo es cuando le preguntan a G, a sus padres y hermanos cómo es que se lleva G con sus hermanos y cuando contestan que no muy bien, les preguntan si es que creen que es una manera de desquitarse de lo que le pasa.

También se hicieron algunas preguntas hipotéticas a G y fueron: Si tu fueras padre, ¿Cómo resolverías ésta situación?, ¿Cómo crees que reaccionarían tus compañeros al ver que subes de calificaciones?, y ¿Cómo sería tu vida si tuvieras las mismas libertades de tu primo?

Intervención

Se les hablo a los padres sobre la diferencia entre los chichimecas y las personas del centro, las cuales son más inteligentes y cultas.

Por ultimo se utilizo la connotación positiva al decirle a G que él lo que intenta es conseguir el respeto de sus compañeros, que el comportamiento hostil que el presenta es para defenderse fuera de casa, porque en ésta tiene el cuidado de sus padres, que está en un proceso de maduración, que esta listo, que es inteligente, que tiene carisma para acercarse a sus compañeros, que utiliza la inteligencia, la honestidad, que a pesar de ser una persona de 13 años es inteligente, honesto, sensible, obediente, que es un “chavo fuera de serie”, que tiene la capacidad de elegir lo bueno de lo malo y saber a donde va.

Premisas

Durante el caso las premisas utilizadas fueron:

La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayo y error. Durante la sesión se presentó; cuando el Sr. resolvió ya no seguirle pegando a G y así su actitud cambiara. Otro ejemplo, es cuando los papas de G comenta que platican mucho, que les pregunta que es lo que les molesta, que tiene, que le pasa; sin embargo, no ha servido de mucho ya que G se muestra hermético y sus actitudes no cambian mucho, el cual los ha llevado en busca de otras posibilidades.

El problema o síntoma cumple una función, en patrón específico para el sistema familiar lo que paradójicamente dificulta el proceso de cambio. El ejemplo en la

familia M es; la falta de confianza que los papas de G tienen con él al sentir que no puede tomar sus propias decisiones, que en realidad lo hace, conoce sus límites y sus debilidades. Además de la necesidad de buscar, por parte de G el respeto y la admiración de sus compañeros de la escuela, sintiéndose mejor en la escuela. Para finalizar con la sesión se les dio cita abierta. No se realizaron más sesiones.

Por último es importante mencionar el mapa epistemológico que rige a esta escuela.

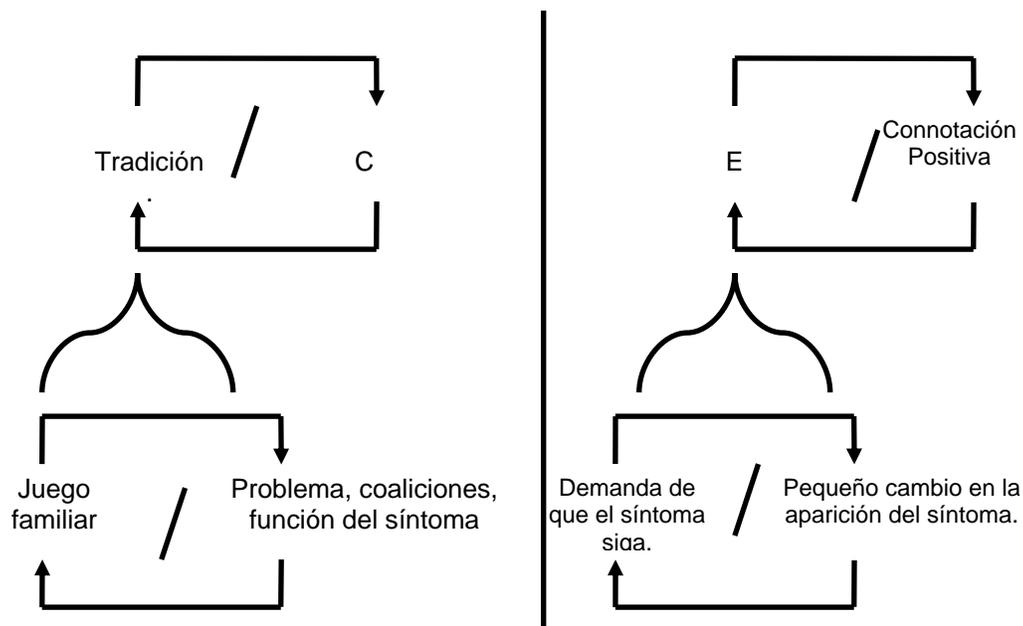
Mapa Epistemológico de la Escuela de Milán

En la Escuela de Milán, el problema se presenta en un primer nivel con la complementariedad cibernética entre el juego familiar y el problema, coaliciones, y la función del síntoma los cuales en un segundo nivel se contienen en una complementariedad cibernética compuesta por la tradición y el cambio.

En la intervención se presenta en un primer nivel la complementariedad cibernética entre la demanda de que el síntoma siga y un pequeño cambio en la aparición del síntoma; que en un segundo nivel esta contenida en una complementariedad cibernética compuesta por el equilibrio y la connotación positiva.

PROBLEMA

INTERVENCIÓN



Conclusiones

La escuela de Milán tiene una forma diferente de conducirse en una sesión terapéutica, enfatiza la comunicación a su nivel semántica a diferencia de otros modelos como el estratégico, La Escuela de soluciones y el MRI. Una particularidad en este modelo, es que el síntoma ayuda a mantener en equilibrio al sistema contrario a los otros modelos que inversamente provocan el desequilibrio.

Consideramos que la diferencia más importante es que la escuela de Milán trabaja a un nivel más semántico que las demás escuelas, dirigiendo su trabajo en una primera parte a la forma y después a la conducta. Por otro lado su objetivo es romper el patrón del juego familia y convirtiéndolo en un juego más adaptativo o menos dañino, si se equilibra solo se provoca que continúe el patrón y por lo tanto la conducta problema.

Una aportación importante de la escuela de Milán, son las preguntas circulares, donde el paciente puede observar los diferentes puntos de vista de la familia, y viceversa, además de que se puede utilizar para intervenir con su uso, para el terapeuta es una herramienta eficaz para obtener información de todos los niveles

de análisis y así encontrar eficazmente el juego relacional. Y la utilización de hipótesis se puede considerar como otra aportación de dicha escuela, ya que nos da otra forma de obtener información, al contrario de las otras escuelas que se centran de lo que el paciente puede decir.

CONCLUSIONES GENERALES

En este trabajo se ha presentado un panorama de la perspectiva Sistémica en la Terapia, las escuelas clásicas, sus antecedentes históricos, así como la Epistemología que rige el quehacer terapéutico en este enfoque, el cual es otra forma de ver las cosas, al mundo, en términos más específicos; de organización de los procesos de comunicación tal cual ocurren dentro de los sistemas, lo que permite abordar la problemática emocional desde una perspectiva diferente. Continuamente dentro del diplomado y durante cada módulo, el trabajo realizado, práctico y teórico, nos llevó a vivir esta experiencia, flexibilizar el pensamiento para ver las cosas de forma diferente.

Por otra parte se han descrito cada una de las herramientas básicas utilizadas en cada Escuela, la forma de concebir el problema y el cambio, así como las estrategias que nos llevan a un cambio significativo dentro del mapa conceptual del paciente. También se revisaron las formas para llevar a cabo las sesiones terapéuticas para cada Escuela.

Por lo anteriormente dicho se puede concluir que el objetivo principal del diplomado; es decir, abordar la problemática emocional de la población, bajo una perspectiva sistémica, adquiriendo las técnicas propias para enfrentar problemas de interacción en los grupos humanos, así como un marco teórico epistemológico que permita contextualizar dicha práctica, mencionados anteriormente, se han alcanzado con éxito debido a que la experiencia vivida durante este tiempo ha cambiado la forma común de mirar la problemática emocional de los paciente, por una forma más bien sistémica donde la práctica clínica se lleva a cabo bajo las bases Epistemológicas de la Cibernética. El conocimiento adquirido nos lleva a partir desde este enfoque que conceptualiza el proceso terapéutico en términos temporales definidos y por lo común breve, se aproxima a los problemas humanos de una manera no-patologizante, propiciando la atención a una población muy diver-

sa. Lo cual es el último fin del área clínica en la Psicología, el apoyo y atención así como prevención de la población sobre sus problemas emocionales.

REFERENCIAS

- Boscolo, L. Y Bertrando P. (1996), **Terapia sistémica individual**. Buenos Aires: Amorrortú.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006) **La terapia sistémica de Milán**. En A Roizblatt, (edit). *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo.
- Bertrando, P y Toffanetti, D. (2004). **Historia de la terapia familiar: los personajes y las ideas**. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S (1999). **En su origen las palabras eran magia**. Buenos Aires: Gedisa.
- De Shazer, S. (1992). **Claves para la psicoterapia breve**. Barcelona: Gedisa
- Fernández, V (1990) **Psicoterapia estratégica**. México: UAP
- Fisch, R Weakland, J. y Segal, L. (1988). **La táctica del cambio**. Barcelona: Herder. Fondo de Cultura Económica.
- Haley, J (1984) **Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta**. Buenos Aires: Amorrortú.
- Haley, J. (1980) **Terapia para resolver problemas**. Buenos Aires: Amorrortú.
- Keeney, B. (1994). **Estética del cambio**. Barcelona: Paidós.
- Berg, I. K. y Miller, S. (1996). **Trabajando con el problema del alcohol**. Barcelona: Gedisa.
- Lipset, D (1991). **Gregory Bateson: el legado de un hombre de ciencia**. México: Manual moderno.
- Madanes, C (1989) **Terapia Familiar Estratégica**. Buenos Aires: Amorrortú:
- Matteo Selvini, Comp. (1990) **Crónica de una Investigación**. México: Paidós.
- Nardote, G. y Watzlawick, P. (1992). **El arte del cambio**. Barcelona: Herder.
- O´Hanlon, B. (2003). **Pequeños grandes cambios. Diez Maneras sencillas de transformar tu vida**. México: Paidós.
- O´Hanlon, P. y Bertolino (2001). **Desarrollando posibilidades**. México: Paidós.
- O´Hanlon, W.H y Weiner-Davis, M (1993). **En busca de soluciones**. 2ª. Ed. Buenos Aires: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). **Enfoques en terapia Familiar Sistémica**. Barcelona:

- Packman, M. (1991). **Las semillas de la cibernética**. Barcelona: Gedisa.
- Sánchez y Gutiérrez (2000) **Terapia familiar: modelos y técnicas**. México: Manual moderno.
- Watzlawick, P. (1980) **El lenguaje del cambio**. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1987) **Teoría de la comunicación humana**. Barcelona: Herder.
- Wittezaele, J-J, y García T. (1994). **La escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas**. Barcelona: Herder.