



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA DE PSICOLOGÍA

**FUNDAMENTOS TEÓRICO-PRÁCTICOS PARA  
DESARROLLAR LA TERAPIA BREVE DE LAS PRINCIPALES  
ESCUELAS DE TERAPIA SISTÉMICA.**

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**DIANA LETICIA MELO DÍAZ**

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: MTRO. SERGIO CARLOS MANDUJANO VÁZQUEZ.  
LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ.  
MTRA. LIDIA BELTRÁN RUÍZ.  
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN.  
LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ.



MEXICO D. F.



JUNIO-2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi familia  
por estar siempre conmigo,  
en especial a mis padres por todo  
su gran apoyo que me brindaron  
a lo largo de este camino y lo que falta,  
a mi mami por su comprensión y cariño,  
a mi papi por su impulso y comprensión,  
a mis hermanas por su compañía,  
ayuda y amor para que esto se llevara acabo,  
LOS AMO.

A mis amiguis  
por su enorme apoyo  
en cada momento de felicidad y trabajo,  
y mis amig@s y compañer@s  
que encuentre en el camino.

A mis profesores  
que me brindaron  
sus conocimientos y más.

Gracias a todos.

# INDICE

Resumen. ....	5
Introducción. ....	6
CAPÍTULO I. Epistemología Cibernética. ....	8
Antecedentes.	
Conceptos epistemológicos.	
Herramientas epistemológicas.	
CAPÍTULO II. Escuela del M. R. I. ....	15
Antecedentes.	
Premisas.	
Técnicas.	
Mapas Epistemológicos	
Reporte de Caso.	
CAPÍTULO III. Escuela de Terapia Estratégica. ....	28
Antecedentes.	
Intervenciones.	
Mapas Epistemológicos.	
Reporte de Caso.	
CAPÍTULO IV. Escuela Centrada en Soluciones.....	39
Antecedentes.	
TCS de De Shazer.	
Premisas.	
Procedimiento Terapéutico.	
TOS de O'Hanlon.	
Premisas.	
Terapia.	
Mapas Epistemológicos.	
Reporte de Caso.	
CAPÍTULO V. Escuela de Milán.....	56
Antecedentes.	
Premisas.	
Técnicas.	
Intervención.	
Mapas Epistemológicos.	
Análisis del Caso.	
Análisis y conclusiones.....	68
Bibliografía. ....	71

## **RESUMEN**

El presente trabajo expone los antecedentes y conceptos básicos que la Terapia Sistémica utiliza, sus técnicas y procedimientos para hacer terapia, en específico en las escuelas: Terapia del MRI; Terapia Centrada en Soluciones, Terapia Estratégica y Terapia de Milán, también incluye los fundamentos de la Epistemología Cibernética. Además se menciona el análisis y los mapas cibernéticos en base a cada escuela, de los Casos Clínicos atendidos en el Diplomado cursado en la FES Zaragoza.

## INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo la Psicología ha sido definida etimológicamente, dice que proviene del griego psyche, que se puede traducir alma. Decir que la psicología "es la ciencia del alma" o que "es la investigación de los contenidos de conciencia" como en otros momentos se ha llegado a mencionar, no ha sido suficiente, pues queda el problema de qué es el alma, qué es la conciencia. Hoy en día no son pocos los que definen la Psicología como ciencia de la conducta. Por lo tanto para definir la psicología clínica se debe tomar en cuenta diversas características de acuerdo a la perspectiva de la psicología se hace referencia.

Por ejemplo los psicólogos clínicos trabajan con pacientes de todas las edades y abarcan una gran variedad de disciplinas. Algunos se especializan en ramas o escuelas particulares de psicoterapia, ya que de la psicología clínica surgen elementos significativos del proceso terapéutico, como variables predominantes, que en diversos enfoques se utilizan para llevar a cabo este proceso, por mencionar algunos: los pensamientos, las emociones, las conductas, incluso la historia de vida de una persona, la situación y la interacción de la persona en su medio natural, especialmente aquellas que involucran las relaciones con los miembros más cercanos de la familia; son utilizados para solucionar sus problemas, quejas o síntomas del paciente, de acuerdo al enfoque que cada terapeuta utiliza.

En el caso de la terapia sistémica, en la cual se centrará este trabajo, se mencionará como se ha venido desarrollando, ya que en un principio su base era únicamente el estudio de la organización familiar y su dinámica, pero en la actualidad es posible también utilizarla de forma individual. Conjuntamente se señalarán, los lineamientos que se continúan utilizando y, como la premisa de que la terapia sea breve, es decir, que se lleve a cabo en un mínimo de sesiones, se lleva a cabo y logra cumplir con este objetivo.

Específicamente se abordarán la explicación Cibernética del procedimiento de cada una

de las Escuelas así como sus conceptos básicos. Se iniciará con la Escuela del MRI, posteriormente con la Terapia Estratégica, Terapia Centrada en Soluciones, la cual maneja también la Escuela Orientada a Soluciones y finalmente se referirá la Escuela de Milán; con todas ellas se sus antecedentes, representantes y procedimientos de Terapia; además se anexa el mapa del análisis epistemológico de su pauta, así como de su intervención; del mismo modo se anexa el caso clínico de cada escuela atendido en la sede del diplomado como practica de cada una de los fundamentos y teorías revisadas en el mismo.

CAPÍTULO 1

EPISTEMOLOGÍA CIBERNÉTICA

## ANTECEDENTES

La Teoría de la Comunicación, la Cibernética, y los aportes de Gregory Bateson, Heinz von Foerster y Humberto Maturana, renombrados científicos constituyen los cimientos del pensamiento sistémico.

Según Keeney (1994) la epistemología sale del campo de la Filosofía y entra en el campo de la Biología a través de la obra de los biólogos experimentales contemporáneos Mc.Culloch, Lettvin, Maturana, Varela y von Foerster. De esta forma, no resulta fácil la tarea de captar y transmitir la compleja riqueza del pensamiento de Bateson; biólogo, antropólogo y epistemólogo, además de que sus ideas han influido y seguirán influyendo los más diversos campos del pensamiento científico moderno.

Con lo anterior, Von Foerster (1991) menciona que Gregory Bateson fue un revolucionario para su época, y como tal, ni muy aceptado ni muy comprendido; ya que planteó cuál es la pauta que conecta a todas las criaturas vivientes; cuáles son las configuraciones, las formas y las relaciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos. Descartó conceptos tales como materia y sustancia en relación a los seres vivos, priorizando los conceptos de forma, patrón y pauta para buscar una concepción totalizadora de la mente.

Von Foerster (1991), menciona también, que después de la Conferencia Macy de 1950, Bateson emprende la tarea de introducir la cibernética en las ciencias sociales. Al recibir fondos de la Fundación Macy para estudiar la comunicación en los animales, tema que le interesaba para elaborar una teoría general de la comunicación, organiza un grupo integrado por John Weakland, Jay Haley, Virginia Satir, Jules Riskin, William Fry y Paul Watzlawick, al que luego se integra el psiquiatra Don Jackson. Después del encuentro con Don Jackson y otros investigadores en la Conferencia Macy, dedica con ellos varios años a estudiar la comunicación. La célebre y controvertida "Teoría del doble vínculo" es el producto de esta etapa.

De acuerdo, con Wittezaele & Gracia (1994), en 1959 Jackson, interesado en aplicar las investigaciones del grupo a la psicoterapia y estudiar a la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas, funda el Mental Research Institute. El grupo está integrado por Jules Riskin, Virginia Satir, y se incluyen luego Paul Watzlawick, John Weakland, Jay Haley, Richard Fisch y Arthur Bodin. El M.R.I., o grupo de Palo Alto,

como se lo conoce internacionalmente, se transforma en uno de los principales centros de investigación, formación y asistencia en el campo de la terapia familiar.

De igual manera, del MRI de Palo Alto, se fue apartando con el tiempo al ir enfatizando la búsqueda de excepciones dividiéndose en dos enfoques, que comparten características y ambos funcionales en la terapia Breve. El primer enfoque terapéutico denominado como Terapia Centrada en Soluciones surge a raíz del trabajo de Steve de Shazer aproximadamente en 1978, en el Brief Family Center de Milwaukee (De Shazer, 1999).

El segundo, Terapia Orientada a Soluciones, siendo sus exponentes 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 (O'Hanlon & Weiner-Davis, 1993).

Posteriormente, en 1976 se inicia el proyecto de la comunicación en la esquizofrenia integrado por Bateson, Weakland y el mismo Haley, terapeuta entrenado por Milton Erickson en hipnosis, de igual manera en dicho año, se crea el Instituto de Terapia de la Familia en la ciudad de Washington, el cual forma parte y dirige junto con Cloe Madanes (Mदानes, 1982).

Según Nardone y Watzlawick (1995) Erickson es el padre de la terapia estratégica, y también el inspirador técnico de buena parte de los procesos terapéuticos propios de la terapia familiar sistémica. Su trabajo ha sido una prolongada investigación y aplicación clínica de ideas e intuiciones que lo han llevado a la preparación de gran cantidad de técnicas de intervención terapéutica que constantemente usan en terapia estratégica.

Con lo anterior, y en tras la búsqueda de nuevas expectativas de terapia, se crea la escuela de Milán, la cual se desarrolla en la década de 1971 a 1980 a través de las investigaciones del equipo formado por Mara Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin. Al finalizar esa década, el equipó se disuelve en dos: Mara Selvini y Prata permanecieron juntas algunos años más; Boscolo y Cecchin crean otro Instituto. Siendo la base para los principios básicos de los enfoques ya mencionados (Boscolo y Brertrando, 2006).

## CONCEPTOS EPISTEMOLÓGICOS

Asimismo, según Heinz Von Foerster la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", implícita, la Cibernética de "1er. Orden", y una Cibernética de "2do Orden", reflexión sobre la reflexión de la Cibernética, resultando imposible acceder a un nivel superior a éste, dado que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra el círculo de argumentación; se produce una clausura organizacional que sólo puede trascenderse a sí misma dentro de sí misma.

De esta manera, para poder comprender los tres niveles es necesario mencionar los distintos conceptos que Keeney (1994), menciona para el estudio y entendimiento de la epistemología cibernética. Uno de ellos es la epistemología la refiere; "de que manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden" (p. 242). Hay efectivamente un continuo proceso circular y repetitivo en el que la epistemología determina lo que vemos; esto establece lo que hacemos; a la vez nuestras acciones organizan lo que sucede en nuestro mundo, (Bateson citado por Keeney, 1994).

De la misma forma, Keeney (1994), encuentra la distinción, pues "alude a un mandato básico, obedecido consiente o inconscientemente" (p. 33); que a su vez es utilizada por el concepto de la puntuación, el cual refiere ser "el empleo de esta distinción para crear la indicación, el puntuar o mapear mundos depende de cómo un observador elige ver; con ello es utilizado y al mismo tiempo logra definir el marco como; segmentos puntuados de un sistema de interacción. Como se puede observar dichos conceptos son totalmente relacionados entre sí" (Keeney, 1994, p. 40).

Igualmente, Keeney (1994), refiere el concepto de mente, especificándolo como un "agregado de partes interactuantes, dotado de una estructura de retroalimentación" (p. 4). Es decir, la retroalimentación es "método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado" (p. 84). Con lo anterior, se intenta dotar de una representación, sin duda biológica, como antes se mencionó, y pretende abrir un espacio de reflexión acerca de poder observarnos como personas, desde una perspectiva que estructure nuestra experiencia como seres individuales íntimamente ligados a organizaciones más amplias de las cuales somos partes componentes,

manteniendo nuestras propiedades como unidad simple.

Así, Gregory Bateson observó que muchas de las ciencias sociales y psicológicas, que llegó a postular, estaban siendo mal llevadas y alcanzaban a ser hasta insanas e insensatas. No se puede estudiar los "fenómenos humanos y sociales dando explicaciones como las que se usan al tratar la materia y la energía, o usando metáforas que conciernen al mundo de la física de Newton (Keeney, 1994).

### HERRAMIENTAS EPISTEMOLÓGICAS

Precisamente Keeney (1994), trata de establecer una explicación para la organización de la estructura familiar o relaciones interpersonales, por medio de la autopoyesis, definiéndola como "la capacidad de los sistemas vivientes para desarrollar y mantener su propia organización, en cuyo caso la organización desarrollada y mantenida es idéntica a la que cumple las acciones de desarrollo y mantenimiento" (p. 101). Queda claro, que en este caso, los sistemas vivientes son iguales a la familia y su organización la explica como las costumbres o tradiciones del sistema organizacional. Además, la epistemología cibernética, plantea que la terapia familiar consiste en examinar algunas de las concepciones básicas que nos suministra nuestro lenguaje, como las de terapeuta y cliente, patología y salud. Por ello es indispensable indicar el término de recursión, "siendo así la re-ejecución de la misma pauta de organización" (p. 71). Igualmente Keeney (1994), es la base para el encuentro de un síntoma o patología en el sistema familiar. De forma contraria, se encuentran los tipos lógicos, referidos como "el instrumento descriptivo para discernir dichas pautas formales de la comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres, o en este caso en el sistema familiar o individual del cliente" (p. 46). Para ello, se encuentra la doble descripción, la cual es una herramienta epistemológica que nos permite generar y discernir diferentes órdenes de pauta (en este caso, con respecto a la queja).

Por otro lado, es necesario indicar, el término de complementariedad cibernética; "son los reencuadres que trazan las personas en función del proceso de recursión". Es decir, las personas tratan de resolver o mantener un equilibrio en las relaciones interpersonales (Keeney, 1994, p. 111).

Bateson creía que podía puntuarse hasta el infinito, y que difícilmente podríamos comprender la totalidad de estos juegos de autocorrección dados por niveles siempre

superiores, y por ello en cierto momento, mas allá de nuestra conciencia.

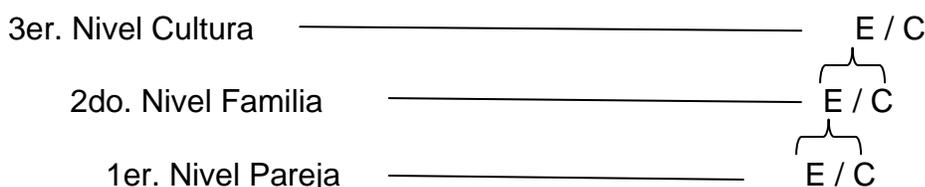
### Mapas cibernéticos

Keeney (1994), sostiene que cada sistema viviente se caracteriza por dos funciones aparentemente contradictorias: la tendencia homeostática y la capacidad de transformación, mediante cuyo interjuego el sistema mantiene un equilibrio siempre provisorio, que garantiza su evolución y su creatividad, sin las cuales no hay vida. En los sistemas disfuncionales aparece la tendencia, cada vez más rígida, a repetir compulsivamente las funciones memorizadas al servicio de la homeostasis. En ciencias sociales hablar de homeostasis es una forma de describir como el cambio lleva a la estabilidad y como la estabilidad involucra al cambio.

Por otro lado, la homeostasis, es la condición de estabilidad de un sistema, el cual puede ser analizado a la luz de los cambios que permiten tal estado. La cibernética nos sugiere que puede entenderse todo cambio como el empeño en mantener una cierta constancia y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio (Keeney, 1994).

Con lo anterior, si la retroalimentación no esta sujeta a un control de orden superior, si no hay en la situación una retroalimentación de la retroalimentación, se conducirá inevitablemente a la intensificación descontrolada, y esta destruye el sistema. No obstante, el cambio en el sentido del aprendizaje, la adaptación y la evolución provienen del control del control, y no del cambio incontrolado.

Este esquema ejemplifica la relación de una pareja, los niveles a los cuales pertenece cada de sus estilos de relación.



En general, para la supervivencia co-evolución de cualquier ecología de los sistemas, los procesos de retroalimentación deben corporizarse en una jerarquía recursiva de circuitos de control (Bateson, 1982). Por ejemplo como en la figura anterior muestra de

manera esquemática la correspondencia de posibles niveles de retroalimentación en el caso de sistemas interaccionales y de terapia.

CAPITULO II

TERAPIA ESTRATÉGICA DEL  
MENTAL RESEARCH  
INSTITUTE.  
M. R. I.

Los **antecedentes** de la fundación de la escuela del MRI de Palo Alto, comienza a lo largo de la década del 40, donde se realizaron en New York una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy, en las que un grupo selecto de científicos provenientes de las más diversas disciplinas (antropología, matemática, filosofía, fisiología, neurología, psiquiatría, etc.) se reunían a investigar sobre la posibilidad de alcanzar una "ciencia del control". Entre los participantes estaban Gregory Bateson, Margared Mead, Milton H. Erickson, Norbert Wiener, Kurt Lewin, Heinz von Foerster, entre otros, y los tópicos tratados en las diferentes oportunidades fueron la Hipnosis, los Mecanismos Teleológicos y la Cibernética. Estas conferencias fueron algo así como el caldo de cultivo de nuevas ideas que con el correr de los años influyeron fuertemente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas, especialmente la psicoterapia (Wittezaele y García, 1994).

Así, en 1948 G. Bateson decidió mudarse a San Francisco, y allí inició su primer contacto formal con la psiquiatría al asociarse a Jurgen Ruesch, con quien publicó el libro " Comunicación: la matriz social de la psiquiatría". 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 asiento 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 (Wittezaele y García, 1994).

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

De esta manera en marzo de 1959 Don D. Jackson funda, junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el Mental Research Institute, que, aunque no tiene una continuidad institucional con el Grupo Bateson, sí representa una continuación en las ideas así como en la

presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland. Bateson, quien nunca formó parte del MRI, salvo como consultor, en 1962 se trasladó a Hawaii donde inició otra etapa en sus investigaciones centrada en la comunicación en los animales (delfines, pulpos, etc.)

Hacia fines de 1959 se incorporó al staff Paul Watzlawick, un psiquiatra de origen austríaco 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, que desarrollaremos más adelante. En este marco Jay Haley desarrolló su modelo Estratégico de resolución de problemas, y en 1967 abandonó el MRI.

En enero de 1967 Richard Fisch, M. D. 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.

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.

Las **premisas** con las cuales se aborda la terapia breve de MRI son:

La teoría de comunicación humana según Watzlawick (1987), axiomas de la Comunicación;

1. Es imposible no Comunicar. La Imposibilidad de no Comunicar: No hay nada que sea lo contrario de conducta. En otras palabras, no hay no-conducta, es imposible no comportarse. Por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones, y por ende, también comunican;
2. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo califica al primero, y es por ende una metacomunicación Los Niveles de Contenido y relaciones de la Comunicación: Una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo, impone conductas;
3. Toda comunicación se establece según una secuencia de puntuación. Siempre en cualquier comunicación hay una aceptación de la puntuación, es decir quien comienza la comunicación. La Puntuación de la Secuencia de Hechos: Otra característica básica de la comunicación es la interacción, es decir, el intercambio e mensajes entre los comunicantes;
4. Los seres humanos se comunican tanto analógica como digitalmente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica compleja, pero carece de una semántica adecuada. El lenguaje analógico posee una semántica pero no una sintaxis adecuada. Comunicación Digital y Analógica: En toda comunicación humana es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas. Estos dos tipos de comunicaciones se llaman analógicas y digitales; y
5. Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia. Interacción Simétrica y Complementaria: La relación simétrica y complementaria son relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia.

Igualmente, la simetría, como parte de las premisas del MRI (Watzlawick, 1986), se define cuando los participantes tienden a igualar su conducta recíproca y así su interacción puede considerarse simétrica (una relación entre hermanos). La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad, mientras que la interacción complementaria está basada en las diferencias. En la relación complementaria ninguno de los participantes impone al otro este tipo de relación, sino que cada uno se comporta de

una manera que presupone la conducta del otro.

De igual manera se encuentra, la retroalimentación (Watzlawick, 1986), es decir, cuando un sistema ingresa información, sale información y ésta información que sale, vuelve a entrar al sistema como nueva información. La interacción es circular. Además este sistema mantiene el equilibrio mientras sea posible. Al sistema que busca mantener el equilibrio se le llama homeostasis. Cuando no se puede mantener más dicho equilibrio, se debe cambiar la norma, sino se rompe el equilibrio.

Es decir, existe la retroalimentación positiva, es decir cuando la información sale del sistema; y la retroalimentación negativa que es la que mantiene el sistema funcionando. Devuelve al emisor toda la información que necesita para corregir la pauta de entrada. Así mantiene el sistema estable y que siga funcionando (Watzlawick, 1986).

Las **técnicas** que utiliza la terapia breve, según Watzlawick (1995), son:

- La capacidad de maniobra. Los pacientes obstaculizan el esfuerzo terapéutico en la mayoría de los casos debido a su angustia o al temor de que el problema llegue a empeorar. En consecuencia, una cosa es saber cual es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra distinta tener la libertad de actuar en la forma que uno considere más adecuada o, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue mas apropiado en el transcurso del tratamiento. A esta libertad se le llama “capacidad de maniobra del terapeuta”, por que la libertad es un término que implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. El terapeuta necesita mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia, modificando su curso de la forma necesaria durante el tratamiento.
- Postura del paciente. La tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia. Pero el cómo se influya sobre otro individuo depende en gran medida de a quién tratemos de influir. No se trata sólo de que pueden formularse diferentes sugerencias; se trata, sobretudo, de la manera en que se enmarca cualquier sugerencia que se haga. El como expresemos algo, puede resultar convincente para una persona pero no para otra. La postura es importante porque representa

una inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta.

Se podría haber utilizado otros términos o frases para referirnos a las creencias del paciente, pero se eligió postura por que es una forma concisa de indicar un valor con el cual el cliente se halla comprometido y que se ha manifestado abiertamente.

Se cree que la persuasión siempre ha desempeñado un significativo papel en psicoterapia, al igual que en todos los demás aspectos de la interacción humana. Se habla de una persuasión eficiente, que utiliza la postura del paciente para facilitar su colaboración, ayudando así a solucionar su problema.

La determinación de la postura del paciente no exige una gran concentración o una espera llena de incertidumbre que permita la aparición de una pista escondida dado que las posturas más útiles son las que se hallan fuertemente arraigadas.

- Reencuadre. En esta posibilidad de ser diferentes, radica el poder de las intervenciones terapéuticas conocidas como reestructuraciones. Es decir, que no solo es una interpretación o varias interpretaciones, no descifra nada ni pone en descubierto la verdadera significación que se oculta tras la fachada alegórica, simbólica o extraña que se quiera, (Nardone, 1995).
- Así, dentro de la entrevista inicial es necesario que el objetivo primordial del terapeuta a lo largo de ésta consista en recoger la adecuada información sobre los factores que considere esenciales para cada caso: ¿naturaleza de la enfermedad?, ¿cómo se está afrontando el problema?, objetivos mínimos del cliente y, actitud y lenguaje del cliente. Por información adecuada se entiende aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conductas, es decir, qué hacen y dicen los individuos concretos cuando se da el problema y cuando intentan afrontarlo, (Nardone, 1995).

Por lo general, tendría que iniciarse preguntando: ¿Cuál es el problema que le trae aquí? No se concede mucha importancia a la historia de los problemas.

Además de centrarse en lo que está sucediendo ahora, en este momento, la indagación es enfocada sobre la dolencia o las dolencias principales de quienes buscan ayuda, en término de conducta: ¿quién está haciendo que esto (lo que sea) represente un problema?, ¿Para quién y cómo constituye tal conducta un problema?

Cuando los terapeutas que preguntan abiertamente: ¿Cuál es el problema? Dejan de preguntar: ¿Cómo se convierte en problema la situación que usted menciona? Algunas veces es cierto el como una situación se convierte en problema es algo obvio. En caso de incertidumbre, es mejor que el terapeuta dé la sensación de ser romo y lento de comprensión antes de fingir haber entendido cuando el asunto no se ha captado con claridad.

- El paso siguiente consiste en preguntar ¿qué es lo que ha estado haciendo para solucionar o afrontar el problema todas aquellas personas íntimamente relacionadas con él? Entre estas personas, además del paciente, se encuentran los miembros de la familia, amigos, compañeros de trabajo, profesionales, etc. Se pregunta: ¿Qué es lo que las personas hacen y dicen en sus intentos de evitar que se plantee el problema, o de hacerle frente cuando se presenta? El problema se agrava al aplicar de modo repetido y creciente las soluciones, o aparentes soluciones del tipo “mas de lo mismo”.
- Además es probable que la investigación de los objetivos mínimos del tratamiento tal como se los plantea el cliente resulte más difícil que informar sobre el problema y su manejo. Es indispensable no interpretar cualquier dificultad a la hora de obtener una respuesta clara y concreta como síntoma de resistencia o de conducta patológica. Es importante plantear esta pregunta y obtener una respuesta: ¿Qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño?

Hay clientes, que en vez de suministrar explicaciones causales, comienzan por enunciar un problema pero luego se desvían hacia otro, luego hacia un tercero, y así sucesivamente. Así el terapeuta pide al cliente que defina cuales son sus prioridades: ¿podría decirme cuál es en este momento preciso su problema principal aquel que resulta más importante cambiar si ello fuese posible?

- Prescripciones. Finalmente la prescripción, que han de seguirse en la vida cotidiana fuera de la sesión en el intervalo que media entre el encuentro y el siguiente, desempeña un papel fundamental en la terapia como tal. Todo esto lleva a una apertura de nuevas perspectivas de percepción y reacción ante la realidad de la problemática, en otras palabras, a la ruptura del mecanismo de

reacciones, retroacciones y soluciones ensayadas que mantienen la situación problemática.

Las prescripciones de comportamiento pueden dividirse en tres topologías: directas, indirectas y paradójicas. (Nardone, 1995)

Finalmente, la estructura para el trabajo terapéutico del centro de terapia breve del MRI es el siguiente:

*Contacto telefónico.* El terapeuta decide a que persona recibir, de acuerdo a la corta exposición del motivo por el cual solicita la consulta, además de quien es la persona que presenta la queja y de quien busca cambiar el problema.

*Definición del problema o de la queja.* Como se mencionó anteriormente, es cuando buscamos la información clara y concreta con las preguntas de ¿quién?, ¿qué? y ¿Cuál es el problema? Las cuales se pueden estructurar de acuerdo a las condiciones y a la necesidad de la terapia.

*Uso de un ejemplo representativo.* Para poder definir correctamente y evitar deducciones del problema o de acciones que el paciente realiza cuando se presenta el problema. Además de que permite hablar de cosas específicas preguntando por ejemplo; ¿Cuál sería un ejemplo de que esto es un problema?

*Intentos de solución.* De acuerdo a la explicación del problema, es necesario conocer cuál es el intento de solución del cliente, o sea qué ha hecho o ha dicho para que se deduzca el malestar, recordando siempre que se trabaja con soluciones no con problemas.

*Postura del cliente.* Conocer el punto de vista del paciente, lo que piensa.

*Definición de metas.* Considerando que el avance será lento, como estrategia. Que el paciente fije la señal con la cual se dará cuánta de que hay un progreso.

*Estrategia terapéutica.* En la definición de metas se dio un ejemplo, además existe la de plantear un giro de 180° de la temática principal del paciente

*Tareas específicas.* Tienen que ver con las prescripciones, ya que se debe considerar que deben ser tareas que el paciente pueda realizar fácilmente y cosas que lo aparte significativamente de sus intentos de solución.

*Chequeo de la tarea.* ¿Lo hizo?, ¿cómo lo hizo?, ¿qué pudo observar?, ¿qué ocurrió? Y evitar la postura de decepción cuando la tarea no es cumplida.

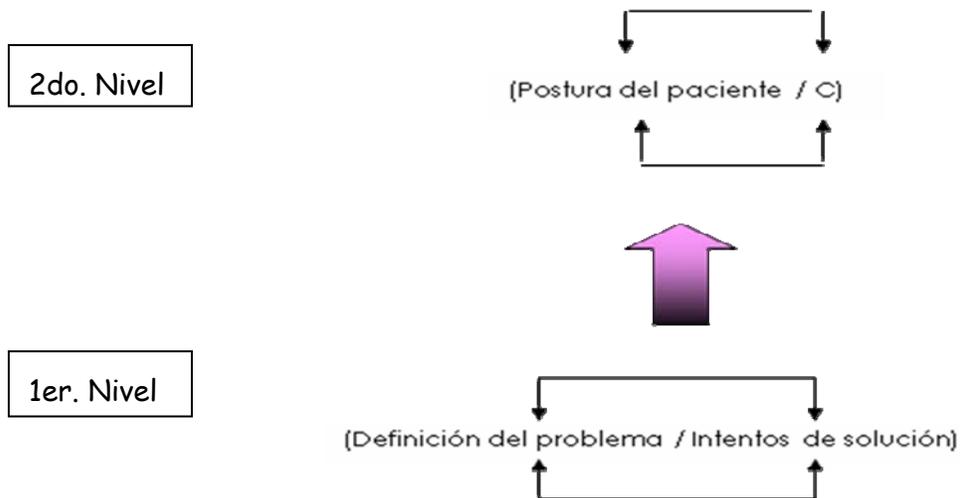
## MAPAS EPISTEMOLÓGICOS

A continuación se muestran los mapas epistemológicos correspondientes a la escuela dentro de la terapia Sistémica, descritos primeramente en la pauta que corresponde al síntoma, problema o queja del paciente, según sea el caso; después la descripción se detallan de acuerdo a la intervención que cada enfoque maneja.

### ***Pasos de la Terapia de MRI***

- ❖ Definición del problema
- ❖ Intento de solución
- ❖ Postura del paciente
- ❖ Objetivo- cambio mínimo
- ❖ Estrategia terapéutica
- ❖ Intervención re encuadre, reestructuración, prescripción conductual.

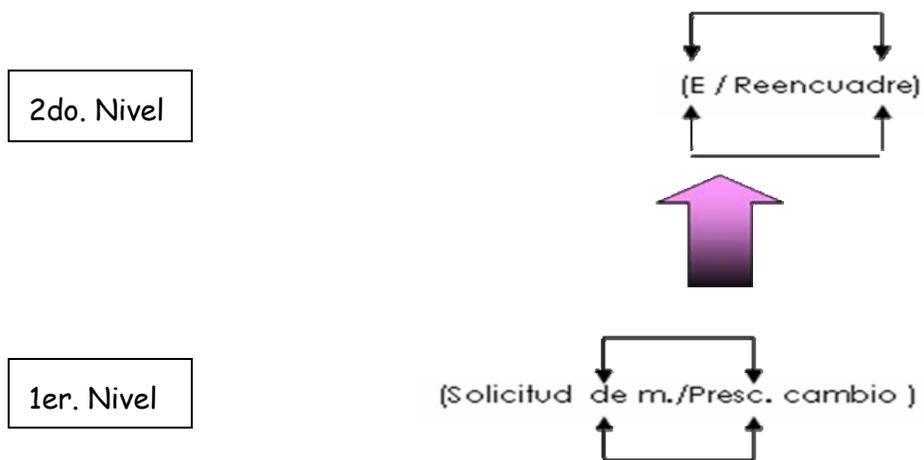
#### *Mapa de la pauta*



En un 1er. Nivel, el mapa muestra la complementariedad cibernética entre la definición del problema y los intentos de solución.

En un 2do. Nivel contiene una complementariedad cibernética compuesta por la postura del paciente y el cambio.

#### *Mapa de Intervención*



En un 1er. Nivel, el mapa muestra la complementariedad cibernética entre la solicitud de mantenimiento y la prescripción del cambio.

En un 2do. Nivel contiene una complementariedad cibernética compuesta por un lado el reencuadre y por otro la estabilidad.

## REPORTE CASO CLINICO

PACIENTE: Griselda Ramírez Gómez.

EDAD: 24 años.

- Definición del problema o queja.

La paciente menciona tener incapacidad para hablar y relacionarse con hombres.

¿Como esto es un problema para ti?

“pues desde antes, yo siento que antes era mas seria mas callada...ahora ya hablo mas pero no del todo en tiempo corto, necesito mas tiempo y tratar a las personas, también con mujeres no se me dificulta pero con hombres si, o sea no puedo hablarles así, si les hablare a uno que otro pero si se acercan y yo siento que me caen bien o no se que sea eso pero si.., en dado caso que yo sienta que no como que no luego y luego les pongo el alto, hasta ahí y no permito mas y casi siempre es con los hombres” .

¿Cuando se produce el problema?

Cuando pretende relacionarse con personas de su sexo opuesto. A excepción de amigos cercanos y de tiempo atrás que ya ha tratado.

¿Dónde aparece el problema?

En su centro de trabajo, específicamente en la sala de maestros. Sobre todo donde este una persona con el cual no ha platicado o no tenga de que platicar. Incluso dice que aparece en el micro la gente le sonrío y dice que les pasa pero hay ocasiones que acepta el saludo, no sabe si depende del amino que traiga.

- Intentos de solución.

¿Cómo has tratado de solucionar?

“trato de acercarme y decirles hola que tal, pero hay algo que siempre esta ahí que no me deja mas o sea no permito mas.”

“no es que no me interese pero si ya no veo de su parte interés pues ya no me interesa, pues ya total no he hecho nada pero sin embargo si quiero hacerlo...”

“como lo trato de solucionar antes? decir lo que sentía en el momento, decirles si estaba yo enojada, decirles me hicieron enojar o a lo mejor hasta ellos se daban cuenta y decían es que hasta contestas mal, pues que si estoy enojada...”

- Uso de un ejemplo específico.

¿Cuáles son las acciones del problema?

“...por ejemplo llego, entro están los policías, los saludos buenas tardes, buenas tardes maestra, o sea bien con ellos; hay otros de intendencia que a lo mejor llegan y dicen hola maestra me hacen la platica y platico con ellos muy bien, llago a la dirección donde firmamos de que ya llegamos a lo mejor están ellos, los maestros, yo camino sobre un pasillo largo y así como van llegando se sientan en las banquitas y saludo hola buenas tardes, nada mas así de palabra. Llego al salón me meto firmo y esta luego platicando y saludo buenas tardes, buenas tardes maestra o luego no contestan no se si yo no hablo fuerte o les caigo mal y no me contestan, o vienen de malas también y no me contestan...llego saca mis cosas...de repente como e que pone denso el silencio y alguien se sale...hay como 4 o 5 maestros y el tiempo que paso es de 5 a 10 min. Y no degusta estar ahí, cuando hay horas libres me voy a la biblioteca...”

¿Con quien se produce?

No lo ha comentado con alguien mas y solo le dicen que es seria pero cuando se explaya y pretende dejar a lado ese papel las personas le expresan su sorpresa de que no pensaron que fuese así de extrovertida.

Sus compañeros desde la secundaria le comentaban que es una buena persona pero que era muy seria. Igualmente los compañeros del CCH y también de la universidad pero con ellos pretendió acoplarse incluso encontró personas con las que se identificó.

¿Qué es lo que el cliente hace de modo distinto, o que actividades distintas quedan excluidas a causa del problema?

“...no permito yo que se acerquen a decirme hay maestra fijese que tengo un problema con tal grupo o platican con los asesores del grupo y yo no, bueno yo si, si son mujeres si son hombres no del todo”

No iba a fiestas, tener más amigos que talvez la entendieron o se acoplo mucho con ellos. Hablaba mas con sus compañeros de la escuela, ya no permitía que su mama le dijera que estaba bien o estaba mal ella solo hacia lo que quería.

No avisa ahora en su casa de en donde esta o con quien por que le molesta por que quiere salir de su casa.

- Postura del paciente.

¿Cuáles son las explicaciones y marcos del cliente respecto al problema?

“...mi mamá me decía tu te tienes que portar bien, tienes que ser niña bien, siendo que

hasta ahora se que no es necesario ser niña bien para se alguien en la vida... si me incomodaba que me dijeran has esto bien todo bien”

- Objetivo o meta.

¿Cómo podremos saber a que hemos llegado?

Pues que pueda entablar una conversación así larga y que después pueda seguir una amistad.

- Estrategia terapéutica

Finalmente se le propone que cada que vez que llegue a la escuela donde trabaja, especialmente en la sala de maestros, salude a cada una de las personas que se encuentren dentro de ella, de mano como menos; pues siempre que llegaba lo evitaba.

CAPITULO III

TERAPIA ESTRATÉGICA

## ANTECEDENTES

La terapia estratégica, según Haley (1980), es una intervención terapéutica normalmente breve, orientada a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema o de los problemas presentados por el paciente o por los pacientes. Este planteamiento, no es reducible a una terapia superficial sintomática, sino que es una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y las reacciones comportamentales derivadas del paciente o pacientes.

El enfoque estratégico en psicoterapia puede ser definido como “el arte de resolver complicados problemas humanos mediante soluciones aparentemente simples”. Una premisa de base es que, aunque los problemas y el sufrimiento humanos puedan parecer complejos y persistir durante años, no por esto deben requerir soluciones asimismo largas y complicadas (Madanes, 1982).

La terapia estratégica se desarrolló a partir de Milton Erickson. Un rasgo primordial es que, el terapeuta establece objetivos claros que siempre incluyen la solución del problema presentado. No aplica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia específica para cada problema.

De esta manera, en 1976 se inicia el proyecto de la comunicación en la esquizofrenia integrado por Bateson, Weakland y el mismo Haley, terapeuta entrenado por Milton Erickson en hipnosis, de igual manera en dicho año, se crea el Instituto de Terapia de la Familia en la ciudad de Washington, el cual forma parte y dirige junto con Cloe Madanes (Madanes, 1982).

Según Nardone (1995) Erickson es el padre de la terapia estratégica, y también el inspirador técnico de buena parte de los procesos terapéuticos propios de la terapia familiar sistémica. Su trabajo ha sido una prolongada investigación y aplicación clínica de ideas e intuiciones que lo han llevado a la preparación de gran cantidad de técnicas de intervención terapéutica que constantemente usan en terapia estratégica.

Así, la utilización de una comunicación estratégica, en su doble posibilidad, explicativa y/o persuasiva, constituye un instrumento de fundamental importancia en la aplicación de la intervención, ya sea ésta directa, indirecta, de supervisión o formación. Además el foco de la terapia está puesto con frecuencia en la modificación de analogías y metáforas.

De esta manera, se define a un problema como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas, esta definición la da Haley en 1976. Por ello, dentro de la terapia estratégica los objetivos, son impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas. Para alcanzar dichos objetivos, se programan varias etapas de la terapia, así al focalizarse en la solución del problema presentado, esta terapia no esta orientada al crecimiento personal ni se preocupa por el pasado: el acento esta expuesto en la comunicación en el presente (Haley, 1976).

Para conseguir este objetivo de la manera más eficaz y rápida posible, la intervención estratégica es de tipo activo y prescriptivo, y debe producir resultados a partir de las primeras sesiones. Si esto no ocurre, el terapeuta es capaz de modificar la propia estrategia sobre la base de las respuestas proporcionadas por el paciente, hasta encontrar aquella idónea para guiar a la persona al cambio definitivo de la situación problemática.

Con lo anterior, el terapeuta estratégico, no se deja encarcelar por un modelo rígido de interpretación de la naturaleza humana, ni por concepciones metodológicas rígidas y ortodoxas de la psicología, el pensamiento estratégico se interesa por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia entre individuos, en los mismos términos de la percepción y relación que todo individuo vive consigo mismo, con los demás y con el mundo que los rodea.

Por ello, la relación entre terapeuta y paciente, no es una amistad de apego, según Nardone (1995), ni mucho menos una relación de confesión o consuelo, sino una especie de partida de ajedrez jugada entre terapeuta y paciente, hay un sistema de reglas de juego, un proceso de fases evolutivas y una serie de estrategias consolidadas para situaciones específicas con el fin de llegar con éxito al final de la partida.

Según Haley (1980) la primera entrevista recorre las siguientes etapas:

- 1) *Etapas Sociales*. Consiste en la presentación entre los miembros de la familia y el terapeuta, se promueve que cada miembro de la familia se sienta cómodo y se les trasmite la idea de que todos son importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado. En esta etapa el terapeuta observa los comportamientos de

la familia, las alianzas y las coaliciones así como la forma en que se organizan a partir de cómo se sientan.

- 2) *Planteamiento del Problema*. El terapeuta dirige la conversación para obtener la opinión de cada miembro de la familia respecto al problema.
- 3) *Etapas de Interacción*. El terapeuta pide a los miembros de la familia que conversen entre sí y lo que observa y lo que escucha le permite elaborar hipótesis en torno a la función del síntoma y recoge información sobre la secuencia sintomática para establecer cómo están delineadas las jerarquías en la familia.
- 4) *Etapas de Fijación de la meta*. Se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr, estos deben ser claros e identificables cuando se den tanto por la familia como por el terapeuta. Asimismo, la meta debe implicar una definición congruente del poder dentro de la familia que permita la conducta sintomática.

Después de haber construido una o más hipótesis respecto a los puntos mencionados, se aplican las estrategias para la resolución del problema. Si las estrategias funcionan se observará una clara reducción del síntoma, así como un cambio progresivo en la forma en cómo el paciente se percibe así mismo y a los demás.

### **Intervenciones**

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema (Ochoa, 1989).

De la misma forma, las intervenciones, van enfocadas a la resistencia que el paciente presente, es decir si la persona presenta o no resistencia para resolver o participar tendrían que utilizarse intervenciones directivas; de ser el caso contrario y presente resistencia las intervenciones deberán de ser indirectas.

Dichas intervenciones suelen cobrar la forma sobre algo que los pacientes deben realizar, dentro y fuera de la entrevista. También se usan para reunir información observando como responde a las instrucciones dadas.

Dentro de las intervenciones indirectas se encuentran las siguientes:

- La redefinición.

Quiere decir codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona

sin cambiar el significado de las cosas, aun que si su estructura. Al reestructurar una idea o concepción, sino que se proponen diversos recorridos lógicos y distintas perspectivas de enfoque de las mismas.

De esta manera la reestructuraciones, según Nardone (1995), pueden ser actos comunicativos puramente verbales, o bien también determinadas acciones del terapeuta que conduzcan ala persona a un desplazamiento de perspectiva. Para lograr cambiar la opinión de la persona, resulta mucho más eficaz insertar dudas en su lógica, que demostrar de una manera cabal y lógico-racional la inexactitud o disfuncionalidad de sus ideas o conocimientos.

Haley (1984), propone las siguientes intervenciones para la terapia estratégica:

➤ Ordalía.

Puedes ser la misma conducta sintomática y consistir, en alterar al cliente a tener el problema cuya solución ha venido a buscar. El requisito principal es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma.

➤ Paradójicas.

Están basadas en el desafío y se caracterizan por pedir a la familia que no cambie para cambiar. Madanes (1989), señala que esta intervención se basa en la idea de que hay familias que asisten en busca de ayuda pero se resisten a ser ayudadas por lo cual el cambio consiste en emplear su propia resistencia. 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.

➤ Metafóricas.

La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es una relación de analogía. Esta técnica permite evitar 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.

El objetivo último de la intervención terapéutica se convierte así en el desplazamiento del punto de observación del individuo desde su posición original rígida y disfuncional (que se expresaban en las «soluciones intentadas») hacia una perspectiva más flexible y funcional, con mayores posibilidades de elección.

De este modo, la persona adquiere la capacidad de afrontar los problemas sin rigidez y estereotipia, desarrollando un abanico de estrategias resolutivas distintas y posibles.

Para conseguir este objetivo de la manera más eficaz y rápida posible, la intervención estratégica es de tipo activo y prescriptivo, y debe producir resultados a partir de las primeras sesiones. Si esto no ocurre, el terapeuta es capaz de modificar la propia estrategia sobre la base de las respuestas proporcionadas por el paciente, hasta encontrar aquella idónea para guiar a la persona al cambio definitivo de la situación problemática.

Finalmente, otro importante modalidad de intervención o llamada, comunicación terapéutica son; las anécdotas, cuentos o breves episodios acaecidos a otras personas, permiten la comunicación de mensajes aprovechando la forma indirecta, de la proyección o identificación, que una persona pone en práctica ante los personajes y diversas situaciones de un relato.

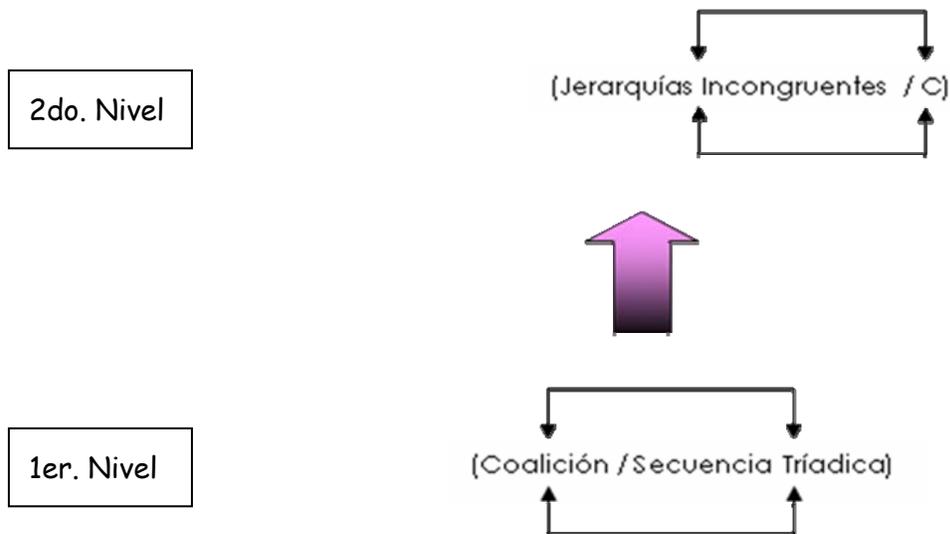
## MAPAS EPISTEMOLÓGICOS

A continuación se muestran los mapas epistemológicos correspondientes a la escuela dentro de la terapia Sistémica, descritos primeramente en la pauta que corresponde al síntoma, problema o queja del paciente, según sea el caso; después la descripción se detallan de acuerdo a la intervención que cada enfoque maneja.

### **Pasos de la Terapia Estratégica**

- ❖ Motivo de consulta.
- ❖ Definición de problema, pauta.
- ❖ Objetivos terapéuticos.
- ❖ Intervención.
- ❖ Cierre.

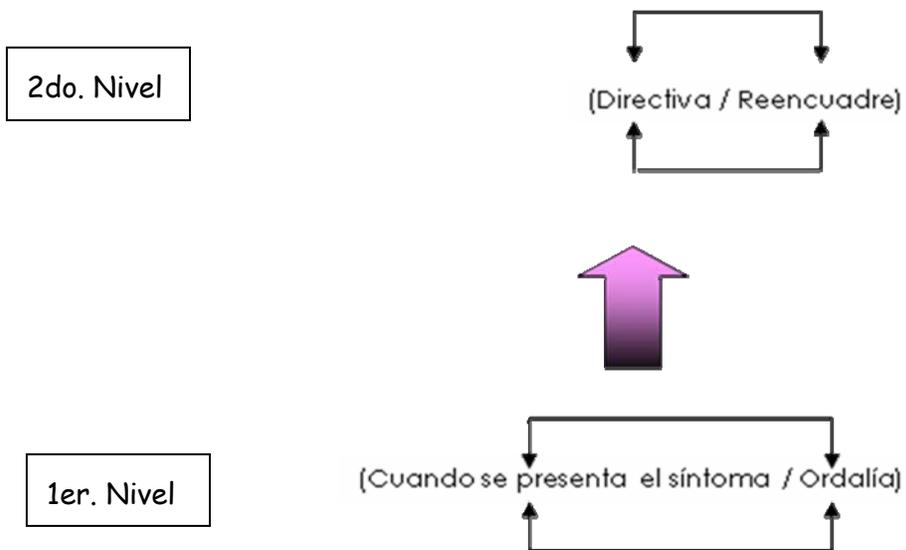
*Mapa de la pauta*



En un 1er. Nivel, el mapa muestra la complementariedad cibernética entre la coalición y la secuencia trídica.

En un 2do. Nivel contiene una complementariedad cibernética compuesta por un lado las jerarquías incongruentes y por otro el cambio.

*Mapa de la intervención.*



En un 1er. Nivel, el mapa muestra la complementariedad cibernética entre el momento en que se presenta el síntoma y la ordalía.

En un 2do. Nivel contiene una complementariedad cibernética compuesta por un lado la Directiva y por otro el reencuadre.

## REPORTE DE CASO

### ⇒ **Descripción del caso clínico**

Karina es una chica de 23 años trabaja como maestra de preescolar, disfruta mucho su trabajo. Además lleva una relación con un chico llamado Gerardo, es una buena relación de 2 años 9 meses, en pocas semanas piensan formalizar su relación, pues se casaran.

Ella manifiesta que su problema es la impuntualidad de su novio ya que cada vez que se quedan de ver él llega tarde a sus citas y por lo tanto a ella le molesta, en ese momento es cuando ellos discuten. Karina lleva trabajando en la escuela 9 meses, desde ese tiempo es cuando se presenta el problema. Debido a que el tiempo con el que cuentan para verse entre semana solo es el que utilizan para comer juntos y platicar un poco, pues él debe ir a trabajar y solo pueden hablar por teléfono hasta en la noche que es cuando regresa del trabajo. A Karina le parece desagradable que utilicen este breve tiempo en discutir.

Se delimito como objetivo, mas que quitar la impuntualidad de su novio, fue trabajar con el enojo que le provocaba que su novio llegara tarde cada que iba a recogerla de su trabajo.

### ⇒ **Descripción de la pauta**

*PASO 1.* Una noche antes hablan por teléfono y quedan en la hora de que se queden de ver, para que él la recoja de su trabajo.

*PASO 2.* Al otro día ya en su trabajo, llega la hora de salida. Karina sale de la escuela donde trabaja y se da cuenta que Gerardo no ha llegado a recogerla.

*PASO 3.* Hablan por teléfono, ya sea, él le llama para avisarle que ya va en camino o ella le llama para saber en donde viene.

*PASO 4.* Quedan en el acuerdo de que ella lo alcance en la avenida donde cruzan camino.

*PASO 5.* Karina se traslada así el punto indicado.

*PASO 6.* Karina llega al punto de reunión.

*PASO 7.* Karina le llama Gerardo para saber en donde se encuentra y para avisarle de que ella ya llegó al punto de reunión o lo ve que también va llegando.

*PASO 8.* Discuten brevemente por el motivo de la llegada tarde y por que como siempre llega tarde Gerardo.

*PASO 9.* Gerardo se excusa tratando de tranquilizar a Karina.

*PASO 10.* Karina se tranquiliza y procura estar bien el resto del tiempo que están juntos.

*PASO 11.* Karina se despide de Gerardo y continúa con sus actividades diarias. (Fin de la pauta)

*PASO 1.* Se repite la pauta.

⇒ **Descripción de las intervenciones**

*Intervención directa.* Se le pidió a Karina que cada día que se presentara la reacción de enojo por que Gerardo llega tarde, en la siguiente noche que comenzaba a organizarse en verse al otro día; Karina debía proponerle que seria mejor que ella lo alcanzará en su casa y pudieran comer juntos y con el resto de la familia de Gerardo.

Karina mencionó que no le agradaba mucho ir a casa de Gerardo pues la relación con la familia de él no era muy buena así que prefería no verlos mucho para mantenerse al margen y siempre llevarse bien con ellos, además de que próximamente se casaran y convivirá mucho con ellos, seria mejor así para ella.

*Ordalía.* Se le pidió a Karina que cada ocasión en la cual se le presentara este enojo por que Gerardo llegara tarde, ella llamaría a la casa de Gerardo en la noche siguiente para platicar con su futura suegra y así ir a visitarla, además pedirle consejos sobre un buen guisado que podría prepararle a Gerardo, y claro con la guía de la señora. También Karina menciona que le llama señora, por ello se le pidió que le dijera mientras platicaban y de ahora en adelante procurara llamarle suegra o Doña Rosi.

Karina mencionó una mala y sobretodo una fría relación con la mamá de Gerardo, debido a que en futuro se casaran y su relación será más cercana y frecuente, sería importante arreglarla.

*Reencuadre.* “La relación que tienes con Gerardo es muy padre pues ya están planeado a largo plazo, viéndose uno con el otro por mucho tiempo y si es posible toda la vida. Este conflicto que tú me platicas solo es un detalle que te interesa mucho resolver; ya que esas discusiones y sobretodo la causa que la origina es de los defectos que alguien tiene que te molesta mucho y sobre todo, como lo mencionas, en tu novio.

Eres una chica exigente, y te quiero felicitar pues eres muy segura de lo que quieres en alguien, en este caso de novio. Así que el tiempo que utilizan en discutir sobre los retrasos de tu novio, es inútil como tu lo mencionaste”.

⇒ **Resultados obtenidos**

A lo largo de la intervención, Karina presentó cambios importantes, el principal es que ya no le molestaba que Gerardo llegara tarde pues prefirió tomarlo con calma y disfrutar el momento de estar juntos, antes de acercarse mucho con su suegra. Sin embargo, ella comenzó a convivir más con la familia de Gerardo a visitarla, siempre con el margen que ha llevado anteriormente respecto al trato.

Con respecto a las tareas dejadas no realizó ninguna, prefirió extinguir esta emoción de enojo y disfrutar el tiempo con Gerardo, reflexionó con el reencuadre.

Posteriormente las actividades de Gerardo y Karina comenzaron a cambiar, pues las citas después del trabajo ya no podían ser, ahora solo se ven los fines de semana; y en este caso ella era la que se retrasaba en sus citas para convivir, sin embargo ella procura modificarlo.

Finalmente se puede concluir que el enfoque estratégico representa no sólo un modelo teórico y operativo decididamente eficaz para la solución en tiempos breves de problemas clínicos (individuales, de pareja o familiares), sino también una herramienta aplicable a contextos interpersonales diferentes, como sociales, educativos, empresariales.

Así, a lo largo del módulo pude comprender que la terapia y que el trabajo del terapeuta es totalmente basado en el argumento que el paciente expone en la sesión, sin tener que suponer o deducir causas del problema.

Con lo anterior, es realmente sorprendente la reacción, y la brevedad del cambio que presenta la conducta o el síntoma de una persona; es decir, para poder superar una situación conflictiva con una buena utilización de la persuasión por medio de una frase, una historia, un ejemplo; que en este caso son las intervenciones. Y así para lograr una reflexión y cambie la perspectiva del paciente.

CAPITULO IV

ESQUELAS DE SOLUCIONES

## ANTECEDENTES

El enfoque de soluciones en sus inicios estuvo influido por el trabajo del MRI de Palo Alto, sin embargo, se fue apartando con el tiempo al ir enfatizando la búsqueda de excepciones dividiéndose en dos enfoques, que comparten características y ambos funcionales en la terapia Breve.

El primer enfoque terapéutico denominado como Terapia Centrada en Soluciones surge a raíz del trabajo de Steve de Shazer aproximadamente en 1978, en el Brief Family Center de Milwaukee.

El segundo, Terapia Orientada a Soluciones en Santa Fe Nuevo México, siendo sus exponentes 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.

A continuación se ampliará más en la descripción y estrategias de Terapia de ambos.

## TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES

Es una modalidad de terapia breve desarrollada en el Brief Family Therapy Center aproximadamente en 1978 en Milwaukee por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo.

Sus premisas teóricas y planteamientos técnicos están muy influidos por el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, y por el enfoque clínico desarrollado en el Mental Research Institute de Palo Alto.

Este enfoque se diferencia de los más tradicionales en no investigar la historia del problema ni intentar hacer un diagnóstico. Es más, en ocasiones ni siquiera se interesa extender y detallar el problema.

Además de que, el terapeuta no asume la posición de un experto, ni trata de educar a la familia o a la persona que tiene delante. No trata de corregir supuestos "defectos" ni de proponer normas de comportamiento.

Desde este planteamiento no se trabaja sólo con pacientes individuales ("terapia individual"), pero tampoco insiste en tener a toda la familia en la sesión ("terapia familiar") se convoca a todos aquellos que pueden ayudar a generar soluciones.

Con lo anterior, la Terapia Centrada en Soluciones trabaja en base a las subsecuentes **premisas:**

- No es necesario conocer las causas o la función de los “síntomas” para resolverlos. Es decir, que se rechaza la metáfora de la profundidad, según la cual lo que sucede en un determinado nivel de la existencia se explica está causado por lo que sucede en niveles más profundos (el inconsciente, las experiencias infantiles, etc.), A su vez, las implicaciones de este punto de vista radical (y tan contrario a las premisas tradicionales que comparten la inmensa mayoría de las psicoterapias) son claras: 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 ni su génesis.
- Orientación positiva hacia el presente y el futuro. Por tanto, en Terapia Centrada en Soluciones la tarea no es buscar claves ocultas por debajo de los clientes dicen, sino simplemente ayudarles a hablar/narrar de tal forma que puedan encontrar vías de solución, alternativas más positivas que la queja. El terapeuta puede pasar directamente a hablar de las soluciones: identificar qué es lo que quieren conseguir los clientes; detectar sus recursos y/o los de la red social y/o profesional; ayudarles a encontrar formas de conseguirlo; buscar modos de mantener en marcha estos logros.
- El enfoque es no normativo, es decir, no patologizante. Esta es otra característica del planteamiento del rechazo de la idea del normativismo, no se cree en un único patrón de persona "sana", ni en un ideal de "familia funcional", más bien existe una multitud de diferentes formas de actuar y comportarse, y que ninguna de ellas es a priori superior a ninguna otra.
- La función del terapeuta consiste en identificar y ampliar los recursos. Además de que se postula que "problema" y "solución" son categorías variables. Es decir, dos personas que acuden a terapia con una queja similar (y que por ejemplo podrían ser diagnosticadas por un psiquiatra como depresivas, por ejemplo) pueden generar soluciones muy diferentes al final de la terapia (por ejemplo, una dedicándose más al trabajo y ampliando su círculo de amistades; otra centrándose más en la familia y siendo más selectiva con sus amigos).

- 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 más 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

Otra consecuencia de esta forma de ver las cosas es que consideramos que en terapia es suficiente con introducir un cambio pequeño en la situación, siempre que ese cambio sea advertido por otros miembros del sistema, ya que entonces actuarán sobre él ampliándolo.

### **Procedimiento terapéutico**

Inicialmente el modelo de tratamiento centrado en Soluciones distingue entre tres tipos diferentes de relaciones entre paciente y terapeuta, según Kim Berg y Miller (1996). Estos tres tipos de relación describen y clasifican la naturaleza de la interacción entre el paciente y el terapeuta:

- Comprador. Cuando en el transcurso o al final de una sesión el paciente y el terapeuta juntos identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento, además que el paciente se ve como parte de la solución y está dispuesto a hacer algo respecto al problema.
- Demandante. Este tipo de relación 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 una solución, además que el paciente no logra visualizarse como parte de la solución, y de hecho suelen creer que la única solución es que otra persona cambie.

- Visitante. Se entabla esta relación cuando al final de una sesión el terapeuta y el paciente no han identificado juntos una dolencia o un objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento. Suele suceder que el paciente señala que no tiene ninguna dolencia o que pertenece a otra persona, por ello es común que no vea ninguna razón para cambiar ni para estar en terapia.

Por otro lado, a diferencia del enfoque centrado en el problema que se limita a explorar el problema que se limita a explorar el problema y en descubrir que sostienen el problema, el enfoque centrado en la solución se expresa en todos aquellos momentos (excepciones) en los que no se presenta el problema o cuando la situación problemática la logra controlar el consultante, identificando con ello aquellas pautas de solución, poniendo énfasis en su desarrollo y establecimiento.

Como antes se mencionó, durante 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. Posterior a esta descripción de la problemática, los esfuerzos del terapeuta deben concentrarse en la búsqueda de soluciones eficaces a través de las excepciones (ocasiones en que no ocurre el problema), 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.

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:

1. Cuando el problema no esta presente.
2. Cuando la persona resuelve el problema o logra influir en él.
3. Cuando el problema está presente y la persona sabe como crearlo y/o influir en él.

Justamente, el objetivo que busca la terapia, es ampliar las excepciones y para ello se requiere una descripción minuciosa de éstas por parte del consultante (construcción de

patrones, detalles de donde, como cuando), encontrando con ello las pautas de solución que al ampliarse comienzan a generar el cambio deseado.

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

Por ello, en cuanto a las metas terapéuticas éstas tienen que ser definidas por el consultante con el apoyo del terapeuta en términos conductuales, es decir, de la forma más concreta y factible posible. Por otro lado, 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.

Kim Berg y Miller (1996) menciona siete cualidades de los objetivos:

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

Señala además los objetivos deben ponerse en práctica de tal modo que se adapten a la relación terapeuta-paciente.

Asimismo, se encuentra una pregunta útil, según Kim Berg y Miller (1996), para establecer objetivos de forma directa o crear excepciones hipotéticas; es la “Pregunta por el Milagro”, la cual extiende en detalles, describiendo de cómo sería, en base a lo siguiente: *“Supongamos que una noche, mientras duerme se produce un milagro y su problema se resuelve, ¿Cómo se daría cuenta?, ¿Qué sería diferente? ...”*

En la misma dirección se encuentra la “Pregunta de Escala” la cual extiende en detalles, igualmente, con respecto a lo que debería de hacer para avanzar un número arriba o abajo del número que da el paciente, utilizándola de igual manera como intervención: “En una escala del 0 a 10 con 10 señalando como son las cosas el día del milagro o el objetivo planteado y 0 para señalar el como las cosas estaban en el punto que el paciente llamó para arreglar la cita, en donde el paciente estaría en este momento” .

Posteriormente, estableciendo los objetivos y descritas las excepciones y en base a ellas se logra intervenir o prescribir tareas, de las cuales se mencionarán brevemente a continuación:

- *Hacer más de lo mismo.* Las cosas que han llegado a funcionar, y provoca las excepciones.
- *Intervención sobre el patrón de la queja.* Alterando el propio patrón de la queja, el terapeuta introduce una modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja.
- *Intervención sobre el patrón del contexto.* Consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja.
- *Observación.* Focalizarse en alguna excepción, prestar atención a lo que hace cuando supera la tentación de...
- *Elogios.* Aprovechar la oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. De igual forma la reestructuración o connotación positiva, adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas.

En suma, a partir 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 consultante, no perdiendo de vista la meta final que se haya propuesto durante la primera sesión.

De acuerdo al resultado que proporciona el consultante en cada sesión, se determinará el curso que debe seguir el terapeuta. Finalmente las sesiones posteriores (el número de sesiones se establece con respecto al cumplimiento de objetivos), 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 concluyen la terapia.

### TERAPIA ORIENTADA A LAS SOLUCIONES

Es influida de igual manera como la TCS por Milton Erickson y en el Brief Family

Therapy Center además de K. Rogers y V. Frankl. Combinando así, el mejor uso de Carl Rogers del reconocimiento y de la validación, así como los acercamientos directivos de Milton Erickson y terapias estratégicas, la Terapia Orientada a Soluciones considera a clientes los expertos en sus preocupaciones, problemas, metas y respuestas a la terapia. También usando este trabajo 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.

De esta forma, O'Hanlon (1993) trabaja bajo las siguientes **premisas**:

- 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.
- 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.

Igualmente, la Terapia Orientada en Soluciones, sigue una línea diferente (aunque complementaria) a la que se mantiene en una terapia convencional. Mientras que en una terapia tradicional se trata, metafóricamente, de reducir el "espacio" que ocupa el problema, con lo que se crean nuevas alternativas y opciones, la terapia centrada en soluciones intenta directamente aumentar los aspectos no-problemáticos, con lo que en definitiva se reduce también el tamaño del problema.

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.

De esta forma, O'Hanlon (1993), el principal exponente de la Terapia Orientada a Soluciones; propone la 10 claves para el cambio de **Terapia Inclusiva**:

- 1) Romper el patrón del problema (describe la secuencia en tiempo, lugar, forma).
- 2) Encontrar y utilizar los patrones de soluciones.
- 3) Reconocer nuestros sentimientos y nuestro pasado sin dejar que determinen nuestro comportamiento en el presente o en el futuro.

- 4) Dirigir la atención.
- 5) Imaginar un futuro que nos conduzca a las soluciones en el presente.
- 6) Cambiar historias problemáticas por historias orientadas a las soluciones.
- 7) Usar la espiritualidad (lo que da sentido a la existencia a cada individuo) para trascender o resolver problemas.
- 8) Utilizar palabras de acción para resolver problemas de relación (quejas peticiones de acción)
- 9) Celebrar rituales de resolución para resolverlos asuntos pendientes del pasado.
- 10) Desarrollar rituales (patrones en actividades, simbolismos) de estabilidad y conexión para provenir problemas y generar conexiones.

Definitivamente, la Terapia Orientada a Soluciones tiene características sumamente ligadas a la TCS; estos modelos se construyeron a partir del supuesto básico de que todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar, y que además ningún problema sucede de manera permanente durante todo el tiempo, teniendo las llamadas excepciones a la regla. Principalmente enfocada así trata de catalizar los recursos de los pacientes para que participen en "conversaciones sobre el cambio", lo que parece generar modificaciones rápidas en las creencias y conductas de los pacientes.

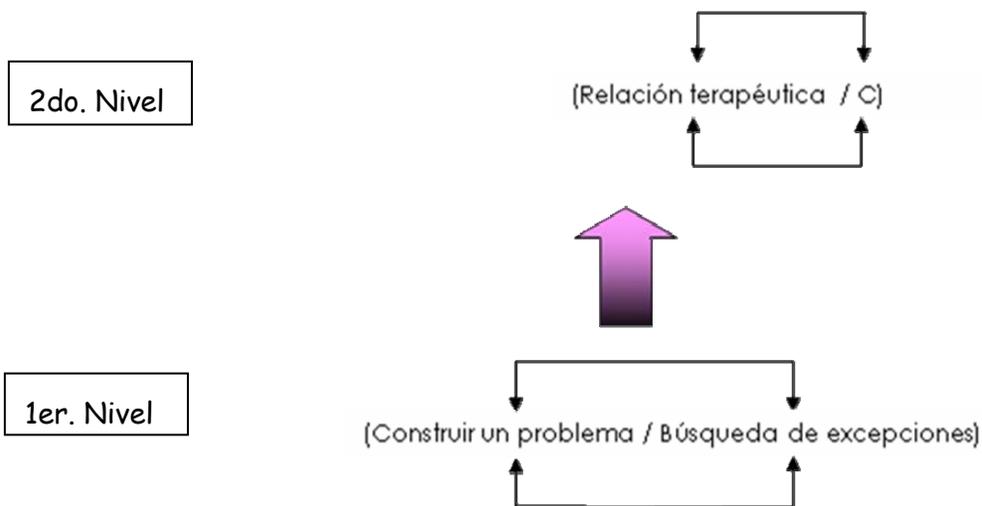
## MAPAS EPISTEMOLÓGICOS

A continuación se muestran los mapas epistemológicos correspondientes a la escuela dentro de la terapia Sistémica, descritos primeramente en la pauta que corresponde al síntoma, problema o queja del paciente, según sea el caso; después la descripción se detallan de acuerdo a la intervención que cada enfoque maneja.

### **Pasos de la Terapia Centrada en Soluciones**

- ❖ Construir una relación terapéutica
- ❖ Construir un problema
- ❖ Búsqueda de excepciones: Identificar, evocar, amplificar, atribuir, controlar.
- ❖ Objetivo (pregunta del milagro, pregunta de la escala)
- ❖ Elogio prescripción (hacer más de lo que funciona, fórmula)

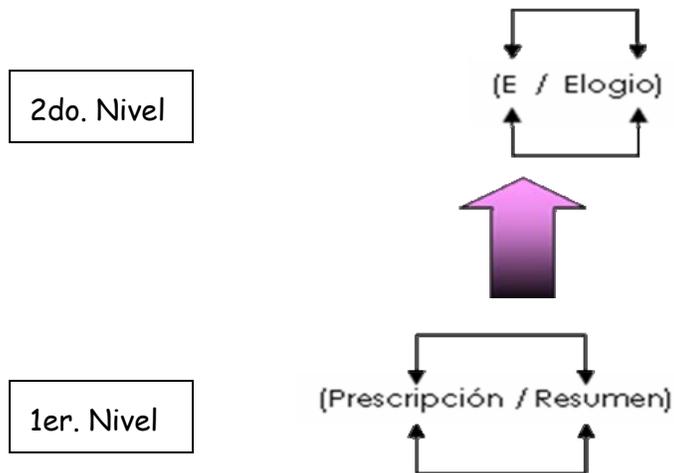
*Mapa de la Pauta*



En un 1er. Nivel, el mapa muestra la complementariedad cibernética entre el momento en que construye el problema y la búsqueda de excepciones.

En un 2do. Nivel contiene una complementariedad cibernética compuesta por un lado la relación terapéutica y por otro el cambio.

*Mapa de la Intervención*



En un 1er. Nivel, el mapa muestra la complementariedad cibernética entre el momento en que se presenta el prescripción y el resumen.

En un 2do. Nivel contiene una complementariedad cibernética compuesta por un lado el elogio y por otro la estabilidad.

## REPORTE CASO CLINICO

### *PRIMERA ENTREVISTA*

PACIENTE: SALOMÓN (S)

TERAPEUTAS: DIANA (T1) Y VIANEY (T2)

#### ▪ **CONSTRUIR UN PROBLEMA (ENUNCIADO DE UNA QUEJA)**

S: Desde hace dos años me separe de mi pareja y... dure como seis meses de duelo, se podría decir, donde no salía con nadie, y no quería decir y saber nada de nadie. Después empecé a salir con amigas ¿no?... personas, con parejas y empecé a involucrarme sentimentalmente con algunas pero eventualmente durábamos un mes, 15 días o a veces una semana y pues terminábamos. La última pareja que tuve dure 3 meses con ella, cuando vi que se estaba involucrando mucho, a mi me dio, como que... miedo y decidí terminar con la relación. Entonces, este... siempre es lo mismo estoy con una persona y estoy pensando, pensaba en mi ex-pareja y pues si me causa problema por que ya son 2 años y no puedo estar bien estable, con una persona.

#### ▪ **BÚSQUEDA DE EXCEPCIONES**

T2: ¿Hay momentos en los que esto no suceda?, ¿en los que puedas estar bien con tus parejas?

S: ¡Si!!, al principio, un mes, quince días... después vuelve a ocurrir lo mismo...

T1: ¿Cómo tú haces para no pensar en tu ex-pareja, durante estas dos semanas?

S: Trato de hacerme a la idea de que es otra persona, que debo conocer, que obvio no va a ser lo mismo que la anterior, pero no se... me aburro o me decepciono, no se como decirlo....eh,... pero la relación ya no me satisface después.

T2: ¿Qué hay al inicio a parte de esto nuevo que dices, que más puedes encontrar tú que digamos sea algo diferente que te permita dejar de pensar en tu relación anterior?

S: Tal vez es la novedad ¿no?, el que sea otra persona, como que la novedad de cortejarla... de estarnos conociendo, pero una vez que ya, no se, como que ya la conozco más, se como es, que gustos tiene y todo eso; tal vez no son compatibles con los míos....

T1: ¿Cómo son esas dos semanas de diferentes cuando ya se te empieza a pasar esta "novedad"?

S: Salimos al cine, vamos al teatro, salimos al parque, cosas así por el estilo... pero no se, cuando empiezo a ver más de la otra persona que no es lo que yo quiero... es cuando ya se termina.

#### ▪ BÚSQUEDA DE PATRÓN DE CONDUCTA

T1: Mientras estás saliendo con ella eres detallista, ¿nos podrías describir un poco como es esta relación?

S: Yo no soy muy detallista, de hecho....eh.... he tenido algunos reproches de mis parejas, sobre todo de la última, “es que no eres cariñoso, no eres detallista, no eres romántico”...este, pues es que no soy así, no puedo serlo y no voy a cambiar para que una, o sea para que la otra persona esté bien, yo considero que esta es mi forma de ser, mi esencia. Y no puedo mentir...

T1: ¿Durante la relación tú platicas mucho, van de paseo...? , cuando tú te estás sintiendo bien, pleno, que dices “¡esto va para largo!”

S: ¡Si!, platico todos mis planes... eh... se podría decir, trato de ser chistoso con ellas, que se la pasen bien, pero una vez que se me pasa esta etapa como que me aburro y ya no quiero ni verla...

T2: ¿Tú crees que solamente en ese momento, en estas dos semanas, a lo que tú le llamas “cuando está pasando la novedad”, así en pleno, en esas dos semanas puedes tu librarte o digamos, dejar de pensar en tu relación pasada?

S: No, siempre está presente, pero digamos que en ese periodo como que es más fuerte la novedad de estar con esa persona.

T2: ¿Te atrae más?

S: ¡Aja!, por la novedad, por la actividad de estar saliendo y las llamadas y todo eso, pues se me olvida por un momento, pero de vez en cuando si está presente, sobre todo en las noches... ya tarde, al momento de dormir, cuando empiezo a hacer como una reflexión de lo que fue todo el día... es cuando digo “¿seguro de lo que estás haciendo?”.

T2: ¿En algún momento dejas de hacer ese tipo de comparaciones?

S: No, yo digo que siempre están las comparaciones, pero al inicio por la novedad, pues no le hago tanto caso, pero una vez que pasa la novedad empiezo a hacerle más caso a las comparaciones y finalmente gana, se podría decir, el recuerdo de la otra persona.

## ▪ FIJAR OBJETIVOS Y PREGUNTA DE ESCALA

T1: Me gustaría que pensaras... ¿qué tendría que pasar aquí en la sesión para que te puedas dar cuenta que valió la pena venir aquí?

S: Pues... en realidad no se que tendría que pasar, ¡por eso estoy aquí!

T1: En una escala del 1 al 10, donde 1 es el día de ayer que sabías que ibas a venir aquí con nosotras y el 10 es, alo mejor que el ya no se presente esta idea que tienes de poder relacionarte bien con alguien, ¿en que escala te encuentras hoy?

S: Hoy en un 8.

*Posteriormente se le replantea la escala, ya que el paciente entendió mal la misma, y cuando se ha dejado en claro los términos y significados tanto del 1 como del 10, el paciente se coloca en el "2".*

S: Cuando estoy con una persona, las primeras semanas tal vez me encuentro en el 8, o sea lo opuesto.

T1: ¿Cómo tú le harías para, estando con una persona, poder llegar a un 9 cómo tú le harías, qué tendrías que hacer?

S: Lo he pensado bastante, tal vez dejar de ir a los mismos lugares que iba con ella, no sé buscar otros lugares para que... digamos, ¿no?, el lugar influya en mi para que evoque el recuerdo, sino ir a otros lugares, tal vez hacer cosas distintas, este.... Cambios, yo creo que cambios....

T1: Definiendo nuestra meta a la que te gustaría llegar, es ¿qué tu pudieras dejar de pensar ya en tu relación?

S: Si eso es lo que me agradaría.

T1: Exactamente ¿qué es lo que te gustaría lograr?

S: Tal vez no olvidar a esta persona, porque es imposible borrar una parte de nuestra vida, un recuerdo de nuestra vida, pero si saberlo manejar y darme la oportunidad de estar bien con otras personas...

T2: ¿Imagínate que nosotros estuviéramos en tu papel y tuviéramos una situación así, yo te preguntara, en lugar de preguntarte cómo puedo salir de ahí, como puedo empeorar mi situación, tú me podrías decir?

S: Cómo podría empeorar mi situación.

T2: Por que tú identificas perfectamente que las dos primeras semanas está la novedad, y sabes que la novedad, digamos es lo que te hace estar un poco bien, sin embargo cuando pasa la novedad empiezan las comparaciones... ¿qué más empieza después de estas dos semanas, para que llegues...para abajo?

S: Tal vez el que viera que ya es más formal la relación ¿no?, tal vez eso me espanta un poquito, el que vea que la otra persona se empieza a involucrar y yo no y me sienta mal, el no poder involucrarme de la misma forma que la otra persona, entonces se me hace más honesto decir: mejor no.

T1: ¿Digamos que entonces la comparación sería el punto clave para que yo pudiera empeorar una relación?

S: Sí

#### ▪ INTERSESIÓN E INTERVENCIÓN

*En este momento se realizó una intersesión, se revisaron los puntos importantes y se planearon dos intervenciones, una en caso de que el paciente tuviera pareja actual o estuviera saliendo con alguien, y otra en caso de que estuviera solo.*

*Al regresar de la intersesión, se realizó un resumen y posteriormente un elogio que abarcó la capacidad del paciente para darse cuenta de cómo avanzar en su situación, además de su honestidad y sinceridad para con las personas con las que se relaciona, y finalmente el reconocimiento de haber acudido a terapia.*

*Finalmente se le preguntó al paciente si salía con alguien o tenía alguna pareja, a lo cual respondió que estaba saliendo con una chica, por lo cual se le dejó la siguiente tarea:*

T2: En este caso te vamos a dejar, que bueno, tú nos decías que en las noches era cuando se te daba esto de estar comparando – pensando más en lo que hacías-queremos que hagas anotaciones acerca de, digamos esta chica con la que estás saliendo, cada que la veas... vas a llegar en las noches y antes de dormirte, vas a hacer anotaciones de comparación, digamos, esto que has venido haciendo lo vas a plasmar, qué características tiene esta chica, qué características tenía tu pareja anterior.

T1: Vamos a utilizar este tiempo, vamos a darle este horario, en las noches antes de dormir, vas a anotar y alo mejor si en algún momento del día tu dices, “es que ella era

así"... y empiezas a pensar, nos gustaría que te detuvieras un poquito que pudieras pensar, "a ver espera, tengo ya mi horario para poderlo hacer", y pudieras anotarlo.

*Como conclusión se puede mencionar la primera entrevista realizada a Salomón exponiendo su problemática fue óptima, sin embargo hubo preguntas planteadas en negación o en "dejar de hacer algo", las cuales el enfoque directamente evita realizarlas. Así como dentro de búsqueda de excepciones se pudo haber indagado mas afondo. Sin embargo los datos obtenidos por medio del paciente fueron utiles para desarrollar una intervención.*

CAPITULO V

ESCUELA DE MILÁN.

## ANTECEDENTES

La escuela de Milán se desarrolló en la década de 1971 a 1980 a través de las investigaciones del equipo formado por Mara Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin. Al finalizar esa década, el equipo se disuelve en dos: Mara Selvini y Prata permanecieron juntas algunos años más; Boscolo y Cecchin crean otro Instituto.

Así, la escuela de Milán, según Boscolo y Bertrando (2000), desempeña la terapia bajo las siguientes **premisas**:

- La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayo y error.
- El problema o síntoma cumple una función, en patrón específico para el sistema familiar lo que paradójicamente dificulta el proceso de cambio.
- La lógica de las intervenciones consiste en identificar el juego familiar y alterarlo.
- El objetivo de la terapia es 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 objetivo de la intervención es romper la pauta relacional, introducir un mensaje contradictorio al funcionamiento paradójico de la familia.

Igualmente, según Boscolo y sus colaboradores (1987) sugieren tres principales **técnicas** utilizadas en la terapia de la Escuela de Milán:

1. *Elaboración de hipótesis*. Se entiende como, la capacidad del terapeuta para construir una hipótesis basada en las informaciones que posee. Con esas hipótesis el terapeuta determina el punto de partida de su propia investigación dentro de la entrevista. Si la hipótesis resultara errada, se deberá formular otra basada en las informaciones recogidas durante el trabajo de verificación de la hipótesis anterior.

Con lo anterior, antes de la primera entrevista con la familia, y en base a la información recogida en la "ficha técnica" con la información básica de la familia como; nombre, edad, ocupación de cada miembro de la familia y finalmente el problema o síntoma por el cual piden atención. Con ello, el equipo terapéutico se reúne para elaborar una primera hipótesis, a lo que se le llama una presesión. Al empezar la primera sesión con hipótesis ya construidas, 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.

De esta forma, las hipótesis, como tal, no son ni verdaderas ni falsas, sino sólo más o menos útiles, pues su función esencial es proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán o modificarán. Toda hipótesis que formulemos deberá ser sistémica, es decir, tratará de conectar todas las comunicaciones de la familia de forma isomorfa a la pauta que, de acuerdo a la hipótesis, organiza a la familia.

2. *Circularidad.* Se entiende como la habilidad del terapeuta para realizar preguntas circulares. Es decir, se trata de indagar de qué modo ve un tercero una relación diádica, o sea, todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros dos miembros. Además que mantiene el proceso de retroalimentación.

De esta forma, es necesario hacer preguntas para hacer la definición del problema y hacer preguntas a cada uno de la familia; a) en forma de obtener opinión de los miembros de la familia, respecto a las relaciones de los miembros de la familia, b) mostrar los diferentes comportamientos de los miembros de la familia (buscando hipótesis que la misma familia tiene de sus problemas), c) diferencias en el comportamiento antes y después de una situación específica, d) hipotéticas, es decir, las preguntas pueden ser dirigidas también al pasado y al presente. Éstas se introducen, con una lógica de normas diferentes, pueden ser relativas al pasado, contribuyen a la posibilidad de una presente diferente del actual en uno de los mundos posibles, e) recoger las opiniones de la familia respecto a una situación.

3. *Neutralidad.* Se entiende la capacidad del terapeuta de no tomar partido por ninguno y de no preferir evaluación alguna. Cuanto más asimila el terapeuta la epistemología sistémica, más interesado está en provocar realimentaciones y recoger informaciones, y menos en hacer juicios moralistas de cualquier clase. El hecho de emitir un juicio cualquiera, sea de aprobación o de desaprobación, implica, implícita e inevitablemente, una alianza con alguna de las partes. Para no caer en la trampa de la indiferencia, la neutralidad deberá entenderse como: la creación de un estado de curiosidad en el paciente del terapeuta. Es decir, invita

a tomar una orientación polifónica respecto de la descripción y explicación de la interacción.

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

Un concepto importante desarrollado por el equipo de Milán es el de "JUEGO". Es por eso, que aquello que ha de diagnosticarse (lo enfermo), es el "juego familiar". Es decir, las secuencias, son encadenamiento de conductas que se estereotipan, justamente la repetición está hablando de algún tipo de regla por la que se rigen. Los mitos son reglas sistematizadas. Los mitos son reglas en cuanto que se han sistematizado.

El juego familiar, se utiliza como una hipótesis operativo, es decir, como un diagnóstico sobre el que basar una intervención.

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

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

Las técnicas de **intervención** que emplea el equipo de Milán han ido evolucionando a través de su propia investigación, las más destacables son (Selvini, 1990):

A) **PRESCRIPCIÓN PARADÓJICA**. Para Milán el concepto de paradoja es solo un recurso para explicar las situaciones relacionales contradictorias. Son tácticas y maniobras que en apariencia se oponen a los objetivos de la terapia pero que en realidad se adoptan para alcanzarlos.

B) **CONNOTACIÓN POSITIVA**. Surge como paso necesario para la prescripción del síntoma como una intervención paradójica. Se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no a las personas. Así, tiene dos finalidades terapéuticas; 1) definir la relación sin riesgo de la descalificación y 2) definir el contexto terapéutico.

C) RITUALES. Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones. La familia que se somete al ritual familiar adquiere una nueva experiencia, distinta de la que antes tenía, porque el ritual propone normas que difieren de las anteriores, o más bien, contradicen las preexistentes. El ritual requiere, por única vez o de modo reiterado, poner en práctica conductas cuyos tiempos, lugares, formas y modalidades se especifican. Prescribe algo que deben hacer todos los miembros de la familia nuclear. Nadie debe quedar excluido.

D) NARRATIVA. La introducción de un variado y complejo conjunto de ideas narrativas al interior de la terapia sistémica. Se crea una mayor atención a la creación de mundos posibles, una libertad de imaginar posibilidades nuevas.

De esta manera, la sesión se divide en cinco partes: I. La presesión, II. La sesión, III. La discusión de la sesión, IV. La conclusión de la sesión, y V. el acta de la sesión.

Finalmente la Terapia de Milán no hace foco en el síntoma o problema sino en el contexto de significado que encuadra u organiza los síntomas. Es decir, en el marco de la hipótesis inicial (marco semántico) se construyen otros marcos políticos de referencia; 1) la organización secuencial de la conducta problema y otras conductas importantes, 2) pautas de coalición actuales, ¿cómo se involucra?, ¿con quién?, 3) pautas de vínculo con contextos de referencia, relaciones externas, modos de interrelacionarse fuera de la familia, 4) perspectivas sobre pautas de coalición pasadas y futuras, particularmente asociadas con el comienzo del problema. Estos marcos se entretrejen y su abordaje supone complementariedades recursivas.

Por último se puede concluir que cada sistema viviente es gobernado por dos funciones fundamentales y en apariencia contradictoria: la tendencia homeostática y la capacidad de transformación (cambio), 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.

De esta manera, la familia forma sus patrones de solución del problema convirtiéndose en la forma más sencilla de relación, el objetivo de la terapia es romper con ese “patrón”, por medio de las diferentes intervenciones; una de ellas, la mas importante utilizada dentro de las actividades del modulo es la “Connotación positiva”, recurriendo

a la premisa de la terapia Sistémica “La introducción de un mensaje o información diferente al sistema, generará un cambio, cualquiera que este sea, dará la vuelta a la forma relacional”.

Así, la característica más importante que sirve de apoyo o como guía para hacer la Terapia son las hipótesis, conjeturas como antes se menciona, para la explicación del problema.

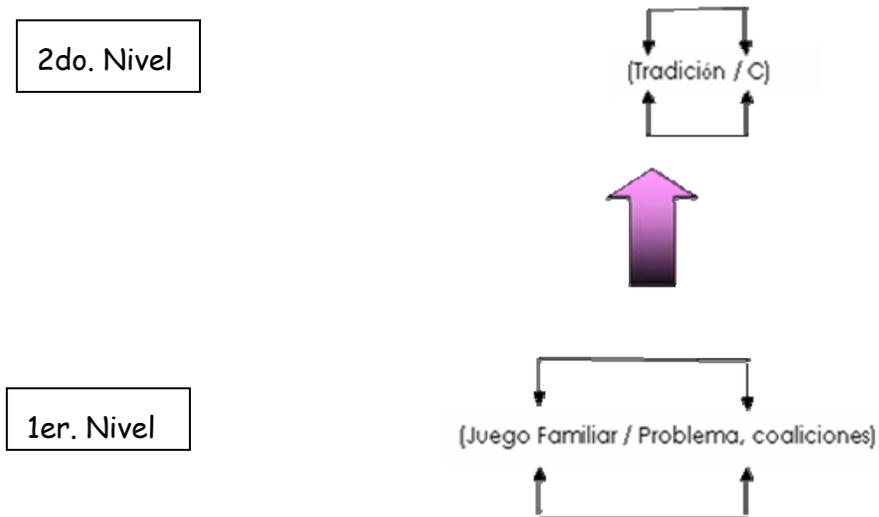
Finalmente, la mejor forma de comprender este modulo fue, y seguirá siendo la practica.

## MAPAS EPISTEMOLÓGICOS

### **Pasos de la Terapia de Milán**

- ❖ Entrevista previa, llenar ficha técnica.
- ❖ Presesión, discusión e hipótesis.
- ❖ Sesión, crear nuevas hipótesis y rechazar o aceptar hipótesis de la presesión en base a la circularidad.
- ❖ La discusión de la sesión.
- ❖ La conclusión de la sesión.
- ❖ El acta de la sesión, intervención.

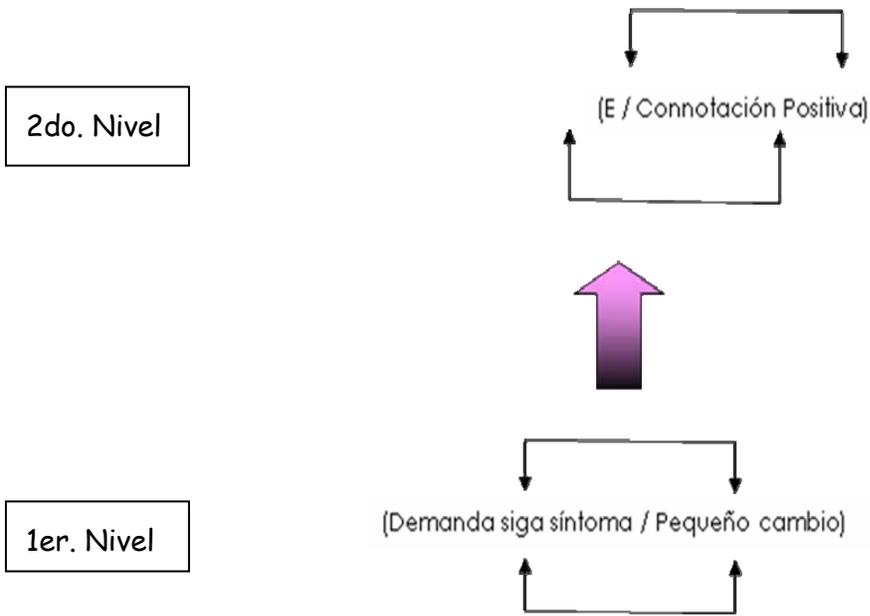
### *Mapa de la Pauta*



En un 1er. Nivel, el mapa muestra la complementariedad cibernética entre el momento entre el juego familiar y el problema o las coaliciones.

En un 2do. Nivel contiene una complementariedad cibernética compuesta por un lado la tradición y por otro el cambio.

### *Mapa de la Intervención.*



En un 1er. Nivel, el mapa muestra la complementariedad cibernética entre el momento la demanda del síntoma y un pequeño cambio.

En un 2do. Nivel contiene una complementariedad cibernética compuesta por un lado la connotación positiva y por otro la estabilidad.

## ANÁLISIS DE CASO.

En la ficha técnica de información previa a la cita tenemos:

### **Integrantes de la familia:**

- **Gonzalo Mendoza Arias** de 36 años quien es el padre de familia con estudios de segundo de secundaria, auxiliar de maquila y empleado de la empresa CARSA.
- **Elena del Carmen Bernal Fontana** de 31 años, con estudios de tercer semestre en el colegio de Bachilleres y ama de casa.
- **Gustavo** de 13 años en 2° de secundaria.
- **Brenda** de 9 años en 4° de primaria.
- **Gonzalo** de 6 años en 1° de primaria.

### **Problema**

La señora refiere que **Gustavo** está muy “desorientado”. Que el comportamiento en la escuela es el problema, ya que llega tarde a clases, molesta a sus compañeros en el salón, no presta atención en clases y platica. La mamá comenta que la han mandado a llamar a Trabajo Social porque ya firmo 15 reportes, y la hicieron firmar una carta compromiso de que al próximo reporte lo suspenden.

Comenta que Gustavo reprobó dos materias de este periodo (inglés y español) y que debe dos del año pasado (matemáticas e inglés).

Menciona que desde que entró a la secundaria empezaron los problemas y que fue atendido psicológicamente en la clínica Tamaulipas de la UNAM, pero que ella no ve diferencias.

La señora menciona que en la casa se comporta mejor, ella cree que su hijo tiene un trauma porque entraron a robar a su casa, que su papá se fue a Estados Unidos y que él lloró mucho, y que a ella la asaltaron y le quitaron la bicicleta y que Gustavo vio.

Desde hace dos años que viven con su tío (de Gustavo) que es drogadicto a la marihuana y el alcohol. Él tiene dos hijos que viven con él y dos que viven con la mamá en Tijuana.

### **Técnicas**

Para poder dar inicio a la sesión, se realizó una presesión y se lograron formular **Hipótesis** con respecto al mal comportamiento en la escuela de Gustavo: “por el resentimiento por que su papá se fuera a E. U.”, “por que la disciplina es relajada en

casa”, “por influencia de su primo”.

Otro fue en de **Circularidad** y se ve en la entrevista clínica al tratar de ver si las hipótesis antes mencionadas anteriormente eran útiles al preguntar: ¿cómo se lleva Gustavo con sus hermanos?, ¿si es una forma de desquitarse de lo que le pasa?, etc.

Después de la reformulación de la hipótesis a “La presión que tiene en casa, por parte de sus papas, lo lleva a comportarse de distinta manera en la escuela”se le preguntó a Gustavo que dónde le gusta estar más, y al contestar que en la escuela se le preguntó que si es porque tiene más libertad de expresión. O cuando se les pregunta a Gustavo y al padre que diferencias hay después de que el papá ya no le pega.

El de la **Neutralidad** se ve reflejado durante toda la entrevista, ya que se nota que no hay enjuiciamiento (aprobación o desaprobación y/o alianzas) más bien curiosidad de los terapeutas al seguir preguntando sobre el tema que se está hablando. Por ejemplo, cuando la mamá menciona que el hecho de que el papá se haya ido a Estados Unidos tiene que ver mucho con el comportamiento de su hijo y una de las terapeutas solamente pregunta al papá cuánto tiempo se fue.

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 Gustavo como es la situación cuando el padre le pega y cuando no, si es cierto que Gustavo 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 Gustavo, a sus padres y hermanos cómo es que se lleva Gustavo 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 Gustavo y fueron: Si tu fueras padre, ¿Cómo resolverías ésta situación?, ¿Cómo crees que reaccionarían tus compañero al ver que subes de calificaciones?, y ¿Cómo sería tu vida si tuvieras las mismas libertades de tu primo?

Se hizo uso de la **narrativa** al hablar de la diferencia entre los chichimecas y las personas del centro, las cuales son más inteligentes y cultas.

La **connotación positiva** se utilizo al decirle a Gustavo 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.

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. Gonzalo resolvió ya no seguirle pegando a Gustavo y así su actitud cambiara. Otro ejemplo, es cuando los papas de Gustavo 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 Gustavo 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 Mendoza es; la falta de confianza que los papas de Gustavo 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 Gustavo, el respeto y la admiración de sus compañeros de la escuela, sintiéndose mejor en la escuela.
- La lógica de las intervenciones consiste en identificar el juego familiar y alterarlo. Por medio de la introducción de un mensaje posterior a la ubicación del juego familiar, con el fin de que cuando se introduce información a un sistema el cual producirá un cambio.
- El objetivo de la terapia es 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.

- El objetivo de la intervención es 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. Elena al final pregunto si era que ellos estaban exagerando con Gustavo, la tarea sería que ellos lo analicen y saquen sus propias conclusiones y genere un cambio en sus relaciones.

ANÁLISIS  
Y  
CONCLUSIONES

La terapia sistémica es un modelo de psicoterapia que se aplica para el tratamiento de quejas y síntomas que el paciente concibe como expresión de las alteraciones en sus interacciones, en sus estilos de relaciones personales y patrones comunicacionales de un grupo social comprendido como un sistema.

Por otro lado la importancia que cada una de las escuelas ofrece es amplia ya que las opciones creativas se encarga de resolver los problemas de los individuos. A pesar de que la Terapia Sistémica en un principio fue dirigida para resolver los conflictos familiares, como se menciona a lo largo del presente, es preciso disponer, de que cada escuela propone trabajar individualmente de acuerdo con las características y objetivos deseados por el paciente. Como por ejemplo la Escuela Estratégica y la Escuela del MRI son amplias con respecto a las opciones de solución y estrategias para llegar a la meta analizando indagando en el problema, en comparación con la Escuela de Soluciones que no busca la descripción explícita del problema para cumplir la meta; sin embargo la Escuela de Milán debido a la estructura de la Terapia, tiende a ser un poco más larga y enfocada a que la familia resuelva las dificultades expuestas.

De esta forma después de haber cursado el diplomado de Terapia Sistémica y revisar las escuelas más importantes, es indispensable mencionar que se logró el objetivo de concebir y adoptar las habilidades necesarias para alcanzar óptimos resultados en la Terapia, todo esto gracias a las técnicas y conceptos que se exponen y, sobretodo, se practican en él.

Con lo anterior el enriquecimiento que deja este Diplomado es claro, ya que después de haber tenido una formación, de cierta manera, general en la Terapia Psicológica, poder basarse y manejar en un enfoque y en un conjunto de técnicas específicas de la terapia, permite el desarrollo profesional y también personal del egresado de dicho Diplomado. En lo personal ha podido despejar grandes dudas, como por ejemplo la idea de que para resolver una dificultad o problema de un paciente, es indispensable conocer ampliamente el pasado y el presente de la persona, además de que el terapeuta es el encargado, por completo, de resolver dicha dificultad; en realidad dentro

de este modelo, como ya se mencionó, no es necesario, el paciente es el que logra cumplir sus metas participando y desarrollando la terapia como el consulta, así el terapeuta es el encargado que el paciente desee y logre participar para cumplir sus metas en la Terapia. Con todo esto, causa gran impresión la velocidad con la cual se logra dar solución a dicha problemática, y de igual forma la capacidad de los pacientes para lograr su objetivo.

Finalmente la Terapia Sistémica hoy en día es una buena opción para el ritmo de vida que llevamos, poder solucionar todos conflictos de interacción que detienen nuestro desarrollo personal y profesional en la sociedad, en tiempo breve. Como terapeutas apoyo en el desarrollo y actualización de técnicas actualmente útiles y prácticas.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Bateson, G. (1982) *Espiritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
2. Boscolo, L. y Bertrado P. (2006). *La Terapia Sistémica de Milán*. En Roizblatt, A. (ed). *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo.
3. Boscoso, L. y Bertrado P. (2006). *La Terapia Sistémica de Milán*. En Roizblatt, A. (edit). *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo.
4. De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
5. De Shazer, S. (1999). *En su origen las palabras eran magia*. Buenos aires: Gedisa.
6. Fish, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
7. Haley, J. (1984). *Estrategias de Psicoterapia*. Barcelona: Toray.
8. Haley, J. (1984). *Terapia de la Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenas Aires: Amurrortu.
9. Haley, J. (1984). *Terapia para resolver problemas*. Buenas Aires: Amurrortu.
10. Haley, J. (1991). *Las tácticas del poder de Jesucristo*. Barcelona: Paidós.
11. Keeney, B. (1994) *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
12. Kim Berg, I. y Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
13. Madanes, C. (1989). *Terapia familiar estratégica*. Buenas Aires: Amurrortu.
14. Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia*. Barcelona: Paidós.
15. Matteo, S. (1990). *Crónica de una investigación*. Paidós.

16. Minuchin, S. (1980). *Familias y terapia familiar*. Paidós.
17. Nardone, G. Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
18. O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
19. Ochoa, I. (1995). *Enfoque en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
20. Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
21. Watzlawick, P. (1986). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
22. Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1987). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
23. Wittezaele, J-J y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.