



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CUATRO MODELOS DE TERAPIA SISTÉMICA Y SUS BASES
CIBERNÉTICAS

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

DIANA ELIZABETH ROMERO MUÑOZ

TUTORA: MTRA. LIDIA BELTRÁN RUIZ

JURADO: Lic. Mario Alberto Patiño Ramírez
Mtro. Sergio C. Mandujano Vázquez
Lic. José Juan Bautista Butrón
Lic. Jazmín Roldán Hernández



MÉXICO D. F.

JUNIO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Me siento privilegiada de que este mudo me haya recibido con una familia de peculiar belleza. A estos seres especiales rindo homenaje con el presente trabajo:

A Isabel y Teresa, las mujeres que admiro, madres ejemplares, de quienes me siento orgullosa, amada y agradecida. Por que ellas sembraron en mí los valores que guían mi vida y debido a su apoyo he logrado este objetivo.

A mi padre Raymundo Romero, de quien me siento orgullosa por demostrarme que es posible darle un giro de 180° a la vida para ser una mejor persona. Por acercarse a mí con delicadeza y por cuidarme.

A mis hermanos Gustavo y Adrián quienes son como el limón y la azúcar en mi vida. Porque hemos compartido alegrías, enojos, tristezas, reflexiones, cambios y sobretodo por seguir unidos.

A mis tías Ma. Elena, Lucia, Marisela, Lourdes, Luisa, mis tíos, primas y primos, que me abren las puertas de su hogar, me brindan su apoyo, cariño y consejo.

A Oscar, el hombre de mis sueños, quien me ha acompañado a lo largo de este proceso, sosteniéndome, alentándome, escuchándome con amor y paciencia. Por haber llegado a cambiar mi historia y sobretodo por sus buenas intenciones de quedarse en ella.

AGRADECIMIENTOS

Llena de estima y admiración agradezco la participación de las siguientes personas:

A la maestra Lidia Beltrán, por mostrarnos con sus actos y didáctica una forma positiva aprender y ver la vida, por dedicar su tiempo a revisar este trabajo y participar como tutora.

A la psicóloga Jazmín Roldán, de quien tengo el gusto de ser amiga, por las experiencias significativas que regala a través de su enseñanza, por sus consejos y por ser parte del jurado.

A los maestros Pedro Vargas, Sergio Mandujano, Vicente Cruz, Eduardo Cortés y Alberto Patiño, de quienes me llevó excelentes experiencias y aprendizajes que me hacen crecer como terapeuta y como persona; es para mi un honor haber sido su alumna.

A mis compañer@s de la carrera y del Diplomado en Terapia Sistémica, por su apoyo, amistad y porque he aprendido valiosas lecciones de todos ell@s.

A los clientes que han tomado parte en el proceso terapéutico, por compartir sus experiencias, colaborar en el proceso y contribuir a mi desarrollo profesional y personal.

A mi familia por su cariño, especialmente a mi madre, por su buen ejemplo, por su esfuerzo, fortaleza y por sus sabios consejos.

ÍNDICE

I Resumen	4
II Introducción	5
III Epistemología Cibernética	8
Antecedentes	9
Conferencias MACY	9
Laboratorio de von Foerster	11
Equipo de Bateson	12
Influencias en los Modelos de Terapia	13
Terapia del Mental Research Institute	14
Terapia Estratégica de Jay Haley	14
Terapia de Soluciones	15
Terapia del Equipo de Milán	16
Conceptos Básicos	17
Herramientas	21
Intervención Terapéutica	22
IV Terapia Estratégica del Mental Research Institute (MRI)	24
Antecedentes	25
Principios	25
Intervención	26
Aplicación Clínica	30
Modelamiento Cibernético	35
Comentario	36

V Terapia Estratégica de Jay Haley	37
Antecedentes	38
Principios	38
Intervención	41
Aplicación Clínica	42
Modelamiento Cibernético	47
Comentario	48
VI Terapia de Soluciones	49
Antecedentes	50
Principios	50
Intervención	54
Aplicación Clínica	57
Modelamiento Cibernético	61
Comentario	62
VII Terapia del Equipo de Milán	64
Antecedentes	65
Principios	66
Intervención	73
Aplicación Clínica	76
Modelamiento Cibernético	83
Comentario	84
VIII Discusión	85
IX Referencias	89

Resumen

*El presente documento es un trabajo final respecto a mi experiencia de formación en el Diplomado de **Terapia Sistémica**. Esta perspectiva en psicoterapia adquiere sus premisas fundamentales de la epistemología cibernética y el estudio de la comunicación humana. Se trata de un enfoque interaccional que ofrece una manera breve, no patologizante, creativa, estética y ética de comprender los problemas humanos y el proceso terapéutico.*

*A través de estas páginas menciono aspectos teóricos y prácticos de cuatro **modelos representativos** de la terapia sistémica: estratégico del Mental Research Institute, estratégico de Jay Haley, de soluciones y del equipo de Milán. Al inicio, señalo los supuestos básicos de la epistemología cibernética y su influencia en la terapia, posteriormente describo cada uno de los cuatro modelos señalados, incluyendo: sus principales exponentes; su ubicación geográfica; la manera en que explican la formación de los problemas y el cambio o solución; sus principios, procedimientos de intervención; así mismo integro una **aplicación clínica**, donde menciono un caso de acuerdo a las premisas de cada modelo, las intervenciones realizadas y un comentario de la experiencia que adquirí. Finalmente muestro una representación cibernética del proceso terapéutico.*

Los resultados obtenidos del conocimiento y aplicación de este enfoque están encarnados en la experiencia, reflexión y práctica, tanto de los clientes atendidos, como de los terapeutas participantes. A manera de discusión y comentarios comparto brevemente mi experiencia en particular.

*Palabras clave: **Terapia Sistémica, modelos representativos, aplicación clínica.***

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo está dedicado a personas que les interesa acercarse a la terapia sistémica, la cual nos brinda la posibilidad de estudiar las problemáticas humanas desde una perspectiva amplia y diferente al análisis proveniente de la psicología tradicional, pues nos insta a observar más allá del “comportamiento patológico”, del “enfermo mental”, de la “causa del síntoma”, es decir, centra nuestra atención en la pauta de interacción en la que el cliente se haya *atorado* sin encontrar solución a su problema.

Este enfoque se distingue por ser un tipo de terapia breve, interesado en utilizar diversas características de los clientes para dirigirlos hacia una solución efectiva, pero siendo sensible a sus necesidades y permitiendo la intervención ya sea a nivel individual, de pareja o familiar en problemáticas muy diversas.

Tomando en cuenta las bases epistemológicas que la terapia sistémica adquiere de la cibernética, podemos decir que hacer terapia, comprende toda una forma de pensar, actuar e incluso crear el proceso terapéutico, de ahí que han surgido varios modelos representativos de este enfoque, sin embargo, describo solamente cuatro de ellos: MRI, Estratégico de Haley, soluciones y Milán.

Este documento es un trabajo final del Diplomado en Terapia Sistémica, que tomé en su décima generación con la finalidad de ampliar mi conocimiento y experiencia en el área, además de aprovecharlo como opción de titulación.

En el primer apartado menciono los antecedentes que dan origen a los principios epistemológicos que conforman el cuerpo de los modelos en terapia sistémica: las conferencias MACY, el laboratorio de von Foerster, el equipo de Bateson, además de señalar las influencias que estos grupos de investigación ejercieron sobre cada uno de los modelos sistémicos. En el mismo apartado brindo una descripción de los conceptos básicos y herramientas que la epistemología cibernética aporta a la terapia.

A partir del apartado 2 y hasta el 5, se encuentran dedicados a describir los modelos terapéuticos en el siguiente orden: 2) terapia estratégica del Mental Research Institute; 3) terapia estratégica de Jay Haley; 4) terapia de soluciones; y 5) terapia del equipo de Milán.

Cada uno de estos apartados integra datos teóricos y prácticos que son el producto de la experiencia que me fue posible obtener como terapeuta por medio de la supervisión brindada por los maestros del diplomado.

Dentro de los datos teóricos menciono a los principales exponentes, su ubicación geográfica, la manera en que explican la formación de problemas y el cambio o solución, así como los principios, técnicas y procedimientos de cada modelo. Mientras que en la parte práctica, describo una aplicación clínica donde señalo las premisas del modelo, las intervenciones realizadas y un comentario de la experiencia que obtuve.

Al finalizar de cada uno de los apartados, presento un modelamiento cibernético de la escuela descrita, o dicho en otras palabras, una representación cibernética de la manera en que cada modelo desarrolla su proceso terapéutico. Keeney (1991) lo explica señalando que se trata de la manera en que el terapeuta construye un marco que explica y describe la pauta del problema presentado por el cliente, a la que además, construye otro marco o *transforma* (como él denomina las intervenciones terapéuticas) que refleja la situación problemática pero que también contiene elementos de intervención de acuerdo al modelo aplicado. Por medio de un esquema represento el modelamiento cibernético de cada escuela, lo cual nos permite dar una mirada al proceso recursivo de la terapia.

Finalmente comparto una discusión respecto a este enfoque, donde realizo una síntesis de los cuatro modelos revisados, además de reflexionar sobre sus bases cibernéticas, sus puntos de coincidencia y algunos aspectos característicos de cada modelo.

EPISTEMOLOGÍA CIBERNÉTICA

La epistemología básicamente se refiere cualquier teoría que se ocupa de las reglas que gobiernan la cognición humana y procura establecer la manera en que los organismos conocen, piensan y deciden. Dentro de un marco filosófico, se hace referencia a un conjunto de técnicas analíticas y críticas que definen los límites de los procesos de conocimiento. Socialmente, la epistemología equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen, y de la manera en que ellos piensan que conocen, es decir, reconocer cómo las personas construyen y mantienen sus hábitos de cognición (Keeney, 1991).

Para comprender mejor la noción de epistemología cibernética, dedico este apartado a desarrollar los antecedentes que originan esta forma de pensamiento, señalando la influencia que la epistemología cibernética tiene sobre cuatro modelos representativos de terapia familiar sistémica, además de mencionar sus conceptos básicos, herramientas y su vinculación con la psicoterapia.

ANTECEDENTES

Conferencias MACY

La *Josiah Macy Jr. Foundation*, es una fundación norteamericana que se dedicó a organizar conferencias, coloquios y simposios en el campo de las ciencias humanas de 1930 a 1960 aproximadamente, para lo cual invitaron grandes personalidades de diversas disciplinas. Warren McCulloch, neurofisiólogo y matemático, era el encargado de organizarlas, para 1942, se convoca a la primera conferencia sobre el tema “*Inhibición cerebral*” invitando a celebridades como Norbert Wiener, matemático del Massachusetts Institute of technology (MIT), Arturo Rosenblueth, neurofisiólogo del Instituto de cardiología de México, al ingeniero Julian Bigelow, los antropólogos Gregory Bateson y Margaret Mead, los matemáticos Walter Pitts y John von Neumann (el inventor de la teoría de los juegos), el psicólogo Lawrence Franck, el psicoanalista Laurence Kubie y el hipnoterapeuta Milton H. Erickson (Wittezaele y García, 1994).

Derivado de este encuentro, en 1943, Wiener, Rosenblueth y Bigelow publicaron el artículo “*Comportamiento, objetivo y teleología*” estableciendo las bases para un nuevo camino científico, pues proponen examinar el comportamiento observable, las reacciones, los *outputs* (productos de salida de los datos) en relación con los *inputs* (las entradas de los datos) sin especular sobre las características internas de la entidad, además concuerdan en un concepto

central: el *feed-back* (*retroalimentación*) como la clave explicativa de todo comportamiento interaccional.

Bateson también se había interesado en el proceso de *feed-back*, de hecho se puede decir que en su obra *Naven*, donde estudió el comportamiento de la tribu iatmul, él había descrito el proceso del *feed-back positivo* y en este encuentro descubre el *feed-back negativo*, base del fenómeno de autorregulación (Witzeaele y García, 1994).

Para 1946 se realiza el siguiente encuentro al que además de algunos de los anteriores participantes, también fueron invitados físicos, matemáticos, ingenieros en electrónica, fisiólogos, neurólogos, psicólogos, psiquiatras, sociólogos y antropólogos, con la finalidad de discutir sobre los “*Mecanismos teleológicos y sistemas causales circulares*”, título que llevaría este encuentro. Dichos participantes generaron un diálogo interdisciplinario referente a los problemas de comunicación y los mecanismos de circularidad.

En 1947 se lleva a cabo la tercera conferencia Macy enfocada en los “*Mecanismos teleológicos*”, después en 1948 la cuarta, que versa sobre el mismo tema. En el mismo año, se celebra la quinta que trata sobre todo de consideraciones de la estructura del lenguaje, además Wiener publica su obra “*Cybernetics*” que expone numerosas investigaciones de los campos más diversos y los resultados de las primeras conferencias Macy.

Para la sexta conferencia en 1949, y las tres que le siguieron, los participantes deciden adoptar como título este concepto (*Cibernética*) que etimológicamente proviene del griego *kybernetes* que significa timonel y en latín se convirtió en *gubernator* de donde proceden las palabras *governador* y *governalle*, que también se utiliza para describir el mecanismo autorregulador de la máquina de vapor.

En 1948 Bateson junto con Jurgen Ruesch, tratan de sentar las bases del estudio de las relaciones interpersonales, indagando sobre la comunicación en psicoterapia. De este trabajo publican el libro “*La comunicación: matriz social de la psiquiatría*” en 1951, en el cual se hace un primer intento de aplicar al mundo de las ciencias humanas las ideas cibernéticas desarrolladas en las conferencias de Macy.

En una entrevista que Stewart Brand (Witzeaele y García, 1994) realiza a Mead y Bateson sobre su experiencia en las conferencias Macy, éste último señala que la esencia de la cibernética de Wiener, es que *la ciencia es la ciencia del circuito entero*, es decir, que nuestro ecosistema, nuestro organismo, más el entorno debe ser considerado como un solo circuito y no

sólo hay que interesarse por el *input-output* (información de entrada-información de salida), sino por los acontecimientos del circuito mayor del que se forma parte, pues el investigador, operador u observador (como se le quiera designar) permanece dentro de lo que estudia.

Dentro de este marco de referencia conceptual para la investigación de las ciencias humanas, la cibernética, ofreció un modelo innovador para el estudio del comportamiento humano, de la patología y de la “normalidad”, estableciendo que la interacción del hombre con su entorno en el sentido más amplio se efectúa a través de la comunicación, del intercambio de informaciones a múltiples niveles.

Laboratorio de von Foerster

Heinz von Foerster nacido en Viena en 1911, desde temprana edad se vio interesado por la ciencia, lógica, filosofía, física y en 1930 ingresa al círculo de Viena donde adquiere múltiples influencias que lo llevan a interesarse en los procesos mentales. Durante la Segunda Guerra Mundial, trabaja en Berlín ocultando su ascendencia judía. En Viena de posguerra sobrevive ayudando a una compañía de teléfonos de una ciudad devastada.

En 1949, emigra a la ciudad de Nueva York donde es inmediatamente invitado a Chicago por Warren McCulloch a la 6ª conferencia de la Josiah Macy, debido al interés que prestaron a su “*teoría cuántica de la memoria*”, desde dicho encuentro, se une a este grupo y se convierte en su compilador. A partir de 1958, comienza su contribución personal a la cibernética: se dedica a la indagación de los mecanismos de homeostasis y se interesa por los fenómenos de autorregulación. Sus investigaciones estuvieron ligadas a la creación del Laboratorio de Computación Biológica que dirigió entre 1958 y 1976 (von Foerster, 1991).

Este laboratorio llegó a ser un centro mundial de la cibernética por donde pasaron pensadores muy importantes, se desarrollaron ideas, además de probarlas en el particular modo de funcionamiento e interacción de los que allí trabajaban.

En ese entonces, el interés de los cibernetas era entender los sistemas autoorganizadores, ya no solo en las máquinas sino en los seres vivos, lo cual centró la atención en dos aspectos: *autonomía* y *autoreferencia*. Refiriéndose a la primera, Humberto Maturana y Francisco Varela, dos neurofisiólogos chilenos contactados con el Laboratorio de Computación Biológica, desarrollaron el concepto de *autopoiesis* que explica la autonomía de los sistemas biológicos.

La noción de *autorreferencia* traslada la cibernética al campo de la epistemología: “*una disciplina que tenía algo que decir no solamente sobre la estructura ontológica de la realidad sino sobre el conocimiento de esa realidad...*” (von Foerster, 1991, p. 24). Se marcó entonces una diferencia entre *cibernética de primer y segundo orden*, de los sistemas observados y de los sistemas observantes, como los llamo von Foerster.

Equipo de Bateson

Durante la década de 1950, Gregory Bateson dirigió un proyecto de investigación sobre la comunicación, en Palo Alto (California), en el que participaron Don Jackson, Jay Haley y John Weakland, el proyecto se ocupó de indagar “*cómo en el juego, la terapia y el ritual, los mensajes ‘encuadran’ a otros mensajes de manera conflictiva*” (Madanés, 1989, p. 11)

Bateson desarrollo la teoría cibernética y se interesó por explicar los procesos de clasificación de mensajes, encontrando niveles de significado de tipo lógico y de aprendizaje. Al estudiar la comunicación esquizofrénica, encontró un intercambio de mensajes al que se llamó de *doble vínculo o doble atadura*, en los cuales se mandan mensajes contradictorios en diferentes niveles al mismo tiempo que originan confusión en el sistema familiar.

Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don Jackson (1993), basándose en algunos hallazgos de estas investigaciones, describen algunas propiedades simples de la comunicación humana que encierran consecuencias interpersonales básicas y se resumen en las siguientes premisas o axiomas:

Imposibilidad de no comunicar. De acuerdo a este principio, no existe una conducta que no comunique algo; en todo momento estamos comunicando, incluso el silencio tiene un valor de mensaje. En todo tipo de lenguaje, verbal y no verbal, se envían mensajes ante los cuales las demás personas no pueden dejar de responder, por lo que también comunican. El grado de compromiso que manifiesta el emisor al comunicar, define la forma en que concibe la relación con el receptor. De esta manera, todas las relaciones interpersonales son contextos de comunicación.

Niveles de contenido y relaciones de la comunicación. Este principio postula que en la comunicación se transmite al mismo tiempo aspectos referenciales (información) y aspectos connotativos (conductas). Los elementos referenciales transmiten el contenido del mensaje, mientras que los elementos connotativos se refieren al tipo de mensaje que debe entenderse, por lo que comunica el tipo de relación de los implicados. De tal manera que el aspecto referencial

transmite los datos de la comunicación y los connotativos cómo debe entenderse dicha comunicación, por lo que la capacidad para comunicarse en forma adecuada, constituye una condición íntimamente vinculada con la complejidad del problema concerniente a la percepción del otro, aspecto que implica la transmisión de ambigüedad implícita en el intercambio simultáneo de mensajes relativos a la relación, problemas de interpretación y traducción de mensajes externos en la relación, que de no ser aclarados pueden producir estructuras de integración patológicas.

La puntuación de la secuencia de hechos. La puntuación se refiere a la manera en que se considera una conducta y la secuencia que lleva dentro de la comunicación, lo cual va a determinar la naturaleza de la relación que se establece. Cada miembro que participa en la comunicación puntúa las secuencias de la conducta a su manera.

Comunicación digital y analógica. Afirma que los seres humanos se comunican de manera digital y analógica, dónde el primero se refiere al lenguaje verbal que emplea las palabras para definir a los objetos, mientras que el analógico, puede ser referido por un signo, dibujo u otros símbolos que guardan mayor semejanza con el objeto y a toda comunicación no verbal como gestos, señas, silencios, etc. Este último tipo de lenguaje está abierto a muchas interpretaciones.

Interacción simétrica y complementaria. Todos los instrumentos comunicacionales son de dos formas: simétricos (basados en la igualdad), donde las dos partes que interactúan realizan acciones por igual; y complementarios (basados en la diferencia), donde mientras que un miembro se comporta de una forma, el otro lo hace de forma diferente.

Influencias en los Modelos de Terapia

La cibernética y la teoría general de los sistemas desarrollada por el biólogo Ludwig von Bertalanffy, defenderían una visión muy diferente del enfoque de la ciencia clásica, sosteniendo que el análisis de cada elemento de un sistema no permite captar las características del conjunto, pues éste posee propiedades que no son reductibles a las de los elementos tomados separadamente (Wittezaele y García, 1994).

La noción central en cibernética es la ***causalidad circular*** e implica varios aspectos de acuerdo con von Foerster (1991): se incluye, además de las causas tradicionales de la física, la causa final aristotélica (implicada en el concepto de *propósito*), es decir, se genera una dimensión *teleológica* (de causalidad final); aparece la noción de *información* y su proceso organizacional;

se concibe al sistema como histórica y estructuralmente determinado; además la noción de control se desplaza hacia la de *regulación*, lo que significa generar niveles de meta-estabilidad.

Desde esta perspectiva se exige recurrir a la *modelización* y a la *simulación*, es decir, hacer un esfuerzo por llegar a una representación del sistema que hemos de describir y su funcionamiento; “*simulando el fenómeno a estudiar, podremos obtener informaciones sobre la dinámica del sistema modelizado*” (Wittezaele y García, 1994, p. 77).

Aunque se ha aplicado el término “*sistémico*” a los modelos terapéuticos basados en este lenguaje, veremos que su principal influencia reside en la cibernética, pues ésta se desarrolló ampliamente en el campo de las ciencias sociales (von Foerster, 1991). Estudiemos entonces, la influencia de la cibernética sobre los principales modelos de terapia sistémica.

Terapia del Mental Research Institute (MRI)

En 1959, Don Jackson, basándose en los hallazgos del proyecto Bateson, crea el Mental Research Institute (Instituto de Investigaciones Mentales, mejor conocido por sus siglas en inglés MRI), para lo cual invita a personalidades como Jules Rirskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick y John Weakland. Ellos parten de la idea de que las interacciones familiares influyen en el desarrollo de la patología, para tratar a familias como sistemas de manera breve.

De acuerdo con Wittezaele y García (1994), la escuela de Palo Alto retoma los siguientes conceptos de Bateson para entender el fenómeno de la comunicación: “*La diferencia que crea la diferencia*”, la “*codificación*” de la información en *digital* y *analógica*, las nociones de *interacción*, *simetría* y *complementariedad en las relaciones*, la *puntuación*, *los niveles de un mensaje* y *las paradojas*.

Las ideas del MRI fueron el alimento que nutrió de una visión cibernética a personalidades importantes de terapia familiar que emplearon esta forma de conocer y modelar el proceso terapéutico con un estilo propio, entre ellos están Jay Haley, De Shazer, incluso influyó en los integrantes de la escuela de Milán.

Terapia Estratégica de Jay Haley

Haley propone que en la familia existen diferentes niveles jerárquicos de comunicación que en ocasiones no están claramente definidos, provocando una lucha de poder entre los miembros del sistema familiar y llama terapia familiar estratégica a su estilo de trabajo.

En su libro *“Terapia para resolver problemas”*, Haley (1980) dice que gran parte de sus ideas sobre terapia las debe a colegas y estudiantes de la Philadelphia Child Guidance Clinic (Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia) y el Family Therapy Institute (Instituto de Terapia de la Familia) de la ciudad de Washington, mientras que las ideas sobre comunicación derivan principalmente de Gregory Bateson.

Haley señala que su interés se centró en el contexto organizacional en el que tiene lugar la comunicación, y que por primera vez comenzó a delinear la estructura de la familia en términos de *coaliciones intergeneracionales, díadas o triadas*. Fue observando que las personas sintomáticas se organizan en *jerarquías incongruentes* y que además, ese síntoma es *adaptativo* de alguna manera pues responde a estructuras sociales anormales, de tal manera que en ese contexto una persona debe conducirse de manera anormal (Madanés, 1989).

Trazó un paralelo entre niveles de comunicación y niveles de jerarquía, mencionó que las paradojas (de doble ligadura) se deben a la posición de dos jerarquías incompatibles al mismo tiempo. La tarea terapéutica consistió entonces en describir el contexto social de una familia cuyos miembros presentaran problemas (jerarquía incongruente), de modo tal que su conducta resultara explicable y se pusieran de manifiesto los procedimientos para modificar esa organización jerárquica, procurando *“no dejarse atrapar por una secuencia en forma tal que esté perpetuando el mismo problema que se supone debe resolver”* (Haley, 1980, p. 137).

Terapia de Soluciones

O’Hanlon, Weiner-Davis, Insoo Kim Berg y de Shazer como principales exponentes del modelo de soluciones, trabajan con las familias vistas igualmente como sistemas, pero se enfocan en los recursos y fuerzas de los clientes para solucionar sus quejas, postulando que la solución se encuentra en las capacidades de los clientes, solo hace falta que las descubran y utilicen, de tal manera que un pequeño cambio en una parte del sistema, modificará la totalidad de éste.

De Shazer (1989), quien fundó el Brief Family Center en Milwaukee, menciona que este enfoque se fue desarrollando gradualmente a partir de la tradición de Milton Erickson, de Bateson y el grupo de terapeutas del MRI.

Como menciona en su libro *“Pautasa de terapia familiar breve”* (1989), en los primeros años de desarrollo de este enfoque, trabajó sobre un fundamento de *epistemología ecológica*, la cual reflejaba las ideas de Bateson. Se concibe al sistema terapéutico como un sistema abierto

donde deben incluirse las necesidades de éste en la descripción que se haga del sistema familiar, además señala que el ecosistema es circular y que los efectos de sucesos que acontecen en cualquier parte del sistema pueden transmitirse a todo él y producir cambios en el punto de origen.

Terapia del Equipo de Milán

El instituto de Estudios Familiares de Milán, fundado en 1967 por Mara Selvini Palazzoli, junto con Boscolo, Cecchin y Prata (en un inicio de orientación psicoanalítica) trabajaron durante más de diez años, creando un enfoque en el que la familia se observa como sistema cibernético, donde todos los miembros del sistema se vinculan entre sí en el contexto en que se desencadena y mantiene el síntoma, el cual juega una función específica dentro del sistema familiar.

En los primeros trabajos del grupo de Milán hay una contradicción implícita entre la influencia del MRI, con su enfoque terapéutico abiertamente manipulador, y el respeto de Bateson por la “sabiduría sistémica”. En sus técnicas terapéuticas, el grupo tomó y amplió algunos de los métodos introducidos por el MRI. El doble vínculo terapéutico o, como lo llamó el grupo de Milán, la “*contraparadoja*”, se convirtió en el núcleo de su terapia. Además, formalizó la práctica de la observación de las sesiones por terapeutas ubicados detrás de una pantalla de visión unilateral en el tratamiento corriente (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

A fines de los 70's el grupo quedó impresionado sobre todo con su noción de la *circularidad cibernética* como modelo de sistemas vivos. Este desplazamiento del centro de atención, de la conducta familiar al terapeuta, dio lugar a la técnica del “*interrogatorio circular*”. Milán publicó un artículo: “*Hypothesizing- circularity- neutrality: Three guidelines for the conductor of the session*”, en el que intentaron trasladar las connotaciones del concepto de Bateson a la terapia familiar (Boscolo y cols., 1987).

Además el grupo incluye la noción de tipos lógicos de Bateson como: “*Pasar a un meta nivel*” (o sea, al nivel de un tipo lógico superior) significaba algo así como ser capaz de mantenerse “*por encima de la batalla*” (Boscolo y cols., 1987, p. 30)

Con la descripción de la cibernética de segundo orden que hacen autores como Heinz Von Foerster, Humberto Maturana, Francisco Varela y otros, en general, Boscolo y Cecchin concuerdan con el biólogo Maturana en que no puede haber una interacción instructiva, sino sólo una perturbación de un sistema que luego reaccionará conforme a su propia estructura. Por tal

razón las intervenciones no van dirigidas a un resultado en particular, sino que procuran empujar suavemente al sistema hacia resultados imprevisibles.

Los autores que influyeron en esta escuela son los biólogos cognitivos Maturana y Von Foerster, y las teorías de Ernst von Glasenfeld y otros “constructivistas extremos”. El grupo de Milán también utiliza con fines terapéuticos el concepto de Bateson sobre las “*premisas*”, o sea, valores de referencia o principios orientadores programados en un nivel profundo de la estructura, fuera del alcance de la mente consciente. Los miembros del grupo de Milán buscan un “mito” o “premisas” que parezca mantener en su sitio las conductas vinculadas al problema, para después enunciarlo en sus mensajes a la familia (Boscolo y cols., 1987).

CONCEPTOS BÁSICOS

Bateson (1982, p. 242) señala que la *epistemología* “*procura establecer de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden*”, lo que nos hace reparar en la imposibilidad de que alguien carezca de una epistemología, pues todas las pautas de acción y percepción de la gente se explican y comprenden dentro de bases epistemológicas.

De manera que en el transcurso de nuestro desarrollo vamos adquiriendo una epistemología, que nos brindan descripciones y formas de conocer el mundo. Así, en ocasiones entramos en un estado de confusión al encontrarnos en un mundo de transición entre otros dos mundos, pues el hallarnos en el transcurso de una epistemología hacia otra, implica desplazarnos hacia una visión del mundo que es incompatible con la que estamos habituados. Para llegar a esa otra visión, nuestra dirección consiste en aprender a pensar de otra manera.

El aspecto básico de una epistemología es la creación de una *distinción*, es decir, a las personas nos es posible crear una realidad al diferenciar, por medio de la observación, los objetos y pautas existentes. Acertadamente, Keeney (1991, p. 33) define la distinción como un “*mandato básico obedecido consciente o inconcientemente*”.

Toda persona se convierte en observador al hacer distinciones de lo que observa, pero además puede describirlo, de manera que se desencadena una operación recursiva, donde se establecen distinciones a fin de observar y, por segunda ocasión, se establecen distinciones a fin de describir lo que se observa, dicho en otras palabras, se hacen *distinciones de las distinciones*.

Al establecer distinciones, se indica que uno de los aspectos distinguidos es primario, al distinguir con esta finalidad se define la *puntuación*. De esta manera, en un contexto social, como lo es la psicoterapia, se establece una puntuación de la interacción entre las personas, fundamentada en una epistemología en que cada uno de los miembros que se relaciona plasma la experiencia de los demás.

En psicoterapia familiar, Keeney (1991), distingue entre dos tipos de epistemología: la lineal progresiva tradicional y la recurrente, conocida también como sistémica, ecológica, ecosistémica, circular o cibernética.

La primera se encuentra ejemplificada en el modelo científico clásico que busca causas y efectos, analiza al objeto de estudio en elementos aislados, es decir, los fenómenos a estudiar se traducen en elementos simples, cuantitativos para establecer una relación matemática, hipótesis que se somete a verificación por medio de un experimento, al final los elementos encontrados con el análisis se combinan en una síntesis. Al reproducir artificialmente el fenómeno, se pretende que el resultado del experimento coincida con la hipótesis, pues de suceder así deviene una ley. Este proceso lo encontramos en todas las llamadas ciencias: matemáticas, física, biología, química, medicina e incluso psicología en modelos como el de J. B. Watson que gira en torno a una concepción mecánica reduccionista del ser humano y el mundo, lo cual implica que el sujeto se adapta pasivamente a las condiciones de su medio (Keeney, 1991).

Por lo contrario, partiendo de una epistemología alternativa, el terapeuta es al mismo tiempo tratado por los clientes, donde terapeuta y cliente se encuentran conectados en una relación recursiva o circular, es decir, trabajan en una realidad compartida, donde las preguntas e hipótesis del terapeuta contribuyen a crear la realidad del problema que se trata.

Keeney (1991) menciona que todo sistema cibernético se distingue porque posee:

ψ Una *organización recursiva*, es decir, que se re-ejecuta la misma pauta de organización, y

ψ Una estructura de *retroalimentación*¹ *autocorrectiva*.

Bateson señala que cualquier sistema está circunscrito por órdenes superiores de control de retroalimentación. La concepción de la caja negra que postula que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado, supone que el observador es capaz de manipular o controlar

¹ Wiener define la retroalimentación como el “*método para controlar a un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado*” (Keeney, 1991, p. 83).

unilateralmente el sistema, sin embargo, en un orden superior de recursión, el terapeuta forma parte de un sistema total y está sujeto a las restricciones de su retroalimentación y lejos de ejercer un control unilateral, solo puede facilitar o bloquear la *autocorrección*.

Pask (Keeney, 1991) diferenció dos órdenes de sistemas orientados hacia una meta: *taciturno*, donde el observador descubre o enuncia la meta y le permite actuar como si estuviera diferenciado del sistema; y los *sistemas orientados por el lenguaje*, que representan un orden de recursión superior donde se puede instruir al sistema para que adopte ciertas metas, además de que el sistema puede describir sus propias metas.

Los terapeutas han tratado a sus clientes como sistemas *taciturnos* o como sistemas *orientados por el lenguaje*. De acuerdo con la primera postura, el sistema del cliente es una caja negra que puede ser observada y operada desde una posición exterior a ella; de acuerdo a la segunda, el terapeuta es incorporado al sistema y queda vedada su desconexión del circuito integrado por él y el cliente.

Para el observador ubicado desde un segundo orden de recursión (desde la *cibernética de la cibernética*), toda descripción que realiza es *autorreferencial*, lo cual significa, que él mismo está incluido en las descripciones que realiza. Por lo cual von Foerster (Keeney, 1991, p. 98) nos insta a tomar en cuenta que: “*las observaciones no son absolutas sino relativas al punto de vista del observador*”, además de que, “*las observaciones afectan lo observado, de modo tal que anulan toda esperanza de predicción que abrigue el observador*”.

Conocer este hecho nos conduce a examinar de manera minuciosa y sobre una base *ética*, la manera en que el observador participa en la descripción de lo observado, en la construcción de nuestro mundo de experiencia y también es válido revisar cómo lo observado influye sobre el observador.

Los especialistas describen a la cibernética de la cibernética como una manera de percibir el “*cierre organizacional*” o “*autonomía*” de los sistemas; se trata de un intento de percibir la totalidad de los sistemas. Maturana y Varela recurrieron al término *autopoyesis* para aludir a ese “*orden de proceso que genera y mantiene la totalidad de las células biológicas*” (Keeney, 1991, p. 101). Así pues, la autonomía se refiere al mantenimiento de la totalidad de un sistema. Se afirma entonces que es éste el orden más alto de retroalimentación de un sistema, por ejemplo, un sistema social como la familia se organiza a fin de mantener la organización que la define como

tal. La organización cerrada, autonomía o totalidad de un sistema como la familia no puede modificarse, lo que cambia es su estructura, o el modo de mantener su organización.

Un aporte importante de Bateson fue el concepto que formuló de “**mente**” como sistema cibernético: *agregado de partes interactuantes, dotado de un sistema de retroalimentación* (Keeney, 1991, p. 107), debido a que con ello se apunta a que la unidad de la terapia no son los individuos, parejas, familias, vecindarios o sociedades, sino que la cibernética se centra en el proceso mental, observando las pautas subyacentes de la retroalimentación.

Trasladando estas concepciones al campo de la terapia, se concede suma importancia al *contexto* social en el que se desarrolla una conducta sintomática, pues se estudia de qué manera la familia contribuye a mantener el contexto problemático, por lo que cualquier intervención de un modelo cibernético, tendrá que relacionarse con las pautas de interacción social, es decir debe percibirse la organización recursiva de esta familia.

Dentro del contexto de la terapia se distinguen dos formas de evaluar un sistema, una consiste en identificar la pauta recursiva viciosa incluyendo los intentos infructuosos de solucionar su problema y desde otro marco de referencia se examinan los efectos de orden superior que las intervenciones terapéuticas traen consigo, “*esto entraña preguntarse si el sistema modificado mismo no introduce a caso un problema de orden superior*” (Keeney, 1991, p. 138). La idea central en que se basa esta evaluación consiste en que los sistemas cibernéticos están recursivamente conectados como parte de una ecología total que es necesario tomar en cuenta.

Los *síntomas* se consideran como “*una suerte de igualdad intesificada*” (Keeney, 1991, p. 141), donde lo que cambia es la intensidad en una emoción, conducta o forma de interacción determinada que se ha mantenido. Se entiende, que “*cualquier pauta de comportamiento que puede caracterizarse como un empeño por maximizar o minimizar una variable es patológico*” (Keeney, 1991, p. 142). Dentro del contexto de retroalimentación recursiva de una familia, podemos considerar los síntomas como *metáforas de una ecología total*, pues se desvía la atención del *individuo perturbado* a la *familia perturbada*.

En su obra “*Estética del cambio*”, Keeney (1991) propone el concepto de *clímax ecológico* como una metáfora estética para examinar la salud y la patología, señalando: “*la salud y la patología son dos caras de una misma moneda de complementariedad cibernética*” (p. 145).

La **ecología** se define como “*la visión más amplia posible para comprender todos los sistemas, órdenes de sistemas e interrelaciones entre ellos*” (Keeney, 1991, p. 154). Pensar ecológicamente implica tener la idea de que un organismo puede curarse si se le deja liberado a sí mismo, desde esta perspectiva, la terapia familiar debería indagar cómo debe procederse para permitirle a la familia o individuo que ellos mismos efectúen sus propios ajustes. Una manera de comprender como los sistemas se curan a sí mismos consiste en examinar cómo el sistema debe disociarse en la mente consciente e inconsciente, para alcanzar una integración de su totalidad.

El mismo autor nos dice que “*al orientarnos para ver las ‘las pautas que conectan’, terminamos por vivenciar una **estética** de nuestro ecosistema*” (Keeney, 1991, p. 158), hablar de una comprensión estética nos insta a contemplar tanto las partes como la totalidad de un sistema, como una complementariedad cibernética; la enfermedad y la salud como parte de una ecología total.

Herramientas

La **cibernética** pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, la cual se ocupa de todas las formas de conducta y donde cualquier idea es real. Se conciben dos tipos de sucesos en que se manifiesta la pauta: los materiales, que corporizan la pauta; y los inmateriales, provenientes de las ideas e imaginación, sin embargo, no constituyen una dualidad, puesto que la cibernética abarca tanto el mundo material (regido por las leyes de la física) como el de la pauta.

Así que esta forma de ver nos propone abarcar ambos lados de cualquier distinción trazada por un observador, considerándolas parte de una **complementariedad cibernética**. Varela propuso una manera cibernética de contemplar estas distinciones, primero estableciendo los dos lados de la distinción que aunque son diferentes están relacionados entre sí: “*la relación entre los lados de estas distinciones es autorreferencial, de modo tal que uno de ellos es (re)ciclado desde el otro*” (Keeney, 1991, p. 109). Por lo tanto, entendemos las complementariedades cibernéticas como “*reencuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de recursión*” (Keeney, 1991, p. 111).

En terapia familiar suelen emplearse términos como enfermedad, paciente, síntoma, cura, diagnóstico, intervención, pero bajo el lente cibernético estos conceptos deben ser reencuadrados como referencia a pautas y no a cosas.

Una manera de conseguir pautas totales de recursión, consiste en aplicar una dialéctica tal que pueda reconectarse los dos lados de las distinciones que trazamos, lo que implica ver los

procesos como organizados por un proceso de retroalimentación recursiva. Esto es posible mediante una *“herramienta epistemológica que nos permite generar y discernir diferentes órdenes de pautas”*, es decir mediante una **dobles descripción**; nos da una vislumbre de la relación total, al conjugar de manera simultánea las respectivas puntuaciones (Keeney, 1991, p. 54).

Es posible comprender la epistemología de cierta persona al indagar las distinciones que ésta traza. Se pueden identificar tres maneras de trazar distinciones de acuerdo a diferentes **órdenes de recursión**: se trazan distinciones primarias para discernir datos elementales, como información sobre eventos importantes en la vida familiar de un individuo, o bien, sobre la secuencia interaccional de la familia; después se recurre a un nivel de abstracción más profundo, en el que se organizan los datos elementales, procurando establecer pautas que los conecten (coreografía); y por último, se puede regresar a examinar lo que se ha hecho, recordando que el terapeuta como observador ha hecho ciertas distinciones, pero que existen otros **marcos** o formas de discernir los datos y las pautas de organización.

Otra de las herramientas fundamentales que sirven como *“instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres”* son los **tipos lógicos** (Keeney, 1991, p. 46). Noción que desarrolla Bateson con el objeto de examinar si *“si la teoría de los tipos lógicos es adecuada para el estudio de las relaciones interpersonales”* (Witzezele y García, 1994, p. 98). Bateson descubre que la comunicación entre los seres humanos tiene diferentes niveles de abstracción, además de una jerarquía. Un ejemplo de ello es cuando se da un intercambio entre los individuos, estos pueden hacer, con la señal que reciben, diferentes cosas, como amplificarla, corregirla, negarla, etc. La presencia simultánea de diferentes niveles de abstracción en la comunicación posibilita que surjan las **paradojas**.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Keeney (1991) menciona que el terapeuta cada vez que se topa con un problema o síntoma, tiene la tarea de construir o identificar un modelo (isomorfo) que le corresponda. Para lo cual, Bateson puntuó diferentes órdenes de aprendizaje a los que es posible acudir para dar cuenta del orden de encuadre en que una persona está atrapada, pues ésta requiere determinado orden de solución. El aprendizaje I se ocupa de una acción simple particular dentro de un contexto dado; el

tipo II, se refiere a aprender una manera de puntuar los acontecimientos; y el tipo III, representa un cambio correctivo en las premisas epistemológicas de la persona.

Además señala que las premisas de la *mente inconsciente* se ocupan de las relaciones y corporizan las pautas más abarcadoras de la epistemología cibernética. Por lo tanto se entiende que la mente inconsciente es un agente curativo, el cual se comunica indirectamente. La función básica del terapeuta es promover la autocorrección adecuada para el cliente o familia.

Dentro del proceso terapéutico se genera una *socioretroalimentación* en la que el terapeuta construye diversos modelos al describir la pauta problemática y responde (retroalimenta) a la familia con la creación de *transformas* (prescripción o intervención). Tanto modelos como transformas son los lados complementarios de una pauta sistémica.

Keeney (1991) señala que es indispensable incorporar un *ruido o Rorschachs significativo* para generar una socioretroalimentación eficaz en terapia, es decir, debe construir un mensaje que de al cliente significado u orden. Terapeuta y cliente generan una comunicación recursiva en torno al síntoma, donde el terapeuta da una transformas esparciendo un poco de ruido, el cliente construye luego una transformas de esa transformas, a continuación el terapeuta vuelve a transformarla y así sucesivamente, se produce entonces un orden de recursión diferente ante cada reciclaje de interacción. Este proceso se representa esquemáticamente de la siguiente manera (Keeney, 1991, p. 199):

[Demanda de estabilidad (E)/Demanda de cambio (C)] / Presentación de un Ruido significativo (RS)

El mismo autor señala que la estabilidad se refiere a la totalidad o autonomía del sistema cibernético, en tanto que el cambio se refiere a la construcción de diferentes pautas o estructuras que contribuyen a mantener el sistema total, y por otro lado, se requiere una “*fente de orden la cual sirve para establecer distinciones en lo azaroso*” (Keeney, 1991, p. 196), es decir, de un ruido significativo para facilitar en el sistema la creación de una nueva pauta o estructura para organizar su experiencia, conducta e interacción.

Al finalizar cada uno de los siguientes apartados, podremos observar como los diferentes enfoques sistémicos modelan la pauta del problema y la pauta del cambio, señalando además sus diferentes ordenes de recursión.

**TERAPIA
ESTRATÉGICA DEL
MENTAL RESEARCH
INSTITUTE (MRI)**

ANTECEDENTES

La creación del Mental Research Institute estuvo ligada al proyecto de investigación encabezado por Gregory Bateson, donde además participaron Don Jackson, Jay Haley y Weakland. Algunos temas que estudiaron están relacionados con el efecto de la droga LSD y las terapias con familias de pacientes esquizofrénicos.

Don Jackson, basándose en los hallazgos de dichas investigaciones e interesado por fundar su propio instituto de investigación crea el MRI, el cual abre sus puertas oficialmente el 19 de marzo de 1959 en Palo Alto, California, con la colaboración de Jules Riskin, Virginia Satir y Janet Beavin. Más tarde se integran Haley y Weakland para hacer investigación. Con los artículos que obtienen se fundan las bases para la terapia estratégica (Wittezaele y García, 1994).

Otro exponente destacado de este instituto es Paul Watzlawick, quien se interesó por el estudio de la comunicación humana y desarrolló junto a Jackson una técnica de conversación.

Las actividades principales por las que se destaca el trabajo del MRI, de acuerdo con Wittezaele y García (1994), son formación, investigación sobre la familia y la enfermedad mental, terapia familiar breve (de diez sesiones generalmente), investigaciones sobre la teoría de la comunicación y sobre el proceso de cambio.

PRINCIPIOS

Dentro de este enfoque, las personas que llegan a terapia son consideradas como un sistema en equilibrio que cuenta con un marco de referencia para guiar su comportamiento en la vida, es decir, cuenta con una manera particular de significar lo que percibe. Estos son los valores, creencias y formas de comportarse, los cuales son adquiridos desde la infancia. Se tiene en cuenta que toda persona se encuentra inmersa en un contexto social repleto de símbolos, significados, patrones de acción que influyen en las relaciones establecidas entre las personas. Por lo cual el conflicto y la posible solución a trabajar en terapia se visualizan dentro de un contexto de interacción.

Para el proceso terapéutico se marca una diferencia importante entre la denominación *cliente* y *paciente*. Se considera cliente a aquella persona que solicita el servicio ya sea para sí mismo o para otro que identifica como “enfermo o problemático”, es decir, pide ayuda para otro miembro de su familia o conocido, además se caracteriza porque se muestra como la persona más afectada por el problema e interesada en resolverlo. Por otro lado, el paciente es aquella persona

calificada como “enfermo mental o problemático” y puede ser posible que pida ayuda terapéutica, o por el contrario, se oponga a asistir a terapia debido a que él no ve ningún problema. Por lo tanto, el terapeuta ha de estar habilitado con técnicas y estrategias para diseñar una intervención adecuada a cada caso.

Nardone y Watzlawick (1995) explican que los problemas que las personas suelen presentar son parte de las dificultades normales de la vida cotidiana, sin embargo, las soluciones intentadas funcionan como perpetuadores del mismo problema. Esto sucede cuando al ver el fracaso de la solución intentada se persiste en solucionarlo con una dosis mayor de la misma solución lo cual hace caer en un círculo vicioso, también conocido como *más de lo mismo*.

Los intentos infructuosos de solución que la familia practica son denominados *cambios tipo 1*, de acuerdo con Watzlawick, Weakland y Fisch (1986), éstos son incapaces de efectuar el cambio deseado, por el contrario, en algunas circunstancias son capaces de convertir en problemas las dificultades normales de la vida. Para que sea posible efectuarse un cambio en el sistema se requiere un *cambio tipo 2*; para conseguirlo se aborda la situación en el aquí y ahora, además de buscar el qué y cómo, no las causas del problema. Usualmente, la solución le parece a la familia extraña, inesperada, desconcertante, debido a que implica diseñar un plan completamente distinto, dar un cambio de 180°, modificar las reglas de relación que llevaron al problema.

Lograr un *cambio de tipo 2* no es una tarea sencilla, se requiere formas elaboradas de intervención que serán mencionadas a continuación.

INTERVENCIÓN

Me parece importante comenzar señalando 3 instrumentos sustanciales con los que cuenta el terapeuta para intervenir y que ha de manejar con precisión desde el primer encuentro con su cliente. A continuación serán descritos brevemente de acuerdo con Fisch, Weakland, y Segal (1993).

Capacidad de maniobra

Se refiere a la habilidad del terapeuta para dirigir y conservar el poder de elección del proceso terapéutico. Implica que el terapeuta emplee ciertos medios para obtener plena libertad de acción y decisión, pero además adquiere la responsabilidad de guiar el rumbo de la terapia

hacia la consecución de los objetivos mínimos del cliente. Los medios para aumentar la capacidad de maniobra consisten en:

- Maniobrar con oportunidad y ritmo en cada paso del proceso.
- Salvaguardar la oportunidad de *tomarse el tiempo necesario* para pensar y planificar una forma más útil de ayudar al paciente a resolver el problema.
- Utilizar un *lenguaje condicional* con la finalidad de evitar asumir una postura prematura del problema y las estrategias de solución, además de depositar la responsabilidad en el paciente.
- Asegurarse que el paciente defina de manera *concreta* y clara tanto el problema como los objetivos mínimos que desea alcanzar.
- Manejar una actitud e intervención que se adapte a cada cliente. Tomar una *actitud igualitaria* para no obstaculizar la cooperación de los pacientes, evitar una actitud de superioridad.
- Dado que la intervención se enfoca en la interacción de los clientes en torno a la dolencia, es suficiente *trabajar con el miembro de la familia que está más interesado en solucionar el problema*.
- En presencia de algún *comprador fingido* es recomendable: negociar un nuevo contrato donde el paciente aclare su verdadera dolencia; sugerir al paciente un problema alternativo; trabajar con el afectado real antes que con el paciente; tratar de que el paciente se interese por el tratamiento; finalizar la relación terapéutica.
- Ante algún *paciente restrictivo* es importante solicitar la libertad de decisión sobre el asunto en cuestión o afrontarlo asumiendo el control y dirección de la terapia.

Es obligación del terapeuta diseñar el tratamiento de tal manera que desde el inicio conserve su capacidad de maniobra.

Postura del paciente

Desde el primer contacto es importante checar cuáles son sus creencias, valores, prioridades con los que la persona está comprometido y manifiesta en su expresión digital (verbal) y analógica (actitud, lenguaje no verbal). Para el terapeuta es esencial conocer dicha postura debido a que a partir de ésta se toman las directrices para plantear una sugerencia adecuada que el cliente acepte. Algunas formas de utilizar la postura del paciente consisten en:

- Aceptar las afirmaciones del cliente, sus valores y evitar los comentarios que lo irriten o que nos despojen de credibilidad.
- Estimular la colaboración del paciente, siendo cautelosos al comprobar que acepte nuestras indicaciones.

Reestructuración

El proceso de la entrevista inicial en la terapia estratégica consiste básicamente en obtener información clara y explícita (manifiesta en términos conductuales) a cerca de la naturaleza del problema, cómo se está afrontando (soluciones intentadas), objetivos mínimos del cliente y conocer la postura del paciente. Los siguientes pasos son: conocer el tema que conecta los intentos de solución; decidir que se debe evitar; formular un enfoque estratégico (el más efectivo es un giro de 180°); formular tácticas concretas; y encuadrar la sugerencia en un contexto, lo que equivale a *reestructurar*, para que posteriormente se evalúe el resultado.

Este último procedimiento es de suma importancia pues se refiere a encontrar la mejor forma de *vender la tarea* al cliente, de cambiar el propio marco conceptual o emocional en que el paciente vive una situación, para cambiar el sentido atribuido a tal situación (Watzlawick y cols., 1986). Para lograr dicho cometido se utiliza la postura del paciente.

Los miembros del MRI clasifican algunas intervenciones útiles para problemáticas estancadas en el cambio tipo 1, es importante señalar que para cualquier tipo de intervención es necesario hacer un reencuadre.

Intervenciones principales

En el intento *de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo*, generalmente el paciente padece una dolencia de funcionamiento mental, corporal o rendimiento físico. Las intervenciones consisten en: enseñarle que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que se desea eliminar; dar razones y directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento, por ejemplo, pedir que exhiba deliberadamente el síntoma o que deje de luchar definiendo el síntoma como algo beneficioso (Fisch y cols., 1993).

- En el *intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo*, el paciente aplaza el enfrentamiento mediante una constante preparación. La técnica consiste en exponer al paciente a la tarea temida al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

- El *intento de llegar a un acuerdo mediante la oposición* es común en las riñas interpersonales. Es recomendable: lograr que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad; poner en marcha un *sabotaje benévolo*; lograr que el cliente haga peticiones concretas y específicas permitiendo que tenga la sensación de estar en una postura de superioridad con respecto a su cónyuge.
- Para el *intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación* es necesario lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente.
- Ante la *confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa (juego del acusador y del defensor)*, se requiere lograr que una de las partes abandone su papel repetitivo, o bien, usar la *interferencia*.

Intervenciones generales

Se centran en la forma en que el terapeuta puede utilizar la postura del paciente para preparar el terreno e intervenir o averiguar si ella será suficiente para solucionar el problema (Fisch y cols., 1993).

- *No apresurarse* en cuanto al cambio, implica ofrecer razones creíbles para el cliente para no ir de prisa, se le dice que no haga nada concreto, evitando cualquier insinuación de optimismo.
- *Peligros de la mejoría*, se aplica cuando el paciente muestra resistencia al cambio, preguntándole si una mejoría representaría una desventaja o peligro para él, puede acompañarse de la postura de no apresurarse.
- *Cambio de dirección*, implica dar un giro de 180°, es recomendable cuando el terapeuta comienza a discutir con el cliente, lo cual indica que no está aprovechando su postura.
- *Cómo empeorar el problema*, es de utilidad cuando el cliente se resiste a anteriores sugerencias. Se trata de que el terapeuta expone las cosas que el paciente ha estado haciendo para solucionar su problema, pero que en realidad sirven para exacerbarlo, subrayando cómo él desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

APLICACIÓN CLÍNICA

La cliente es Mónica, de 18 años de edad, estudiante de preparatoria. El problema expresado son las frecuentes peleas debido a celos de su novio Javier de 23 años, estudiante de licenciatura, con quien lleva un año y medio de relación.

Con la finalidad de poner en práctica el proceso terapéutico del modelo MRI, se presenta un video de la primera sesión con dicha cliente, del cual se extrae la siguiente información.

Clarificación del problema

Al indagar sobre este aspecto utilicé los siguientes medios para incrementar la capacidad de maniobra: pedir que defina de manera clara y concreta el problema, tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar, oportunidad y ritmo, además de manejar una actitud igualitaria. Mónica menciona que de 5 días a la semana que ve a Javier, 3 pelean debido a celos.

Respecto al problema específicamente encontré lo siguiente:

- Inicialmente ella dice que él es celoso por todo, después se le pide que de ejemplos de cómo él lo manifiesta, menciona que se produce cuando platica con sus amigos o algún chavo le habla, también cuando se le queda viendo un chico, va a bailar y cuando Javier notó que ella tenía una fotografía de un hombre en su computadora.
- Mónica menciona que suelen discutir en la escuela, en su casa, por teléfono. A este respecto he notado que me faltó precisar si pueden llegar a pelear en cualquier lugar o solo donde ella menciona, además de saber si hay algún lugar donde sea imposible que peleen.
- Las acciones de las peleas las recapitulo de la siguiente manera: pasa un evento que le provoca celos a su novio, por ejemplo, que la vea platicando con un chavo, se pone serio, ella pregunta que tienes, él dice que nada (este juego se establece como 1 hora aprox.) hasta que él dice *“pues ya sabes...”*, ella piensa *“¿qué hice?”*, él dice *“es que el chavo...”* explica enojado y reclama, ella evalúa si es culpa suya o de él (se pone en su lugar), cuando no tiene la culpa le dice: *“no es mi culpa”, “no tiene nada de malo”* y trata de explicarle las cosas (por ejemplo le dice que sólo es su amigo), cuando considera que si es su culpa, ella explica: *“como que a él le gusta que le esté pidiendo perdón o le esté ahí diciendo que me disculpe... y entre más lo hago... como que menos se quiere contentar... yo me he dado cuenta de eso y cuando se enoja, no le hago caso, cuando yo tengo la culpa le digo discúlpame y hasta ahí... entonces como que él se molesta porque ya se acostumbro que yo le esté diciendo y pues es cuando yo ya me voy... entonces es cuando ya me habla por teléfono y empezamos a pelear otra vez...”* Ella ha practicado cambios de tipo 1 o *“mas de lo mismo”*.

- Algunos datos importantes que falta examinar es si llegan a pelear con personas presentes (desconocidos o conocidos), si alguien llega a intervenir o solo lo hacen cuando se encuentran solos, qué actividades quedan excluidas y cuáles son las excepciones a la regla.

Soluciones intentadas

Las soluciones que ha intentado las recapitulo de la siguiente manera: se pone en el lugar de él y considera si es culpa de ella, de ser así, solía pedir disculpas muchas veces hasta que se tranquilizara, habla con él explicándole qué fue lo que pasó, actualmente pide disculpas 1 vez y cuando continúan discutiendo, ella opta por terminar la relación (en los últimos 2 meses han terminado 5 veces aprox.) pero ninguna de estos intento le ha funcionado.

Mónica menciona que a partir de que comenzó la relación con Javier ha hecho algo diferente, pues antes ella no era celosa, pero ahora como él la ceta, ella hace lo mismo “*para que vea lo que se siente*”, menciona que en realidad no se enojaba, simplemente lo actuaba. Lo hace de repente y muy moderadamente pero no le ha dado resultados.

Postura del cliente

Como medios de aprovechar la postura del cliente actúo empática, aceptando sus valores y comentarios, además de estimular su participación, siendo cautelosa de ver si acepta mis comentarios.

Para explorar su postura en torno al problema le pregunto: *¿y él siempre fue muy celoso? ¿algún suceso o algún evento que tu consideres que a partir de eso fue más? ¿cómo te explicas que él sea así?*

Ella responde de la siguiente manera: “*no antes, al principio pues no, era como más tolerante, yo creo que es porque como ya llevamos más tiempo, como que siente como que más compromiso... se enoja más, pero antes no*” “*yo creo que como voy mucho a los bailes , yo creo que eso le fue molestando*”

Cuando Mónica comenta esto, a manera de aceptar su postura, le respondo “*pero dices que desde antes de que lo conocieras pues tu siempre ibas (asiente) él te aceptó sabiendo que tu ibas...*” ella responde aceptando el comentario: “*si, y es lo que digo, al principio no me dice nada...pero después fue pasando el tiempo y ya como que se molestaba de que iba*”

Como comentarios adicionales que definen su postura menciona: *“yo me cansé de estarle pidiendo disculpa, y dije ¡ay ya! Si me quiere perdonar pues que lo haga, si no pues no lo va a hacer”* *“me trato de poner en su lugar”* *“yo creo que todo lo ve mal”* *“yo creo que lo que ve es con lo que se queda, ósea con sus celos y ya no le importa lo que le digo”* *“yo hablé con él y me dijo que iba a cambiar llevamos 2 semanas que no nos hemos peleado tanto, pero pienso que va a volver a hacer lo mismo”* *“a él le gusta que le diga no pues tu eres mi novio, yo te quiero a ti...”* *“yo creo por como era antes...tenía sus caldos...y como comenzó nuestra relación...se fue dando una relación, así como era con sus amigas así conmigo, pero yo tenía mi novio...”*

Objetivos mínimos de cambio.

Al preguntarle cuál sería el objetivo de estas sesiones, menciona que sería ya no pelearse tanto con él, explica: *“más que nada vengo para que me ayuden a mí, a lo mejor yo puedo hacer algo para arreglarlo... y otras cosas...”* entonces empieza a relatar un situación con otro chico, mencionando que quiere aclarar sus sentimientos respecto a él. Sin embargo, se le pide que aclare dentro de sus prioridades lo que quiere solucionar, inclinándose por arreglar la situación con Javier.

El reencuadre que le propongo consiste en plantear que no podemos trabajar con lo celos de su novio porque él no asiste a terapia, pero que ella puede hacer cosas diferentes para que dejen de pelear, por otra parte, redefino los celos de su novio como imaginaciones de él, lo cual ella acepta:

Terapeuta: “entonces como que se queda con sus celos, yo entendería que es lo que él se imagina ¿tu cómo ves o cómo crees que sea eso de sus celos?”

Mónica: “si yo creo que es eso, que se imagina... yo digo que es más lo que se imagina”

Terapeuta: ¿Qué tanto tu estarías dispuesta a cambiar cosas...tu estarías dispuesta a cambiar esa forma en que comúnmente te diriges a las personas para que él deje de sentir celos o para que dejen de discutir? Esta pregunta la hago con la intención de que ella asuma la responsabilidad de su participación en la terapia, puesto que ella será quien tenga que mostrar cambios, antes que su novio. Ella responde no convencida de cambiar su comportamiento común porque no lo ve como malo, por lo cual reformulo la pregunta aclarando: “sería muy difícil que nos propusiéramos como objetivo que él dejara de sentir celos porque él no viene aquí...pero quizás sí hacer algo diferente para que... su actitud sea diferente... porque me comentabas que es lo que él hace antes de ponerse celoso, como que se pone serio...podrías incluso nada más de

mirarlo de su expresión predecir cuando él esta imaginando cosas en su cabeza (ella afirma)... incluso desde que tu vas a hacer algo que le da celos (afirma)... el hecho es que aquí tendríamos que ver que tanto tú estas dispuesta a cambiar o hacer cosas diferentes para que podamos cambiar ese patrón donde él se imagina cosas y desencadena toda una pelea...”

Mónica: si mientras sea para mejorar...

Cuando le pido que mencione pequeños cambios que mostrarían que vamos por buen camino, ella menciona cosas que él esta haciendo actualmente, como que ella le dice que va a un baile y lo acepta trata de entender que a ella eso le gusta. Sin embargo, estas muestras de cambio las menciona debido a que le dio un ultimátum a Javier, es decir, que ella lo terminó y él le pidió una oportunidad en la que él se comprometió a cambiar, pero ella cree que volverá a lo mismo. Le pregunto: *“¿que tendría que pasar que te hiciera darte cuenta de que ya no va a ser momentáneo, qué tendrías que notar tú en él?”*

Mónica: pues con el tiempo. Menciona que no sabe como podría darse cuenta, pero estas dos semanas han estado tranquilos y eso lo considera como pequeños cambios que van hacia una mejora.

Intervención

Terapeuta: “mira yo veo como que ahorita deberíamos darle un tiempo porque él te está mostrando... está tratando a lo mejor de demostrarte cosas que... yo pienso que esta bien que le des ese tiempo... entonces yo te pediría que de aquí a la próxima vez que nos veamos... observes en que momento él empieza... con esta expresión de ya está imaginando... vamos a contar cuántas veces tú te das cuenta de esto... cuando tú te des cuenta de que pone esa cara... que hagas algo que sea diferente a lo que normalmente haces... que ahora en lugar de decirle ese “qué tienes”... le digas algo que a él le gusta que tú le digas por ejemplo... vamos a hacer ese experimento qué te parece (acepta)... qué te parece si hacemos eso y vemos qué pasa... y veríamos si se presta o a ver si pasar porque me dices que ahorita se está portando bien (acepta la tarea)... te pediría que observes muy bien cuál es su reacción a ver qué es lo que sucede...”

El tipo de intervención había de ser no apresurarse, ir despacio, pero considero que no lo hice de manera adecuada debido a que la tarea no fue solo de observación, sino que contenía un elemento extra, que no di concretamente, pero que pretendía modificar el patrón de la queja.

Planeación de la siguiente sesión.

Sería adecuado iniciar viendo si se presentó la ocasión para realizar la tarea, qué fue lo que hizo, si notó algún cambio, pues ello dará las directrices para continuar. Si no lo hizo debido a que Javier no ha mostrado celos o la hizo y le dio buenos resultados, será conveniente hacer una intervención de no apresurarnos, pero si lo hizo y el resultado fue malo o peor, habrá que indagar detalladamente por qué fue así y de ser necesario se hará un cambio de dirección. Por otra parte, es importante señalar que se indagará a mayor profundidad sobre el problema pues una vez revisando el video, considero que me faltó información.

MODELAMIENTO CIBERNÉTICO	
Pasos del proceso terapéutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición del problema 2. Intentos de solución 3. Postura del paciente/cliente 4. Objetivo (cambio mínimo) 5. Estrategia Terapéutica (giro de 180°) 6. Intervención
Modelamiento del problema	
En un segundo orden de recursión ²	
En un primer orden de recursión	
Modelamiento del cambio³ (transformas)	
En un segundo orden de recursión	
En un primer orden de recursión	

El objetivo estratégico del MRI es romper el círculo vicioso de las complementariedades cibernéticas problema / intentos de solución. En este caso, se logra diseñando una prescripción que dé un giro de 180° respecto a la solución intentada, por ejemplo, producir el síntoma intencionalmente. Esto puede ser posible solamente, al elaborar un reencuadre que este acorde con las creencias, valores y explicaciones del cliente (postura).

² El modelamiento de primer orden se encuentra regulado por el de segundo orden de recursión.

³ El modelamiento del cambio es un reflejo del modelamiento del problema.

COMENTARIO

Este enfoque permite que vea de manera diferente los problemas de mi vida personal y en lo relativo a los de otras personas, me hace estar atenta en no estancarme en una sola forma de resolver algún problema, sino dar un paso más y experimentar algo diferente, algo más allá de lo que veo a simple vista. Considero que necesito practicarlo más para poder mejorar y aunque se que he tenido fallas en su aplicación, considero que podré hacerlo mejor.

Respecto a la experiencia de aprendizaje, quiero dar las gracias porque fue muy grato y considero que me deja un aprendizaje significativo.

**TERAPIA
ESTRATÉGICA DE JAY
HALEY**

ANTECEDENTES

El empleo del enfoque estratégico para resolver problemas tiene grandes raíces que van desde la antigua tradición griega del *culto a la Metis*, representante de la astucia, audacia y la habilidad para diseñar estrategias que produzcan el máximo de resultados con el mínimo de esfuerzo. También está la tradición china del *arte de la guerra* para vencer al adversario con el mínimo de esfuerzo y el *arte de la persuasión* para inducir a las personas a cambiar o convencerlas de algo (Nardone, 2004).

Desde esta perspectiva el pensamiento y la práctica estratégica data de siglos, pero pensando en la aplicación actual y sistemática dentro de la terapia, encontramos a grandes personalidades como Milton Erickson, Watzlawick, Weakland, Fisch, Madanes y Haley (Nardone y Watzlawick, 1995)

Erickson en su práctica terapéutica diseñó diversas estrategias para resolver en breve tiempo las problemáticas de sus pacientes. Para 1952, cuando se funda el grupo de Palo Alto (Bateson, Watzlawick, Weakland, Fisch y Haley) comienza el desarrollo de una perspectiva teórica-práctica para la terapia breve, y para 1976 Haley con Madanes crean el Instituto de terapia Familiar en la ciudad de Washington, donde también desarrollan un enfoque particular, el cual describo brevemente en el presente trabajo.

El término “*estratégico*” fue designado por Jay Haley considerando la forma de hacer terapia de Milton Erickson para hacer referencia a las estrategias que éste último llevaba a cabo con sus pacientes. Así pues, algunos consideran a Erickson como el padre de la terapia estratégica, mientras que otros consideran su terapia como algo aparte, ya que no seguía un método preestablecido para solucionar el problema del paciente.

PRINCIPIOS

Este modelo se caracteriza por la *directividad* por parte del terapeuta. Es él quien decide la forma en que se llevará a cabo la terapia. Un aspecto importante en este tipo de terapia es que aunque se considera al paciente para fijar los objetivos, es el terapeuta quien decide como se lograrán. El foco central consiste en diseñar la estrategia adecuada para que el paciente solucione su problema.

Haley (Nardone y Watzlawick, 1995) menciona que a lo largo de la vida las personas atravesamos por ciertas etapas críticas, donde la familia es susceptible de entrar en crisis debido a

los cambios que se enfrentan en dichas circunstancias, estas son: *el periodo de noviazgo; el periodo inicial del matrimonio; el nacimiento y la relación con el hijo; el periodo intermedio del matrimonio; la separación de los padres por parte de los hijos; la jubilación y la vejez.* Considera entonces, que es en estos momentos, en que un ciclo de vida se cierra, pueden surgir dificultades que bajo ciertas circunstancias pueden derivar en *graves fenómenos patológicos.*

Otro motivo desencadenante de problemáticas en la vida familiar, para Haley (Nardone y Watzlawick, 1995), tiene que ver con la *incongruencia jerárquica*, es decir, se establecen *alianzas, coaliciones, triangulaciones* que tienen que ver con *juegos de poder*, donde los miembros de la familia luchan por ejercer poder sobre otros, de tal manera que el mismo síntoma se emplea como instrumento para mantener el poder. En palabras de Haley (1984, p. 26) “*los síntomas son un reflejo de cierta confusión existente dentro de una organización social, por lo general, una familia. La existencia de un síntoma indica que la jerarquía de una organización es incorrecta*”.

El terapeuta busca reestablecer el poder de tal manera que se logre una jerarquía funcional. Haley (1984) señala que dicho reajuste puede ser provocado por cualquier método terapéutico que altere las secuencias dentro de un sistema social, pues con ello cambian las personas involucradas.

Dicho lo anterior, se entiende que los problemas se comprenden desde una perspectiva interaccional, desde el marco de referencia social del cliente, por consiguiente, el terapeuta ha de observar la secuencia de actos que llevan a cabo los miembros de la familia en relación al problema (*pauta*) con el objetivo de introducir un cambio en dicha secuencia e imposibilitar su continuación.

La terapia estratégica se caracteriza además porque planea estrategias específicas para cada individuo o familia, partiendo de la premisa de que cada persona o grupo familiar se encuentra siempre en una situación diferente a la de los demás.

También deja atrás el diagnóstico por considerar no solo que no es útil, sino que además representa una dificultad para solucionar las quejas de los pacientes, incluso cuando son éstos quienes sí los toman en cuenta. Por ejemplo, “es más fácil deshacerse de un estado de pereza u otro similar que eliminar una *depresión*”. A veces es el mismo rótulo el que origina el problema, pues puede suceder como en el ejemplo anterior, que lo que aqueje a la persona solo sea una de

tantas manifestaciones de la depresión y no la depresión en su totalidad (conjunto de características de debe reunir la persona para que sea considerada depresión).

Para el estratega no es importante hacerle saber al paciente cómo o por qué se pudo llegar a una solución del problema. Las causas de los problema(s) carecen de relevancia, pues no toman ningún papel en la solución de los mismos. Aún cuando lo solicita el paciente, se le exhorta a participar en la terapia sin saber dichas causas. Este orden de ideas conduce a mencionar que la estrategia siempre está basada en el presente y enfocada a resolver el problema, tomando en cuenta aquellos hechos que mantienen el problema y lo que es posible que la persona pueda hacer en esos momentos. A menos de que sea necesario conocer las causas del problema (para el paciente), el terapeuta hará uso de ello para lograr su cooperación. El número de sesiones será el requerido para el logro de las metas.

Hablando directamente de la forma de trabajo de este enfoque, Haley (1980), describe cuatro etapas importantes a considerar para una primera entrevista:

1. Etapa social. Incluye el saludo, indagar datos generales, observar la actitud, disponibilidad e interés del cliente o de los miembros familiares. Se sondea el estado de ánimo, la postura del o los pacientes acerca del problema, el terapeuta y la terapia, además de observar cómo se establecen las relaciones familiares (alianzas, coaliciones, jerarquía). Estos datos forman una primera impresión para formular conclusiones provisionales que no se comunican a la familia.
2. Planteamiento del problema. Se recaba información de todos los miembros de la familia acerca del motivo de consulta. La pregunta puede formularse de diversas formas, dependiendo del interés del terapeuta para centrarse en un tema específico o general. Es recomendable dirigir la pregunta a quien muestra mayor interés, mayor jerarquía o aquella persona que debería involucrarse más en la solución del problema. Así mismo, el terapeuta debe de estar abierto para escuchar el problema de manera directa y en forma de metáfora.
3. Etapa de interacción. Propiciar el diálogo entre los miembros de la familia, procurando observar cómo ocurre el problema en el mismo consultorio (secuencia o pauta) y como está organizada la familia (jerarquía, alianzas).
4. Fijación de meta. Se concentra el diálogo en una clara definición de los cambios deseados, estableciendo un contrato que garantice la participación de los miembros del

grupo familiar para poder obtener los resultados deseados. La definición del problema ha de ser clara, en términos observables, computables y medibles para establecer objetivos alcanzables.

INTERVENCIÓN

Como mencioné este modelo se caracteriza por ser directivo, es decir, el terapeuta tiene la responsabilidad de guiar la terapia, dando al paciente indicaciones (ya sea de modo directo o indirecto) para lograr un efecto positivo. Una manera de elegir la intervención adecuada para cada paciente, se basa en lo siguiente: si la persona es directiva, emplea intervenciones directas; si la persona es ambigua, emplea intervenciones indirectas. De tal manera que el terapeuta debe adecuar la tarea a la persona. Los principales tipos de intervención que describe Haley (1980) son:

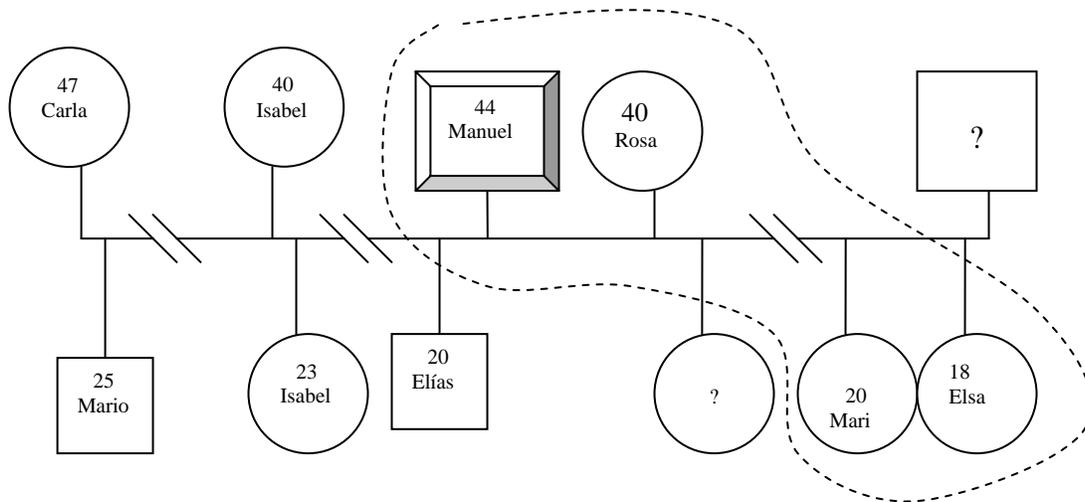
- **Directas.** Se dice de manera clara a los pacientes qué deben de hacer con la intención de que lo cumplan, para lo cual el terapeuta ha de tener capacidad de persuadir a los clientes de que obtendrán un beneficio y ha de contar con el prestigio suficiente para lograr que el cliente cumpla la directiva. Esta modalidad incluye hacer la petición directa de que deje de hacer algo, además pedir actuar de manera diferente.
- **Indirectas.** Las tareas indirectas son de gran ayuda cuando no hay cooperación por parte de la familia o paciente. En este tipo de intervenciones se pide que hagan algo con el propósito de que no lo cumplan, es decir, que cambien por vía de la rebelión.
- **Paradojas.** Se emplea cuando la familia se resiste a la ayuda que se le da para lograr el cambio. El enfoque paradójico presenta dos mensajes contradictorios al mismo tiempo, por ejemplo, “cambien- no cambien”.
- **Metáfora.** El autor señala que se trata de hacer una “*formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es la relación de la analogía entre una cosa y otra*” (Haley, 1980, p. 62) y se recurre a ella cuando el cliente muestra resistencia a cumplir una directiva o hablar de cierto tema. Por ejemplo, si se atiende a un matrimonio que presenta un conflicto respecto a sus relaciones sexuales y que no está dispuesto a discutirlo directamente, se puede enfocar el problema con una analogía o metáfora. Igualmente sirve para hacer indicaciones sin que se tenga que hablar del tema al que se resistían los sujetos.

- **Anécdota.** Consiste en describir una situación real vivida por una persona cercana o conocida por el terapeuta, acerca de la problemática que vive el cliente. Se hace con la finalidad de que el cliente explore sus recursos, además de que traiga un beneficio para él.
- **Cuento.** Se trata de relatar una historia que guarde cierta relación con la situación presentada por el cliente con la intención de provocar identificación con los personajes, generar una interpretación diferente del problema y su solución (reencuadre).
- **Ordalías.** Consiste en imponer al paciente una consecuencia igual o más gravosa a la ocasionada por el problema ante la presentación del mismo problema, dicha consecuencia debe: estar dentro de sus posibilidades ejecutarla, no causar daño a la persona; no violar ninguna de sus normas morales; y sobre todo beneficiar a la persona. Haley (1984) señala 6 etapas para ejecutar una ordalía exitosa: 1) *definir claramente el problema*; 2) *la persona debe comprometerse a superar el problema*; 3) *seleccionar la ordalía*; 3) *la directiva puede impartirse acompañada de una explicación lógica*; 5) *la ordalía continúa hasta que se resuelva el problema*; 6) *la ordalía está inserta en un contexto social*.
- **Reencuadre.** Implica que el cliente logre cambiar el propio marco conceptual o emocional en que está viviendo la situación, para cambiar el sentido atribuido a tal situación (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1986), dicho en otras palabras, se ofrecen puntos de vista diversos y nuevas posibilidades de acción ante su realidad.

Para lograr dicho cometido se vale del arte de la persuasión, técnicas de sugestión, paradojas lógicas (Nardone y Watzlawick 1995).

APLICACIÓN CLÍNICA

A continuación describiré a grandes rasgos el trabajo terapéutico que realicé con mi compañero Manuel. La primera sesión trabajada, Manuel mencionó sus datos generales, algunas de sus actividades favoritas y aquellas que le son desagradables, además de mencionar de manera general la posible situación a trabajar. De los datos obtenidos se elaboró el siguiente genograma.



La descripción de la problemática en primera instancia fue un tanto vaga, por lo que el objetivo de la siguiente sesión consistió en concretar el problema, los objetivos a alcanzar y establecer el contrato. En las sesiones subsecuentes se desarrollan las principales intervenciones y el último encuentro telefónico arroja datos sobre la situación actual de Manuel, lo cual brinda la posibilidad de hacer una retroalimentación acerca del proceso terapéutico.

Definición del problema.

En un principio Manuel mencionó que su problema consistía en que le era muy difícil tomar decisiones, en general respecto a su vida cotidiana y más aún al tratarse de su relación de pareja, además de describir otros aspectos diversos de su vida que le resultaban problemáticos. Sin embargo, llegamos a concretizar el problema como *comportarse demasiado condescendiente con los demás* (en especial con sus amigas, compañeras y su pareja), es decir, dice que “sí” a las personas cuando sabe que debería decir “no”, además de *callar sus pensamientos y sentimientos*.

Descripción de la pauta.

En su trabajo:

1. Se encuentra realizando sus labores cotidianas.
2. Se acerca alguna de sus compañeras a pedirle un favor.
3. Manuel piensa que tiene mucho trabajo y que no debería hacerlo, pero cree que es descortés.
4. Manuel acepta ayudarle a su compañera e interrumpe sus labores para hacerlo.
5. Termina de ofrecer la ayuda y regresa a sus labores.

6. Nota que se ha atrasado y se siente mal enojado consigo mismo por no haber podido decir que “no”.

7. Se repite la pauta.

En su casa:

1. Se encuentra sentado en la sala viendo un programa de su agrado.

2. Llega Mari o Elsa (hijas de su pareja Rosa con quienes vive actualmente), comentan que les desagrada lo que esta viendo Manuel y le cambian de canal.

3. Manuel se molesta y piensa que cuando ellas están viendo la televisión no le permiten ni siquiera hacer ruido, lo cual realimenta su enojo.

4. Sin decir nada se retira de ese lugar, mostrándose molesto, sin aclarar la situación.

5. Se repite la pauta.

En lo que respecta a la relación de Manuel con Rosa, Mari y Elsa, tal parece que las dos últimas establecen una alianza que recae en contra de Manuel, quien no ha podido mostrarse con autoridad frente a ellas, debido a que no es el padre natural y a la poca convivencia que ha sostenido con ellas. Aunque no se indagó profundamente a cerca de las interacciones entre ellos, se logró trabajar con la pauta del problema y obtener buenos resultados.

Objetivo terapéutico.

Fijamos como objetivos que Manuel aprenda a decir “no” de manera clara cuando es necesario, es decir, aclarar las razones de su decisión, manifestando sus necesidades y sentimientos en el preciso momento en que sucede. La palabra que utilizamos para describir esta forma de actuar corresponde a comportarse de manera “*asertiva*”.

Intervenciones

Prescripción directa: En el segundo encuentro, se definió más claramente el problema y objetivo, sin embargo, se dejó de tarea *escribir la pauta del problema* para tener la situación más clara.

Prescripción de ordalía. En el tercer encuentro y una vez comprometido el paciente a hacer la tarea y planeada la estrategia se le pidió: *en este transcurso que no nos veremos, tu tarea consistirá en que cada vez que te comportes condescendiente con las personas, callando tus pensamientos y sentimientos, y termines diciendo “si” cuando sabes que deberías decir “no”, deberás dedicar 1 hora de tu tiempo para planchar prendas de Elsa y Mari.*

Reencuadre: Como resultado una decisión tomada por Manuel, respecto a separarse temporalmente de su pareja Rosa, se manejo la siguiente idea: *entiendo que este tiempo que han estado separados les ha servido para revalorar aspectos de su relación que quizá no veían antes... por ahí dicen que “nadie sabe lo que tiene hasta que lo ve perdido”*

Resultados

Para lograr definir de manera clara el problema, me sirvió tomar el control de la conversación, porque en momentos Manuel divagaba en el tema, de esta manera, el poder guiar la conversación nos permitió concretar en el problema y los objetivos.

Otro aspecto que me permitió concretar el problema y los objetivos fue dejar la tarea de escribir la pauta del problema debido a que él puso mayor atención a cerca de cómo sucede y cómo desearía que fuera. Además, me ayudó para diseñar la próxima intervención.

La ordalía, causó cierto impacto en Manuel, debido a lo que se le impuso como consecuencia de presentar el problema era gravoso para él, pero lo aceptó. En el siguiente encuentro, resultó que Manuel no tuvo ocasión de hacer la ordalía ya que me comento que en las situaciones que se le presentaron a lo largo de la semana, actuó de acuerdo a sus posibilidades, expresando sus razones al dar una negativa y sosteniendo su decisión. Mencionó que la situación más difícil que afrontó, fue una discusión con Rosa; ella quería que él la acompañara algunos días fuera de la ciudad para visitar a una de sus hijas.

Con anterioridad Manuel me había comunicado que no podía ir debido a sus actividades pero no quería decírselo para evitar una discusión mayor, sin embargo, se lo comunicó, defendiendo su decisión. También me había dicho que tenían continuas discusiones con Rosa debido a problemas de él con Mari y Elsa, además de que Rosa sentía celos de las amigas de Manuel y demandaba mayor tiempo para pasarlo juntos. En esa ocasión la discusión llegó al grado de que Manuel decidió irse a vivir a otro lugar, lo cual me había comentado que le era demasiado difícil, pero esta vez asumió su decisión y lo hizo.

Tiempo después me comentó que en efecto, le había sido difícil la separación pero al indagar qué aspectos cambiaron a partir de que él fue firme en su decisión y partió, comenzó a mencionar que en ese tiempo se habían dado cuenta de ciertas cosas, como por ejemplo, del amor que se tienen, de que solamente se tiene el uno al otro e incluso ella le pidió que regresará. Fue en este momento en el que entró el reencuadre a cerca de revalorar la relación.

Manuel mencionó que si él regresa necesitaría primero aclarar algunas situaciones con Rosa y sus hijas, y que si no llegaban a acuerdos, no regresaría, aunque su relación con Rosa continuaría.

Además le brinde felicitaciones por su constancia y quedamos en que la ordalía seguía, él lo aceptó y comentó que sólo necesitaba tiempo para aclarar las situaciones.

El último encuentro fue vía telefónica y evaluó los resultados con un 9, mencionó que para el 10 le hace falta tiempo y más comunicación. Dijo que lo que más le ayudó a cambiar su situación fue comunicar de manera directa lo que no le agrada, también me brindó realimentación en el sentido de que me recomienda dirigirme de manera desinhibida y directa.

MODELAMIENTO CIBERNÉTICO	
Pasos del proceso terapéutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etapa social 2. Definición del problema 3. Objetivos terapéuticos 4. Intervención (prescripción, reencuadre) 5. Cierre: logro de metas
Modelamiento del problema	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 20px;"> <p>En un segundo orden de recursión</p> </div> <div> <p>En un primer orden de recursión</p> </div> </div>
Modelamiento del cambio (transformas)	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 20px;"> <p>En un segundo orden de recursión</p> </div> <div> <p>En un primer orden de recursión</p> </div> </div>

En el ejemplo expuesto se explora la descripción del problema y la organización jerárquica de la familia, la cual regula coaliciones y secuencias triádicas. El terapeuta diseña una *ordalía* que prescribe después de haber cerrado un *pacto con el diablo* con el cliente, es decir, lo compromete a hacer cualquier cosa que él le prescriba.

COMENTARIO

El modelo estratégico me ha mostrado que algunas formas de actuar que antes creía incorrectas, empleadas de una manera acertada son por lo contrario benéficas y brindan buenos resultados sabiéndolas emplear, por ejemplo, actuar de manera directiva, interrumpir la conversación del cliente si es necesario para obtener la información que necesito, o no dar explicaciones de porque deben hacer los clientes alguna tarea.

Hay premisas del modelo que se han quedado muy presentes en mi persona como: utilizar todo lo que el paciente utiliza para ser paciente; usa lo que funciona y lo que no hazlo aun lado; el buen terapeuta es el que evalúa sus aciertos, se da cuenta de sus errores y hace algo para mejorar como terapeuta; es responsabilidad del terapeuta guiar la terapia y diseñar las adecuadas estrategias que se dirijan al cambio, pero es responsabilidad del cliente llevar a cabo las acciones necesarias y comprometerse con el cambio.

Además me gustó la flexibilidad del modelo, la riqueza y variedad de opciones para intervenir tomando en cuenta la particularidad de cada cliente o familia.

De las actividades del módulo puedo decir que me ayudaron a comprender y vivir en carne propia aspectos del modelo, lo cual me ha ayudado en mi vida personal y en el trabajo con algunos clientes que atiendo. Puedo decir también que aumentó mi curiosidad para indagar cuentos, relatos, metáforas para aplicarlas como intervención en algún momento y bueno me ha agradado mucho este módulo.

TERAPIA DE SOLUCIONES

ANTECEDENTES

El enfoque terapéutico dirigido a las soluciones está representado principalmente por Steve De Shazer quien desarrolló su trabajo a partir de 1978 en el Brief Family Center de Milwaukee, Weiner-Davis quien participó inicialmente como miembro de este instituto, pero que se separa posteriormente para fundar su propia institución en Woodstock, Nueva York, y William H. O'Hanlon radicado en Omaha, Nebraska (Ochoa, 1995; Sanchez, 2000).

De Shazer (1940-2005) denominó su trabajo como *terapia centrada en las soluciones*, enfoque que en sus comienzos tiene influencia del equipo MRI de Palo Alto, además se destacó por la elaboración de vastos recursos teóricos, como libros y artículos que describen paso a paso como proceder en terapia, lo cual ha sido criticado pero ha contribuido enormemente a la formación de terapeutas. Por su parte O'Hanlon se refiere a su trabajo terapéutico como *orientado a las soluciones* y tiene influencia de autores como M. Erickson, K. Rogers, V. Frankl, K. Tomm.

Ambas escuelas, orientada y centrada a las soluciones, tienen una gran influencia del trabajo de Milton Erickson en cuanto a que se confía plenamente en que las personas tienen dentro de sí las capacidades necesarias para superar sus dificultades, tomando en cuenta que cada persona reacciona de manera diferente frente a la terapia; el psicólogo se concentra en crear un contexto accesible al cliente que permita encontrar e implementar sus propios recursos para la solución de aquello que le aqueja.

PRINCIPIOS

Estos tipos de terapia son indirectos en cuanto a la manera en que las personas quieren llevar su vida, pues el terapeuta nunca pretende decir cómo la persona debe pensar, sentir o actuar, sin embargo, son directivos en cuanto a las tareas e instrucciones que permitan encontrar a los clientes sus propios significados y formas de resolver sus problemas. Es importante mencionar que se trabaja con lo que la persona presenta en sus discursos, como punto de partida hacia el logro de los objetivos que el usuario requiere, además de que el foco está principalmente en hallar la solución ubicada en el presente y orientarla hacia las expectativas del futuro (O'Hanlon, 1993).

Una diferencia entre la terapia breve *centrada* en las soluciones manejada por Steve De Shazer y la *orientada* a las soluciones de O'Hanlon, es que para la primera resulta fundamental el

implemento de métodos, que ha especificado con pasos a seguir, para que el terapeuta encuentre el camino más directo hacia la solución, evitando desviarse o quedar atrapado por los obstáculos que representa detallar el problema, es decir, sus métodos buscan principalmente dirigirse a una solución. De acuerdo con De Shazer (1999, p. 318) lo que se pretende es *“permitir a los pacientes descubrir qué es lo que desean obtener de la terapia sin tener que preocuparlos con el problema mismo y la tradicional suposición de que la solución está de algún modo conectada con la comprensión y la eliminación del problema”*. Con lo que manifiesta lo innecesario de redundar sobre problemas, siendo lo importante dirigirse a solucionarlo, lo cual marca el principio de *parquedad*, es decir, siempre hay que tomar el camino más simplificado hacia la solución.

Por su parte, O’Hanlon y Weiner reconocen que si bien, algunas veces se puede resolver un problema sin conocer nada de éste, algunas otras se necesita indagar sobre el problema e incluso *“cuando el hecho de rastrear excepciones, soluciones y un futuro sin problemas produce la sensación de estar nadando contra la corriente, cambia de dirección y céntrate en el problema... o adopta una posición pesimista y observa qué ocurre”* (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989, p.126), con lo que se muestra mayor flexibilidad en la práctica, pues cuando los esfuerzos por hallar soluciones no dan resultados, es posible centrarse en el problema, sin embargo, se regresa hacia las soluciones en la primera oportunidad que se tenga.

Desde la perspectiva de O’Hanlon, Weiner-Davis y De Shazer, el terapeuta se enfoca básicamente en localizar y trabajar con los recursos del cliente (*principio de utilización*), el cual es visto como aquella persona que acude a psicoterapia con la finalidad de lograr un cambio o mejoramiento en aspectos de su vida. El terapeuta brinda una actitud de *cooperación* y confianza en la capacidad del cliente para encontrar solución(es) a la situación que obstaculiza un buen desenvolvimiento de su vida; el terapeuta asume que el cliente quiere cambiar. Por lo tanto, la función del psicólogo es guiar el rumbo de la terapia hacia los aspectos positivos (por más pequeños que parezcan) de las personas que solicitan ayuda. Con esta visión queda anulada la idea de *“resistencia al cambio”* por parte de los clientes, pues la familia misma es la que indica al terapeuta la mejor forma de ayudarlos (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Estos principios terapéuticos surgen del estudio de diferentes disciplinas, como son psicología, medicina, y filosofía, pero con una mirada diferente, pues no necesita buscar los orígenes y explicaciones del problema o enfermedad, más bien, se concentra en encontrar

cambios y soluciones en la situación del cliente (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Tomando en cuenta que no hay una realidad única, ni existe una sola forma válida de vivir la vida, siendo la adecuada para el cliente aquella que él mismo elija (*visión atórica/ no normativa/ determinada por el cliente*), lo que deja claro que es éste es quien identifica los objetivos que deberá alcanzar la terapia.

Lo dicho hasta el momento, indica que no se habla de “problemas, traumas, trastornos” u otros adjetivos. Para O'Hanlon (1989) una manera de referirse a la situación del cliente es “*queja*” pues se trata de algo que agobia a la persona, pero se encuentra libre de etiquetas que en verdad le creen un conflicto. Los autores de este enfoque, no toman en cuenta los prejuicios que se presentan en la historia clínica de los clientes, aunque en ocasiones los clientes llegan a consulta con una etiqueta o rótulo de “psicopatología” para autodefinirse y tienen una visión limitada o pesimista de lo que ocurre en sus vidas. En palabras de De Shazer quedaría ilustrado con una parte de su filosofía central *si no esta roto no lo compongas y poner énfasis en la salud mental* (Kim Berg. y Miller, 1996).

El terapeuta orientado a las soluciones, busca *hacer distinciones*, para lo que habla de cómo desde su punto de vista la queja del cliente le parece cotidiana y común, dejándole ver que son eventos ordinarios de la vida, también funciona la *retroalimentación*, es decir, cuando el terapeuta comparte una experiencia propia o de otro cliente con él y así tranquilizarlo, puesto que su problema tiene solución.

Lo anterior ha evidenciado que una característica fundamental en la práctica de ésta orientación, es la enorme cautela con que se maneja el lenguaje, pues para el terapeuta es el principal instrumento para *co-crear realidades*. A partir de lo que el terapeuta elige de la conversación le es posible negociar con el cliente una percepción viable y resoluble de la situación, dirigiendo su visión hacia sus propios recursos y soluciones. Así, por medio de preguntas se obtiene información de las fortalezas y capacidades del usuario e incluso es posible hacerle desaparecer la idea de que hay un problema o reducir el tamaño de éste. Además para lograr una relación terapeuta-cliente con empatía, confianza y cooperación (que es determinante en terapia) se emplea en la comunicación terapéutica el *lenguaje del cliente* para mostrarle comprensión, es decir, a través del diálogo el terapeuta aprovecha las palabras que utiliza el cliente al transmitir sus experiencias como manifestación de aprecio y de identificación con él.

También resulta útil normalizar la queja por medio de *encruzar el lenguaje del cliente*, es decir, se usa el lenguaje del cliente para cambiar la etiqueta que se ha o le han puesto, por acciones concretas, lo cual tiene un efecto tranquilizante en el cliente.

Otro de las tareas básicas del terapeuta consiste en hacerle ver a los clientes que el cambio es inevitable, que de hecho, uno se está modificando a cada instante y que lograr una mejoría requiere de constancia. Al mismo tiempo, el terapeuta alienta y felicita a los clientes exaltando sus logros con la finalidad de que sienta los cambios como propios y se perciban a sí mismos con el potencial para optimizar su situación.

El psicólogo se concentra en identificar y ampliar los cambios positivos que experimenta el cliente, a esto O'Hanlon dice "*si el cambio se da en un área crucial, lo que parece pequeño puede cambiar todo el sistema*" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989, p. 49), a lo que se denomina *efecto mariposa*, dicho de otra forma, el terapeuta, al explorar los patrones de la situación del cliente (que incluye la manera de interactuar, comunicarse, actuar, pensar en su contexto) halla una pauta (en la conversación se encuentra un indicio en el que se puede influir para generar cambio) en la que al intervenir el efecto se expande a otras partes del sistema, provocando cambios en varias personas y/o situaciones a la vez.

Una característica singular de la orientación a las soluciones es la brevedad de la terapia, a lo que los autores dicen: "*consideramos el proceso de la entrevista una intervención; es decir, mediante el uso de diversas técnicas de entrevista centradas en las soluciones, los clientes pueden experimentar, en el transcurso de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación*" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989, p. 89), con lo que sugieren que la posibilidad de que una persona remedie su queja en la primera sesión.

Desde el primer encuentro terapéutico, Insoo Kim Berg y Scot Miller (1996) mencionan que se establece una relación entre cliente(s) y terapeuta(s), la cual se puede identificar como: *comprador*, cuando juntos identifican una dolencia o un objetivo para el tratamiento, el cliente se ve como parte de la solución y está dispuesto a hacer algo; *demandante*, se identifica una dolencia u objetivo, sin embargo, el cliente no se ve como parte de la solución, generalmente lo ve en que otra persona cambie; *visitante*, cliente y terapeuta no identifican queja u objetivo para trabajar, por lo general el cliente dice que no existe problema o pertenece a otra persona.

Los mismos autores, señalan algunas características para plantear y trabajar con *objetivos bien pensados*, ello implica que tenga importancia para el cliente, que sean limitados (trabajar

con uno a la vez), concretos, específicos y formulados en términos de conducta, que planteen la presencia (no la ausencia) de algo, que sean un comienzo (el primer paso a dar) y no un fin, que sean realistas (alcanzables dentro del contexto de vida del cliente) y que se perciba que exigen un trabajo duro para el cliente.

INTERVENCIÓN

De Shazer (1989) propone un modelo que permita al terapeuta decidir qué tipo de prescripción es adecuado en cada caso: a) si cumple con lo prescrito en la primera sesión, se continua con tareas directas; b) si modifican la tarea, se elaboran tareas indirectas o modificables; c) si hacen lo opuesto, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto, de forma que se produzca el cambio deseado; d) si la respuesta es vaga, se recomiendan tareas vagas y/o metafóricas; e) cuando no hacen nada, se prescriben tareas paradójicas. De esta manera pone de manifiesto la filosofía central que este autor maneja: *“Una vez que sepa usted qué es lo que funciona, ¡Haga más de lo mismo!... si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡Haga algo diferente!”* (Kim Berg y Miller, 1996, p. 49).

El modelo de soluciones propone obtener imágenes de los clientes antes de que se presentara el problema y después de solucionar el mismo, para lo cual, hace uso de una serie de preguntas que sirven como instrumentos para encontrar una solución.

Con la intención de intervenir (De Shazer, 1999; O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Sánchez, 2000), se emplean:

- **Preguntas presuposicionales.** Las respuestas a estas preguntas sirven para guiar a los clientes a redescubrir o descubrir sus herramientas personales que ayudan a resolver sus dificultades. Para construirlas es indispensable que sean preguntas abiertas (que no se contesten con un simple “sí” o “no”) que de antemano den por hecho que sucede una situación específica, por ejemplo, *¿Qué es lo primero que harás cuando... (el problema se resuelva? ¿Qué cosas has hecho en el pasado que hayan funcionado?*
- **Preguntas sobre excepciones a la queja.** Al haber hablado brevemente los clientes de la queja, se da pauta para indagar sobre aquellos momentos en los que no se produce la queja, cuando sucedió y logró afrontarlo o influir en él de alguna manera, cuando la dificultad esta presente y la persona sabe como crearlo, para explorar las diferencias que existen entre estos dos momentos. Se pueden hacer preguntas presuposicionales para

hallar excepciones al patrón de la queja, por ejemplo, ¿Qué es diferente en las ocasiones en que te estas animado? ¿Cómo hiciste para que sucediera? ¿Quién(es) se dio (dieron) cuenta de que su relación mejoró? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o dijo?

- **Pregunta por el milagro.** Esta pregunta precede a una introducción que permite que la persona se ubique en la situación siguiente: “*suponga que después de nosotros terminamos aquí, usted va esta noche a casa... entonces se acuesta para dormir... mientras usted esta durmiendo un milagro pasa... ¡y el problema que lo trajo aquí se resuelve simplemente así... pero esto pasa mientras usted está durmiendo, así que no puede saber que ha pasado... una vez que usted despierta por la mañana, ¿Cómo hará usted para descubrir que ese milagro le ha pasado a usted?*” (De Shazer, 2000). Se hace con la intención de inducir al cliente a que vislumbre su vida sin el problema, además de que la información que recibe el terapeuta es de gran utilidad para que esa realidad sin problema se cumpla. Además se pueden hacer variantes de ésta pregunta, como por ejemplo, si tuvieras la lámpara mágica de Aladino, ¿cómo ocuparías tus tres deseos para resolver tu problema? ¿qué cambiaría?
- **Pregunta de escala.** El terapeuta para conocer claramente el grado de mejoría que experimenta el cliente puede desarrollar una escala numérica para medir su progreso, en donde 0 representa el estado en que se encontraba él y su situación cuando llegó por primera vez a terapia y 10 representa el estado que desea obtener o la solución a su queja, preguntando ¿dónde se encuentran las cosas justo en este momento? También se puede emplear para intervenir puesto que se pueden explorar las diferencias que hay entre un 5 y 6, por ejemplo, y así identificar claramente que cosas se necesitan hacer para llegar a un 6 (De Shazer, 1999).
- **Resumen.** Consiste en escuchar la situación del cliente y devolver de manera sintética lo que ha explicado, lo cual se lleva a cabo empleando el lenguaje del cliente. Esta herramienta es útil para dirigir la conversación terapéutica hacia los recursos o excepciones de la persona.
- **Elogio.** Se trata de que el terapeuta o el equipo transmita un breve comentario resaltando los esfuerzos que realiza la familia o persona para resolver su problema, lo cual tiene un efecto de unión entre el terapeuta y la familia. De Shazer (1989) narra que inicialmente,

estos mensajes estuvieron destinados a fortalecer la posición del equipo (ubicado detrás del espejo), como un coro del cual el terapeuta era el vocero y que posteriormente se fue perfeccionando como técnica para aumentar la cooperación y probabilidad de que la familia acepte la tarea o sugerencia.

Cuando las preguntas sobre excepciones no funcionan, y el cliente no encuentra soluciones en su situación actual o pasada, se hacen *preguntas de avance rápido*, las cuales guían al paciente a que imagine su futuro sin problemas y a que cuente cómo cambiaría su vida.

Otra forma de intervenir es por medio de las tareas que se espera que el cliente realice fuera del proceso terapéutico, sin embargo, cabe señalar que de no realizarlas se indaga en las causas del incumplimiento, lo cual da información para intervenir o brinda la posibilidad de facilitar una nueva tarea más adecuada a la persona. O'Hanlon (1989) menciona tres tipos de tarea, diseñadas por De Shazer, que tienen intenciones y efectos diferentes en los clientes:

- **Tarea de formula de la primera sesión.** Se le indica al cliente que en el tiempo que transcurrirá hasta la siguiente sesión, pondrá atención en lo que sucede en su vida (con su pareja, matrimonio, familia, trabajo, etc.) a modo de que la siguiente sesión, pueda explicar qué quiere que siga sucediendo. El efecto de esta tarea es que se manda a los clientes en busca aspectos positivos, además de que les facilita formular sus objetivos, es decir, al definir que es lo que quieren que siga ocurriendo, se tiene la oportunidad de aclarar lo que se pretenderá lograr con la terapia.
- **Tarea genérica.** Una vez que los objetivos están definidos, se le pide al cliente que se fije en la semana qué cosas hace que lo acerquen al logro de sus objetivos, para ello se puede usar el lenguaje del paciente.
- **Tarea de la sorpresa.** Esta tarea introduce el azar y la expectativa en el patrón de la queja, modificando su curso y llevando a un cambio.

La terapia orientada a las soluciones, tiene la intención de lograr un cambio en la forma de actuar y/o la forma de ver su situación percibida como problemática, además de recordarles o despertar en los clientes las capacidades y recursos con que cuentan para resolver su queja, para lo cual se interviene sobre *el patrón de la queja*, por ejemplo, cambiando su frecuencia, ejecución, secuencia, el lugar donde se produce, agregar un elemento nuevo, usar la paradoja (prescripción del síntoma), etc. *Y cambiar el patrón del contexto*, por ejemplo, cambiar patrones que no están directamente relacionados con la realización de la queja (O'Hanlon, 2003).

A partir de la segunda sesión y las posteriores, el terapeuta enaltece las diferencias entre el patrón del problema y la solución además de los cambios positivos que se van experimentando, para ello es viable utilizar preguntas presuposicionales que le reafirmen al cliente que ya ocurrieron cambios, mejorías, soluciones.

APLICACIÓN CLÍNICA

Las sesiones se desarrollaron en equipo, siendo las terapeutas Ana (A) y la autora de este trabajo (D), además del equipo terapéutico que estuvo observando y participando en las tres entrevistas realizadas con María (cliente) quien se refirió a su queja como “*soy un manojo de problemas... mi vida esta fundamentada en otras personas... me botó (el ex novio)... mi procesos de titulación esta atorado por que esperaba a alguien más...*” Además dijo haber estado deprimida algunos meses atrás, lo cual ha venido manifestando con llanto. Con esta breve introducción del caso de María (M), partimos de que ella es una compradora porque identificamos un problema que esta dispuesta a resolver.

Tratando de dar una visión global de cómo transcurrió este proceso, en la siguiente tabla señalo las premisas que sustentan la dirección de la terapia y las principales técnicas empleadas con una breve descripción.

Sesión/fecha	Técnica	Descripción
Principios/supuestos SESION 1 05/10/2007 Cooperación. Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver su queja. Utilización.	Pregunta de excepción (cuando logra influir en el problema): D: lo estas intentando ¿cómo?	M describe acciones que ha hecho para estar mejor: <i>ir al gimnasio, tratar de avanzar en mi tesis.</i>
	Preguntas presuposicionales: A: ¿Qué te hizo venir aquí? D: ¿Qué tendría que pasar para que te des cuenta de que sales de ese hoyo?	M enfoca su atención en lo que quiere lograr en este espacio (posible objetivo) menciona que <i>quiere salir del hoyo... depresión.... trabajar, hablar de él sin que se llenen los ojos de lágrimas, sin sentirse mal.</i>
	Resumen y preguntas presuposicionales: D: ¿Qué cosas tendrían que cambiar? ¿Qué te haría ser más	El resumen ayuda a ir clarificando lo que M ha mencionado, además de mostrar comprensión y cooperación. Las preguntas especifican los que M puede hacer para sentirse mejor: <i>ser más</i>

<p>No es necesario conocer la causa o función de la queja para resolverla.</p> <p>Visión ateórica/ no normativa/ determinada por el cliente.</p> <p>Orientación hacia el presente y el futuro.</p> <p>Los clientes definen los objetivos.</p> <p>La resolución del problema puede ser rápida.</p> <p>Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse.</p> <p>Un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.</p>	independiente?	<i>independiente, terminar su tesis.</i>
	<p>Pregunta por el milagro:</p> <p>Para ubicar las respuestas en una situación más realista A dice: imagina que despertaste en tu casa y el milagro también sucedió. ¿Cómo fue que pasó este milagro? ¿Cómo se te olvidó (su ex novio)?</p> <p>D: ¿Cómo se dio cuenta tu mamá? ¿Cómo lograste sonreír? ¿Cómo conseguiste tu trabajo?</p>	<p>Esta pregunta lleva a M a visualizar su vida sin el problema; identificamos acciones, actividades y pensamientos que serían diferentes: <i>me levanto bien y temprano, me veo al espejo, me digo bombón, inteligente, tengo trabajo yo lo busque y me recomendó mi asesor, él (ex) no aparece en el milagro, desapareció, se me olvidó, no pienso en él, dejo de relacionar las cosas... romper el vínculo. Me vería tranquila y relajada... me diría que flaca te vez hoy... las cosas se vuelven más interesantes... ir al gimnasio, salir con amigas, conocer gente...</i></p>
	<p>Pregunta de escala</p> <p>¿Cómo hiciste para llegar al 4?</p> <p>¿Para llegar a un 5 qué tendrías que hacer? ¿Cuál sería el ambiente propicio si yo quisiera avanzar en mi tesis?</p>	<p>Esta pregunta permitió, evaluar el progreso de M, identificar que factores le ayudaron a llegar ahí y qué puede hacer para avanzar un grado más en su escala: <i>darle cuenta que no es sano... yo no me agrado así. Cerrando el último capítulo de mi tesis llegaría al 8, tengo que ponerme a trabajar, concentrarme más.</i></p>
	<p>Resumen-elogio. Mencionando:</p> <p>Sabes lo que quieres, tu sola has hecho cosas para llegar a un 7: ir al gimnasio, trabajar en tu tesis, ayudar a tu mamá, etc.</p>	<p>Permitió identificar y ampliar cambios, además de que perciba que es importante el esfuerzo que ha hecho. M acepta los comentarios.</p>
	<p>Prescripción: Días pares (encontrar y utilizar patrones de solución) y Días nones (prescripción del síntoma para modificar el patrón del problema, además de utilizar patrones de solución)</p>	<p>Fue sencillo que M aceptara la primera parte de la tarea, pero fue difícil tratándose del síntoma. Finalmente se encuadró como un experimento necesario para aceptar la pérdida del <i>vínculo</i>. M accedió a dedicarle 10 minutos por las mañanas antes de bañarse, a despedirse de ese vínculo.</p>
	<p>Diferenciar entre excepción y problema (identificar y ampliar cambios):</p> <p>D: ¿Fue algo diferente a antes? ¿Qué más fue diferente?</p>	<p>M: <i>fue más controlado, más conciente, no fue llorar por llorar... me decía no hoy no toca y me ponía a levantar ropa, alguna ociedad compulsiva. Organizo mejor mí tiempo, tengo cosas más importantes que hacer.</i></p>
	<p>Pregunta de escala.</p>	<p>M comenzó a mencionar todo aquello que hace y se</p>
<p>SESION 2</p> <p>12/10/2007</p>		

El cambio es inevitable/constante.	A: ¿Cómo hiciste para llegar a 5? ¿Cómo haces para bajar en el nivel de tu escala y para volver a subir?	dice a sí misma para tener más control, además de mencionar que <i>dejarse influenciar y sugestionarse</i> por lo que le dicen la hace derrumbarse, lo cual marca las diferencias entre problema y solución.
El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.	Pregunta presuposicional: D: si yo tuviera una situación igual a ti y fueras mi terapeuta ¿Qué me dirías que hiciera para sentirme mejor?	M describe lo que le ha ayudado a ella y podría ayudarle a otros.
Cooperación.	Resumen-elogio, por el control que ella demuestra tener sobre su situación puesto que sabe claramente que hacer tanto para mejorar como para empeorar.	M dice <i>darse cuenta de lo que hace bien y lo que hace mal</i> , sin embargo pide una sesión más <i>para ver si ya voy agarrando camino sola o solo es el descanso en la escalera.</i>
Orientación hacia el presente y el futuro.	Prescripción: hacer más de lo que le ha venido funcionando y escoger un día de la semana para dedicar 10 minutos a despedirse del vínculo.	M dice que no quisiera despedirse, pero que es lo mejor. Se continuó con la misma tarea paradójica esperando que M tenga mayor control sobre el síntoma.
Si no esta roto no lo compongas.		
Hacer más de lo que funciona		
SESION 3	Pregunta de excepción (cuando logra influir en el problema): A: ¿Cómo lograste eso?	M identifica acciones de solución: trabajar en su tesis, levantarse más temprano, presionarse emocionalmente.
19/10/2007		
Cooperación.	Pregunta presuposicional: D: ¿Para que sí estarías lista en este momento de tu vida?	Debido a que M dijo no estar lista para despedirse, la pregunta ayuda a enfocarse en lo que en este momento esta en sus manos hacer: <i>acabar mi tesis y dar un seminario.</i>
Utilización.	Diferenciar entre excepción y problema: D: ¿Hubo algo diferente con respecto a la semana pasada?	M: <i>la tarea pasada fue más fácil... me niego a despedirme... me enfoco y ocupo de otras cosas de mayor importancia...</i> respecto a su ex dijo: <i>hacerlo a un lado.</i>
Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver su queja.	Preguntas sobre objetivos: D: ¿Esto te ha acercado al estado al que quieres llegar? ¿Haría falta algo?	Como los objetivos fueron vagos, se indaga si estas sesiones han sido suficientes. Que tendría que seguir avanzando: <i>ocuparme de personas importantes, mi tesis, cosas que van a preservarse, perdurar, no por eso...</i> (ex novio)
El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.	Resumen: D: ahora te das cuenta de que	M reorganiza sus prioridades: <i>hay que dar más de este lado (familia, amigos)... enfocarme en mi vida</i>

Un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.	puedes enfocarte...	<i>profesional.</i>
	Pregunta de escala.	Piensa que puede hacer para llegar al 10 o más arriba: <i>creo que me voy a mantener un tiempo en 8-9, terminando mi tesis llego a 9.</i>
Orientación hacia el presente y el futuro.	Resumen-elogio de acción, se enlistan las cosas en que se ha ocupado, del control y decisiones que ha tomado	Se pone especial atención en que M decidió no hacer la tarea y estuvo bien pues se ocupó de cosas más provechosas, además ella sabrá cuándo y cuánto llorar el día que decida hacerlo.
Si no esta roto no lo compongas.	Identificar y ampliar cambios: D: ¿Qué has aprendido de estos cambios que estas viviendo?	Las palabras de M lo dicen todo: <i>focalizar mi atención, no basar mi vida en otra persona que no soy yo, ser laboralmente provechosa, arriesgarme, intentarlo...</i>
Hacer más de lo que funciona	Término de la terapia.	Las terapeutas reafirmamos nuestra creencia de que M puede mantener los cambios y se quedó una sesión abierta por si llegará a necesitarlo, además agradecemos por parte del equipo y nosotras su participación y cooperación.

MODELAMIENTO CIBERNÉTICO	
Pasos del proceso terapéutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construir una relación terapéutica 2. Mención de la queja 3. Búsqueda de excepciones 4. Fijar objetivos 5. Intervención (resumen, elogio, prescripción) 6. Evaluación del progreso del cliente
Modelamiento del problema	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 20px;"> <p>En un segundo orden de recursión</p> </div> <div> <p>En un primer orden de recursión</p> </div> </div>
Modelamiento del cambio (transformas)	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 20px;"> <p>En un segundo orden de recursión</p> </div> <div> <p>En un primer orden de recursión</p> </div> </div>

Este tipo de terapia se interesa en buscar excepciones a los problemas de los clientes por medio de la construcción de una relación terapéutica cooperativa. Al enunciar los recursos y fortalezas del cliente, se busca generar un ruido significativo que centre al cliente en una visión diferente, donde se perciba a sí mismo con la capacidad para afrontar su situación, además se le brinda una prescripción que le facilite encontrar la solución a su problema.

COMENTARIO

Es enriquecedora esta experiencia, pues sabía que es una terapia breve, que funciona, sensible a las necesidades del cliente, pero al aplicarlo me di cuenta de lo esencial que resulta dirigir la conversación terapéutica hacia lo que está en manos del cliente cambiar, hacia las soluciones. Además reparé en aspectos que puedo mejorar como terapeuta, por ejemplo, establecer mayor empatía, comprensión, definir con ayuda del cliente objetivos bien pensados, iniciar por un pequeño cambio pero significativo, planear el camino a seguir para la siguiente sesión, ser más creativa al elaborar intervenciones basadas en los recursos del cliente, documentarme más, continuar practicándolo y mejorar la manera de cerrar un caso.

También me di cuenta de cuáles son los caminos equivocados que como terapeuta he sido susceptible a tomar, como preocuparme demasiado por el caso, por ejemplo, en el caso de María me inquietaba el por qué subía y bajaba tanto en su escala de evaluación y llegué a pensar como posible objetivo o lo adecuado que ella se mantuviera estable en un nivel de la escala. El exceso de preocupación en un caso podría haberme llevado a querer plantear las metas de María, lo cual no está de acuerdo con el modelo, además de que podría ser nocivo para la relación terapéutica y hubiera terminado acrecentado mi preocupación. En este sentido veo que el equipo terapéutico es de suma ayuda tanto para sacar a delante el caso, como para retroalimentarnos y mejorar como terapeutas y como personas.

Ahora le encuentro mucho significado a la frase *“si no esta roto no lo compongas”* y es uno de los principios que guían mi vida, además de que el cliente es el único experto en su vida, *“no es necesario conocer la cusa o función del problema para resolverlo”*, *“centrarse en lo que es posible y puede cambiarse”*, *“no hay una única forma correcta de ver las cosas”* y *“un cambio en una parte del sistema puede producir cambios en otra parte del sistema”*. Esta última premisa ha tenido significado en mi vida debido a que, como resultado de algunos ejercicios hechos en clase, empecé a identificar pequeñas cosas que puedo cambiar para relacionarme mejor con mi familia y mi novio, lo cual me ha funcionado, pero también ha influido en ellos, devolviéndome experiencias muy gratas.

Al respecto de los ejercicios hechos en clase, en lo personal me parecen más enriquecedores cuando se trabaja con problemas reales, siempre y cuando lo quieran compartir los compañeros, lo comento porque cuando me tocó actuar como si tuviera un problema que no me parece problema, me fue muy difícil, creo que en ese momento me hubiera gustado hablar de

un problema personal. Por lo demás, en cuanto a la experiencia de aprendizaje quiero decir que fue muy grata y aprovecho la ocasión para agradecer a la maestra de este módulo porque en su persona están bien puestas las premisas del modelo de soluciones, pues siempre confió en que nosotros tenemos los recursos para aprender, porque en todo momento se enfocó, y nos enseñó a enfocarnos, en lo que podemos hacer mejor, lo cual me dio mucha confianza y seguridad al pasar a ser supervisada en el caso de María.

TERAPIA DEL EQUIPO DE MILÁN

ANTECEDENTES

La importancia de esta escuela reside en que es un modelo de transición y evolución en la epistemología y fundamentos de la psicoterapia familiar, que va del primer al segundo orden de la teoría cibernética desarrollada por Gregory Bateson y desemboca en una visión construccionista y posmoderna (Boscolo y Bertrando, 2006).

Mara Selvini-Palazzoli funda en mayo de 1967 el primer Instituto de la familia en Milán (Italia) e invita a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Es interesante saber que estos autores eran de orientación psicoanalista y empleaban este método, en un principio, para atender a niños afectados por anorexia, bulimia y psicosis, junto con sus familias. Sin embargo, para ellos fue una desventaja el hecho de que la terapia fuera tan larga y los resultados no fueran del todo satisfactorios, así el costo en cuanto a tiempo, esfuerzo y dinero era mayor que los beneficios obtenidos (Boscolo y cols., 1987).

A partir de 1972, el grupo de Milán quedó impresionado por los informes acerca del tratamiento y la investigación de familias, realizados en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto. La influencia del MRI en Milán fue importante, en particular la obra de Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin, "*Pragmatics of human communication*" publicado en 1967, donde la tesis central era que si se conseguía modificar las pautas de interacción dentro de la familia, la conducta problema cambiaría igualmente (Boscolo y cols., 1987).

De esta manera se ven interesados por la posición estratégica y se enfocan en la cibernética de primer orden, donde el grupo de terapeutas observa desde fuera la interacción del sistema familiar, plantea hipótesis, conduce la conversación terapéutica, la intervención y prescripción para insertar un cambio en las relaciones familiares (*juego familiar*).

En ese entonces solían trabajar con dos entrevistadores (un hombre y una mujer) y los otros dos como observadores, pero posteriormente se trabajó con un solo entrevistador, además señalan haber obtenido mejores resultados al dar una sesión por mes, ya que explican que se requiere tiempo para que se de un cambio (Boscolo y cols., 1987).

Las contribuciones más importantes de Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata en esta primera fase son la obra *Paradoja y contraparadoja* (1994/1975) y su distintivo estilo terapéutico basado en tres guías para conducir una sesión: *hipotetización, circularidad y neutralidad* (1990/1980).

Para 1979 el quipo se separa, Selvini-Palazzoli y Prata continúan trabajando sobre una cibernética de primer orden, diseñan una hipótesis universalmente válida para el tratamiento de las familias de esquizofrénicos (*prescripción invariable*). Posteriormente, Palazzoli organiza un nuevo equipo de investigación para desarrollar una teoría general de los *juegos psicóticos* (Ochoa, 1995; Boscolo y Bertrando, 2006).

Por su parte, Boscolo y Cecchin (Von Schlippe y Schweitzer, 2003) dan un salto a la cibernética de segundo orden, para lo cual, el grupo de terapeutas y la familia son parte de un mismo sistema, de esta manera, los que en el primer modelo eran observadores, ahora son parte de lo observado. Esta visión sustentada por autores como Maturana, von Foerster, von Glasersfeld, se interesa más por las ideas, creencias, teorías, las premisas personales de los componentes del *sistema* relacionado con el problema, incluidos clientes, terapeutas, observadores e instancias sociales relacionadas (Boscolo y Bertrando, 2006). Además se dedicaron a la docencia para preparar terapeutas familiares, impartiendo cursos, talleres, conferencias, en diferentes partes del mundo empleando la *entrevista circular* para intervenir.

Más recientemente, Boscolo y Bertrando (2006), señalan que un cambio de perspectiva hacia el posmodernismo y consruccionismo social supera la dicotomía trazada entre observador y observado, pues se desplaza la atención del observador y sus construcciones mentales, hacia el plano de las relaciones vistas como expresiones de sistemas de lenguaje o significado a través del tiempo. Desde tal perspectiva, se proporcionan elementos para que la familia construya una realidad o narrativa alternativa, que sea funcional para ellos. Estas nuevas consideraciones influyeron en otros autores para desarrollar un estilo diferente de terapia, como es el caso del Equipo Reflexivo de Tomm Andersen.

Dado que el abordaje teórico de este modelo es muy amplio, me enfoco en describir la primera fase de Milán y solamente señalo la dirección que toma en lo posterior.

PRINCIPIOS

Selvini-Palazzoli y cols. (1994) parten del principio de que todo sistema viviente comparte tres características fundamentales: *totalidad*, el sistema es ampliamente independiente de las características individuales de los elementos que lo componen; *capacidad autocorrectiva* (tendencia homeostática); *capacidad de transformación*.

Así que la comprensión del síntoma o problema está basada en una *causalidad circular*, la cual se establece por medio de observar las interacciones entre los miembros de la familia. El terapeuta al formular una descripción de lo que observa, emplea el verbo “*mostrar*”, en lugar del verbo “*ser*”, pues de esta manera, se evita emitir juicios o evidenciar culpables; esta actitud del terapeuta le permite actuar con neutralidad al formular un resumen del juego familiar (Ochoa, 1995).

Este *juego familiar* es definido por el grupo de Milán (Selvini-Palazzoli y cols., 1994) como el mapa de relaciones familiares, que incluye alianzas y exclusiones, las reglas establecidas por la familia, que dicen lo que está y no permitido, además de la forma en que cada miembro define las relaciones interpersonales en el sistema familiar con y sin la influencia del síntoma. Dicho juego regula la función del sistema familiar y es formado a través del tiempo, en que la familia se va arraigando a una serie de valores, creencias, principios, reglas y rutinas (*tradiciones familiares*) que determinan las conductas y relaciones de los miembros de la familia.

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

En familias que presentan alguna patología, Selvini-Palazzoli y cols (1994) observaron una tendencia cada vez más rígida, a repetir las soluciones memorizadas, lo cual los enfrasca en comportamientos redundantes y reglas particularmente estrictas para el sistema. Quedando atrapadas en un interacción paradójica que involucran a todos los miembros de la familia, quienes regularmente piden a los terapeutas: *¡cámbianos, sin cambiarnos!*, por lo que los terapeutas han de responder con otra paradoja: *¡solo podemos cambiarlos con la condición de que no cambien!*.

Por medio de la entrevista terapéutica se busca obtener información sobre el juego familiar para determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, en los que aparece el síntoma, además de determinar la función de éste en la interacción familiar. Es importante señalar que, aunque se reconoce que dentro del juego familiar hay, comúnmente, un paciente identificado (quien muestra el síntoma), resulta esencial indagar a cerca de las interacciones de éste con los miembros de su familia y las creencias que cada quien tiene respecto a la influencia del síntoma en las relaciones familiares (Ochoa, 1995).

Estructura de la entrevista

Como producto de las investigaciones realizadas por el grupo de Milán, estos autores formularon una manera diferente de estructurar las sesiones terapéuticas (Selvini-Palazzoli y cols., 1994):

- *Reunión previa (presesión)*. Es el tiempo que el equipo terapéutico dedica para elaborar una hipótesis preliminar sobre la queja de la familia, se habla sobre los objetivos del paciente, la dirección que se tomará en la terapia y se establece el tiempo que durará la entrevista.
- *Entrevista (sesión)*. Esta se realiza en una cámara de Gesell (con espejo de visión unilateral), donde los terapeutas (generalmente uno o dos) se reúnen con la familia que entrevistarán, mientras que del otro lado del espejo y fuera de la vista de la familia, se encuentra la otra parte del equipo. Los entrevistadores se ocupan de guiar y obtener información de la conversación con la familia y el resto del equipo se da a la tarea de confirmar, modificar o crear otras hipótesis del caso a partir de lo que se escucha.
- *Intervalo para debate (intersesión)*. Una vez agotado el tiempo para la entrevista y que se ha recabado la información necesaria por parte de los terapeutas, éstos se reúnen con el equipo con la finalidad de discutir las hipótesis, acordar sobre la intervención a realizar y las tareas que se dejarán a la familia.
- *Intervención (cierre de sesión)*. En esta etapa los terapeutas que entrevistan a la familia, regresan con ella para darles la intervención.
- *Debate final (postsesión)*. En la última etapa, el equipo terapéutico dedica un tiempo para comentar las reacciones de la familia y sus impresiones del caso, además de programar los temas a tratar la próxima sesión.

Esta manera de dividir en etapas las sesiones terapéuticas, cobró fama por su accesibilidad para la formación de psicoterapeutas, quienes bajo esta forma de trabajo, pueden ser dirigidos y orientados mientras participan (lo cual permite obtener experiencia) en el proceso terapéutico.

Procesos implicados en la entrevista

Selvini-Palazzoli y cols. (1990/1980) mencionan que los principios por los que se rige la entrevista del grupo de Milán son básicamente tres:

- *Formulación de hipótesis.*

Las hipótesis pueden ser planteadas basándose en la información que brinda la familia, desde el primer contacto telefónico, sin embargo, éstas son tentativas y susceptibles a ser modificadas en tanto se recauda información en las sesiones terapéuticas. También pueden establecerse de acuerdo al conocimiento sistémico del entrevistador y a su experiencia terapéutica con familias que han sido tratadas con problemas similares, para ello se toma en cuenta la cultura, religión, posición sociocultural y patrones repetitivos en el juego familiar.

Las hipótesis planteadas por los terapeutas organizan la información adquirida del caso y dirigen el trabajo terapéutico, de esta manera, basados en estos supuestos se indaga a profundidad, por medio de preguntas circulares, para comprobarlas. En un inicio las hipótesis suelen ser *de arco parcial*, lo cual significa que describen tan solo partes del sistema y conforme transcurre la sesión, se van conectando y confirmando los supuestos a fin de construir una *hipótesis sistémica* de la familia y las relaciones contextuales del problema, lo que permite vislumbrar la dirección de la terapia y las intervenciones a realizar.

Las hipótesis pueden abarcar los siguientes niveles de comprensión: 1) toma en cuenta el papel que tiene el síntoma en la relación de pareja, en donde el juego familiar se entiende en términos de qué es lo que se da y qué es lo que se recibe; 2) considera las alianzas que existen entre los miembros de la familia; 3) pone atención en la función que tienen las creencias o mitos familiares; 4) aborda la relación entre la familia nuclear y las instituciones implicadas debido al síntoma que muestra el paciente identificado. Finalmente, las hipótesis planteadas siempre son circulares; se basan en una visión sistémica de la familia, sus relaciones y el problema, dejando de lado el pensamiento lineal (cusa efecto).

- *Circularidad.*

Es entendida como la capacidad del terapeuta para adquirir información sobre las bases de retroalimentación en las relaciones de la familia, para confirmar o falsear la hipótesis previamente formulada. De esta manera el terapeuta, por medio de preguntas circulares, explora las relaciones y creencias de los miembros de la familia. Debido a que comúnmente, las explicaciones con respecto a las problemáticas familiares son lineales, los integrantes de la familia no están conscientes de cómo su propia conducta, creencias, percepción, actitud respecto al síntoma, influye en su interacción y relaciones con los otros, ni de cómo estos mismos aspectos que manejan los otros le afectan. Por lo tanto, la información que se obtiene por medio de

preguntas circulares, generalmente es nueva para la familia y brinda una perspectiva diferente de abordar sus dificultades.

- *Neutralidad.*

Se refiere a que el terapeuta, en ningún momento enjuicia, ni da preferencia a la versión del problema relatada por algún miembro de la familia, por lo contrario, escuchará todas las versiones del conflicto, manifestando aceptación y proporcionando *retroalimentación* a toda la familia.

Boscolo y Bertrando (2006) mencionan que con la adopción de la cibernética de segundo orden resulta imposible para el terapeuta ser *verdaderamente “neutral”*, pues al formar parte del mismo sistema, no se puede ser neutral respecto a sus propios prejuicios e ideas. Lo que proponen como alternativa es hablar de una *tendencia hacia la neutralidad*, o como “*Cecchin (...) propone el concepto de curiosidad (...) que lleva a experimentar e inventar puntos de vista y movimientos estratégicos (...) con la consecuencia de no-apego a ninguna posición en particular*” (p. 236).

Tipos de preguntas

En el transcurso de la entrevista se emplean *preguntas circulares*, por lo que el terapeuta debe desarrollar la capacidad de conducir su intervención sobre las formas de interactuar, comunicarse y el tipo de relaciones en la familia, el resultado es que se logra la comprensión de una *verdad sistémica* (que involucra a toda la familia). Las *preguntas circulares* se plantean de la misma manera a cada miembro de la familia, con respecto al problema y con el objeto de introducirlos en una visión sistémica de la situación, es decir, por medio de los puntos de vista de cada integrante de la familia, se promueve la retroalimentación que permite dar cuenta en qué medida la dinámica familiar influye en la presencia del problema presentado por el *paciente identificado*. Estas preguntas se pueden dirigir hacia el presente, pasado y al futuro dependiendo del tipo de información que se requiera. Los siguientes tipos de preguntas son empleadas para recoger información que confirme o refute una hipótesis (Ochoa, 1995; Boscolo y Bertrando, 2006).

- *Triádicas.* Se pide el punto de vista de una persona respecto a la relación de otras dos personas aparte de él, es posible que de esta manera se obtenga información que dos implicados no podrían decir, por lo cual se interroga a un tercero. Es importante observar la conducta no verbal de los no cuestionados.

- *Sobre alianzas.* Establecen que miembros de la familia mantienen relaciones más cercanas.
- *Para clasificar.* Traza la forma en que se relaciona y establece un orden en relación de una cualidad.
- *Explicativas.* Explican el por qué pasa algo, por medio de ellas se busca información sobre el sistema de creencias y secretos de la familia.
- *De diferencia.* Indaga sobre como era la situación antes de y después de, además muestra las diferencias que hay en las reacciones de los miembros de familia cuando sucede algo.
- *Hipotéticas.* Brindan una posibilidad tentativa de las reacciones de la familia ante una situación, además muestran a la familia un nuevo mapa de relaciones, dándoles la oportunidad de considerar diferentes alternativas de significado y de acción.
- *Preguntas orientadas al futuro.* Se trata de preguntas abiertas que plantean la construcción de nuevas posibilidades de relación en los miembros de la familia, para indagar la capacidad de los clientes de proyectarse al futuro.

Actualmente, se retoma la entrevista de intervención formulada por Karl Tomm (1988) quien elabora toda una tipología de preguntas poniendo especial atención en la intención con que la emplea el terapeuta: investigar (preguntas lineales); explorar (circulares); corregir (estratégicas); facilitar (reflexivas).

El juego psicótico

Como mencioné, estos tipos de preguntas se encaminan a explorar el *juego familiar* que mantiene el problema. Al respecto, Selvini-Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1990) desarrollaron una teoría sobre los *tipos de juego psicótico* en la familia, los que describo a continuación.

Embrollo. Se caracteriza por la tendencia de expresar afectos contrarios a los que realmente existen y se manifiesta el siguiente patrón: uno de los padres establece una relación privilegiada con uno de sus hijos(as), dando a entender que lo prefiere por encima de su esposo(a), aunque el sentimiento no es auténtico, ya que la cercanía con el hijo(a) le sirve como estrategia en contra de alguien más, generalmente se da en contra del otro cónyuge. El hijo(a) advierte que la relación con su padre es ilícita e inmoral, por lo que cada vez siente mayor desconfianza y recelo del supuesto aliado, de tal manera que llega a descubrir el carácter

instrumental que el padre ejerció sobre él, haciéndole sentir traicionado y condenado al silencio, sin embargo, encuentra una manera de vengarse: manifestando el síntoma psicótico.

Instigación. Este juego consiste en constantes provocaciones disimuladas a las que se responde con rabia disimulada, con lo que se establece un patrón recursivo de provocaciones indirectas y respuestas de rabia contenida. La instigación tiene un nivel triádico, es decir, uno instiga a otro siempre para provocar a un tercero. Este juego es susceptible de desencadenarse en familias donde las provocaciones directas no son admitidas, por lo que se recurre a la instigación.

Proceso psicótico. Selvini-Palazzoli y cols. (1990) se apoyan en la hipótesis de que las familias esquizofrénicas están reguladas por un enfrentamiento tan radical que lo hace no declarable e incubierto, debido a ello están atrapadas en una lucha perpetua en la que no hay perdedores ni ganadores, tan solo aparentes victorias y derrotas parciales. Así mismo, menciona que la psicosis se gesta a lo largo de un proceso que abarca seis estadios:

- *Impasse de la pareja conyugal.* El impasse se refiere aun conflicto que se utiliza para ocultar los sufrimientos auténticos, lo cual permite un desahogo indirecto que perpetúa la lucha. En este contexto, uno de los miembros de la pareja adquiere el papel de *provocador activo* y el otro de *provocador pasivo*. En este tipo de relación se interpreta como signo de debilidad las confirmaciones que pudieran hacer, por lo que cada miembro de la pareja rechaza la definición que el otro hace de la relación y descalifica su propia definición de la relación antes de que lo haga el otro. La consecuencia es que nadie en la familia está dispuesto a declarar un liderazgo ni tampoco a aceptar la responsabilidad de lo que anda mal.
- *Entrada del hijo en el juego de los padres.* Se prevé que el hijo(a) que se une al juego será el futuro psicótico o paciente identificado. Éste considera al provocador pasivo como la víctima y al provocador activo como el verdugo, por lo que toma partido secretamente por uno de los padres, pero no asume abiertamente la defensa.
- *Conducta inusitada del hijo.* El hijo al ver que el impasse continua, muestra una conducta extraña (que nunca antes había hecho) contra el aparente vencedor, para desafiar su arrogancia y para mostrar a la “víctima” cómo debería de hacer para rebelarse ante el supuesto sometimiento que le ha impuesto el “verdugo”, siendo que en realidad ambos lo que desean es su amor y atención.

- *Viraje del presunto aliado.* Sucede que el provocador pasivo no se une a la rebelión del hijo, ni desmiente su rol de víctima, incluso puede apoyar al vencedor en contra del muchacho.
- *Eclosión de la psicosis.* El hijo descubre que la relación con su presunto aliado ha sido un instrumento de éste y como resultado de la educación recibida del impasse de sus padres, no concibe la posibilidad de declararse derrotado, por lo que usa la psicosis para vengarse.
- *Estrategias basadas en el síntoma.* Ante el episodio psicótico, la familia busca situaciones para provocar un cambio. Si se produce una transformación en el sistema que conlleve a una reducción gradual del síntoma, es posible lograr su desaparición. Sin embargo, si los intentos de transformación no tienen éxito, se inicia una etapa en donde la conducta sintomática es mantenida de manera encubierta por la tolerancia de otro(s) miembro(s) de la familia, quienes se oponen al cambio debido a que han desarrollado estrategias en torno al síntoma de las cuales obtienen ciertos beneficios.

Selvini-Palazzoli y cols. (1994), mencionan que este juego ambiguo que se establece está protegiendo la homeostasis (*statu quo*) de la familia.

INTERVENCIÓN

El grupo de Milán postula la no directividad del terapeuta respecto al cambio puesto que se pretende liberar a la familia de su rígido sistema de creencias, para que posteriormente, ella encuentre el cambio más conveniente, por lo que el equipo terapéutico se mantiene neutral respecto al cambio. Sin embargo, las técnicas de intervención son directivas, pues tienen que ser llevadas a cabo al pie de la letra.

Manejan que el cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro menos perjudicial, ya que se afirma que todo grupo familiar necesita un juego que regule su vida como sistema, además de que el cambio más profundo se produce en las creencias y percepciones de la familia (Ochoa, 1995).

Las intervenciones que emplea el equipo de Milán han ido evolucionando junto con su historia, pero las más características se describen a continuación.

Con la finalidad de alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma, además de afectar el tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o las conductas de los demás (Ochoa, 1995), se interviene con:

- **Redefinición.** Estas modifican la percepción cognitiva del síntoma, presentándola desde otro marco conceptual diferente al de la familia, generalmente se combina con la connotación positiva, antes de dar una prescripción.
- **Connotación positiva.** Presenta al síntoma como debido a razones altruistas (de sacrificio y amor) por parte del paciente identificado como del resto de la familia. Lo que se connota positivamente es la relación de la conducta sintomática con otras más importantes para las que el síntoma es en realidad una solución, así el terapeuta resalta la cohesión de la familia que muestra para intentar resolver sus problemas. El síntoma simboliza el sacrificio de los miembros de la familia para mantenerse unidos ante penosas dificultades.

Con la finalidad de intervenir en el comportamiento e interacción de los miembros de la familia, se dan prescripciones (Ochoa, 1995):

- **Directas.** Por medio de ellas se observa la capacidad de cambio de la familia, además de que ayuda a consolidar los cambios ya conseguidos a través de intervenciones paradójicas o ritualizadas.
- **Contraparadoja.** Prescriben la secuencia patológica connotada positivamente, a través de una fórmula clásica: *connotación positiva + redefinición + prescripción de la secuencia sintomática + un límite temporal arbitrario durante el cual la secuencia sintomática debe seguir vigente*. Al connotar positivamente los comportamientos sintomáticos, se sugiere que la tendencia de juego en la familia ha estado ayudando a mantenerlos unidos, pero al mismo tiempo se introduce un mensaje paradójico que cuestiona la necesidad del síntoma para que la familia se mantenga unida, provocando la capacidad de transformación del sistema familiar.

Además se valen de prescripciones ritualizadas, las cuales consisten en una serie de conductas ordenadas y estructuradas de manera específica, que introducen nuevas reglas al sistema familiar y funcionan como un elemento nuevo en la situación ante el cual se responde necesariamente con un cambio, principalmente se manejan tres tipos (Ochoa, 1995):

- **Rituales.** Se prescribe a manera de “experimento”, “ensayo” o “un rito de transición” y propone una serie de conductas secuenciadas con suma precisión, sobre que ha de hacer,

dónde y cuándo cada miembro de la familia, lo cual da la oportunidad de que los miembros de la familia descubran patrones de interacción caóticos que surgen de un sistema de creencias arraigado.

- ***Tarea ritualizada de los días pares y los días nones.*** Consiste en prescribir dos conductas contradictorias que coexisten en el sistema familiar, en días separados, por ejemplo, cuando los padres emplean métodos diferentes para tratar la conducta sintomática del hijo y no existe un acuerdo entre ambos, en lugar de ello predomina las críticas, se prescribe que en los días pares de la semana en que no habrá sesiones terapéuticas, el padre decidirá cómo tratar al hijo y la madre cooperará “haciendo como si no estuviera”, mientras que los días impares la madre tomará el control total de la situación y los domingos el comportamiento será espontáneo. Además cada uno de los padres llevará un diario en el que se anotará cualquier interferencia del cónyuge que no debía intervenir. Lo que se pretende con esta intervención es entrenar a la familia en conductas alternativas y en una división de funciones, además de demostrar la posibilidad de control voluntario para ajustar a ciertos días determinadas conductas pertenecientes a la secuencia sintomática.
- ***Prescripción invariable.*** Es una prescripción que se aplica a familias esquizofrénicas, partiendo de la hipótesis general de que el problema en este tipo de familias consiste en una falta de diferenciación entre el subsistema parental (pareja) y el filial (hijos o hermanos) con la ausencia de emancipación entre el hijo y los padres. Lo que busca la intervención es evitar las coaliciones padre-hijo que caracterizan el juego de las familias psicóticas, para lo cual se introducen límites de la pareja parental hacia los hijos y promueve el establecimiento de acuerdos y trabajo en equipo de los padres.

Ochoa (1995) menciona que la prescripción invariable se emplea a partir de la tercera entrevista con la finalidad de introducir un cambio de juego, la cual proporcionará nuevas formas de relacionarse, además de que se obtiene información sobre las reacciones de los miembros de la familia.

APLICACIÓN CLÍNICA

Ficha de identificación

Fecha: 24 de Octubre 2007

Persona que contacta: Alicia M. (abuela paterna)

Persona que deriva: Psicóloga escolar.

Paciente Identificado: Antonio V. L.

Edad: 6 años.

Escolaridad: 1º. Primaria.

Padre: Genaro V.

Edad: 27 años.

Escolaridad: Secundaria.

Madre: Rita L.

Edad: 27 años.

Escolaridad: Secundaria.

Hijo 1: Antonio, 6 años.

Hijo 2: Ana, 3 años.

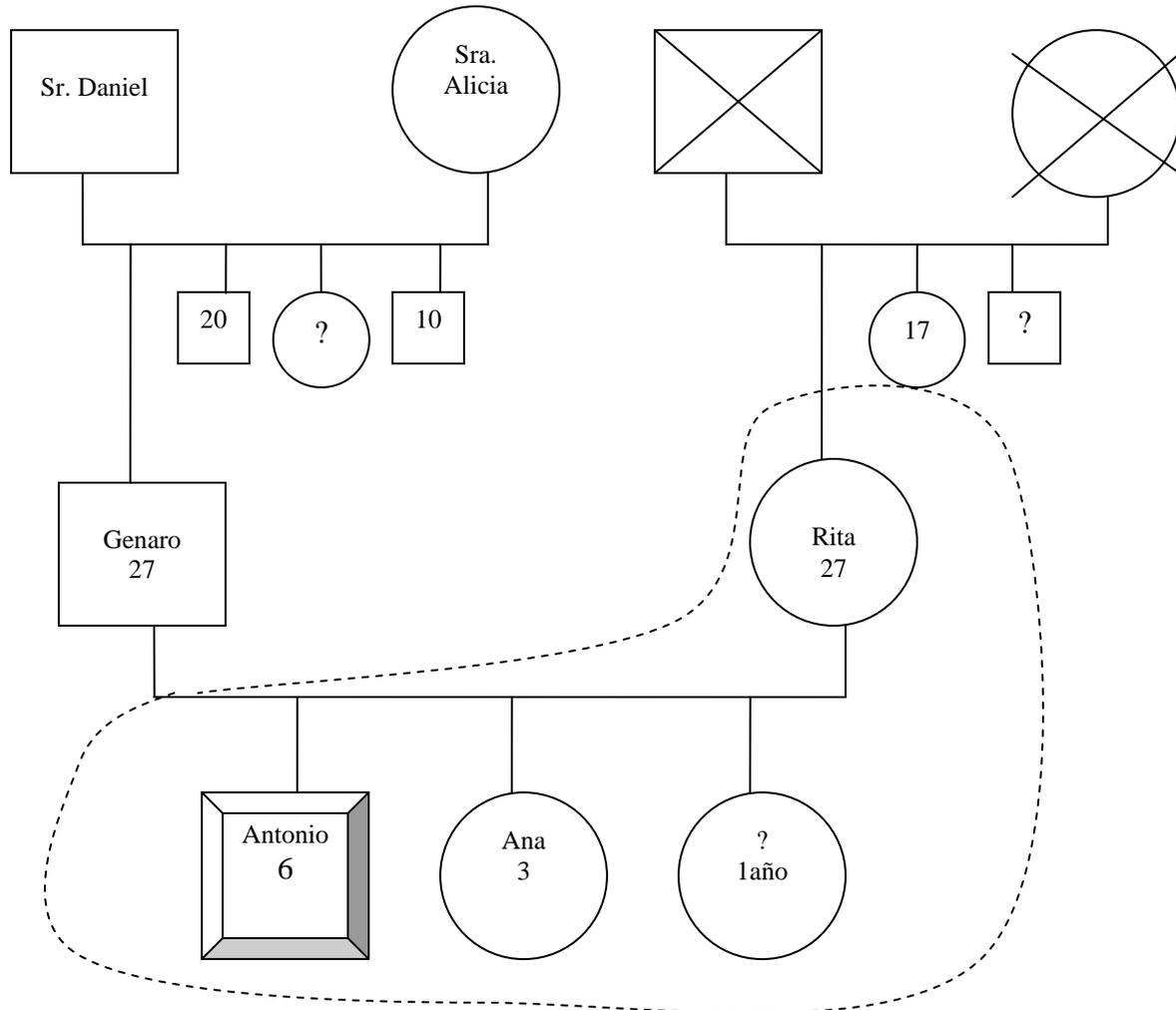
Hijo 3: 1año.

Definición del problema.

Antonio muestra desobediencia, rebeldía, inquietud; no trabaja en la escuela. La familia atribuye estos cambios de Antonio a que su papá (Genaro) fue internado en un centro integración para drogadictos, además de que el niño recientemente ingresó a la primaria. Se considera que desde entonces incrementaron las siguientes conductas: saca todos sus libros y los deja regados en la mesa de trabajo; no atiende instrucciones en la escuela u hogar y se levanta constantemente de su lugar.

Observaciones: Visita dominical al padre en dos ocasiones, en las cuales, la familia recibió orientación psicológica en dicho centro.

Genograma



Hipótesis preliminar

El equipo planteó un primera hipótesis de arco parcial: *Puede ser que Rita (la mamá) esté manifestando falta de atención a Antonio (paciente indicado), ya que ella podría estar dedicando mayor cuidado a sus dos hijas menores, además es posible que con la internación de Genaro (padre), Antonio haya sufrido una ruptura en la relación con su padre, por lo que muestra un comportamiento indeseable para atraer la atención de su madre.*

Entrevista

En la primera parte de la sesión se realizaron diferentes tipos de preguntas con la finalidad de obtener un panorama sistémico en la hipótesis del caso, las preguntas más relevantes fueron:

Lineales: ¿Quién fue la primera persona que se dio cuenta de que hubo un cambio en Antonio? ¿Este cambio se dio sólo en la casa o en otros lugares? ¿Cómo le hacen para controlar la conducta de Antonio? ¿(Para Rita) qué es lo que te ha impedido superarte?

Triádicas: ¿Cómo era la relación de Antonio con su papá? ¿Antonio se dio cuenta de la adicción del papá? ¿Cuál es la reacción de Antonio cuando va a visitar a su papá? ¿En su relación cotidiana hay alguien más a quien le haga caso Antonio, así como con su papá? ¿Quién más corrige a Antonio? ¿(Para Alicia) cómo es la relación de Antonio y su mamá? (a Alicia y Rita) ¿qué tiene que hacer como pareja Genaro y Rita para que estén bien?

Circulares: ¿(para Antonio) Qué piensas de lo que dice tu mamá? ¿Cómo lo corrigen ustedes? ¿Cómo reacciona Antonio cuando lo corrigen de esa forma? ¿(Para Rita) usted que opina de lo que dice su suegra?

Explicativas: ¿Alguien ya le había hablado a Antonio sobre la adicción de su papá? ¿Cómo le han explicado? ¿Ha notado si sucede algo para que tome ese comportamiento (de imitar conductas de su papá)? ¿A qué le atribuyen ese cambio de Antonio? ¿En algún momento les ha preocupado a ustedes que Antonio tome el mismo camino que su papá? ¿Si hay esa preocupación que expectativas tienen?

Sobre alianzas: ¿(para Antonio) Con quién de tus tíos te llevas mejor?

De diferencia: ¿Este cambio de Antonio ha sido desde antes del internamiento de Genaro?

Pregunta orientada hacia el futuro: (para Rita) La figura que representa el papá para Antonio es importante ¿cómo podría hacer posible que mientras el papá no esta, Antonio sienta su presencia? ¿Han pensado qué hacer en dado caso que Genaro reincida en drogarse? ¿Qué es lo que has pensado hacer para ayudar más a Antonio?

Hipotética: ¿si Genaro estuviera aquí sería un impedimento para que te superes? ¿Qué pasaría si te superarás más?

Como resultado de esta entrevista, se obtuvo la siguiente información:

Rita menciona que la abuela (Alicia) es quien convive más con Antonio (paciente identificado) y la primera en darse cuenta del problema del niño. Por su parte, Alicia menciona que el cambio más fuerte en Antonio se dio hace seis meses cuando internó a Genaro por problemas de adicción, desde entonces el niño no permite que su abuela lo abrace, lo toque, ni quiere ir a casa de ella, porque la culpa al decirle que “le quitó a su papá”. A consecuencia de la problemática como pareja que presenta Rita y Genaro, Antonio culpa a su mamá de que su papá

sea así (drogadicto), ya que el niño presencio el hecho de que su mamá le negó la entrada a su casa por estado de intoxicación de su papá.

Los cambios que Antonio muestra en la escuela consisten en meterse las cosas a la boca, levantarse mucho de su lugar, salirse del salón, no hacer la tarea. Al preguntar sobre la relación de Antonio y su papá, Rita dice: “*hacían la tarea juntos, jugaban, lo cargaba*”, en general convivían más, le manifestaba mayor obediencia a Genaro. Aunado a ello acostumbraban ir a jugar fútbol, lo que no ha sido posible desde el internamiento de Genaro.

Rita y Alicia mencionan que actualmente, Antonio obedece y tiene mejor trato con su abuelo Daniel (esposo de Alicia) y una hermana de Rita, la cual los visita esporádicamente, pero se muestran angustiadas debido a que el niño no las obedece a ellas.

Cuando se le pide a Rita que describa un día normal ella comenta que Antonio se levanta, se baña, desayuna, se va a la escuela, a la hora de la salida va por el niño a la escuela y se van a la casa de la suegra, donde Antonio y su familia comen, se quedan toda la tarde ahí, es decir, en ese lugar es donde el niño realiza la tarea bajo la supervisión de la abuela, finalmente al llegar la noche Rita y sus hijos regresan a su casa.

La sra. Alicia y Rita externaron su preocupación, en las conductas de olerse la ropa, meterse cosas a la boca y tomar un día al mes en que no realizaba ninguna actividad (“*el día de huevear*”) ya que ellas creen que Antonio esta imitando a su papá y temen que termine adoptando la adicción que muestra su padre. Una petición constante por parte de la abuela es que pide a los terapeutas una orientación de que hacer con su nieto y sus hijos, mientras que Rita se muestra menos preocupada.

Es importante mencionar que en el transcurso de la sesión fue evidente la dificultad de ambas, Rita y Alicia, para mantener en orden a sus hijos, además de que se observa claramente en el video que Rita pone en manos de Alicia a cualquiera de sus 3 hijos, a su vez que Alicia trata de controlarlo o bien se lo da a su hijo Jesús (niño de 10 años que entró a la sesión como acompañante)

Discusión del equipo

Observamos que el juego familiar no les está funcionando debido a que roles y funciones de los integrantes de la familia, no corresponden al momento evolutivo por el que están pasando, es decir, dentro del juego de la familia, Rita se comporta como hija de Alicia y hermana de sus propios hijos, delegando toda la responsabilidad en la abuela, quien se ha estado encargando de

disciplinar y llevar la autoridad tanto de sus nietos como de Rita su nuera, pues ha aceptado la responsabilidad (quizás por la culpabilidad de que su hijo, Genaro, no esté cubriendo su papel de padre), pero finalmente Antonio se le ha salido de control. Esto indica una falta de límites entre la familia nuclear y de origen.

Al hablar sobre la historia del problema, Alicia relaciona el comportamiento *rebelde* de Antonio con el internamiento de Gerardo por su adicción, hace seis meses. Antes de ser internado, mencionan que Antonio tenía una relación importante con su padre, pues con él jugaba, solía hacer la tarea, era él quien lo disciplinaba eficazmente y tenían la costumbre de ir a jugar fútbol, en ocasiones acompañados por toda la familia y otras veces solo los hombres de la familia (el padre de Genaro, Genaro, sus hermanos y Antonio).

El equipo mencionó que esta fue una importante tradición en la familia que se perdió con el internamiento de Genaro, ese acercamiento familiar por medio de los juegos de fútbol, pues es algo que Antonio desea continuar. Además la alianza entre Antonio y su padre se vio afectada.

Rita al quedarse lejos de su marido, recurre a la suegra, pero delega en ella la responsabilidad y cuidado de Antonio y se concentra en sus dos hijas pequeñas, sin embargo, Alicia no logra controlar el comportamiento del niño debido a que éste se dio cuenta de que su abuela fue quien internó a su papá y “*se lo quitó*”. Al ser Alicia quien toma el mando de la familia, pero ve que no puede controlar ni acercarse como antes a Antonio decide pedir ayuda profesional.

El equipo comentó que el comportamiento problemático que muestra Antonio, ha permitido que se genere una fuerte alianza entre Alicia y Rita, además de que las conductas que Antonio parece *imitar* de su papá y que le preocupan a Alicia, pueden funcionar para Antonio como una forma de mantener la imagen cerca de su papá, debido a lo cual el equipo diseñó la siguiente intervención:

Connotación positiva

Se connotó positivamente la alianza entre Rita y Alicia que las fortalece para cuidar de Antonio, en palabras de los terapeutas se dijo: “*Comentando con el equipo, nosotros, estamos de acuerdo con ellos en que ustedes están muy acertadas en que la conducta de Antonio tiene que ver con la ausencia de su papá y ambas están jugando un papel excepcional por tratar de cubrir la ausencia del papá de Antonio y por ello las queremos felicitar...*”

Se elaboró una redefinición hacia Antonio en el cual se le asigna simbólicamente el papel del padre (del hombre de la casa) como una manera de hacerle sentir la presencia de su padre en el entorno familiar, además de asignarle mayor responsabilidad: *A ver Antonio... Quiero que me pongas atención, por que voy hablar contigo de hombre a hombre, yo se que es difícil para ti, no tener a tu papá, pero a partir de este momento te vas a tener que hacer responsable de las cosas que suceden en tu casa con respecto a tu mamá y tus hermanitas yo se que para ti va hacer muy difícil esto por que eres muy pequeño de edad, pero si tu papá te viera estaría orgulloso de ti... y a partir de este momento tu vas a ser responsable de lo que pasa en tu casa, vas apoyar a tu mamá y a tus hermanas así y tu papá, cuando lo veas va a estar muy orgulloso de ti...*

Prescripción

La prescripción hecha permite un mayor acercamiento madre e hijo reubicando los roles de Alicia (abuela) y Rita (madre): *nosotros consideramos que usted señora Rita como la mamá de Antonio, es necesario que a partir de este momento usted supervise las tareas en su casa... que sea en el mismo lugar, que tenga buena iluminación, que tenga a la mano todo el material que vayan a ocupar... y es muy importante que lo supervise la misma persona... es conveniente que usted le revise la tarea. Además elaboramos una carta a los responsables de la escuela de Antonio, donde les informamos que ustedes acudieron con nosotros, y pedimos más apoyo por medio de dos peticiones las cuales les explicaran ellos...*

Discusión final.

La discusión del equipo sustentó la hipótesis preliminar: la mamá no le presta adecuada atención a Antonio, pero se encontró además que estaba depositando toda la responsabilidad en la abuela y que el juego y tradiciones familiares de Antonio cambia a partir de que internaron a su papá. El equipo conoto positivamente la alianza entre Rita y Alicia porque les está funcionando y las mantiene unidas al pendiente de los niños, pero se requiere establece un juego familiar adaptativo, donde Alicia tome su papel de abuela y Rita de madre, para lo cual se diseño una prescripción que le restituya su responsabilidad.

La connotación positiva, de manera indirecta, las induce a retomar su rol correspondiente, de igual manera se le da un papel importante a Antonio como el hombre de la casa, haciendo que él se sienta reconocido como parte importante de la familia durante la ausencia de su papá. La

intervención generó ciertos cambios en la familia, debido a los comentarios que días después hizo la profesora de Antonio.

Seguimiento

Una semana después de la sesión la maestra de Antonio reporta, que esta sorprendida por el notorio cambio en la conducta del niño y en la mamá, debido a que él se porta más responsable: trabajando en las actividades que se le solicitan y copiando la tarea.

La mamá por su parte se muestra más responsable debido a que ya es ella la que se acerca a Antonio, está pendiente de que copie la tarea y de su comportamiento en la escuela.

Respecto a la abuela la maestra mencionó que no se había acercado a recoger al niño como lo hacía anteriormente.

MODELAMIENTO CIBERNÉTICO	
Pasos del proceso terapéutico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ficha técnica. 2. Hipótesis preliminares (tradiciones familiares) 3. Interrogatorio circular 4. Verificar la hipótesis 5. Intervención: connotación positiva, prescripción del síntoma, rituales
Modelamiento del problema	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 20px;"> <p>En un segundo orden de recursión</p> </div> <div> <p>En un primer orden de recursión</p> </div> </div>
Modelamiento del cambio (transformas)	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 20px;"> <p>En un segundo orden de recursión</p> </div> <div> <p>En un primer orden de recursión</p> </div> </div>

El modelamiento de milán (en sus primeros años) consiste en describir el juego familiar que esta regulado por las tradiciones de dicha familia, mientras que su intervención se centra en diseñar una contraparadoja que prescriba el síntoma, pero desde un distinto lente, pues se resalta como funcional o positivo.

COMENTARIO

Hay mucho que comentar respecto de este modelo, primero que nada porque contiene una interesante historia y desarrollo, pero debido a la brevedad de este trabajo se describió el enfoque de Milán en sus inicios y no fue posible mencionar el camino que toma hacia el construccionismo social y el posmodernismo, lo cual es otra etapa interesante de este modelo que resalta otros principios en la forma de llevar a cabo la terapia, como *curiosidad, narrativa e irreverencia*.

Sin embargo, con lo visto hasta ahora me queda un aprendizaje importante respecto a la complejidad que implica obtener una visión sistémica de un situación y que más allá de dar una explicación causa-efecto, es posible elaborar otra más amplia que integre la implicación que tiene cada miembro de la familia, la función que desempeña el síntoma, y más aún, diseñar una intervención que encaje con los valores y reglas del juego familiar... creo que eso es lo que más admiro de este modelo. Claro que es una habilidad que aún debo desarrollar, pero cuento en este momento con mejores posibilidades de hacerlo.

Algo muy positivo que me queda, como persona y como terapeuta, es que me siento más receptiva para observar e indagar más allá de lo que vemos a simple vista, por ejemplo, averiguar que de positivo tiene, o cómo es que me esta funcionando, ese problemilla insistente que no me deja en paz o aquel problema recurrente que menciona algún cliente.

Al trabajar en equipo me di cuenta de la importancia de escuchar a mis compañeros y de lo enriquecedor que esto puede ser, puesto que al retroalimentarnos puedo ver más de lo que vi en un principio.

Termino este módulo con un poco más de experiencia, un poco de dudas respecto a lo que no nos dio tiempo de revisar, pero con ganas de seguir indagando.

DISCUSIÓN

Bateson al trasladar sus observaciones y conocimiento de la biología, la antropología y el estudio de la comunicación humana, brinda las bases para desarrollar un enfoque interaccional en terapia. Desde la década de 1950, en el instituto de Palo Alto, es donde germina la semilla de la epistemología cibernética y comienza a dar frutos, surgiendo diversos estilos terapéuticos para influir en las pautas de relación de las familias.

Cuando digo que la epistemología cibernética conforma las bases que comparten los cuatro modelos revisados, me refiero a la capacidad que nos brinda para vislumbrar en diferentes niveles de comprensión el mismo fenómeno, es la puerta de acceso para descubrir la gran espiral de recursión de los fenómenos naturales y sociales. Además, nos provee de una gran responsabilidad puesto que requiere de los terapeutas completar una visión ecológica de los problemas humanos. Bien nos dice Keeney (1991, p. 207) que *“solo la sabiduría... el reconocimiento del hecho de la circularidad permite abordar en forma eficaz y sin prejuicios los ecosistemas”*.

Entiendo que el principal aporte de la terapia familiar sistémica, consiste en brindar una manera diferente de percibir las problemáticas humanas, pues aparta el dedo del renglón que insiste en designar al paciente o enfermo, el diagnóstico correcto o en indagar la causa del problema para poder llegar a una solución, etcétera. Las bases de la epistemología cibernética nos guían en una dirección diferente, pues nos desafía a ampliar nuestra visión, a contemplar el sistema entero de interacción, la familia, pero no para analizarla y fraccionar nuevamente nuestra perspectiva, sino para integrar diversas explicaciones, puntos de vista o distinciones, trazadas por el observador en una visión complementaria.

Los modelos del MRI, Estratégico, Soluciones y Milán, prestan atención a las interacciones entre los miembros de la familia, entendiendo sus conductas a partir del contexto y el tipo de reglas que efectúan, reconocen que las personas tienen la capacidad y responsabilidad de las decisiones que toman, de cómo actúan dentro de su situación, además encuentran que alrededor del problema hay un patrón de acciones y formas de interactuar que se repite en determinado orden, donde la conducta de uno se ve influenciada, tanto por la conducta como por las creencias y significados de los otros.

Toman en cuenta estos aspectos al generar una explicación circular, además de reconocer que cada persona reacciona de manera diferente a la terapia y vive de manera particular su situación, por lo que el psicólogo se concentra en crear un contexto accesible al cliente que

permita encontrar y utilizar sus creencias, valores, percepciones y recursos para resolver aquello que les aqueja. Estos tipos de terapia son indirectos en cuanto a la manera en que las personas llevan su vida, pues el terapeuta nunca pretende decir cómo debe pensar, sentir o actuar la persona, sin embargo, son directivos en cuanto a las instrucciones y tareas que dan a los clientes.

La principal diferencia que noto en la forma que cada modelo indaga la situación del cliente, es en el caso del enfoque de Soluciones, puesto que se busca la descripción de una pauta, pero no del síntoma o problema como es el caso de los otros tres modelos, sino la pauta de la solución o excepción al problema.

Varias técnicas de intervención que usan las escuelas son similares pero el lenguaje terapéutico es diferente. Al respecto, podemos observar en la siguiente tabla que los modelos sistémicos ofrecen a los clientes una *manera diferente de percibir su problemática*, aunque las técnicas y procedimientos que cada una utiliza tienen diferente nombre y se valen de diferentes aspectos al indagar a cerca de los clientes.

Modelo Y sus principales representantes	Objetivo terapéutico.	Elementos que guían la entrevista e intervención:	Brinda un punto de vista diferente por medio de:	Intervenciones o tareas características:
MRI Jackson, Watzlawick, Weakland, Fisch	Que el cliente de un giro de 180° respecto de la situación problemática.	Postura del paciente y soluciones intentadas	Reestructuración del problema	Directas, indirectas, paradojas, metáforas, anécdotas.
Estratégico Haley Madanes	Reajustar la jerarquía incongruente, romper la pauta del problema	Jerarquías y la pauta del problema	Redefinición o reencuadre	Directas, indirectas, paradojas, metáforas, cuento, anécdotas y ordalías
Soluciones De Shazer, Kim Berg, O'Hanlon	Guiar al cliente en dirección a sus propios recursos y a la solución de su problema.	Lenguaje y recursos del cliente, excepciones al problema	Deconstrucción del marco, hacer distinciones, elogio	Resumen, preguntas: presuposicionales, milagro. Tarea: de fórmula, genérica, sorpresa, hacer más de lo que funciona.
Milán Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata	Generar y comprobar una hipótesis sistémica.	Hipótesis a cerca del juego y tradiciones familiares	Connotación positiva	Ritual, prescripción ritualizada, paradojas y preguntas circulares

Y aunque cada modelo contempla diferentes aspectos de la situación problemática, coinciden en que requieren de cierta *creatividad* para diseñar las intervenciones adecuadas para cada caso, incluyendo las prescripciones o tareas que han de llevar a cabo los clientes en su contexto real. Aunque generalmente las tareas les parecen raras a los clientes (en especial las paradójicas) muestran gran efectividad, por lo que se les pide las realicen como un *experimento*...

a ver que pasa. He notado que entre más intrigado o interesado se va el cliente, regresa la siguiente sesión con un cambio importante.

Hay otros puntos de coincidencia en estos enfoques, por ejemplo, no se indagan las causas de los problemas, a menos que tengan utilidad para la solución del cliente, se trata de que haya el mínimo de sesiones posibles para resolver el problema, de ser posible tomando el camino menos complicado y empleando todo lo posible del cliente: creencias religiosas, ideales, valores, pasatiempos, habilidades, incluso debilidades y aquellas actividades o situaciones que le desagradan. Teniendo presente además que “*si no esta roto no lo compongas*”, pues esta suele ser una trampa en la que podemos caer los terapeutas cuando actuamos bajo la premisa errónea de querer arreglar todo lo que a nuestros ojos está torcido o dañado.

Los modelos del MRI y Jay Haley, se enfocan en indagar la situación presente respecto al problema. Para el modelo de Soluciones es útil indagar, tanto en el pasado como en el presente, las excepciones al problema, y más aún se interesa por investigar las expectativas hacia el futuro del cliente. Por otra parte, el grupo de Milán indaga a través de la entrevista circular la historia del problema, pero no para buscar causas subyacentes, sino para generar una idea a cerca del sistema de creencias, significados, reglas y tradiciones de la familia que encajen con su situación presente, así mismo, indaga situaciones hipotéticas hacia el futuro.

Que el número de sesiones requeridas para solucionar un problema sea reducido, resulta ventajoso si pensamos en la necesidad de solucionar los conflictos de personas que viven en una ciudad tan acelerada como la nuestra. Además me ha cautivado la psicoterapia sistémica porque contempla de manera integral las necesidades de las personas, sin etiquetarlas con un letrero de patología, me parece por ello una perspectiva muy humana.

Cada una de las escuelas toma en cuenta características importantes en las relaciones humanas, sin embargo, alguna escuela enfatiza determinados aspectos más que otros. Lo que me resulta interesante es la posibilidad que estos enfoques brindan para ejercer un tipo de psicoterapia creativa, que se adapte a las necesidades del cliente, pues ésta dinámica de trabajo la he observado en videos de grandes personalidades de la terapia sistémica, excelentes maestros de la FES Zaragoza y a través del diplomado lo he comprobado yo misma con satisfactorios resultados.

REFERENCIAS

- Bateson, G. (1982). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006). La Terapia Sistémica de Milán. En A. Roizblatt (edit). *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo. Pp. 226 a 244.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran mágicas*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (2000). Radical acceptance. *Brief family therapy center*. Traducción de Pedro Vargas Ávalos. México: Academia de terapia sistémica, FES Zaragoza, UNAM.
- Fish, R., Weakland, J. y Segal, L. (1993). *La táctica del Cambio*. Barcelona: Herder.
- Haley, J. (1980) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1984) *Terapia de ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keeney, B. (1991). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kim Berg, I. y Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Madanés, C. (1989). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Nardone, G. (2004) *El arte del estratagema, cómo resolver problemas difíciles con soluciones simples*. Barcelona: RBA libros.
- Nardone, G. & Watzlawick P. (1995) *El arte del cambio: trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

- O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. México: Paidós.
- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. H. (1993). *Raíces profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual moderno.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1994). *Paradoja y Contra-paradoja*. México: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1990). Hipotetización, Circularidad y Neutralidad. Tres Guías para Conducir una Sesión. En M. Selvini (comp.) *Crónica de una investigación*. Buenos Aires: Paidós. Pp. 336-352. Artículo original publicado en 1980.
- Selvini-Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino A. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Tomm, K. (1987). Interventive interviewing: Part III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions. *Family Process*, 27 (1), 1-15.
- von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- von Schlippe, A. y Schweitzer, J. (2003). *Manual de terapia y asesoría sistémica*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1993). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch R. (1986). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Witzeaele, J-J. y García, T. (1994). *La escuela de palo alto*. Barcelona: Herder.