



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA

ESCUELAS DE TERAPIA SISTÉMICA:
ORÍGENES, TÉCNICA Y APLICACIÓN

**TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA:
P R E S E N T A**

SUSANA RUIZ RAMIREZ

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. PEDRO VARGAS AVALOS
LIC. VICENTE CRUZ SILVA
MTRO. SERGIO CARLOS MANDUJANO VÁZQUEZ
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ



MÉXICO D. F. MAYO DE 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICADA A:

Mi papá:

Por ser el mejor ejemplo de lucha y perseverancia que he tenido en mi vida, al mostrarme que del pueblo más pequeño, puede salir el hombre más grande. Y por entregar tu vida a tu trabajo, y su trabajo a tu familia... Esto es para ti.

Mi mamá:

Por acompañarme en todo momento, siempre haciendo más ligera la tristeza, más grandiosa la alegría y más tolerable la realidad. Por hacer cada momento único, haciéndome con tus manos una ropa especial para un momento especial, una deliciosa comida o una caricia confortadora. Por siempre ubicarme en el lugar en el que debo estar.

Y por enseñarme a ser mamá siendo tu la mejor del mundo.

Kis:

Por ser quien me hace dudar de una teoría que parece absoluta, haciéndome crear una propia, la cual a veces vuelves a reacomodar. Por brindarme la oportunidad de conocer a mi verdadero amor, a ti.

Agradezco:

A mis padres,
Todo se lo debo a ustedes.

A mis hermanos:

Por apoyarme y quererme, a pesar de todo. Gracias Danny por cuidarme y ser mi hermano mayor y cuidarme como tal; por preferirme antes que algunas circunstancias. Gracias Lety por tolerarme, ayudarme y abrirme posibilidades, por ser un apoyo incondicional.

A Adib:

Por ser mi compañero y apoyarme. Por siempre darme la razón aunque yo no la tenga. Por buscar nuestro bienestar. Por quererme.

A Yuly:

Por ser mi amiga, por entender mis pensamientos sin la necesidad de decirlos, por tener la fortuna de tener una amistad verdadera en ti.

A Lidia:

Por inspirarme en seguir un camino con tu pasión hacia una profesión, y enseñarme que nada es imposible.

A Pedro, Sergio y Vicente:

Por ser excelentes maestros, y compartir su experiencia, conocimiento y amor a la terapia.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por la oportunidad de ser parte de la mejor universidad de Latinoamérica, y formarme dentro de tus principios, ideología y amor a mi país. Por proporcionarme una educación de alto nivel.

¡GRACIAS!

INDICE

Resumen	2
INTRODUCCION	7
EPISTEMOLOGIA CIBERNETICA	9
Antecedentes	9
Conferencias Macy	9
El laboratorio de Heinz Von Foerster	10
Proyecto Bateson	11
Conceptos básicos	13
Intervención terapéutica	15
TERAPIA ESTRATÉGICA BREVE DEL MRI	18
Antecedentes	18
Forma de trabajo	19
Técnicas y procedimientos	20
Aplicación Clínica	26
Mapa Epistemológico del MRI	30
Conclusión	31
TERAPIA ESTRATÉGICA DE HALEY	32
Antecedentes	32
Forma de trabajo	33
Técnicas y procedimientos	34
Aplicación clínica	36
Mapa epistemológico de la Terapia Estratégica de Haley	40
Conclusión	41
ESCUELAS DE SOLUCIONES: TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES (TCS) Y TERAPIA ORIENTADA EN SOLUCIONES (TOS)	43
Antecedentes	43
TCS	43
TOS	44
Forma de trabajo	47
Técnicas y procedimientos	49
Pregunta de la excepción	49
Pregunta por el Milagro	49
Preguntas de Escala	50
Tareas de fórmula	50
Aplicación Clínica	54
Mapa epistemológico de la escuela centrada en soluciones	62
Conclusión	63
ESCUELA DE MILÁN	64
Antecedentes	64
El Nacimiento del Enfoque de Milán (1967-1975)	64
Desarrollo de los principios básicos: Hipotetización, circularidad y neutralidad (1975-1979)	65
División en dos equipos (1979-1982)	66

Diseminación y clarificación del Enfoque (1979-presente).....	68
Forma de trabajo	69
Principios generales de la terapia.....	69
Rol del terapeuta.....	69
Objetivos	69
Técnicas y procedimientos	70
La convocatoria.....	70
Los principios base: hipótesis, circularidad y neutralidad	71
Preguntas circulares, orientadas al futuro e hipotéticas	72
Rituales.....	74
Connotación positiva.....	75
Aplicación Clínica.....	76
Mapa epistemológico de la Escuela de Milán.....	80
Conclusión.....	80
CONCLUSION	82
REFERENCIAS	88

Resumen

El tipo de epistemología que enfatiza la comunicación, la ecología, la relación y los sistemas es llamada sistémica, ecológica, ecosistémica o cibernética. Dentro de ella se han desarrollado modelos en psicoterapia que difieren a otros enfoques tradicionales. Un grupo de investigadores comandado por Gregory Bateson fue la punta de lanza para el desarrollo de estos modelos. El MRI es el primer enfoque desarrollado dentro de una epistemología cibernética. Para este enfoque, el problema se mantiene por las soluciones intentadas por los pacientes las cuales siguen un patrón que se repite una y otra vez, una intervención que difiera en 180° respecto a estas soluciones sirve para romper dicho patrón. Jay Haley desarrolló un modelo terapéutico en el cual las jerarquías incongruentes dentro de una familia generan problemas. La reorganización de estas jerarquías mediante intervenciones directas llamadas directivas, devuelve el equilibrio al sistema familiar. El énfasis en las soluciones más que en los problemas la dan dos Escuelas: la Centrada y la Orientada en Soluciones. Para ambas, el encontrar situaciones en las que las personas no han padecido el problema, lo han evitado o lo han controlado es central en la terapia, ya que estas soluciones se resaltan, se amplifican y también se da control al cliente para poder ejecutarlas. En Milán Italia surgió otra Escuela Sistémica, la cual trabaja con familias enteras, sus relaciones y sus problemas, los cuales siempre traen consigo algo positivo para la familia entera, a esto le llaman connotar positivamente y junto con los rituales, son las técnicas principales para la Escuela de Milán. La Terapia Sistémica ofrece gran diversidad en cuanto a técnicas y estrategias se refiere para cualquier problemática que aqueje a un paciente. Ofrece una terapia breve, centrada en el cliente, no patologizante, que permite alcanzar un nivel de bienestar definido por cada persona, lo cual la convierte en una importante herramienta para la Psicología Clínica a nivel académico, e institucional.

INTRODUCCION

El Diplomado en Terapia Sistémica impartido por la Academia para la Formación, Investigación y Práctica de las Psicoterapias Sistémicas, S. C. AFIPPSI, tiene como propósito ofrecer una aproximación introductoria a los modelos clásicos de Terapia Familiar Sistémica. Para el cumplimiento de este objetivo se realiza una descripción teórica de cada modelo, así como la supervisión clínica de casos reales.

De forma personal se espera la comprensión de los conceptos centrales del Enfoque Sistémico, así como la adquisición de habilidades terapéuticas.

Hace ya más de 60 años que un grupo de importantes científicos se reunieron interesados por estudiar varios tópicos, entre ellos, la cibernética y la comunicación. Fue en New York, en la década de los 40's, donde una serie de conferencias financiadas por la Fundación Macy se realizaron. Estas reuniones junto con el ambiente social de aquella época (como el fin de la Segunda Guerra Mundial) fueron la punta de lanza del surgimiento de la Terapia Sistémica y la epistemología que la enmarca. Posteriormente, grupos de trabajo en diferentes partes del mundo desarrollaron sus bases, trabajando en el área de la psicoterapia.

Escuelas como la Terapia Breve del MRI; la Escuela Estratégica, la de Milán y las Escuelas de Soluciones, se desarrollaron a partir de entonces, creando de esta forma un enfoque "*hereje*" por varios aspectos: un modelo médico aplicado a la psicoterapia queda descartado, la importancia del pasado en la terapia es mínima, y es el cliente en quien radica la ejecución de un cambio dirigido por el terapeuta. Aún mismo entre estas escuelas surgen diferencias de la forma de ver y hacer psicoterapia, existen las orientadas al problema y existen también las que trabajan con las soluciones, las que trabajan con un individuo, y las que lo hacen con familias enteras.

A partir de aquí se hace mención de los antecedentes, la forma de trabajo, los procedimientos y las técnicas de cada una de las escuelas anteriormente mencionadas, así como de la descripción de procedimientos utilizados en casos reales por medio de la transcripción de fragmentos de las sesiones grabadas con consentimiento de los participantes. Es pertinente aclarar que los nombres de los pacientes y terapeutas han sido omitidos por un acuerdo de confidencialidad realizado al inicio del proceso terapéutico. Los antecedentes así como las herramientas de la Epistemología Cibernética que enmarcan a cada una de las escuelas aquí referidas se presentan en primer lugar. Al final de cada caso clínico se indica el mapa epistemológico con el que trabaja cada escuela, indicando los distinguos que lo componen.

De esta forma la epistemología cibernética, su desarrollo y distinguos centrales son descritos en primer lugar. Posteriormente es el enfoque generado por el Instituto de Investigación Mental de Palo Alto California el que se describe para continuar con la escuela terapéutica generada con Jay Haley. Escuelas que trabajan con las soluciones en lugar del problema se presentan en cuarto lugar para terminar con la Terapia Familiar de Milán.

EPISTEMOLOGIA CIBERNETICA

Antecedentes

La Terapia Familiar Sistémica es la perspectiva que se orienta a tratar las pautas que conectan la conducta problema de una persona con la conducta de otras (Keeney y Ross, 1985). Esta se ha desarrollado bajo una epistemología cibernética, es decir bajo premisas básicas que subyacen a la acción y la cognición, relacionadas a la organización de sistemas de comunicación por referencia al abordaje que hacen así del cambio como de la estabilidad (Keeney, 1994).

La epistemología cibernética tiene sus antecedentes en tres momentos importantes: la celebración de una serie de conferencias conocidas como conferencias Macy, el laboratorio de Von Foerster y el llamado proyecto Bateson. A partir de esto surgen escuelas de terapia con fundamento en este tipo de epistemología.

Conferencias Macy

En mayo de 1942, en Nueva York tuvo lugar la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr. El tema que enmarcaba aquella conferencia era el trabajo conjunto de Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow acerca de la importancia de los procesos de retroalimentación en la comprensión de la conducta intencional (Vargas, 2004), esto tiene particular importancia ya que hasta esas fechas no se tenía información sobre cómo los organismos lograban mantenerse por sí mismos fuera de condiciones del azar, y en dicho trabajo se explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y cómo su conducta se da en función de una cierta finalidad a la que tiende en todo momento sólo para corregirse y de este modo autorregularse. Este modelo reemplazaba la

relación causa-efecto tradicional de un estímulo que lleva una respuesta, por una causalidad circular que requiere retroalimentación negativa (Vargas, 2004).

Debido al comienzo de la 2ª Guerra Mundial no se continuó este trabajo hasta cuatro años después, en 1946 gracias a Frank Freemont Smith, quien fuera director de la fundación Macy, y a quien tanto Warren McCulloch, neuropsiquiatra, como el antropólogo Gregory Bateson insistieron para reanudar las conferencias.

El 8 y 9 de marzo de ese año, dieron inicio el ciclo de conferencias “Los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias sociales”. Entre los participantes estuvieron: los matemáticos Norbert Wiener y John von Neuman, los neurofisiólogos mexicanos Arturo Rosenblueth y Rafael Lorente de No, el matemático Walter Pitts, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, el psicólogo Kart Lewin y los antropólogos Margaret Mead y Gregory Bateson, por mencionar a algunos de los más importantes que fueron del grupo base que asistía a todas las conferencias (Vargas, 2004).

La última conferencia ocurrió en 1953 y a partir de ellas surgieron innovaciones teórico-conceptuales que bosquejaron un nuevo marco conceptual de referencia: la cibernética (Vargas, 2004).

El laboratorio de Heinz Von Foerster

Heinz Von Foerster, proveniente de una familia vienesa de origen judío eslavo, comenzó a interesarse en los problemas de la teoría de la representación y la observación bajo el influjo de algunos miembros del círculo de Viena. Sin haber tenido problemas de persecución durante la segunda guerra mundial, en 1949 viaja a EEUU como invitado a la universidad de Illinois, donde logra poco después el nombramiento como director de investigación en el Departamento de Ingeniería Eléctrica. Entra en contacto con la fundación Josiah Macy, cuyas reuniones congregan a los más sobresalientes de la cibernética, la epistemología y las ciencias sociales del momento

(Mead, Bateson, Neumann, Wiener). En 1957 funda el Biological Computer Laboratory, en el que estudia las leyes del cálculo en los organismos vivos así como problemas de cognición y de autoorganización. Será en este laboratorio donde Von Foerster estructura su propia teoría de la observación y su denominada cibernética de los sistemas que observan, o cibernética de segundo orden (Luhmann y Torres, 1996). La cibernética de segundo orden nos introduce en la observación del observador. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación; cibernéticamente hablando, la cibernética se transforma en cibernética de la cibernética, o cibernética de 2do. Orden (Jutoran, 1994)

Humberto Maturana biólogo chileno durante una estancia de investigación en el MIT de Cambridge Massachussets realiza experimentos que alcanza reconocimiento internacional sobre la neurofisiología de la percepción. Establece contacto con el Biological Computer Laboratory y ahí publica su informe sobre la biología de la cognición. Ha desarrollado una teoría que intenta colocar la circularidad del hecho de la reproducción de la vida en el centro de una teoría epistemológica del conocimiento. Su concepto central, autopoyesis, es decir el orden de proceso que genera y mantiene la autonomía o totalidad de las células biológicas. (Keeney, 1994), expresa la autoproducción de la vida, a través de elementos que son, a su vez, reproducidos por la vida (Luhmann y Torres, 1996).

Proyecto Bateson

Los aportes que Gregory Bateson legó constituyen la base teórica más importante en el desarrollo de la terapia familiar sistémica. Bateson introdujo herramientas teóricas de corte antropológico y de la cibernética en el campo de la comprensión del comportamiento (Vargas, 2004).

Bateson tomó las ideas de Norbert Wiener expuestas en las conferencias Macy con gran entusiasmo e incluso lo nombró como su mentor en los conceptos de vocabulario de las computadoras, de la teoría de la comunicación y de la lógica, incluso retoma

estas nociones y las aplica a la comprensión de sistemas interaccionales y sociales. Bateson pensó que en las interacciones humanas se corporizan los procesos de retroalimentación como eran descritos en la cibernética. Los procesos de retroalimentación son los que darían la estabilidad a la organización descrita. La organización se puede mantener gracias al control de los fragmentos intensificados de conducta; se dice que tal organización o sistema perdura debido a que es autocorrectivo. Esta condición de estabilidad de un sistema siempre ha de ser analizada a la luz de los cambios que permiten tal estado. La cibernética nos sugiere que todo cambio puede entenderse como el empeño en mantener una cierta constancia y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio (Vargas, 2004).

Bateson trabajó en el Hospital de la Administración de Veteranos de Palo Alto desde 1949, y para 1952 inició un proyecto de investigación sobre los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que pueden dar lugar a paradojas. Puso en marcha el proyecto en colaboración con John Weakland, de formación ingeniero químico y ex discípulo suyo; con Jay Haley, estudiante de posgrado en artes, y con el psiquiatra William Fry, y gracias a una beca de fundación Rockefeller. El equipo analizó el entrenamiento de perros para ciegos, el diálogo entre un ventrílocuo y su marioneta, el discurso esquizofrénico en "ensalada" de palabras, así como también el tipo de comunicación que empleaba el psiquiatra estadounidense Milton Ericsson. En 1953 el grupo comenzó a examinar de manera mas profunda la práctica en psicoterapia; existía interés por el trabajo con pacientes esquizofrénicos y por la comunicación que se daba entre ellos (Vargas, 2004).

En 1956 el grupo (al que ya se había sumado Donald De Avila Jackson, y quien dotó de credibilidad clínica al grupo) publica su artículo más importante y difundido: "Hacia una teoría de la esquizofrenia" en la que se formula el concepto de doble vínculo como pauta de comunicación que se encuentra en la génesis de la esquizofrenia. El Grupo siguió trabajando hasta 1962, año en que se disolvió, pero durante todo ese tiempo produjo una enorme cantidad de publicaciones (Cazabat, 2004).

Conceptos básicos

La epistemología procura establecer de qué manera los organismos y agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden (Bateson, 1979, p. 242) y posee un conjunto de técnicas analíticas y críticas que definen los límites de los procesos de conocimiento, además de poseer un doble sentido: para indicar cómo piensa, percibe y decide una persona, y para indicar qué piensa, percibe y decide (Keeney, 1994, p. 32).

Dentro de las técnicas analíticas de la epistemología se encuentran distinguos fundamentales, particularmente tres. La distinción es un mandato básico obedecido consciente o inconscientemente, es el punto de partida de cualquier acción, decisión, percepción, pensamiento, descripción, teoría y epistemología. El empleo de la distinción para crear la indicación es una manera de definir la puntuación (Keeney, 1994, p. 33), al igual que distinción que opera sobre si misma (Keeney, 1994, p. 64). Cuando estos distinguos se aplican a partes interactuantes, hablamos de un marco, es decir, de segmentos puntuados de alguna forma de un sistema de interacción (Keeney, 1994, p. 41).

En la terapia familiar, se pueden ubicar dos clases de epistemología, resaltando así una primera distinción: la lineal progresiva aplicada en el modelo médico clásico de psicopatología, por ejemplo, la cual se atiene a una lógica analítica que se ocupa de las combinaciones de elementos aislados; y la recurrente, también llamada sistémica, ecológica, ecosistémica, circular o cibernética, la cual pone el acento en la ecología, la relación y los sistemas totales. Keeney (1994) propone que se adopte el término epistemología cibernética para denominar esta visión, ya que conecta con una tradición intelectual que incluye a Ashby, Bateson, McCulloch, Maturana, Varela, von Foerster y Wiener.

En 1972, la presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, Margaret Mead, pronuncia un discurso titulado "Cibernética de la cibernética". Es el Profesor Heinz von Foerster quien sugiere cambiar este nombre por "Cibernética de Segundo

Orden" o "Cibernética de los Sistemas Observantes" diferenciándola de la Cibernética de Primer Orden definida como Cibernética de los Sistemas Observados (Jutoran, 1994). La idea básica de la cibernética de primer orden es la retroalimentación que Wiener (1954, p. 84) definió como un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Por su parte, la cibernética de segundo orden sitúa al observador en el seno de lo observado, toda descripción es autorreferencial, es decir, contiene sistemas lógicos cerrados que incluyen al referidor dentro de la referencia, al observador dentro de la descripción y a los axiomas dentro de la explicación (von Foerster, 1971, pp. 239, 240).

Esta epistemología nos permite hablar de la mente como un sistema cibernético. Desde esta perspectiva la mente es un agregado de partes interactuantes, dotado de una estructura de retroalimentación. La complejidad de estos sistemas va desde la retroalimentación simple a lo que Bateson denomina una "ecología de la mente" (Keeney, 1994, p. 107). Mary Catherine Bateson (tomado de Keeney, 1994), dice que al sustituir la palabra "sistema" por la palabra "mente", podemos darnos cuenta de que la mente se vuelve una propiedad, no sólo de organismos simples aislados, sino de las relaciones entre ellos, incluyendo a los sistemas que se componen de un hombre y un jardín, o de un escarabajo y una planta.

La concepción cibernética pone de relieve que la unidad de la terapia no son los individuos, parejas, familias, vecindarios o sociedades; la cibernética se centra en el proceso mental (Keeney, 1994).

Contar con una teoría acerca de las teorías, o con una descripción de las descripciones implica diferencias en los marcos lógicos de referencia. La explicitación de estas diferencias de órdenes o niveles constituye un procedimiento importante dentro de la epistemología. Bateson utilizó los tipos lógicos como un instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de la comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres. Keeney (1994, p. 46) define la tipificación lógica como una manera de trazar distinciones para poner de relieve la autorreferencia y la paradoja y como un procedimiento para indicar los órdenes de recursión, con lo cual podemos

detectar las pautas que organizan cualquier sistema de conocimiento. Es importante señalar que la recursión se refiere a que un proceso vuelve a su comienzo a fin de marcar una diferencia que permite al proceso volver a su comienzo o a la re-ejecución de la misma pauta de organización (Keeney, 1994, p. 71)

Una herramienta más dentro de la epistemología cibernética es la doble descripción. Cada vez que dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de la interacción. La combinación simultánea de sus respectivas puntuaciones da una vislumbre de la relación total, a esta última visión de las cosas Bateson (1979, p. 52), le llama doble descripción.

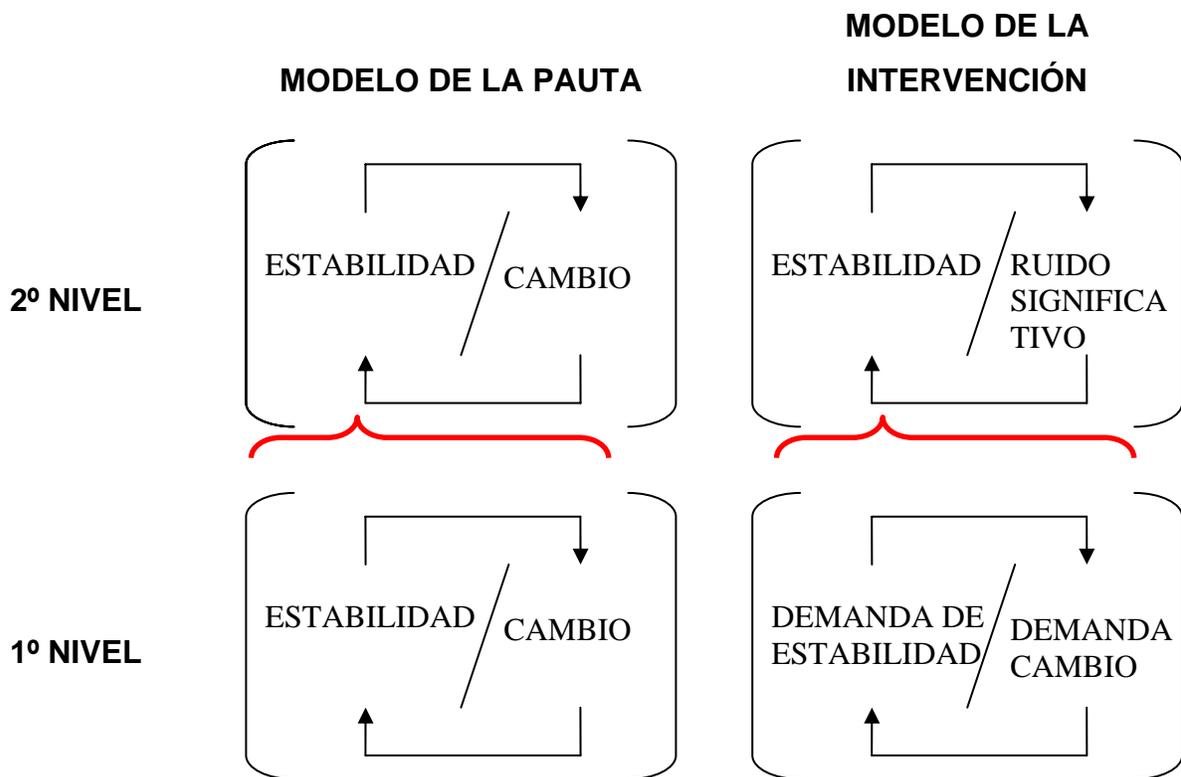
La epistemología cibernética propone que abarquemos ambos lados de cualquier distinción trazada por un observador. Un terapeuta debería adoptar a la vez las perspectivas de la pragmática y la estética, del control y de la autonomía, de la cibernética simple y de la cibernética de la cibernética, y aun de las descripciones lineales progresivas y las recursivas. Una manera de reconocer los dos lados de estas distinciones es considerarlas parte de una “complementareidad cibernética”. Las complementareidades cibernéticas son reencuadres de las distinciones que se trazan las personas en función del proceso de recursión (Keeney, 1994, p. 111). Cada una de ellas abarca diferentes órdenes de recursión que demuestran de qué manera las parejas se relacionan y sin embargo permanecen distintas (Varela, 1976). La forma básica de Varela, “eso/ el proceso que conduce a eso”, puede utilizarse para encuadrar la pauta “estabilidad/cambio”. La cibernética es de hecho el estudio de esta relación complementaria

Intervención terapéutica

Podemos considerar la terapia como mitad de una dualidad. No se puede mencionar el cambio sin connotar la estabilidad. Un observador puede percibir los distinguos de la

terapia como una complementareidad recursiva de lados que están referidos a ellos mismos. “Complementareidad recursiva” denota la consideración de un distinguo en un orden superior, con el acento puesto en la interacción entre sus diferentes lados. Para interactuar los dos lados, es preciso que mantengan una diferencia, al tiempo que su interacción los conecta como un sistema total. Las terapias se construyen por medio del trazado recursivo de distinguos y de distinguos sobre distinguos (Keeney y Ross, 1985).

La descripción general de esta relación de distinguos se esquematiza de la siguiente manera:



Hasta aquí se ha descrito históricamente el proceso de la Epistemología Cibernética, resaltando la influencia de las conferencias Macy, el laboratorio de von Foerster, y el proyecto Bateson en su desarrollo. También se definieron las herramientas centrales y su aplicación al cambio terapéutico.

A continuación se presentarán los antecedentes históricos de las Escuelas de Enfoque Sistémico, su forma de trabajo, las principales técnicas y procedimientos, y la aplicación clínica de cada modelo por medio de fragmentos transcritos de sesiones grabadas realizadas durante el curso del diplomado que ejemplifican la ejecución de los procedimientos. El primer modelo descrito es el desarrollado por el Mental Research Insititute, de Palo Alto California.

TERAPIA ESTRATÉGICA BREVE DEL MRI

Antecedentes

Posterior al inicio de las conferencias de Macy, y con el auge en la teoría Cibernética, Cazabat, (s. f.) relata que en 1948 Gregory Bateson se mudó a San Francisco, y allí inició su primer contacto formal con la psiquiatría al asociarse a Jurgen Ruesch, con quien publicó el libro "Comunicación: la matriz social de la psiquiatría". La preocupación de Bateson se centraba en encontrar los fundamentos teóricos para una teoría sistémica de la comunicación. Esta inquietud lo llevó a fundar, en 1952 el "Proyecto Bateson" (gracias a una beca de la Fundación Rockefeller). Para ello convocó a John Weakland, Jay Haley y William Fry. Con asiento en el Hospital de la Administración de Veteranos en Menlo Park, California, comenzaron a trabajar sobre la comunicación, y en especial sobre las paradojas y sus efectos en la comunicación. Como parte de las actividades del grupo, Weakland y Haley comenzaron en 1953 a viajar periódicamente a Phoenix, Arizona, para entrevistar a Milton H. Erickson. Erickson era un psiquiatra especializado en hipnosis, que en aquellos tiempos era uno de los pocos, si no el único, en realizar una forma de psicoterapia breve muy personal y heterodoxa. Este contacto fluido entre Erickson, Haley y Weakland influyó notablemente en la conformación de la mirada clínica en el grupo.

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

En marzo de 1959 Don D. Jackson funda, junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el Mental Research Institute, en Palo Alto, California que, aunque no tiene una continuidad institucional con el Grupo Bateson, sí representa una continuación en las ideas así como en la presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland. Bateson,

quien nunca formó parte del MRI, salvo como consultor, en 1962 se trasladó a Hawaii donde inició otra etapa en sus investigaciones centrada en la comunicación en los animales (delfines, pulpos, etc.) (Cazabat, s. f.).

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

Forma de trabajo

El MRI, y en general todas las escuelas de Enfoque Sistémico, poseen estrategias bien definidas en cuanto a cómo realizar las sesiones terapéuticas. Aspectos como la entrevista inicial, la capacidad de maniobra y los intentos de solución, entre otros, son elementos clave para el desarrollo efectivo de la terapia.

El MRI concibe los problemas de la gente como aspectos de una interacción en curso. Su enfoque es explícitamente “pragmático” y adopta un abordaje práctico en la resolución de problemas humanos, que procura ser lo más simple y económico posible (De Shazer, 1989). Procede de una manera muy “orientada hacia metas”, evaluando las técnicas e instrumentos según su utilidad para alcanzar dichas metas (De Shazer, 1989).

Lo llamativo y peculiar de este grupo es su manera de entender cómo se crean y solucionan los problemas. Básicamente, los describen como el resultado de un manejo erróneo de los sucesos cotidianos, que luego persiste debido a los propios empeños de

la gente por resolver la situación. La terapia breve apunta a poner fin a esta pauta de conducta y sustituirla por otra nueva (De Shazer, 1989).

Técnicas y procedimientos

Para describir este apartado, lo haremos siguiendo el esquema del trabajo terapéutico del MRI. La información contenida en la siguiente tabla fue obtenida de Fisch, Weakland y Segal (1998).

<p>DEFINICIÓN DEL PROBLEMA</p>	<p>Esta parte se obtiene regularmente en la entrevista inicial. El objetivo de esta es recoger la información adecuada sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso.</p> <p>Se debe obtener información clara, precisa y adecuada, se expresa en términos de conducta.</p> <p>Se pueden realizar las siguientes preguntas:</p> <p>¿Cuál es el problema que le trae por aquí?: Problema actual. No mucha importancia a la historia del problema, solo datos del tiempo que lleva, y si ha recibido algún tratamiento.</p> <p>¿De qué forma esto representa un problema?</p> <p>¿Quién está haciendo que esto represente un problema?</p> <p>¿Para quién constituye un problema?</p> <p>¿Qué hace usted cuando... ¿Qué dice usted cuando...?</p> <p>Se deben obtener descripciones, no interpretaciones.</p>
<p>INTENTOS DE</p>	<p>De acuerdo con e MRI, un problema se mantiene por los</p>

<p>SOLUCION</p>	<p>intentos de solución fallidos que la gente realiza y que mantiene, por lo que obtener esta información es primordial para la intervención. Se desea saber cómo se ha afrontado el problema, y los objetivos mínimos del cliente. Trabajamos con las soluciones no con los problemas. Se establece un tema común que dé sentido a los intentos a través de una frase corta. También se debe obtener información conductual. Preguntas como las siguientes se realizan:</p> <p>¿Qué hace usted para enfrentar el problema?</p> <p>¿Por qué busca ayuda en este momento?</p>
<p>POSTURA DEL PACIENTE</p>	<p>Se refiere a las creencias del paciente. Se debe identificar la postura del paciente para poder influir en la forma en que afronta su problema y ganar su colaboración. Se utilizará en la manera en que se enmarca cualquier sugerencia. Para identificarla es útil lo siguiente:</p> <p>Escuchar lo que dice el paciente: las palabras concretas que emplea, y el tono y énfasis con que se expresa.</p> <p>Escuchar la exacta formulación de frases de los pacientes, porque es en esa específica formulación donde estos señalan sus posturas.</p> <p>El cliente puede asumir dos posturas: el problema es doloroso por lo cual el cambio se vuelve urgente por necesidad, o bien, el estado de cosas es indeseable pero no incómodo en exceso. De esto dependerá mucho el tipo de intervención que se maneje, y sobre todo de cómo venderla.</p>

	<p>La postura del paciente se utiliza para: ① que el terapeuta no haga comentarios que provoquen resistencia en el paciente, y ② para incrementar al máximo la disponibilidad apelando sugerencias.</p>
<p>DEFINICIÓN DE METAS</p>	<p>Se desea saber cuál será la primera señal observable en que existe un progreso, igualmente en términos de conducta. Se debe describir en una oración que de manera específica señale una conducta.</p> <p>Si llegase a producirse ¿qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño.</p>
<p>ESTRATEGIA TERAPÉUTICA</p>	<p>La terapia breve pretende influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste de dos maneras: impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema, y ② rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado.</p> <p>Se usan intervenciones directas cuando a) el cliente ha expresado con toda claridad que quiere un consejo y ayuda y b) el paciente ha contestado adecuadamente las preguntas.</p> <p>Existen dos tipos de intervenciones: las principales y las generales.</p> <p>Las intervenciones principales se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan de caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Existen cinco intentos básicos de</p>

solución observados en la práctica clínica:

- 1) Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.

Se presenta cuando la dolencia es relativa a él mismo, problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico (rendimiento sexual, impotencia, eyaculación precoz; funcionamiento intestinal, estreñimiento, diarrea, función urinaria, temblores y tics, espasmos musculares, problemas de apetito, tartamudeo, depresión, obsesiones y compulsiones, etc. La solución se da cuando el paciente renuncia a los intentos de autoacción y deja de esforzarse demasiado. Se puede provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico, o se provoca la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control definitivo.

- 2) El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.

El paciente se queja de estados de terror o de ansiedad (fobias, timidez, bloqueos en la escritura). Son autorreferenciales, estos se mantienen sin necesidad de que intervenga nadie más. El paciente conserva dicho estado por su cuenta. Directrices y explicaciones: ausencia de dominio, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

- 3) El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.

Implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. Se debe hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una postura de inferioridad. Se utiliza el sabotaje benévolo.

4) El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.

Una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión. Estrategia: lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.

5) La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad: exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez.

Las intervenciones generales pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento. Son las siguientes:

No apresurarse: La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifique el no ir de prisa. Es de utilidad porque describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, cosa que provoca en el paciente una necesidad de colaborar con prácticamente cualquier cosa.

	<p>Los peligros de una mejoría: Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema, en la mayoría de las ocasiones el paciente responderá que no puede haber ningún peligro, y el terapeuta siempre puede exponer algún posible inconveniente. Una vez legitimada su postura, el terapeuta puede utilizarla para numerosos objetivos, y para presionar al paciente para que obedezca a nuevos encargos.</p> <p>Un cambio de dirección: El terapeuta varía de postura, de directriz, o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación.</p> <p>Cómo empeorar el problema: Es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. El hecho de sugerir específicamente en qué forma puede lograrse que el problema empeore hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores y subraya cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.</p>
<p>TAREAS ESPECIFICAS</p>	<p>Para definir las tareas para el paciente, se debe tomar en consideración qué es lo que más fácilmente haría el cliente, cuál es la sugerencia más sencilla que le podemos dar en vez de una compleja, qué cosa dicha por el cliente representaría un apartamiento más evidente respecto de sus intentos de solución.</p>
<p>CHEQUEO DE LA TAREA</p>	<p>Esta parte se realiza cuando el paciente dice “lo hice pero todo sigue igual”. Se debe verificar si lo hizo, cómo lo hizo, qué observó cuando fue hecha, qué ocurrió, y sobre todo se</p>

	debe evitar la postura de decepción cuando la tarea no es cumplida.
--	---

Nota: Se describen los principales aspectos del proceso terapéutico dentro del MRI.

Dentro de todos los momentos anteriormente mencionados, existe un factor esencial para el tratamiento efectivo: la capacidad de maniobra. Esta se refiere a la libertad de llevar la terapia a donde el terapeuta quiera. Lo interesante aquí es cómo lograrlo y para ello existen indicaciones: El terapeuta debe conservar sus propias opciones, limitando al mismo tiempo las del paciente, es decir, debe existir ausencia de capacidad de maniobra por parte del paciente (Fisch, Weakland y Segal; 1998).

Se debe mantener la oportunidad y el ritmo. Se debe comprobar cuáles son las opiniones del paciente y dar a lo largo del tratamiento pequeños pasos al tiempo que se evalúa el modo como el paciente admite cada paso. El terapeuta debe tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar. Se debe utilizar un lenguaje condicional y no se deben formar coaliciones con nadie, cuando nos piden un juicio de alguien es mejor responder en forma condicionada (Fisch, Weakland y Segal; 1998).

Aplicación Clínica

Lo realizado, como parte de una intervención MRI, fue identificar el problema, con quién sucede, en dónde, en qué situaciones, y si para alguien más es un problema. La paciente manifestó que su problema era su dificultad para decir no. A continuación se transcriben algunos fragmentos de la sesión que ejemplifican los procedimientos utilizados.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	T: ¿En qué te puedo ayudar?
	P: Bueno.... mmm Uno de mis grandes problemas, creo ...

es que me cuesta mucho trabajo decir que no a las personas, no se cómo hacerlo, y creo que no habría gran problema hasta que me empezó a causar problema, ya me empezaba a molestar tener que decir si a todo.

T: ¿En qué momento te diste cuenta que te causaba problema?

P: En una última relación que tuve que ni siquiera era una relación, pero, accedí a hacer cosas que en ese momento no las quería y que ahora me arrepiento de haberlas hecho, creo que el problema fue no haber dicho no a tiempo, no cuando no quería hacerlo.

T: ¿En qué situaciones te causa problema?

P: En situaciones en las que me causa incomodidad o en las que...

T: ¿Podrías darme un ejemplo?

P: Creo que precisamente esto último que acaba de pasar, () en una relación anterior también, había veces en las que yo no quería salir o..., si me llamaba y me decía te quiero ver, ahí yo estaba, y no poder decir no...

T: Entonces se puede decir que en tus relaciones, como ejemplo, puede ser un problema, ¿Existe alguna otra situación o con otras personas que también sea un problema?

P: Creo que no, no lo había notado.

T: ¿Hay alguien más para quien esto resulte un problema?

	<p>Entiendo que esto para ti es un problema, no se si hay alguien más que resulte afectado por esta situación</p> <p>P: Creo que si, mi madre, ella siempre me dice que siempre hago lo que los demás dicen.</p>
<p>INTENTOS DE SOLUCION</p>	<p>T. Por lo que me platicas, siempre te ha costado, pero es en este último momento cuando te causa problema. ¿Por qué crees que pase precisamente en este momento?</p> <p>P. Bueno, creo que en este momento porque yo me sentía bien conmigo misma, y me hizo sentir muy mal, y no me gusta, () eh, yo digo decir si a todo siempre para poder ser aceptada y estar bien con los demás, eso era algo que no quería que siguiera sucediendo y ahora sucedió</p> <p>T. ¿Has hecho algo tú para solucionar esto?</p> <p>P: A veces pienso, bueno, de hecho siempre pienso, y eres una tonta, y no lo vuelvo a hacer, y voy a decir no si no quiero pero, pero solo cuando ya estoy sola...</p> <p>T: Cuando estás sola en tu casa, en tu recámara..., o inmediatamente después de estar con esta persona, ¿en qué momento te empiezas a decir estas palabras?</p> <p>P: Creo que cuando ya no estoy con la persona y no fue algo agradable, o no me gustó entonces digo, no lo vuelvo a hacer, pero por ejemplo yo quiero hacer algo y digo te quiero ver y me dice no, entonces digo yo si tengo que hacerlo y entonces digo no lo vuelvo a hacer.</p>

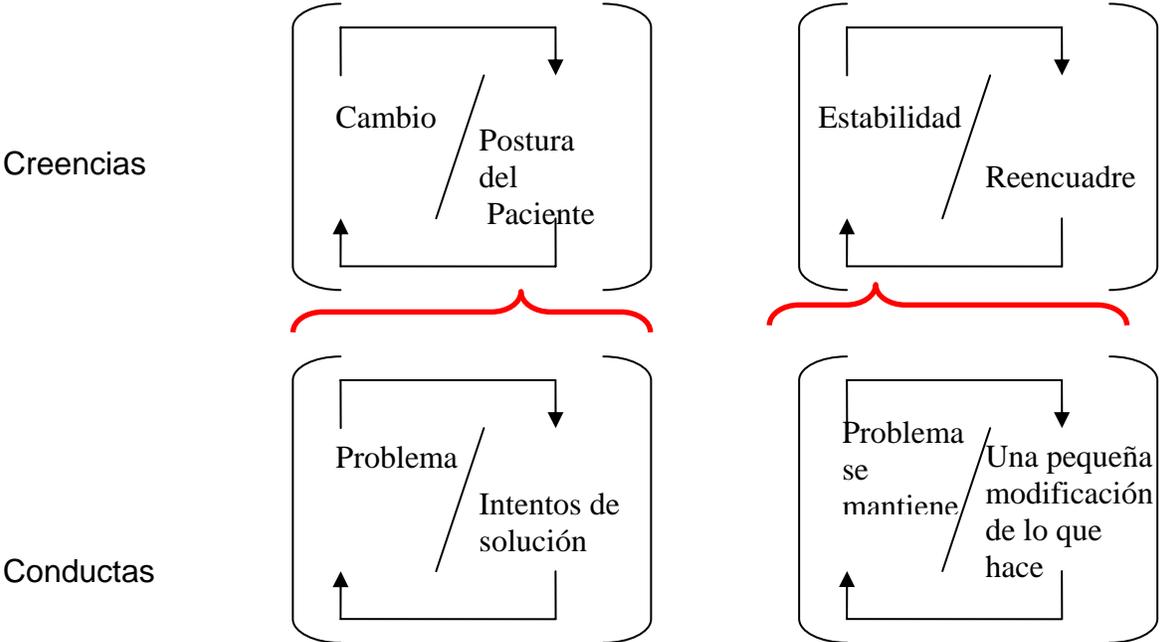
<p>POSTURA DEL PACIENTE</p>	<p>T: ¿Por qué podríamos decir que esto es un problema?</p> <p>P: por que... no se, me, porque...</p> <p>T: ¿O existe, cómo te diré, situaciones o personas con las que sea un problema y otras con las que no?</p> <p>P: Podría ser que si, pero, en... aja , hay cosas que no me molestan, que digo si y simplemente porque quiero decir si, o no aunque sea una cosa que no me agrada mucho, bueno es una persona que quiero, o que estimo o que creo que lo merece, entonces no hay ningún problema, pero decir si siempre en todas las situaciones y no saber cómo decir no, eso me causa problema.</p>
<p>DEFINICIÓN DE METAS</p>	<p>T: ¿Cómo te darías cuenta tú de que esto está disminuyendo? De que te cuesta menos trabajo decir no.</p> <p>P: Sentirme bien cuando digo que no, porque o sea, puedo decir no, como por ejemplo con el chavo, le dije no, pero aún así lo hice, decir que no y no hacerlo, decir no le voy a llamar a nadie y no hacerlo, si hoy no tengo tiempo, no voy a mover nada.</p> <p>T: Entonces sería, decir no voy a hacer esto, y efectivamente no hacerlo</p>
<p>ESTRATEGIA TERAPÉUTICA</p>	<p>En esta sesión no hubo alguna intervención directa ni alguna tarea. Una intervención útil para este caso es la prescripción de síntoma: la tarea sería que tendría que</p>

	decir si a cualquier indicación de cualquier persona, sugiriéndole que esto sirve para que ella identifique más situaciones problemáticas. Puesto que mostró ser un cliente comprador, esto se podría dejar como una tarea directa.
--	---

Nota: Fragmentos transcritos de una sesión grabada ejemplifican las fases del proceso terapéutico del MRI.

Mapa Epistemológico del MRI

Keeney y Ross (1985) mencionan que en el MRI la primera complementariedad recursiva se trata de la conducta del problema y la conducta de solución del problema, y la segunda que incluye al distingo de orden superior entre conducta y marco cognitivo de la conducta, el cual intentará modificar la pauta de interacción problema-solución a través de modificar el marco cognitivo del paciente, introduciendo un ruido significativo el cual es proporcionado por la persona ya que debe congeniar con su propia forma de pensar.



Conclusión

El surgimiento del Instituto de Investigación Mental de Palo Alto California ha sido descrito, como también lo fueron la forma de trabajo desarrollada por sus representantes, y las principales técnicas y procedimientos utilizados por ellos. La ejecución clínica mostró estos procedimientos aplicados, resaltando la importancia de obtener el patrón de un problema para este modelo, para poder realizar una intervención de 180° grados en relación a las soluciones ya intentadas por el paciente, por último se mostró el mapa epistemológico correspondiente, en cual podemos identificar las complementareidades cibernéticas que describen el cambio producido por intervenciones estilos MRI.

El enfoque del MRI fue el primero que se desarrolló. Por ello la influencia de una u otra manera en escuelas surgidas posteriormente es notable, tanto en la adopción de sus conceptos, como en el abandono de los mismos. La parte clínica permitió el inicio del desarrollo de habilidades terapéuticas necesarias en cualquiera de los enfoques que aquí se presentan.

Jay Haley fue uno de los autores que formó parte del grupo original del “Proyecto Bateson”, después de su separación desarrolló junto con dos personajes más, Braulio Montalvo y Salvador Minuchin, un modelo terapéutico diferente al desarrollado por el MRI, instalados en la Philadelphia Child Guidance Clinic. Se presentan a continuación sus antecedentes, su forma de trabajo y procedimientos, y la aplicación clínica efectuada entre miembros del diplomado, así como el mapa epistemológico de esta escuela.

TERAPIA ESTRATÉGICA DE HALEY

Antecedentes

Jay Haley desarrolló su propio modelo Estratégico enfocado en la resolución de problemas. En 1967 abandona el MRI para unirse a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en la Clínica de Orientación infantil de Filadelfia, para posteriormente fundar junto con Cloe Madanes el Instituto de Terapia de la Familia de la ciudad de Washington en 1976 (Cazabat, s.f.).

Sus ideas sobre comunicación derivan principalmente de Gregory Bateson, aunque el mismo Haley (1980) aclara la diferencia entre lo que llama los “dos grupos de Palo Alto”, los cuales diferían bastante. Por un lado estaba el proyecto dirigido por Gregory Bateson que desarrolló la teoría del doble vínculo y operó en Menlo Park, Palo Alto, California, de 1952 a 1962, y estaba conformado por el mismo Bateson, John Weakland y Jay Haley de forma exclusiva, y de forma parcial por Don. D. Jackson y Wiliam Fry. Este grupo se mantuvo unido una década, publicando más de setenta artículos y libros, especialmente sobre esquizofrenia, hipnosis y terapia, y centrando su atención en el tema de la paradoja en la comunicación. Cuando el proyecto de Bateson tocaba a su fin, el doctor Jackson creó en Palo Alto el Mental Research Institute con otro grupo de gente, que sólo mantenía una relación social con el proyecto de Bateson sobre el doble vínculo. Aunque ambos grupos se han confundido, en realidad Bateson se rehusó a integrar el MRI y no le gustaba que confundieran su proyecto con dicho grupo.

Cuando Haley formaba parte del grupo de Bateson, Haley intentaba pasar del enfoque individual a otro más social, proponiendo que la unidad mínima de investigación y terapia fuera la díada. Posteriormente su enfoque trabajó con la tríada como unidad mínima (Haley, 1980).

Haley adoptó el enfoque terapéutico de Milton H. Erickson basado en las directivas. En relación a la orientación general hacia la familia, la obtuvo de su trabajo en la Clínica de Filadelfia, y del trabajo realizado junto con Braulio Montalvo y Salvador Minuchin, este último director de dicha clínica por esos años (Haley, 1980).

Jay Haley falleció pacíficamente el 13 de Febrero de 2007, se desempeñaba como profesor en la Alliant International University desde 1998. Fue autor de más de veinte libros y editor fundador de la revista Family Process, la primera publicación del campo de la terapia familiar. Produjo películas destinadas a la formación terapéutica junto a su esposa, la antropóloga Madeleine Richeport- Haley, con quién escribió su último libro "El Arte de la Terapia Estratégica" (Linares y Ceberio, 2007).

Forma de trabajo

La principal característica de la terapia estratégica de Haley es precisamente que todo procedimiento efectuado dentro de un marco terapéutico debe ser parte de un plan, es decir, debe seguir una estrategia, por lo que es responsabilidad del terapeuta la influencia que puede tener sobre las personas.

En el modelo de Haley los problemas están determinados sobre todo por la incongruencia jerárquica en el seno de una familia y por las consecuentes alianzas y juegos de poder. El síntoma se considera una metáfora del problema y la terapia se centra en la gestión del poder y la reorganización de las jerarquías dentro del sistema familiar. En un planteamiento inicial del trabajo de Haley es fundamental la superación de las crisis de paso, situadas en los diferentes estadios de la vida familiar, que son según Haley: 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 o emancipación, la jubilación y la vejez. Posteriormente la propuesta del trabajo de Haley se centra en la pauta. (La Terapia Estratégica, 2007)

Otra característica esencial de la terapia estratégica es la flexibilidad y la espontaneidad para poder dirigir la terapia de la forma más adecuada para cada persona, utilizando los recursos, habilidades, características, que el paciente tiene.

También es muy importante establecer un contrato en torno a un problema resoluble y descubrir la situación social que por necesidad lo genera. (Haley, 1980).

Técnicas y procedimientos

Para describir este apartado, lo haremos siguiendo el esquema del trabajo terapéutico de la escuela estratégica de Haley, tomado de: Haley, (1980).

<p>DEFINICION DEL PROBLEMA</p>	<p>Un problema es un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas, la terapia se centra justamente en esa secuencia reiterada de comportamientos (Pauta). Se debe definir el síntoma en términos operativos con la mayor precisión posible, buscar descripciones cibernéticas. Se puede iniciar una sesión preguntando: ¿Cuál es el problema?, ¿En qué puedo serles útil?</p>
<p>OBJETIVOS TERAPEUTICOS</p>	<p>Para definir los objetivos se puede preguntar: ¿Qué esperas tú de la terapia? ¿Cómo te darías cuenta que el problema se ha resuelto?</p> <p>Deben ser alcanzables y al igual que el problema, se debe hacer una descripción cibernética de ellos. Se debe establecer el mínimo esperado, es decir, aquello que por pequeño que sea, me indique que la terapia está funcionando. Cuando ya se ha logrado este mínimo esperado, se debe ampliar y optimizar.</p>
<p>INTERVENCIONES</p>	<p>Las principales intervenciones en el modelo estratégico</p>

se conocen como directivas, consisten en indicaciones que se hacen a la familia sobre actividades que tienen que realizar dentro y fuera de la entrevista. Son planeadas deliberadamente, pueden ser:

Directas: Son prescripciones conductuales. Se emplean con familias colaboradoras, pueden adoptar la forma de consejos, explicaciones o sugerencias.

Indirectas: Son la parte técnica del modelo sistémico.

Metáfora: Es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es una relación de analogía. Se escoge un tema aparentemente neutro en el que, a través del lenguaje analógico, se incluyen sugerencias que tienen que ver con el problema.

Anécdota: Es el relato de una situación personal o de otros a partir de una situación o un acto verídico.

Redefinición: Consiste en modificar el marco conceptual desde el cual la familia percibe el problema.

Paradoja: Se basa en el desafío y se caracterizan por pedir a la familia que no cambie para cambiar. El éxito depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo negándose a continuar cumpliéndolas.

Cuento: Es una configuración en el tiempo, si su configuración coincide con el mundo que tiene el paciente permite una interpretación o reencuadre del

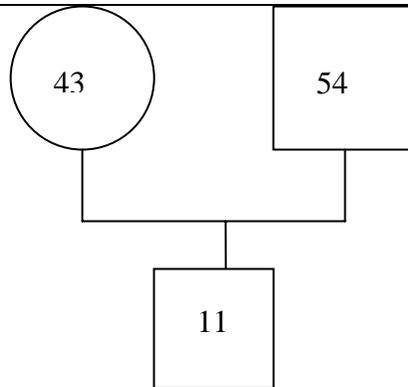
	<p>mapa interno del paciente.</p> <hr/> <p>Ordalía: Consiste en imponer una tarea que resulte más severa que el propio problema si es que este se presenta. El requisito principal es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Conviene que la ordalía beneficie a la persona. Debe ser algo que la persona pueda ejecutar y a lo que no pueda oponer objeciones válidas. No debe causar daño al sujeto ni a ninguna otra persona.</p>
CIERRE	Una vez que los objetivos se han alcanzado, se debe cerrar el tratamiento.

Nota: Descripción de las características principales de las fases del proceso terapéutico para la escuela desarrollada por Haley.

Aplicación clínica

La aplicación de este modelo fue realizado entre compañeros del diplomado por medio de ejercicios dentro de la clase. Se describen a continuación los procedimientos realizados para cada fase de la terapia.

<p>DATOS GENERALES</p> <p>Nombre:</p> <p>Edad: 43 años.</p> <p>Ocupación: Profesora y orientadora de nivel secundaria.</p>
--



Problema: Inseguridad de no poder terminar el Diplomado en Terapia sistémica.

	Actividades realizadas.
Definición del problema	<p>En esta sección se identificó la pauta, la cual se puede dividir en dos partes. La primera no es problemática pero se incluye en la pauta porque todo esto sucede en cualquier proyecto extra a sus actividades que quiere iniciar. La segunda parte es con la que se trabajó.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando ella encuentra algún curso o actividad extra que le gustaría realizar, se emociona mucho por realizarlo. 2. Fantasea con que si puede realizarlo y lo bueno que le dejaría tomar ese curso o realizar esa actividad. 3. Pide informes en cuanto a costos, horarios y todo lo relacionado con dicha actividad. 4. Lo platica con su esposo y su hijo, y si ellos sugieren que no es una buena idea, no lo hace (y en este caso aquí terminaría la pauta), de lo contrario, decide tomar el curso o realizar dicha actividad. 5. Vuelve a fantasear sobre que será muy benéfico realizarlo. 6. Prepara lo necesario para ejecutarlo.

	<p>Segunda parte.</p> <p>6.A Ya iniciado el proyecto que en este caso es el Diplomado en terapia Sistémica y al cual asiste los miércoles, en ocasiones duda si podrá terminarlo, pero a la vez se siente entusiasmada y confiada de que podrá lograrlo y continua con este entusiasmo por tres días más (jueves, viernes y sábado).</p> <p>6.B Para el domingo debido a todas las actividades que ella realiza le comienza un dolor de cabeza el cual busca controlar tomando un baño, durmiendo, dándose un masaje, o tomando una pastilla. Esto sucede el lunes y el martes.</p> <p>6. C Este malestar termina cuando ella identifica que se siente mal por la sensación de inseguridad de que no podrá terminar su objetivo.</p> <p>6.D Llega el miércoles, día que asiste al diplomado, y en el cual vuelve a entusiasmarse con que podrá terminarlo y vuelve a iniciar la pauta (en el punto 6.A)</p>
<p>Definición de objetivos</p>	<p>La paciente determinó que ella no quería sentir más esa inseguridad. En este apartado fue lo único que se identificó.</p>
<p>Intervenciones</p>	<p>Se realizaron las siguientes:</p> <p>Ordalía: Puesto que la paciente es una persona muy comprometida con todo lo que realiza y no le gusta ocupar su tiempo en actividades poco productivas, se le dio la tarea de que cada vez que ella identifique tener pensamientos acerca de que no podría terminar el diplomado, tenía que ver el canal 13 o 9 a las 6 de la tarde una hora completa y solo dedicarse a ello. Esto sucedería para el primer pensamiento de inseguridad que identifique, y por cada pensamiento extra</p>

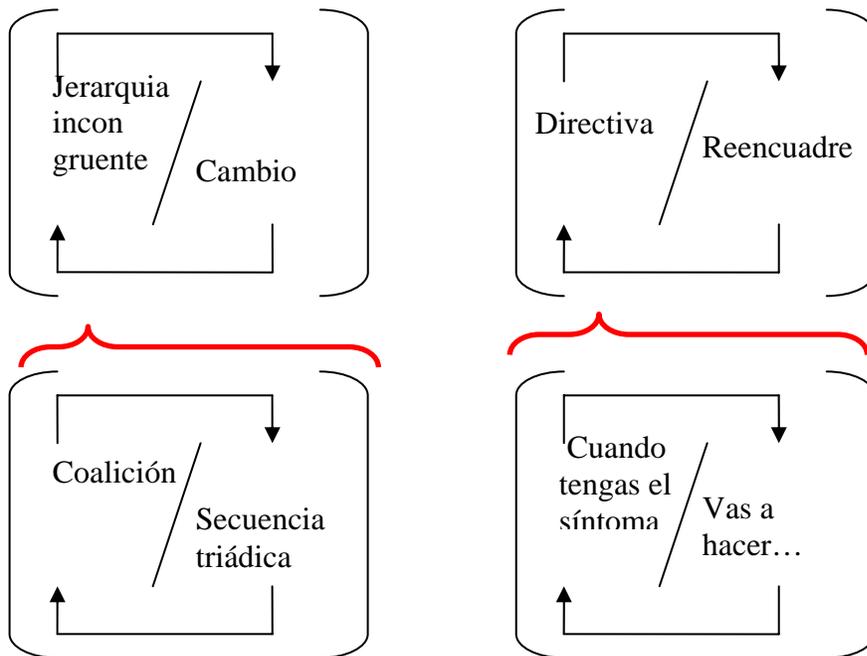
	<p>se iría sumando 15 minutos adicionales a la primera hora. Se eligió esta hora del día ya que la programación de estos canales en este horario es dedicado a programas de chismes, los cuales son muy desagradables para la paciente.</p> <p>En la entrevista posterior surgió que no había realizado la tarea ya que había tenido otras cosas que hacer. En la entrevista final, mencionó que la ordalía que se le asignó le pareció “muy suavecita”, sin embargo ella misma identificó que el no querer realizarla también tuvo efectos en sus pensamientos.</p> <p>Tarea Directa: Su tarea fue realizar una lista de todas las cualidades que identificaba en ella.</p> <p>Reencuadre: Con la lista de cualidades que ella encontró en si misma se le dijo que un persona así podría realizar cualquier actividad que se propusiera. En la entrevista final ella identifica que fue esto lo que más le ayudó a sentirse más segura.</p> <p>Metáfora: Se le pidió que relatara una actividad que realizó en su trabajo y que la dejó muy satisfecha. Ella mencionó que frecuentemente le asignan comisiones y una de ellas es realizar la ceremonia del día de la bandera, para lo cual con el paso de los años ha logrado reunir una buena colección, todas son muy bonitas y con ellas organiza una exposición a la que asiste toda la escuela, ella se siente orgullosa de esto porque nota a los alumnos muy interesados, y que aunque en ocasiones tiene que hacerlo solo con sus recursos económicos, no le importa ya que ella se siente bien por hacerlo. Este relato se utilizó como metáfora, haciendo la analogía entre lo que es capaz de realizar en su trabajo y lo que puede ser capaz de realizar en otras áreas de su vida.</p>
--	--

	Anécdota: Como terapeuta le mencione que en mi trabajo en una escuela había visto con decepción como muchos profesores de educación básica solo ocupaban un puesto, pero que no hacían algo por verdaderamente enseñar algo a los niños, pero que daba mucho gusto conocer a alguien como ella que era muy dedicada y entregada a su trabajo y que eso me hacía sentirme tranquila de saber que si existen buenos profesores.
Cierre	La ultima entrevista fue telefónica y ante la pregunta ¿Cómo estas con respecto a la última sesión?, ella respondió: “Mucho mejor, desde la ultima vez, sin dolor, sin indecisión, me detengo y pienso, y busco en qué distraerme”. También mencionó que el reencuadre le permitió observarse, y observó sus cualidades. Con esto se dio por terminado el tratamiento al alcanzarse el objetivo.

Nota: Actividades realizadas para las fases del proceso terapéutico incluidas en la escuela de Haley. Las descripciones fueron extraídas de ejercicios realizados dentro de clase, no de una sesión grabada, por lo que en este caso no hay transcripciones.

Mapa epistemológico de la Terapia Estratégica de Haley

A Haley le interesan aquellas secuencias sociales que presentan organización recursiva, como mecanismo de realimentación. Haley introduce lo que a su juicio es una de las ideas centrales de su teoría: la noción de jerarquía. Para Haley un sistema perturbado es cuando se establecen coaliciones (proceso de acción conjunta contra un tercero) principalmente si son secretas y se repiten una y otra vez. Las intervenciones terapéuticas del modelo estratégico de Haley consisten en directas o indirectas, las directivas responden a la pauta cibernética (estabilidad/cambio) / ruido significativo. La meta del terapeuta consiste en cambiar la organización del sistema utilizando el problema para producir el cambio (Keeney y Ross, 1985).



Conclusión

La aplicación de una ordalía como intervención terapéutica, la cual formó parte del caso descrito anteriormente, fue una herramienta que demuestra la efectividad de los procedimientos desarrollados por Haley. Aún más, la aplicación personal de una ordalía nos hizo ser observadores de nuestra propia observación, ubicándonos en la cibernética de segundo orden. También se describieron otros procedimientos utilizados por esta escuela, sus antecedentes, su forma de trabajo y el mapa epistemológico que lo representa.

En este punto se han descrito dos formas de trabajo en las cuales el patrón ó la pauta de un problema son fundamentales para el desarrollo del cambio terapéutico. Un giro importante dan las Escuelas de Soluciones, ya que continúan con un interés por los

patrones, pero en este caso de soluciones. La diferencia entre la Terapia centrada en soluciones y la terapia orientada en soluciones se describe a continuación, así como la forma en que cada una de ellas trabaja. Se explican también los mapas centrales de primera y segunda sesión desarrollados por la Terapia Centrada y la aplicación clínica de ésta; por último se muestra el mapa epistemológico correspondiente.

Al igual que John Naisbit describió hace algunos años en su libro *megatrends* algunas poderosas tendencias que veía emerger en nuestra sociedad, O'Hanlon y Weiner Davis, (1993) y O'Hanlon (2001) han observado también una megatendencia en la psicoterapia, una tendencia que se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología, y se dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades. Son estas últimas las ideas centrales de las escuelas de soluciones descritas a continuación.

ESCUELAS DE SOLUCIONES: TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES (TCS) Y TERAPIA ORIENTADA EN SOLUCIONES (TOS)

Hablando de las escuelas que trabajan con las soluciones en lugar de enfocarse en el problema, existen dos tipos de terapias: la **centrada** en soluciones, representada por Steve De Shazer y colaboradores del BFTC, y la **orientada** en soluciones, representada por Bill O'Hanlon. Aunque la premisa es muy semejante, la verdadera diferencia la dan los procedimientos y técnicas utilizadas y el trabajo teórico realizado.

Antecedentes

TCS

Han pasado casi dos décadas de la fundación del MRI (1959), cuando en 1978 se funda el Brief Family Therapy Center (BFTC) de Milwaukee por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y su equipo. Es aquí donde se desarrolla la Terapia Centrada en Soluciones, una modalidad de terapia breve, la cual se enfoca en soluciones más que en los problemas. Este grupo de trabajo prestó atención a que los problemas no suceden todo el tiempo, e inclusive los problemas más crónicos tienen periodos en los cuales éste no ocurre o es menos intenso, analizando estos momentos, descubrieron que la gente hace muchas cosas positivas de las cuales no están totalmente conscientes. Al destacar los pequeños cambios que la gente realiza cuando el problema no está o es menos severo, su vida llega a ser mejor y la gente se vuelve más confidente con ellos mismos, y es que en sus palabras, no hay como experimentar pequeños éxitos para convertirse en una persona con esperanza sobre uno mismo y sobre su vida (Berg, s. f.). Es así como la TOS se enfoca en pequeños cambios para producir mayores, como en la metáfora de la bola de nieve rodando por una montaña utilizada por Erickson.

Aunque la idea anterior se oye bastante sencilla, los métodos que emplea esta escuela siguen procedimientos bastante específicos, los cuales se observan en los mapas

centrales de primer y segunda sesión, y desde la fundación del BFTC los conceptos han ido evolucionando.

Berg, & Miller, (1996) señalan los principios que posee esta escuela: énfasis en la salud mental; utilización; una visión ateórica, no normativa, determinada por los pacientes; parquedad; el cambio es inevitable; orientación hacia el presente y el futuro; cooperación. También señala la filosofía central que enmarca todos los procedimientos:

1. Si no está roto ¡NO LO COMPONGA!
2. Una vez que sepa usted qué es lo que funciona ¡HAGA MAS DE LO MISMO!
3. Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡HAGA ALGO DIFERENTE!

Es en estos principios y en la filosofía central donde se encuentra la distinción con otras escuelas sistémicas.

TOS

Ubicado en Santa Fe Nuevo México, Bill O'Hanlon desarrolló su terapia orientada casi a la par que la TCS. De hecho él mantiene una controversia en cuanto a los orígenes de los métodos basados en soluciones y sostiene que en realidad pertenecen a un terapeuta llamado Don Norum, a quien también de Shazer cita. O'Hanlon y Bertolino, (2001) señalan que para ellos las ideas de las terapias centradas en soluciones y de las terapias orientadas en ellas se desarrollaron de una manera conjunta y se influyeron mutuamente con el paso del tiempo O'Hanlon y Weiner Davis, (1993) señalan que entre sus precursores, los mas influyentes fueron Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del MRI y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Steve de Shazer.

Para O'Hanlon (2003), la esencia de la terapia orientada a las soluciones es encontrar lo que las personas son capaces de hacer y las soluciones que ya han puesto en práctica, y hacer que hagan deliberadamente las cosas que les han funcionado para aliviar o solucionar el problema. Para lograr esto, O'Hanlon puede utilizar cualquier herramienta que para el caso particular sea útil, no olvidando el método intuitivo y

espontáneo que sigue en su trabajo. Con el tiempo, su trabajo se convirtió en terapia de posibilidades, en la cual retoma aquellos aspectos que no son positivos, pero para los cuales existe una *posibilidad*. Es tan ecléctico el trabajo actual de O'Hanlon que ahora se conoce como terapia inclusiva ya que incorpora aspectos que en su trabajo antes no había articulado como la terapia psicodinámica (O'Hanlon y Bertolino, 2001).

Aunque el trabajo de la TOS puede *incluir* muchos elementos más, sus diez claves situadas en su versión más reciente de terapia inclusiva pueden ser una guía útil (O'Hanlon, 2003).

CLAVE	METODOS
1. ROMPER EL PATRON DEL PROBLEMA.	1. Cambiar la forma de crear el problema. 2. Usar la paradoja para cambiar el patrón del problema. 3. Vincular nuevas acciones al patrón del problema.
2. ENCONTRAR Y UTILIZAR PATRONES DE SOLUCION.	1. Preguntarse: ¿Cuándo no se ha presentado el problema aunque yo lo esperara? 2. Fijarse en lo que sucede cuando el problema desaparece o empieza a desaparecer, entonces poner en práctica algunas conductas que sirven. 3. Importar patrones de soluciones de otras situaciones en las que se sienta competente. 4. Preguntarse ¿Por qué no es peor el problema?
3. RECONOCER NUESTROS SENTIMIENTOS Y NUESTRO PASADO, SIN DEJAR QUE DETERMINEN NUESTRO COMPORTAMIENTO EN EL	1. Reconocer nuestras experiencias, sentimientos y nuestro yo. 2. Reconocer los sentimientos y los puntos de vista de los demás. 3. Reconocer los hechos y la influencia del

PRESENTE O EN EL FUTURO.	pasado sin dejar que determinen el presente ni el futuro.
4. DIRIGIR LA ATENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cambiar el canal sensorial. 2. Ampliar el foco de atención. 3. Desviar la atención del pasado al presente. 4. Desviar la atención del presente o del pasado al futuro. 5. Desviar la atención de la experiencia interior al entorno exterior a otras personas. 6. Desviar la atención de los demás o del entorno exterior al mundo interior. 7. Centrarse en lo que ha funcionado en lugar de en lo que no lo ha hecho. 8. Desviar la atención del pensamiento o el sentimiento a la acción. 9. Formular preguntas orientadas a las soluciones.
5. IMAGINAR UN FUTURO QUE NOS CONDUZCA A LAS SOLUCIONES EN EL PRESENTE.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar expresiones relacionadas con las “posibilidades” y las “expectativas positivas”. 2. Vivir como si: genere o evoque un futuro atractivo.
6. CAMBIAR HISTORIAS PROBLEMATICAS POR HISTORIAS ORIENTADAS A LAS SOLUCIONES	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer y describir. 2. Buscar o generar pruebas que contradigan la historia. 3. Darse cuenta de que la persona no es su historia. 4. Generar historias útiles y compasivas.
7. USAR LA ESPIRITUALIDAD PARA TRASCENDER O RESOLVER PROBLEMAS.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Encontrar un camino propio hacia la espiritualidad. 2. Acceder a la espiritualidad a través del

	<p>pasado, el presente o el futuro.</p> <p>3. Desarrollar la compasión, el servicio y la fe.</p>
8. UTILIZAR PROBLEMAS DE ACCION PARA RESOLVER PROBLEMAS DE RELACION	<p>1. Quejas de acción.</p> <p>2. Peticiones de acción.</p> <p>3. Elogio de acción.</p>
9. CELEBRAR RITUALES DE RESOLUCION PARA RESOLVER LOS ASUNTO PENDIENTES DEL PASADO	<p><i>Pasos:</i></p> <p>1. Definir el objetivo del ritual y lo que aún no se ha resuelto.</p> <p>2. Preparar el ritual decidiendo qué símbolos se van a utilizar, cuándo se llevará a cabo, quienes participarán, etc.</p> <p>3. Celebrar el ritual.</p>
10. DESARROLLAR RITUALES DE ESTABILIDAD Y CONEXIÓN PARA PREVENIR PROBLEMAS Y GENERAR CONEXIONES.	<p>Son actividades que se repiten regularmente en grupo o en solitario y que ayudan a generar estabilidad o a proporcionar una sensación de conexión con uno mismo o con los demás.</p>

Nota: Las diez claves de la terapia inclusiva de O'Hanlon y sus respectivos métodos.

Forma de trabajo

A continuación se describirá la forma de trabajo así como técnicas y procedimientos utilizados por la TCS, utilizando los mapas centrales de primera y segunda sesión.

La TCS utiliza una teoría de la solución expresada en mapas, los cuales son un intento de describir lo que hacen y no prescribir lo que se debe hacer, de hecho aunque el mapa puede utilizarse como árbol de decisión, gran parte de lo que sucede en una sesión determinada tal vez no esté incluido en el mapa (De Shazer, 1992). Y es que los datos son las palabras mismas que se usan en la sesión, no algo que está afuera del diálogo terapéutico. Este surge en, por y a través de la interacción. Por ejemplo, la consulta trae un problema y lo que se intenta es darle algún tipo de solución. El terapeuta no graba lo que ocurre como si fuera una cinta de video, él construye algo así como su propio mapa de la solución y a su manera se lo representa, construye un mapa

de su percepción de la interpretación del paciente. Hay entonces un mapa, una interpretación del paciente, y otro mapa, el del terapeuta. El espacio, el marco creado por la diferencia entre una y otra interpretación, ofrece la posibilidad de diseñar la intervención (Ceberio, & Wainstein, 2005).

Para seguir el mapa, lo primero que se debe contemplar es el **tipo de relación terapéutica** que se establece. Los relación de *visitante* se entabla cuando al final de una sesión el terapeuta y el paciente no han identificado juntos una dolencia o un objetivo sobre los cuales trabajar en el tratamiento, suele suceder que el paciente señale o bien que no tiene ningún problema o bien que el problema pertenece a otra persona. La relación de tipo *demandante* se da cuando en el transcurso de la sesión el paciente y el terapeuta pueden identificar juntos un objetivo o una dolencia para el tratamiento, pero no han podido identificar pasos concretos para producir una solución (Kim Berg, y Miller, 1996). Existe una relación tipo *comprador* cuando en el transcurso o al final de una sesión el paciente da claras muestra de que no solo tiene buena disposición si no que quiere hacer algo respecto del problema (De Shazer, 1992).

Otro paso es el **desarrollo de la adaptación**, es decir que el terapeuta tiene que decidir cómo tratar a las personas con las que está conversando, para llegar a tener confianza mutua, se prestan atención recíprocamente y aceptan la concepción del otro como válida (De Shazer, 1992).

Se facilita la adaptación cuando se fijan **objetivos** para ayudar a determinar cómo tanto el cliente como el terapeuta se van a dar cuenta de que el problema está resuelto (se señalan dentro del mapa).

La búsqueda de **excepciones** es la parte central del mapa de la TCS. Estas se refieren a las ocasiones en que no ocurre el problema y pueden ser de tres tipos: 1) cuando el problema no está presente, 2) cuando la persona resuelve el problema o logra influir en él y 3) cuando el problema está presente y la persona sabe como crearlo y o influir en él. El objetivo que busca la terapia es ampliar las excepciones y para ello se requiere una descripción minuciosa de éstas por parte del consultante, encontrando con ello las pautas de solución que al ampliarse comienzan a generar el cambio deseado.

Después de buscar excepciones, identificarlas bien y fijar objetivos, para cerrar la sesión existen dos herramientas muy útiles, que son el resumen y el elogio para

terminar después con la tarea. Los elogios son afirmaciones acerca de algo que haya dicho el cliente que puede considerarse útil, eficaz bueno o divertido, esto ayuda a facilitar la adaptación entre el cliente y el terapeuta y por ende la cooperación en la tarea que tiene entre manos (De Shazer, 1992).

Técnicas y procedimientos

Se describen a continuación las tareas y procedimientos que se utilizan en la TCS.

Pregunta de la excepción

La pregunta de la excepción lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o no han tenido problemas pese a esperar que los tendrían. Al ampliar la descripción de estas ocasiones, puede que los clientes descubran soluciones que habían olvidado o en las que no habían reparado, o los terapeutas pueden encontrar claves sobre las que construir soluciones futuras (O'Hanlon y Weiner Davis, 1993).

Pregunta por el Milagro

Orienta al paciente hacia estado futuro, en el que el problema ya está resuelto y él puede empezar a saborear el exitoso fin de la terapia, la pregunta puede formularse más o menos así (Kim Berg y Miller, 1996):

Ahora quiero hacerle una pregunta levemente diferente. Para contestarla tendrá usted que usar su imaginación. Supongamos que hoy, después de la sesión, usted llega a su casa y se acuesta a dormir. Mientras duerme, sucede un milagro y el problema que lo trajo aquí queda resuelto así (hace chasquear los dedos). Como usted estaba dormido, no sabe qué produjo ese milagro. ¿Qué supone que será esa pequeña cosa que le indicará, mañana por la mañana, que durante la noche ha acontecido un milagro y el problema que lo trajo aquí queda resuelto?

Es útil para ayudar al terapeuta para describir cómo la terapia puede ser útil al cliente (De Shazer, 1992).

Preguntas de Escala

Brindan una manera de que los pacientes evalúen su propia situación y midan su propio progreso. También son interventivas en la medida en que se trabaja con pauta/patrón, y permiten hacer prescripciones específicas. Se enuncian así (De shazer, 1992):

“en una escala de 0 a 10 con 10 señalando el como son las cosas el día después del milagro y 0 para señalar el cómo las cosas estaban en el punto que usted llamó para arreglar esta cita, en donde, usted diría que las cosas están justo en este momento”. (De shazer, 2000).

Sirven para personalizar el proceso porque al permitirle tomar la responsabilidad de la evaluación, ayudan al paciente a hacerse cargo del tratamiento (Kim Berg y Miller, 1996).

Tareas de fórmula

Un aspecto especialmente interesante del trabajo de los equipos del BFTC es el desarrollo de determinadas intervenciones que parecen ser eficaces para resolver problemas muy diversos, es decir, se emplea la misma tarea para iniciar cambios en diferentes problemas (O’Hanlon y Weiner Davis, 1993).

Tarea de fórmula de la primera sesión: “Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos, a nosotros nos (a mí me) gustaría que observaras, de modo que puedas describírnoslo (describírmelo) la próxima vez, lo que ocurre en tu (elíjase una de las siguientes: familia, vida, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo Fue diseñada para centrar la atención del cliente en el futuro y para crear expectativas de cambio. Reorienta a la persona o familia a fijarse en las cosas buenas de su situación y observar más las cosas que van bien; parece producir aún más cosas positivas (O’Hanlon y Weiner Davis, 1993).

Tarea de la sorpresa para parejas o familias: “Haz al menos una o dos cosas que sorprendan a tus padres (cónyuge, en terapia de pareja). No les digas qué es. Padres, su tarea consiste en adivinar que es lo que ella está haciendo” (O’Hanlon y Weiner Davis, 1993).

La tarea genérica: Una vez que los clientes han descrito cuál sería su objetivo, incluso si les ha resultado concretar, es posible emplear su lenguaje para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio. Por ejemplo, si un cliente quiere sentirse con “mayor paz espiritual” se le sugiere: “fíjate en lo que haces esta semana que te da mayor paz espiritual”. Esta tarea permite que entre las sesiones se produzcan conductas deseables y que los clientes que se expresan en términos vagos vuelven habiendo definido con mayor claridad sus objetivos (O’Hanlon y Weiner Davis, 1993).

A continuación se presentan los mapas centrales de De Shazer (1992),.

Unión: Saludar al paciente y hablar sobre cualquier cosa distinta al motivo de consulta.

Se obtiene una breve descripción del problema.

COMIENZO : Oué te trae por aquí?

¿Visitante? No se identifica una dolencia para el tratamiento	¿Demandante? Alguien que tiene un problema no llega a visualizarse como parte de la solución.	¿Comprador? Alguien que quiere hacer algo respecto a un problema
--	--	---

CONSTRUIR UN PROBLEMA

NO

Hacer solamente cumplidos

Volver al comienzo

SI

Realizar preguntas presuposicionales, es decir mantenerlas abiertas.

BÚSQUEDA DE EXCEPCIONES

NO

ELABORAR SOLUCIONES HIPOTÉTICAS

NO

Confusas/ vagas → Tarea formalizada de la 1ª sesión

Marco Global → DECONSTRUIR el marco

SI

¿Qué es diferente cuando...?, ¿Cómo conseguiste que sucediera? ¿En qué es distinto...?

SI

CONCRETAS

DECONSTRUIR EL PROBLEMA

- 1 Cuando el problema no está presente.
- 2 Cuando la persona lo resuelve o logra influir en él.
- 3 La persona sabe cómo crearlo o cómo influir en él.

DELIBERADAS

ESPONTÁNEAS

Pregunta por el milagro, pregunta de escala.

Describir diferencias entre excepciones y problema

FIJAR OBJETIVOS
RESUMEN, ELOGIO, TAREA:

PRESCRIBIR:
Hacer mas de lo que funciona

PRESCRIBIR:
Al azar, hacer más de lo que funciona

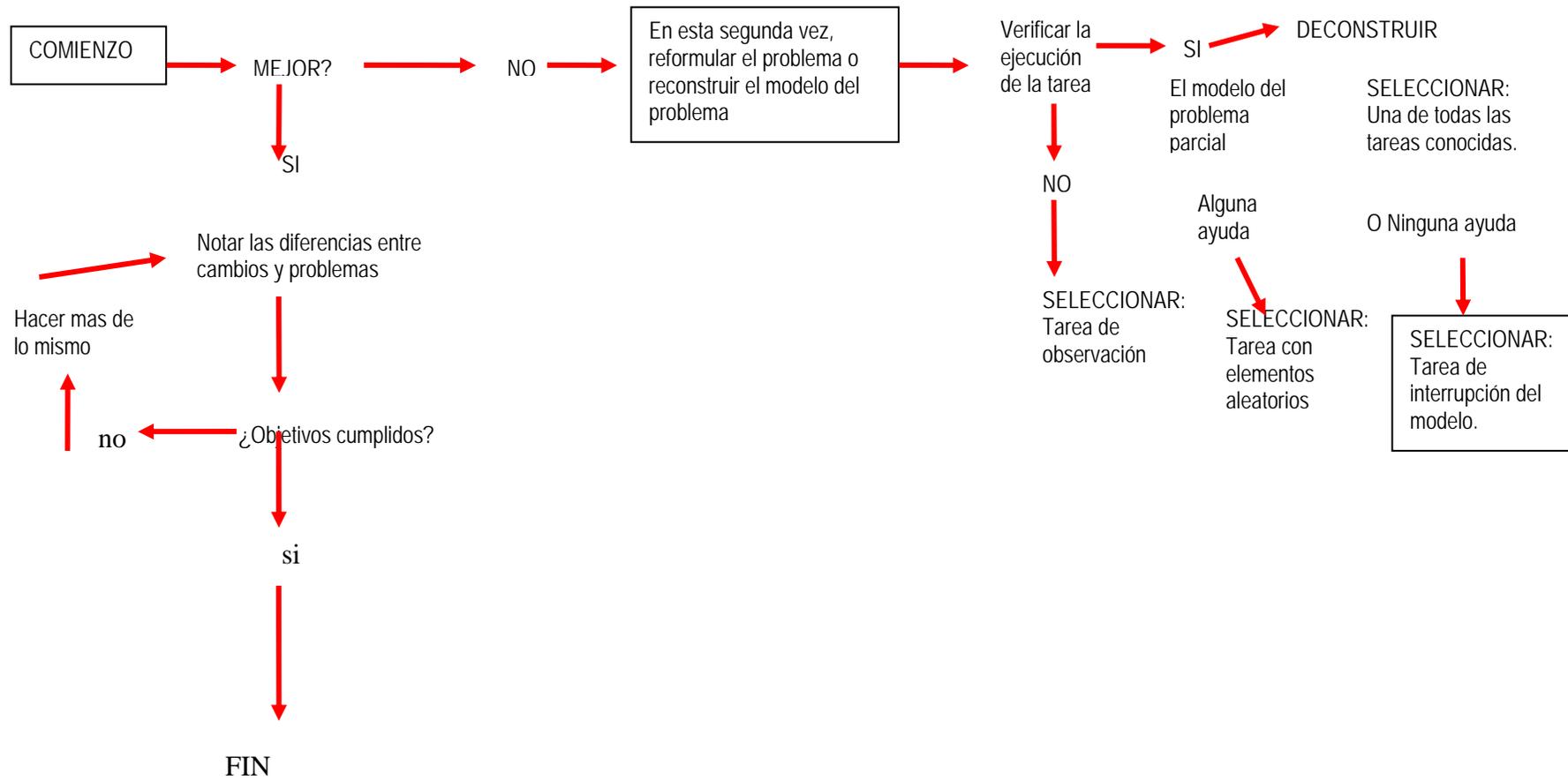
PRESCRIBIR:
Hacer lo mas fácil de lo que podría funcionar

FIJAR OBJETIVOS

Poner el foco en algo PEQUEÑO y fácil de hacer experimentalmente

- Deben ser importantes para el paciente, quien debe visualizar el logro de ese objetivo como personalmente beneficioso para él.
- Deben ser lo suficientemente limitados como para que se puedan cumplir.
- Deben ser concretos, específicos y estar formulados en términos de conducta.
- Plantear la presencia y no la ausencia de algo. Deben formularse en lenguaje positivo y proactivo, y deben plantear lo que el paciente hará en vez de formular lo que no hará
- Que sea un comienzo y no un fin. *Un camino de mil millas comienza con el primer paso.*
- Que sean realistas y alcanzables dentro del contexto de vida del paciente.
- Que se perciba que exigen un trabajo duro por parte del paciente.

SESIONES SEGUNDA Y SUBSIGUIENTES



Aplicación Clínica

“Cuanto mas hablaba y escribía sobre la terapia orientada a soluciones, mas sentía que no me acababa de satisfacer por varias razones. Con el paso de los años fui teniendo noticias de estudiantes y profesionales dedicados a la terapia orientada a soluciones que confirmaron mis temores. Los clientes se quejaban de que los terapeutas eran demasiados positivos y que ignoraban o minimizaban sus problemas o el sufrimiento que causaban. Creo que el modelo centrado en las soluciones pasa por alto un aspecto esencial que siempre ha sido una piedra angular de mi método: la necesidad de reconocer y validar los sentimientos y los puntos de vista del cliente.

También veía que el modelo centrado en soluciones se había vuelto muy formulista, con un juego “oficial” de preguntas muy rígido y con unos gráficos de flujo y unos árboles de decisión que tienen muy poco que ver con el método intuitivo y espontáneo que sigo en mi trabajo. Los problemas de los clientes no siempre encajan en una serie rígida de preguntas. Creo que este modelo, en lugar de ser sensible a los clientes, acaba siéndoles impuesto. Lo esencial es que el modelo encaje con el cliente y no al revés” Bill O’Hanlon. Tomado de O’Hanlon, y Bertolino, 2001.

Lo anterior fue escrito por Bill O’Hanlon en el cambio de su ideología hacia la terapia de posibilidades y al leerlo estuve totalmente de acuerdo con lo que expresaba, solo con una diferencia: eso sucede cuando en lugar de poseer una perspectiva de solución solo se sigue una técnica, y eso es algo que un terapeuta no puede permitir. Estando en entrenamiento, sucedió lo descrito por O’Hanlon al tratar de trabajar con el enfoque centrado. Nuestra paciente asistió con nosotros después de que su esposo falleció año y medio atrás. Ella manifestó que aún no podía aceptar esa realidad y que le gustaría lograrlo. Durante la primera sesión se pueden

distinguir dos partes: la primera en la que se desarrolla exactamente lo que describe O'Hanlon, y la segunda en la que las terapeutas dejaron de ir tras el modelo, para guiarse más, quizá por lo que O'Hanlon llama método intuitivo y espontáneo, o como yo lo puntúo: el centrarse en el cliente para buscar soluciones, porque al centrarse en el paciente uno puede reconocer y validar sus sentimientos.

Me resultó grato haber brincado de una postura a la otra en un escenario real, ya que me permitió entender y sentir la diferencia de trabajar con una técnica VS trabajar con una perspectiva.

A continuación se presentan las transcripciones de los procedimientos realizados durante la 1ª sesión del caso, y posteriormente se presenta el mapa de primera sesión señalando los procedimientos que se realizaron. Dentro del mapa las flechas azules señalan el camino que en este caso particular se siguió, y las letras azules los procedimientos que fueron realizados.

<p>Union</p>	<p>Terapeuta: ¿Cuántos años tienes?</p> <p>Paciente: 28</p> <p>Terapeuta: 28. ¿Donde vives?</p> <p>Paciente: En el estado de Puebla</p> <p>Terapeuta: Vienes, de Puebla, vienes ahorita de Puebla?</p> <p>Paciente: Si</p>
<p>Construcción de un problema</p>	<p>Terapeuta: No se... si quieres platicarnos por qué te tenemos aquí</p> <p>Paciente: Bueno lo que pasa este... mi problema es que... tiene como un año y medio mi esposo tuvo un accidente y murió, entonces... me cuesta aceptar la realidad, el hecho de que... pues si ya no esté, es lo que no, no asimilo, y no se a lo mejor por lo mismo, estoy afectando a mis hijos</p> <p>Terapeuta: Por lo que nos dices entonces, te gustaría aceptar el hecho de que el ya no está, es correcto esto?</p> <p>Paciente: Pues sí</p> <p>Terapeuta: Hay algo en específico que te hizo decidir venir aquí,</p>

	<p>Paciente: Pues sí, por mi hijo</p> <p>Terapeuta: Y qué es específicamente lo que has visto que es lo que digamos</p> <p>Paciente: Pues eso, a vivir la realidad.... Tratar de asimilar y vivir la realidad</p>
<p>Búsqueda de excepciones</p>	<p>Terapeuta: Cómo comenzarías a darte cuenta de que estás empezando a vivir la realidad?</p> <p>Paciente: Pues no se,</p> <p>Terapeuta: Bueno entiendo, que tu identificas que en este momento no lo asimilas, cómo tu empezarías a darte cuenta que ya lo estás asimilando un poco, qué sería diferente.</p> <p>Paciente: Pues yo pienso que mi actitud.</p> <p>Terapeuta: Tu actitud, cómo sería la actitud decuando reconoce que ya está aceptando</p> <p>Paciente: Pues muy diferente, no sé ni cómo.</p> <p>Terapeuta: Algo pequeño que identifiques que a lo mejor harías diferente, o que dirías o pensarías diferente, con tus hijos, o tú sola cuando estés en tu casa...</p> <p>Terapeuta: Nos comentabas que a ti te gustaría aceptar que tu esposo ya no está, y que, aspectos en tu actitud te indicarían que estás aceptando, y dentro de este año y medio que ha pasado, tu en algún momento te has sentido un poco mejor?</p> <p>Paciente: Pues un poco.</p> <p>Terapeuta: Últimamente? Cómo lo identificas</p> <p>Paciente: Pues... ya salir, yo siento como que me encerré , pues ... yo sentía que por qué el hecho de salir</p> <p>Terapeuta: Entonces, si estamos entendiendo, si no es así, me corriges, que el hecho de que tu empieces a salir un poco más te hace sentir mejor, te hace sentir que estás aceptando la realidad. Ok. Hay alguna otra cosa que te hace sentir, así, que estás aceptando la realidad?</p>

	<p>Paciente: Pus el ver... ,en mi conducta o sea en el trato.</p> <p>Terapeuta: Ahorita mencionas algo que se me hace sumamente importante, y es que tu identificas que últimamente has estado diferente, y es en esta diferencia en donde nosotras queremos trabajar, por eso es importante que nos platiques un poco más de cómo tu diferencias, y dices que antes tu estabas, como que te encerraste, y como es ahora que ya no te sientes encerrada o un poco menos encerrada, como es que no te sientes tan encerrada</p> <p>Paciente: Pues porque ya salgo más</p> <p>Terapeuta: Y como has logrado salir mas pues por medio de otras personas me han hecho ver lo que es la realidad</p> <p>Terapeuta: Como que personas pro ejemplo</p> <p>Paciente: Pues mi familia</p> <p>Terapeuta: Tu familia</p> <p>Terapeuta: Hay alguien que te ayude mas</p> <p>Paciente: Como mi cuñada</p> <p>Terapeuta: Y en el caso de tu cuñada, cómo hace usted para, para que salga</p> <p>Acompañante: Pues no se moralmente, hablamos mucho, lloramos mucho, este pues trato desde que todo esto pasó pues trato de estar mas tiempo con ella y con sus hijos, o como en estas vacaciones que se vinieron a estar con nosotros una semana, que yo siento que desde que todo pasó pues como que se quedaron en su huevito</p> <p>Terapeuta: Bueno, y sin embargo, ya esta semana, vinieron acá, estuvieron, están de vacaciones</p> <p>Acompañante: Pues esta ya es otra salida porque ellos ya se regresaron a Puebla y</p> <p>Terapeuta: Hace rato nos mencionabas que el salir, un poco más te ha ayudado a sentirte mejor, a dónde sales, incluyendo el venir aquí,</p> <p>Paciente: Pues allá por ejemplo llevo a mis hijos al parque, cuando</p>
--	---

	<p>puedo o cuando tiene uno ánimos, no?</p> <p>Terapeuta: Cómo has conseguido a veces si tener ánimos para salir, qué piensas, qué es diferente a cuando, supongamos, hay veces en los que quizás has tenido ánimos para salir con tus hijos, sin embargo, no puedes hacerlo, pero, hay otras veces en las que si lo has logrado, cómo haces eso</p> <p>Paciente: Pues el ver que mis hijos me piden que los lleve, pues si mas que nada son ellos, me piden que los lleve a jugar...</p> <p>Terapeuta: Entonces, no se, quiero entender, que gracias a que tu ves a tus hijos y piensas también en ayudarles, es que logras tu tener esos ánimos de salir al parque, venir a terapia, sí?, ok</p>
<p>Fijar objetivos</p>	<p>Terapeuta: Cómo es la ayuda que esperas de nosotros</p> <p>Paciente: O sea una ayuda psicológica, que tal vez ustedes tengan esas palabras con las que yo pueda entender para que yo pueda vivir la realidad</p> <p>Terapeuta: O para que puedas seguir teniendo más ánimos de a lo mejor salir con tus hijos, comenzar a retomar algunas actividades</p> <p>Terapeuta: Cómo sería vivir la realidad</p> <p>Paciente: Pues el vivir, o tener la esperanza o el que el va a regresar, o el aceptar que tengo que vivir yo sola</p> <p>Terapeuta: Tienes esa esperanza?</p> <p>Pues, sí, a veces</p> <p>Terapeuta: Hay momentos sin embargo en que no tienes esa esperanza.</p> <p>Paciente: Sí porque siento que estar sin él, se acaba el mundo...</p> <p>Terapeuta: Tomando a la aceptación como un proceso, entre tus hijos y tu, quién va más adelante en este proceso.</p> <p>Paciente: Yo creo que vamos igual. Pues a mis hijos se les ha dicho que su papá no va a regresar, pero yo no he podido decirle la</p>

	<p>palabra, de que su papá ya murió, porque él tiene la esperanza de que va a regresar su papa. Entonces se le ha dicho que su papá no va a regresar pero no me he atrevido yo a decirle que...</p> <p>Terapeuta: Sin embargo él entiende esto?</p> <p>Paciente: Pues es lo que estaba platicando con mi cuñada que el sabe o dice, ve alguna película o algo y dice, se murió, pero no ha dicho esa palabra de su papá, de se murió, y no me atrevo yo decírselo.</p> <p>Terapeuta: Y para este proceso o para que tu avances en este proceso de aceptación sería importante que tu pudieras decirle eso a tu hijo? Porque entonces estamos hablando de que si tu pudieras decirle, con esas palabras que utilizaste tu ahorita a tu hijo, que su papá ya no va a regresar porque murió, no se que ya está en el cielo, estás avanzando tú en este proceso hacia aceptar la realidad?</p> <p>Paciente: Pues sí,</p> <p>Terapeuta: Esa sería una pequeña indicación. Entonces el estar viniendo aquí, valdría la pena?</p> <p>Paciente: Pues yo creo que si.</p>
<p>Resumen, elogio y tarea.</p>	<p>Terapeuta: Estábamos comentando con el equipo, que la situación que nos comentas, es complicada, es dolorosa, cuando perdemos un ser querido, de repente es difícil para nosotros poder como dices aceptarlo, y quizá hay que hacer más cosas, no? Que a lo mejor a él le gustaría que hiciéramos. Nuestros compañeros nos comentaban, que cuando han tenido una pérdida es complicado poder salir, y si es esto un proceso que va pasando. Si nos sorprende en este año y medio haz logrado hacer unos cambios.</p> <p>Terapeuta: Bueno también te queremos comentar, es algo personal pero te lo queremos comentar que cristina y yo somos casadas, tenemos niños chiquitos, y el ponernos en tus zapatos, como se dice, nos cuesta trabajo, entendemos que es una situación difícil, que nosotras mismas sufriríamos mucho al pasarlo.</p>

	<p>Terapeuta: Y que sin embargo podemos ver en ti esa capacidad de sobreponerte a esta situación, y poder pensar en tus hijos, estar aquí, a lo mejor.</p> <p>Terapeuta: Lo que comentamos es que se nos hace tan difícil pero tu haz logrado algunas cosas muy importantes para mí, de hecho, a mí se me harían muy difíciles de realizar, como el hecho de llevar a tus hijos al parque, el hecho también de que tu quieres mejorar para ya no transmitirles eso, pensar en ellos primero, y eso motivarte para que tu sigas. Eso también es algo muy difícil y que tú haz hecho.</p> <p>Terapeuta: Y que pensar en ellos te de fuerza para hacer otras cosas, o para sentirte mejor o para aceptar mejor la realidad</p> <p>Terapeuta: Inclusive el hecho de que tengas algunos momentos en que puedes aceptar la realidad. Y también algo muy importante que haz podido estar mas tiempo con tu familia.</p> <p>Terapeuta: Que te permites hacerlo. Dejar que estén mas tiempo contigo, que te den consejos, porque quizá otra persona no permitiría eso y sin embargo tu lo permites.</p> <p>Terapeuta: Siendo una situación en la que no todas hiciéramos eso. Quizá yo me encerraría. Y es algo que tu haz podido hacer.</p> <p>Paciente: Pues de hecho eso ha sucedido últimamente....</p> <p>Terapeuta: Pero lo haz podido hacer</p> <p>Paciente: Pues si</p> <p>Terapeuta: Usted siga haciendo mas cosas de lo que le ha funcionado y que es pensar mas en sus hijos, salir con ellos al parque, que siga haciendo mas de estas cosas que le hacen sentirse bien, y a l mismo tiempo ir planeando, como poder tocar ese tema con su hijo... para poderlo planear necesitamos también que usted vaya identificando una forma que pueda acercarse a él.</p>
--	---

Nota: Transcripción de fragmentos de la primera sesión de una terapia centrada en soluciones, que ejemplifican las fases del mapa central de primera sesión de De Shazer.

UNION

COMIENZO

¿Visitante? No se identifica una dolencia para el tratamiento	¿Demandante? Alguien que tiene un problema no llega a visualizarse como parte de la solución.	¿Comprador? Alguien que quiere hacer algo respecto a un problema
--	--	---

CONSTRUIR UN PROBLEMA

NO

Hacer solamente cumplidos

Volver al comienzo

SI

BÚSQUEDA DE EXCEPCIONES

NO

ELABORAR SOLUCIONES HIPOTÉTICAS

NO

Confusas/ vagas → Tarea formalizada de la 1ª sesión

Marco Global → DECONSTRUIR el marco

CONCRETAS

DECONSTRUIR EL PROBLEMA

FIJAR OBJETIVOS

Poner el foco en algo PEQUEÑO y fácil de hacer experimentalmente

SI

DELIBERADAS

ESPONTÁNEAS

Describir diferencias entre excepciones y problema

FIJAR OBJETIVOS

RESUMEN, ELOGIO, TAREA:

PRESCRIBIR:
Hacer más de lo que funciona

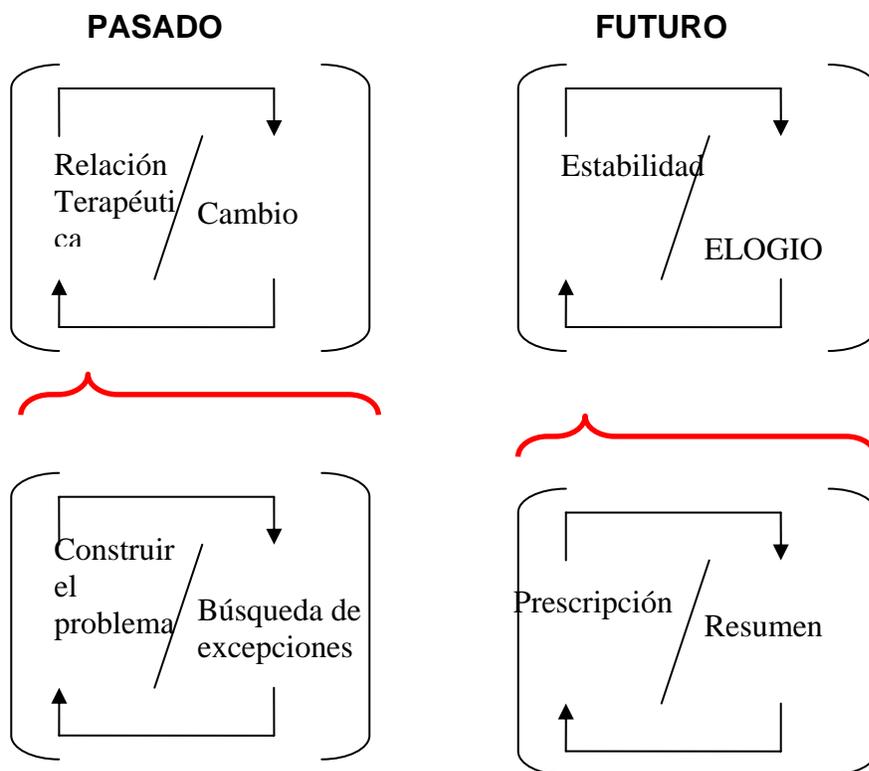
PRESCRIBIR:
Al azar, hacer más de lo que funciona

PRESCRIBIR:
Hacer lo mas fácil de lo que podría funcionar

SESIONES SEGUNDA Y SUBSIGUIENTES

Mapa epistemológico de la escuela centrada en soluciones

En el caso de la Terapia Centrada en Soluciones de Steve de Shazer, hablamos de dos momentos: pasado y futuro. La complementareidad cibernética del pasado en un primer nivel se compone por, la construcción del problema/ Búsqueda de excepciones; que a su vez se regula por un segundo nivel compuesto por: Relación terapéutica/ Cambio. La Complementareidad cibernética del futuro en un primer nivel se conforma de: prescripción/ resumen; en un segundo nivel por Estabilidad/ Ruido significativo o Elogio.



Conclusión

Las escuelas de soluciones muestran las diferencias que pueden existir dentro de un mismo enfoque, sin duda la más grande es el interés por las pautas de solución más que por las del problema. Aún así comparten la misma epistemología, lo que puede comprobarse con el mapa epistemológico descrito. En consecuencia la ejecución de los procedimientos sigue una forma particular, hecho ejemplificado con la aplicación clínica del modelo. Todo esto forma parte de este apartado dedicado a las Escuelas de Soluciones.

Se encontró la diferencia de trabajar con una técnica VS trabajar con una perspectiva, gracias a la participación como terapeuta en un caso real, lo que permitió *ponerse en los zapatos del cliente*.

Nuevas diferencias surgen a continuación al describirse un enfoque desarrollado con el trabajo estrictamente familiar: la Escuela de Milán. La descripción de su historia relata un cambio epistemológico importante. La forma de trabajo, sus técnicas y procedimientos, su aplicación con una familia, así como el mapa epistemológico son descritos a continuación.

ESCUELA DE MILÁN

Antecedentes

Campbell, Draper & Crutchley (1991), dividen el desarrollo de la Escuela de Milán en seis etapas: 1) El nacimiento del enfoque de Milán, 2) el desarrollo de los principios básicos: hipotetización, circularidad y neutralidad, 3) división en dos equipos, 4) diseminación y clarificación del enfoque, 5) aplicación del enfoque a otros escenarios y 6) nuevas aproximaciones sistémicas. Se presentan las cuatro primeras en relación a los antecedentes de este enfoque.

El Nacimiento del Enfoque de Milán (1967-1975)

En 1967 Mara Selvini-Palazzoli invitó a tres psicoanalistas más, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata, a formar parte de su grupo de estudio. Por varios años, se reunieron una vez a la semana sin pago, viendo familias, leyendo y discutiendo los trabajos de Don Jackson, Jay Haley, Paul Watzlawick y Gregory Bateson. Con el objeto de convertir su pensamiento en un modelo de terapia familiar, limitaron sus lecturas al grupo de Palo Alto. Emergieron de su crisálida con la publicación de su primer artículo en inglés en 1974: "The Treatment of Children Through Brief Therapy of Their Parents". Este artículo introdujo los conceptos más importantes dentro de la escuela de Milán: la importancia del paciente referido, el uso del equipo durante la terapia, la connotación positiva y los rituales, todos ellos desarrollados en publicaciones posteriores (Campbell, Draper & Crutchley, 1991).

Cuatro años después de su primera publicación en inglés, se publicó su libro Paradoja y Contraparadoja (en 1978, en inglés), en el cual se describía su trabajo con familias de pacientes anoréxicos y psicóticos. Articularon un campo de trabajo teórico basado en varios conceptos importantes. De Pragmática de la comunicación humana de Watzlawick, Beavin y Jackson, adoptaron la noción de la familia como un sistema, en la

cual una conducta sintomática se mantiene por patrones transaccionales gobernados por reglas (Campbell, Draper & Crutchley, 1991).

Desarrollo de los principios básicos: Hipotetización, circularidad y neutralidad (1975-1979)

Pero, ¿cómo encontrar una intervención particular? Esta pregunta permitió al equipo elaborar los principios fundamentales que conducen la entrevista, los cuales podrían ser usados por otros terapeutas (Campbell, Draper & Crutchley, 1991). Los tres principios indispensables se presentaron en el famoso artículo “Hypothesizing-circularity-Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session.” (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Al clarificar estos principios, el pensamiento del grupo de Milán sobre la familia como un sistema comenzó a diferir del modelo de Palo Alto, desde una visión en la que el problema ayuda a mantener la homeostasis del sistema, hacia un enfoque batesoniano, en el cual los problemas de la familia son el resultado inevitable de creencias familiares no convenientes. Este cambio de perspectiva se reflejó en la forma en la cual los miembros del grupo entendían el significado de la intervención. En la primera etapa, la veían como una forma de causar una transformación en el patrón conductual que mantenía la homeostasis del sistema. En la segunda etapa, describían a la terapia como un medio de introducir diferencias dentro del sistema de creencias de la familia (Campbell, Draper & Crutchley, 1991).

Con la publicación de estos importantes artículos: “Hipotetizando- Circularidad- Neutralidad” y “El problema del paciente referido”, los temas principales del trabajo hecho por el equipo se habían presentado. Estos temas son: 1) El uso del equipo, 2) los rituales familiares como intervención, 3) la connotación positiva, 4) hipotetización, 5) circularidad, 6) neutralidad, 7) el caso de la persona referida, y 8) un método completo para la conducción de terapia familiar con una base sólida en ideas sistémicas. Irónicamente a lo estimulante de estas ideas y a la emoción surgida en el campo de la

terapia familiar, se aproximaba el rompimiento del grupo que lo produjo (Campbell, Draper & Crutchley, 1991).

División en dos equipos (1979-1982)

Con la frase: *“El equipo murió, larga vida al equipo”* Campbell, Draper & Crutchley, (1991) señalan a la división el equipo original de Milán, como un paso necesario para que el desarrollo de sus ideas tomaran fuerza. Después de finalizar la clarificación de su método, cada uno consideró de forma diferente el tipo de retroalimentación que sería más útil como guía en su trabajo hacia una nueva etapa, tanto en su pensamiento como en la práctica.

Selvini-Palazzoli y Prata son investigadoras, el control de variables es importante, la constancia es un término que aparece una y otra vez en su trabajo. Ellas desarrollaron claramente sus ideas desde la retroalimentación adquirida del análisis de la conducta de la familia en relación a una variable controlada, tal como una intervención o un cuestionario telefónico. Por otro lado, Boscolo y Cecchin han desarrollado su trabajo como resultado del trabajo terapéutico con familias a través del mundo y de la retroalimentación con discípulos formados en un entrenamiento multinivel en terapia familiar (Campbell, Draper & Crutchley, 1991).

La investigación de Selvini-Palazzoli se basa en tratar de entender la relación entre individuos psicóticos y sus familias. Reporta que el elaborar una intervención en cada familia y en cada sesión resultaba frustrante, pero en 1979, ella produjo una intervención que producía cambios dramáticos, decisión que la llevó repetir la misma intervención con familias de miembros psicóticos, una “prescripción invariable”. Esto llegó a ser la base de su investigación y señaló una nueva dirección, la cual llevó a la división del equipo varios años después. Selvini-Palazzoli se unió en su investigación con Giuliana Prata, del equipo original, y formaron varios discípulos, incluido Mauricio Viaro. La prescripción invariable ha ocupado su investigación desde 1979 (Campbell, Draper & Crutchley, 1991).

Boscolo y Cecchin, iniciaron un curso de entrenamiento familiar de tres años en el centro original en 1977. Cuando el equipo se dividió, continuaron dirigiendo el programa de entrenamiento y comenzaron a viajar al extranjero, presentar sus escritos y a dar conferencias y eventualmente, participaron en cursos de entrenamiento organizados en otros países (Campbell, Draper & Crutchley, 1991).

La separación se produjo paulatinamente durante algún tiempo. A fines de 1980 suspendieron toda investigación en común. El uso del centro fue compartido, utilizándolo la mitad de la semana cada una de las partes del equipo (Selvini, 1990).

En Italia y en el mundo entero se seguía hablando del grupo de Milán como de una realidad actual, cuando en realidad se trataba de una experiencia concluida. El equívoco quedó aclarado cuando se anunció pública y formalmente la disolución, en septiembre de 1982, fecha en la que Selvini-Palazzoli y Prata se trasladaron a la nueva sede, en Viale Vittorio Veneto, se asociaron con nuevos colaboradores y fundaron un nuevo centro de investigaciones con la denominación de Nuevo Centro para el Estudio de la Familia (Selvini, 1990).

Sergio Pirotta ha hecho una comparación interesante del trabajo de Boscolo y Cecchin con el de Selvini-Palazzoli, observando las sesiones de terapia con familias conducidas en los centros (Campbell, Draper & Crutchley, 1991). El concluye: "Boscolo y Cecchin se concentran en enseñar una epistemología... que es diferente a que a los estudiantes se les enseñe un método clínico. Sus actividades terapéuticas pueden ser vistas como intentos de introducir nuevas ideas, nuevos patrones de pensamiento en los miembros de la familia. Por otro lado, en el Nuevo Centro de Selvini-Palazzoli y sus colegas, el foco de la investigación es encontrar similitudes en los juegos que las familias "locas" juegan y en consecuencia un clínico puede interrumpir estos juegos y forzar a la familia a ser diferente".

Diseminación y clarificación del Enfoque (1979-presente)

En el periodo que siguió a la división del equipo, Selvini-Palazzoli y Prata continuaron su investigación, y aunque dieron clases al interior de Europa, no viajaron como lo hicieron Cecchin y Boscolo, quienes crearon libros de interés en varios centros alrededor del mundo (Campbell, Draper & Crutchley, 1991).

Son tres áreas en las que la interacción con otros autores ayudó a clarificar algunos de los conceptos básicos del enfoque milanés desarrollado por Boscolo y Cecchin (Campbell, Draper & Crutchley, 1991):

- 1) Mucho del trabajo de Keeney parece haber dado expresión verbal a aspectos del enfoque de Milán que no habían sido fuertemente articulados. La noción de epistemología ecosistémica sugiere que un terapeuta debe reconocer la conexión de relaciones recursivas que existen entre la percepción, pensamiento y comportamiento. El siguiente paso lógico es incluir al observador como parte del sistema que es observado. El terapeuta debe explicar el efecto que la familia tiene en el punto de vista de él hacia la familia.
- 2) El trabajo del equipo original de Milán sugería la idea de que la enfermedad mental era el resultado de la confusión entre diferentes niveles de significado. La buena conducta en un contexto puede ser mala en otro. El enfoque de Milán intenta cambiar la visión del mundo, las premisas. Se puede operar el nivel más alto de premisas cambiando conductas en un nivel más bajo, teniendo en mente las premisas de nivel mayor.
- 3) El concepto de retroalimentación evolutiva ayudó a Boscolo y Cecchin a cambiar de un modelo de homeostasis en el cual el cambio es un proceso de intervención en un patrón homeostático redundante o patológico, hacia la visión de familia como un sistema caracterizado por la falta de equilibrio. La retroalimentación evolutiva se refiere al proceso natural de retroalimentación entre los componentes de un sistema envolvente, y es a través de este proceso que el evento aleatorio puede crear una inestabilidad.

Forma de trabajo

Principios generales de la terapia.

Rol del terapeuta

Se requiere antes que nada la capacidad de adoptar una posición que permita escuchar a los clientes, la actitud de escucha es activa y empática. Un requisito importante del terapeuta es la curiosidad en relación a los clientes, de su historia y de la evolución del proceso terapéutico (Boscolo y Bertrando, 2006).

La capacidad por parte del terapeuta de mostrarse positivamente es otro importante recurso del terapeuta, que facilita o hace más atractivo su trabajo y la aceptación de los clientes, los cuales pueden, a través de ello, ser positivamente influenciados. El terapeuta sistémico se interesa en el diálogo interno del cliente y también en su diálogo externo; estará atento entonces al sentido que las ideas, palabras y emociones del cliente en relación a si mismo y sus sistemas de pertenencia y al sistema terapéutico (Boscolo y Bertrando, 2006).

El terapeuta debe estar consciente de que su lectura propuesta al interior de un contexto terapéutico no es objetiva, sino que está influenciada por sus premisas, experiencias y teorías, la conciencia de esto le permite mantener cierta distancia y autonomía de sus propias lecturas, tanto como para poder experimentar la creatividad (Boscolo y Bertrando, 2006).

Objetivos

Los objetivos de la terapia reflejan evidentemente la teoría, experiencia y prejuicios del terapeuta. Al momento de definirlos se debe ante todo tener en cuenta los objetivos de los clientes (Boscolo y Bertrando, 2006).

Es compartido por todos el hecho de que el objetivo prioritario de cualquier cliente, es la eliminación de su estado malestar, de su sufrimiento. Es evidente que, a medida que la relación terapéutica evoluciona, pueden evolucionar también los objetivos, como en los casos en los cuales una vez que han desaparecido los síntomas, un miembro de la

familia siente, de todos modos, la exigencia de continuar la terapia. Las vicisitudes de los objetivos de los clientes se deben relacionar con aquellos del terapeuta. En los casos en los cuales el terapeuta, en base a sus teorías o prejuicios, considera en cambio que la resolución del problema presentado no es el problema principal, sino el inicio de otra cosa que debe ser explorada (y modificada), sus objetivos cambian. Estos terapeutas buscarán crear con los clientes un contexto terapéutico de exploración común y búsqueda en la cual la globalidad de la persona ocupará la posición central (Boscolo y Bertrando, 2006).

En el modo de trabajo de la Escuela de Milán, el objetivo general es crear un contexto relacional de deuterio-aprendizaje, es decir, de aprender a aprender, en el cual los clientes puedan encontrar sus propias soluciones, sus posibles salidas de la dificultad y el sufrimiento. Con este fin se explora el contexto en el cual viven y en el cual se manifiestan los problemas. Este trabajo de exploración permite llegar junto con los clientes, a una definición compartida de los objetivos iniciales, que podrán ser después eventualmente modificados según aquello que surgirá en el transcurso de la terapia (Boscolo y Bertrando, 2006).

Técnicas y procedimientos

La convocatoria

En sus orígenes, el modelo de Milán suponía que a la terapia fueran siempre convocados todos los miembros de la familia nuclear. La evolución del modelo terapéutico ha llevado a aceptar aquello que el sistema familiar “escoge” traer a la terapia. Se ha pasado así al principio de que venga aquél que desee venir. Se tiene la convicción de que la convocatoria de subsistemas familiares definidos al interior de la terapia es un instrumento esencial para el proceso terapéutico (Boscolo y Bertrando, 2006).

Asimismo en el transcurso de las terapias definidas como familiares, el convocar a un subsistema puede tener efectos de importancia. Respecto a esto se puede distinguir:

Convocatoria "horizontal". Por ejemplo ambos padres o el grupo de hermanos de la familia. Permite definir y reevaluar los límites generacionales y la eventual diferenciación (Boscolo y Bertrando, 2006).

Convocatoria "vertical". Por ejemplo convocar a madre e hija o padre e hijo (Boscolo y Bertrando, 2006).

Convocatoria individual. Resulta la máxima utilidad cuando el terapeuta desea crear una alianza particular con un miembro de la familia, que tiene dificultad en crear un verdadero lazo en presencia del resto de la familia (Boscolo y Bertrando, 2006).

Los principios base: hipótesis, circularidad y neutralidad

Los conceptos de hipotetización, circularidad y neutralidad han asumido una posición central en la conducción de la sesión. De éstos el principio de neutralidad ha tenido una evolución como consecuencia de la aparición del constructivismo y la cibernética de segundo orden (Boscolo y Bertrando, 2006).

La **hipótesis** tiene la función de conectar los datos provenientes del escuchar y del observar: *"La hipótesis, en sí misma, no es ni verdadera, ni falsa, si no más o menos útil"* (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980). Es importante que la hipótesis no sea reificada (Boscolo y Bertrando, 2006).

La hipótesis permite al terapeuta conectar las informaciones, los significados, las acciones que surgen en el diálogo, según las coordenadas del tiempo y el espacio, con otros puntos de referencia eventuales (Boscolo y Bertrando, 2006). Las hipótesis surgen de la interacción recursiva entre terapeuta y cliente. En este sentido, ser verdaderamente batesonianos comporta la atribución de las hipótesis ni al terapeuta ni al cliente, sino a ambos. En los años 70's la hipótesis había sido puesta en la mente el terapeuta, mientras que actualmente se coloca sin duda alguna en el contexto de la interacción (Boscolo y Bertrando, 1996).

Una hipótesis es calificada como sistémica si considera a todos los componentes del sistema en juego y propone una explicación de sus relaciones, que no es ni verdadera ni falsa: es un instrumento de investigación. El terapeuta evalúa la plausibilidad de las propias hipótesis en base a las retroalimentaciones verbales y no verbales del cliente. La **circularidad** es de hecho, el principio a través del cual el terapeuta confía en estas retroalimentaciones para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas hipótesis (Boscolo y Bertrando, 2006).

El tercer principio en la conducción de la sesión, es la **neutralidad**. El terapeuta asumiendo una posición de neutralidad, evita ser parcial con un cliente o con las personas con las cuales establece contacto, evita adoptar ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros y evita privilegiar un determinado curso de acción para un cliente (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980).

Con el desarrollo de las teorías sistémicas, ha sido necesario revisar la noción de neutralidad. El concepto de neutralidad, así como había sido concebido en los años 70's en un contexto de cibernética de primer orden, suponía una separación entre observador y observado. Por lo tanto sería posible para el terapeuta ponerse en un nivel "meta" respecto de sus clientes. Luego con la adopción de la cibernética de segundo orden hubo un cambio. Es imposible la separación, el sistema debe incluir observador y observado, por lo cual el terapeuta no puede ser verdaderamente neutral, ya que siendo parte y participante, no puede ser "neutral" respecto a sí mismo, a sus propios prejuicios, a sus propias ideas (Boscolo y Bertrando, 2006).

Cecchin en su revisión del concepto de neutralidad, propone el concepto de "**curiosidad**". La curiosidad lleva a experimentar e inventar puntos de vista y movimientos estratégicos, y éstos a su vez generan curiosidad (Boscolo y Bertrando, 2006).

Preguntas circulares, orientadas al futuro e hipotéticas

Para el terapeuta sistémico de Milán, la técnica esencial está constituida por las **preguntas**. El terapeuta hace preguntas en vez de dar respuestas. La pregunta, a

diferencia de la afirmación o de la interpretación, entrega al otro la tarea de atribuir los significados de cuánto ha sido dicho, reduciendo por naturaleza el tono autoritario o paternalista que está frecuentemente presente en la conversación terapéutica. Entre las preguntas, sonde particular importancia y significado son las **preguntas circulares** (Boscolo y Bertrando, 2006).

El concepto de preguntas circulares ha sido frecuentemente con el concepto de circularidad. Las preguntas circulares fueron definidas originariamente considerando que, en el contexto de terapia familiar, el terapeuta hacía preguntas por turno a cada uno de los miembros de la familia respecto al comportamiento de dos o más familiares. El terapeuta buscaba construir un mapa de la familia como red de relaciones interconectadas. Estas preguntas habían sido creadas para obtener informaciones más que datos. Bateson, de hecho, afirmaba que una información es “una diferencia que hace la diferencia”, es decir, una relación y esto lo distingue de un dato (Boscolo y Bertrando, 2006).

La información que obtiene el terapeuta con las preguntas circulares es recursiva: ya sea para los clientes o para el mismo terapeuta, quienes a través de estas preguntas, escuchan y cambian constantemente su propia comprensión sobre la base de la información que ofrece el otro. Las preguntas circulares traen consigo noticias de diferencias, nuevas conexiones entre las ideas, significados y comportamientos. Estas nuevas conexiones pueden contribuir a cambiar la epistemología, en otras palabras, las premisas personales, los asuntos inconscientes de los miembros de la familia (Boscolo y Bertrando, 2006).

Recientemente otros tipos de preguntas se han revelado como particularmente interesantes para producir cambios en el sistema de premisas de los clientes. Estas son las **preguntas orientadas al futuro** y las **preguntas hipotéticas** (Boscolo y Bertrando, 2006).

Las preguntas orientadas al futuro tienen una doble función, indagar la capacidad de los clientes en el proyectarse al futuro sin restricciones y al mismo tiempo los estimulan a ver la posibilidad de reinventar este futuro (Boscolo y Bertrando, 2006).

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

hipotéticas orientadas al futuro introducen una restricción en las posibilidades futuras. Es decir, ponen interlocutores de frente a un mundo posible supeditado a vínculos explícitos por parte del equipo terapéutico (Boscolo y Bertrando, 2006).

Rituales

Un objetivo del ritual sería evidenciar el conflicto entre las reglas verbales de la familia y las reglas analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento, en vez de una reformulación hablada con un posible *insight*. El valor de ritualizar el comportamiento prescrito es el crear para la familia un nuevo contexto, de orden superior a aquello de la simple prescripción verbal del terapeuta (Boscolo y Bertrando, 2006).

Las características del ritual terapéutico pueden ser sintetizadas de la siguiente manera (Boscolo y Bertrando, 2006):

1. Pone a la familia en la condición de tener que comportarse en forma distinta a la manera que los ha llevado al sufrimiento y a los síntomas.
2. Pone a todos los miembros de la familia al mismo nivel en el acto de realizar el ritual. Esto crea una experiencia colectiva que puede dar nuevas perspectivas compartidas.
3. Favorece la armonización de los tiempos individuales y colectivos, a veces incluso introduciendo secuencias de comportamiento que habían sido canceladas.
4. No transporta literalmente contenidos; el objetivo en el formular un ritual está en el actuar sobre los procesos: cuenta más la forma que el contenido del ritual. Por eso el ritual debe ser crítico de tal modo que la familia pueda atribuirle sus significados.
5. Es notoriamente distinto de la vida cotidiana de los clientes.

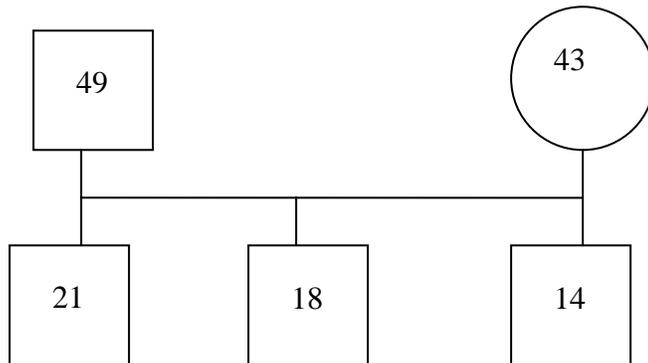
Connotación positiva

La intervención más eficaz del grupo de Milán fue la *connotación positiva*. Se le suele considerar similar a la estrategia del reencuadre positivo pero, en realidad, se acerca mucho más a una reestructuración de la conciencia del terapeuta. La connotación positiva se elaboró a partir de una técnica aplicada por los terapeutas de Palo Alto: prescribir el síntoma. Sin embargo el grupo de Milán advirtió que, al apoyar el síntoma, connotaban negativamente las opiniones en contrario de otros miembros de la familia y que la división implícita de la familia en elementos “buenos” y “malos” que surgía, no sólo perpetuaba la mitología sintomática sino que impedía contemplar a la familia como una unidad sistémica. Por consiguiente, el grupo decidió connotar positivamente tanto la conducta del paciente designado como el comportamiento sintomático de los demás miembros de su familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

La connotación positiva no va dirigida a una o varias personas en particular sino, más bien, a las tendencias de automantenimiento del sistema global. Los terapeutas sistémicos no prescriben el síntoma en el vacío ni con una justificación persuasiva, sino que lo relacionan con su contexto social, al servicio de la <<homeostasis>> familiar o de algún aspecto de ella. Al proceder así, respetan la necesidad que tiene la familia de proteger su equilibrio y, en consecuencia, reducen el riesgo de incrementar su resistencia al cambio (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Aplicación Clínica

FICHA DE IDENTIFICACION



OBSERVACIONES

El paciente fue remitido por la escuela a través de la orientadora, por falta de aseo personal y por materias que no habían sido acreditadas.

Mientras que su madre menciona que el problema es que su hijo es flojo, ya que duerme mucho, desde que llega a la escuela hasta el siguiente día, lo que provoca que no realice sus tareas; por su parte su padre, aunque no está enterado de la situación, no se ocupa ya que viaja mucho a causa de su trabajo.

El hermano mayor, de 21 años presentará el examen del CENEVAL para la acreditación del bachillerato. El segundo hermano, actualmente se encuentra en E. U. con una tía.

El paciente referido es integrante de una banda en la cual toca la batería, en esta actividad es muy cumplido.

FASES DE LA SESION

1. Presesión

Hipotetización

- El paciente referido tiene que salir mal en la escuela para que sus padres le pongan atención.
- El paciente referido tiene que ser como sus hermanos para que su familia lo acepte.
- Necesita llamar la atención de los padres reprobando materias para que sus padres dejen de pelear.
- El grupo de Rock acapara su atención por eso reprueba materias.
- La madre en su intento por arreglar la vida de todos, contribuye a que los hijos no sean independientes, mientras que el padre prefiere seguir viajando para evadir la situación.

2. Sesión

Premisas:

- La familia es vista como un sistema homeostático:
- El problema o síntoma cumple una función.
- La lógica de las intervenciones consiste en identificar el juego familiar
- Liberar a la familia de la rigidez de su sistema relacional

Estas premisas se observan en la familia, ya que se están organizando respecto al síntoma (bajo nivel académico de los tres hijos), siguiendo ciertas pautas de comportamiento con la finalidad de mantener un equilibrio. Por lo que se debe romper el juego familiar (cada miembro de esta familia se ocupa de sus actividades, mostrando un mínimo interés por los demás), haciendo surgir nuevos patrones que sean funcionales y flexibles, siendo neutrales y conociendo la versión de cada uno de los integrantes de la familia.

Interrogatorio Circular:

Se realizaron diferentes preguntas para explorar los marcos políticos:

Reflexivas

- ¿Para qué te serviría ser diferente a tus papás?

- ¿Qué pasaría si tuvieras que cambiar tu día de ensayo?

Estratégicas

- Si yo quisiera ser como tú, ¿Qué tendría que hacer?
- ¿no sería un requisito para ser músico terminar la escuela?

Lineales

- ¿Quién está pendiente de que el paciente referido haga su trabajo?
- ¿Cómo se explican la conducta de cada uno de sus hijos con respecto a este problema de la escuela?

Circulares

- ¿Qué crees que pasaría si les dijeras a tus papás que ya no quieres estudiar y dedicarte a la música?
- ¿Ustedes qué opinarían si su hijo les dijera que quiere estudiar música?

3. Discusión de la sesión

Se discutió principalmente acerca de la opinión de los miembros de la familia sobre el problema, donde la madre dice confiar en que su hijo hará sus cosas y por eso lo deja solo. Sin embargo, él ha reprobado materias desde primero de secundaria. Mientras el padre piensa no poder brindarle mucha atención debido al trabajo, la orientadora concuerda en que el problema es mantenido por falta de supervisión de ambos.

Pero principalmente se comentó lo que el paciente referido opina, pues él dice que su personalidad es así, no hacer tareas y descuidar su aseo personal, actitud que le agrada debido a que de esa forma se parece más a algunos miembros de las bandas de Rock que él admira, además de hacerlo diferente al comportamiento de sus padres.

Por lo que se acordó que las terapeutas retomaran esta intención del paciente referido de ser diferente a sus padres y tener la imagen de un músico; pero de manera más positiva llegando así a preguntar sobre lo que espera conseguir en el futuro.

4. Conclusión de la sesión.

Las terapeutas regresaron a concluir la sesión utilizando la connotación positiva.

Terapeuta: Digamos que lo que has venido haciendo hasta ahora, es que de repente te gusta flojear un poco y reprobado materias, pero, cuando tú decides te recuperas y las pasas. Con esto has logrado algo, por ejemplo, lo del bajo; entonces, este método te ha sido útil. Sin embargo, pensamos en tu futuro como músico o como lo que tu quieras ser, pues hasta ahora va bien, pero, cuando quieras ser un profesional va a ser muy difícil que puedas recuperar materias y pasarlas, flojear un poco y recuperarte, por que ya no será lo mismo, y si pensamos en tu futuro, la verdad no te auguramos un buen futuro con ese método.

Los artistas por lo regular son personas que tienen disciplina, que tienen iniciativa, hacen sus cosas por si solos sin que alguien más este atrás de ellos diciéndoles lo que tienen que hacer. Entonces lo ideal sería cambiar un poco el método que has venido empleando

Nos comentaba hace un rato la orientadora que eres un hombre de palabra ¿no?,
Paciente- Si

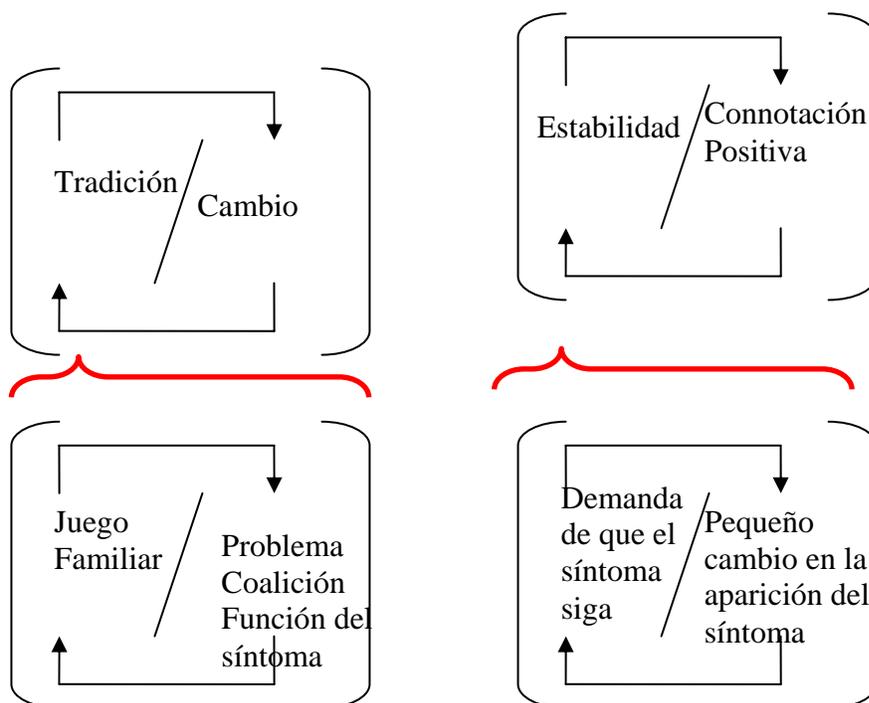
Terapeuta.- Ya que nos dijiste que eres un hombre de palabra y diferente a los demás. Es algo muy respetable que seas un hombre de palabra, entonces tienes una oportunidad ahora para demostrarlo, para ti mismo, como para tus papás ¡Tendrás que ser constante en tus objetivos!.

6. Acta de la sesión

Los cambios que esperamos que ocurran en la familia son que la madre este más pendiente de las actividades escolares de su hijo. De esta forma sentirá más apoyo de su madre, por lo tanto comenzará hacer las tareas, tener más cuidado en su aspecto personal, realizar labores domésticas y que su padre comience a involucrarse más en la relación familiar.

Mapa epistemológico de la Escuela de Milán

La complementareidad cibernética en un primer nivel se componen por Juego familiar / Problema, o coalición o Función del síntoma; que a su vez se regula por un segundo nivel compuesto por: Tradición/ Cambio. La complementareidad cibernética de la estructura de la intervención, en este caso de la connotación positiva se compone por: Demanda de que el síntoma siga/ Pequeño cambio en la aparición del síntoma; que a su vez es regulada por: Estabilidad/ Connotación positiva.



Conclusión

La historia de la Escuela de Milán resulta particularmente interesante por el hecho de la formación original de sus creadores en psicoanálisis. Nos habla de un cambio de epistemología radical, el cual resulta más difícil cuando se es ya especialista en un

enfoque, como en el caso de los integrantes del equipo original, a diferencia de cuando se es novato.

Esa misma historia habla también de la diferencia entre tener una epistemología y seguir un método de intervención. El tener una epistemología seguramente guiará a una práctica acorde a la primera, el seguimiento de una técnica no implica necesariamente que se posea dicha epistemología. Y esta gran diferencia es la que impidió al grupo original continuar como uno.

En sus principios base, hipótesis, circularidad y neutralidad (o más recientemente curiosidad) podemos observar la importancia de la retroalimentación en un sistema cibernético como lo es paciente-terapeuta, cada uno de ellos trabaja con la importancia de la interacción entre ambos.

Es en su intervención principal, la connotación positiva, donde se observa un concepto central dentro del enfoque Sistémico, ya que logra quitar la etiqueta de “enfermo”, “malo”, “loco”, a los clientes, hecho que incluso se trabaja de forma distinta en otras escuelas sistémicas, al trabajar con un “problema” al que se desea cambiar.

Es así como la escuela de Milán resulta una herramienta útil en el tratamiento especialmente familiar, brindando la posibilidad de trabajar en forma más abarcadora tanto a nivel de pacientes, como a nivel de terapeutas, ya que el hecho de trabajar con coterapeutas y con un equipo de observación también influye en la eficacia terapéutica.

CONCLUSION

Una vez terminado el Diplomado en Terapia Sistémica se logró tener una aproximación más que introductoria a los Modelos Clásicos de Terapia Familiar Sistémica, así como la comprensión de sus principales conceptos centrales y la adquisición de habilidades terapéuticas, logrando cumplir con los objetivos establecidos, tanto los generales como los personales.

Esto se logró por medio de:

- ⇒ La descripción histórica del proceso de la Epistemología Cibernética, en la cual se resaltó la influencia de las conferencias Macy, el laboratorio de von Foerster, y el proyecto Bateson en su desarrollo; y la descripción de las herramientas centrales y su aplicación al cambio terapéutico.
- ⇒ La descripción del surgimiento del Instituto de Investigación Mental de Palo Alto California, la forma de trabajo desarrollada por sus representantes, y las principales técnicas y procedimientos utilizados por ellos; la ejecución clínica, en la cual se mostraron los procedimientos aplicados, resaltando la importancia de obtener el patrón de un problema para este modelo, para poder realizar una intervención de 180° grados en relación a las soluciones ya intentadas por el paciente; y la descripción del mapa epistemológico, en el cual se identificaron las complementareidades cibernéticas que representan el cambio producido por intervenciones estilos MRI.
- ⇒ La aplicación de una ordalía como intervención terapéutica, con un paciente real y de forma personal. Esto último permitió hacernos observadores de nuestra propia observación, ubicándonos en la cibernética de segundo orden. También se realizó la descripción de otros procedimientos utilizados por esta escuela, sus antecedentes, su forma de trabajo y el mapa epistemológico que lo representa.
- ⇒ La diferenciación que entre las mismas escuelas sistémicas existen, evidenciando que la más grande es el interés por las pautas de solución más que

por las del problema, sin embargo, comparten la misma epistemología, lo que se comprobó con el mapa epistemológico descrito.

- ⇒ Evidenciar la diferencia de trabajar con una técnica VS trabajar con una perspectiva, esto se obtuvo con la participación como terapeuta en un caso real, lo que permitió *ponerse en los zapatos del cliente*.
- ⇒ El reconocimiento de la historia de la Escuela de Milán, la cual relata un cambio de epistemología radical, ocurrido en los integrantes del equipo original, así como también de la diferencia entre tener una epistemología y seguir un método de intervención. La clarificación de sus principios base: hipótesis, circularidad y neutralidad (o más recientemente curiosidad) en los cuales se resalta la importancia de la retroalimentación en un sistema cibernético como lo es paciente-terapeuta, cada uno de ellos trabaja con la importancia de la interacción entre ambos.

A través de este proceso se llegó a la siguiente tabla, en la cual se enlistan los principales exponentes, la forma en que explican la formación de problemas, y la solución, las principales técnicas y procedimientos, así como los aciertos y las críticas de cada escuela.

	MRI	ESCUELA ESTRATEGICA DE HALEY	ESCUELAS DE SOLUCIONES	MILAN
Principales exponentes	Don D. Jackson, Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick, John Weakland.	Jay Haley y Cloe Madanes	Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y William O'Hanlon.	Mara Selvini-Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Giuliana Prata y Luigi Boscolo
¿Cómo se explica la formación de problemas?	Son el resultado de un manejo erróneo de los sucesos cotidianos, que luego persiste debido a los propios empeños de la gente por resolver la situación.	Los problemas están determinados por la incongruencia jerárquica en el seno de una familia y por las consecuentes alianzas y juegos de poder.	No existe explicación ya que no es relevante.	Los problemas de la familia son el resultado inevitable de creencias familiares no convenientes.
¿Cómo se explica el cambio de solución?	La terapia breve apunta a poner fin a esta pauta de conducta y sustituirla por otra nueva	Se debe gestionar del poder y la reorganización de las jerarquías dentro del sistema familiar.	El cambio se da al identificar soluciones efectivas ya intentadas por las personas (excepciones),	introducir diferencias dentro del sistema de creencias de la familia

			<p>haciéndolas más ahora de forma deliberada, y pudiendo ser de tres tipos: 1) cuando el problema no está presente, 2) cuando la persona resuelve el problema o logra influir en él y 3) cuando el problema está presente y la persona sabe como crearlo y o influir en él.</p>	
<p>Principales técnicas y procedimientos</p>	<p>Definición del problema y de las soluciones intentadas por el paciente. Intervenciones principales y específicas. Definición de objetivos. Capacidad de maniobra. Tareas específicas</p>	<p>Ordalía, directivas (indicaciones) directas, paradójicas y metafóricas, anécdotas, cuento.</p>	<p>La principal es la pregunta por el milagro. También están las preguntas de escala, tareas de fórmula, el elogio y el resumen.</p>	<p>Intervenciones: Connotación positiva, rituales, interrogatorio circular. Conceptos base: hipotetización, circularidad, neutralidad.</p>
<p>Aciertos</p>	<p>Es una terapia de corto</p>	<p>Terapia Breve en la cual</p>	<p>Es terapia breve, la cual</p>	<p>La connotación</p>

	<p>tiempo que provee al paciente de una solución observable a su problemática. Es directo, práctico y económico.</p>	<p>se utilizan los recursos del paciente, cortada a la medida de cada persona.</p>	<p>resalta los potenciales de las personas. Al no prestar atención al problema, resulta aún más corta.</p>	<p>positiva es el más claro ejemplo de despatologización dentro del Enfoque Sistémico.</p> <p>Introduce los rituales como una herramienta terapéutica.</p>
<p>Críticas</p>	<p>Algunos autores consideran a este enfoque como “frío”, “al prestar escaso interés a la riqueza de la vida emocional , su deprecio del papel que tiene la toma de conciencia, el poco caso que hace a la historia individual...en resumen, se condena la insostenible frialdad de la terapia breve”</p>	<p>La crítica más común a esta escuela es que es una terapia manipuladora, por su característica planificadora.</p>	<p>O’Hanlon señala que los terapeutas con este enfoque son demasiado positivos y que ignoran o minimizan los problemas y el sufrimiento que ocasionan. Sin embargo esto ocurre solo cuando se emplea <u>técnica</u> y no <u>perspectiva</u> de solución.</p>	<p>Sesiones terapéuticas de larga duración, y requerimiento de varios miembros de la familia para tal, lo que puede dificultar el trabajo.</p>

Después de este recorrido teórico-histórico de las Escuelas de Psicoterapia de Enfoque Sistémico se aprecia que son una herramienta importante en el ámbito terapéutico, ya que permiten ayudar a los clientes a resolver prácticamente cualquier problema que los moleste, de una forma breve, centrada en el cliente, no patologizante y principalmente efectiva. Su aplicación no se reduce solo al ámbito terapéutico e individual, si no que puede aplicarse a diversos escenarios como escuelas, empresas e instituciones a nivel grupal.

Por último, también ofrece una epistemología personal. A través del estudio teórico de la Epistemología Cibernética y de cada una de las Escuelas, y también gracias a su aplicación con pacientes reales, es que este diplomado me ha permitido tener una visión ecológica como terapeuta, y sobre todo, como persona.

REFERENCIAS

- Bateson, G. (1979) *Mind and nature: a necessary unity*. Nueva York: E. P. Dutton.
- Berg, I. (s. f.) What is Solution-Focused Brief Therapy? *Solution Focused Brief Therapy Association* Extraído el día 24 de abril de 2008 desde: <http://www.sfbta.org/aboutsfbt.html>.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo: Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006). La Terapia Sistémica de Milán. En A. Roizblatt, (Ed.). *Terapia familiar y de pareja*. Chile: Mediterráneo.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987) *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Cambell, D., Draper, R. & Crutchley, E. (1991). The Milan Systemic Approach to Family Therapy. En A. Gurman y D. Kniskern. (Eds.). *Handbook of Family Therapy. Volume II*. New York: Brunner/Mazel.
- Cazabat, E. (s. f.) *Terapia Breve Estratégica o El Modelo de Palo Alto*. Extraído el 30 de abril de 2007 desde: <http://www.geocities.com/cazabat/palto>.
- Ceberio, M. y Wainstein, M. (2005). *La nueva comunicación, Conversaciones en Palo Alto con Steve de Shazer*. Extraído el 1 de octubre de 2007 desde: <http://www.redsistemica.com.ar/steve.htm>.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve, un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (2000). *Radical Acceptance*. Brief Family Therapy Center. [On line]. Disponible: <http://www.brief-therapy.org>. Traducción de Pedro Vargas Avalos, Academia de terapia sistémica, FES Zaragoza, UNAM. Fecha de acceso: 3 de octubre de 2007
- Escuela Sistémica Argentina, (2004). *Cibernética y teoría general de los sistemas*. Extraído el 30 de abril de abril de 2007 desde: <http://www.escuelasistemica.com.ar/historia/teoria.htm>

- Fisch, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1998). *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.
- Jutoran, S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-ciberneticas. *Sistemas familiares*. 10 (1). Extraído el 16 de febrero de 2008 desde: <http://www.click.vi.it/sistemiculture/Jutoran.html>
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. España: Paidós.
- Keeney, B. y Ross, M. (1985). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Kim Berg, I. & Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- La terapia estratégica (2007). Recuperado: 16 de julio de 2007 desde: <http://www.tandempsicoterapia.com/a%20terapia%20estrategica.htm>
- Linares, J., y Ceberio M. (2007). *Terapia Sistémica: Sus Orígenes, Su Presente y Su Futuro. Entrevista a Jay Haley*. Recuperado: 16 de julio de 2007 desde: <http://www.redsistemica.com.ar/haley.htm>
- Luhmann, N. y Torres N, (1996). *Introducción a la teoría de sistemas*. México: Universidad Iberoamericana.
- O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. México: Paidós.
- O'Hanlon, P. & Bertolino, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. México: Paidós.
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones*. 2ª Ed. Buenos Aires: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-Neutrality: *Three guidelines for the conductor of the session*. *Fam Process*; 19, 73-85.
- Varela, F. (1976). Not one, not two. *CoEvolution Quarterly*. 11, 62-67.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En L. Eguiluz. (Ed.), *Terapia Familiar*. México: Pax México.

- von Foerster, H. (1971). Computing in the semantic domain. *Annals of the New York, Academy of sciences*. 184, 239-241.
- Wiener, N. (1954). *The human use of humans beings: Cybernetics and society*. Nueva York: Avon.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.