



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

EL USO DE LA TERAPIA SISTÉMICA A PARTIR
DE SUS PRINCIPALES MODELOS

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A**

MARIBEL GÓMEZ MONROY

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: MTRO. SERGIO CARLOS MANDUJANO
VÁZQUEZ

LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ

MTRA. LIDIA BELTRÁN RUÍZ

LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN

LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ



MÉXICO D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mis padres: Francisco Javier Gómez y María Monroy, sabiendo que no existirá forma alguna de agradecer todo el apoyo brindado. Este objetivo logrado también es de ustedes, porque gracias a su gran apoyo he llegado a realizar una de mis más grandes metas, la cual constituye la herencia más valiosa que pudiera recibir. Por lo que ha sido y será: GRACIAS.

A mis maestros: Pedro Vargas Ávalos, Vicente Cruz Silva, Lidia Beltrán Ruiz, Sergio Carlos Mandujano Vázquez y Mario Alberto Patiño Ramírez. Porque han hecho valiosas contribuciones hacia mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente quiero agradecer a los maestros que integran el Diplomado de Terapia Sistémica: Lic. Pedro Vargas Ávalos, Lic. Vicente Cruz Silva, Mtra. Lidia Beltrán Ruiz, Mtro. Sergio Carlos Mandujano Vázquez y Lic. Mario Alberto Patiño Ramírez. Gracias por compartirnos sus conocimientos.

A Vicente Cruz Silva: maestro, asesor, cómplice y gran amigo. Gracias por guiarme durante la realización de este trabajo.

Y finalmente mi más especial agradecimiento para esa persona más que extraordinaria. Para ti, Pedro Vargas Ávalos por haberme cambiado la vida.

ÍNDICE

Resumen

Introducción

CAPITULO 1. Epistemología cibernética

1.1 Antecedentes de la Epistemología Cibernética	3
1.2 Conceptos y herramientas dentro de la epistemología cibernética	8
1.3 La cibernética en el proceso terapéutico	13

CAPITULO 2 Mental Research Institute

2.1 Principales exponentes	18
2.2 Técnicas y procedimientos	19
2.3 Estructura para el trabajo terapéutico	21
2.4 Análisis cibernético del modelo del MRI	24
2.5 Caso clínico	25

CAPITULO 3. Escuela Estratégica De Jay Haley

3.1 Principales exponentes	29
3.2 Etapas de la primera entrevista	29
3.3 Técnicas y procedimientos	34
3.4 Análisis cibernético del modelo del MRI	38
3.4 Caso clínico	41

CAPITULO 4. Escuela De Milán

4.1 Principales exponentes	45
4.2 Técnicas y Procedimientos	48
4.3 Modalidad de tratamiento	53
4.4 Análisis cibernético del modelo de Milán	55
4.5 Caso Clínico	56

CAPITULO 5. Escuela De Soluciones

5.1 Principales exponentes	60
5.2 Premisas de la Escuela Centrada en Soluciones	63

5.3 Proceso Terapéutico	66
5.4 Intervenciones y Estrategias	67
5.5 Análisis cibernético del modelo de soluciones	70
5.5 Caso Clínico	71

CAPITULO 6. Análisis y conclusiones

6.1 Una visión epistemológica	75
6.2 Experiencia de aprendizaje y experiencia personal en cada uno de los modelos	76

Bibliografía

El uso de la Terapia Sistémica a Partir de sus Principales Modelos

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo presentar los distintos modelos sistémicos impartidos en el Diplomado de Terapia Sistémica, entre ellos: el Mental Research Institute (MRI), El modelo estratégico de Jay Haley, la escuela de Soluciones y la escuela de Milán. Dentro de cada modelo se mostrará a los principales exponentes, explicación de la formación y solución de problemas, técnicas y procedimientos, un caso clínico de cada modelo y el análisis cibernético de cada uno de los mismos. También se expondrán los antecedentes de la epistemología cibernética, sus principales conceptos y herramientas y finalmente el vínculo de la cibernética en el proceso terapéutico. Y para finalizar se presentará un análisis desde la perspectiva epistemológica y las conclusiones en relación a la experiencia de aprendizaje y experiencia personal en cada uno de los modelos.

INTRODUCCIÓN

La terapia familiar surge en torno a los años 1952 a 1962, impulsada por circunstancias clínicas y de investigación. Los factores clínicos que desencadenan su “nacimiento” concurren cuando diversos terapeutas, de forma independiente, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia. A partir de este momento tratan de explicar cómo influyen tales relaciones en la patología del paciente. Una vez establecidas estas variables relacionales, que en un principio abarcan sólo a algunos miembros de la familia y más tarde a toda ella, sus tratamientos se orientarán a cambiar dichas variables.

Por otra parte, en 1952 se inicia el Proyecto de investigación sobre la comunicación de Gregory Bateson, quien se interesa por los procesos de clasificación de mensajes por la forma en que pueden dar lugar a paradojas. La paradoja se produce cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros mensajes de manera conflictiva, como por ejemplo “sé espontáneo”, “no seas tan obediente” o “quiero que me domines”, de forma que si el receptor obedece el requerimiento del emisor en realidad lo está incumpliendo. En 1954 Bateson (citado en Ochoa) se asocia a Don Jackson, comenzando a estudiar la comunicación de los psicóticos, y desarrolla la teoría del doble vínculo que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. La expresión “doble vínculo” alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico.

Posteriormente, Jay Haley y John Weakland pasan a formar parte del proyecto de Bateson, que se divide en un enfoque experimental y un proyecto de terapia familiar hasta su finalización en 1962. El trabajo experimental se orienta a estudiar en detalle las situaciones de doble vínculo, buscando las diferencias entre las comunicaciones disfuncionales de las familias sintomáticas y no sintomáticas.

Después de dar una breve información de la manera en que se ha ido desarrollando la terapia familiar sistémica, es conveniente hacer hincapié en las diferentes escuelas en las que se ha ido desarrollando la terapia sistémica. Es por esto que el propósito de este trabajo es presentar esas diferentes escuelas, mismas que se han impartido en el Diplomado de Terapia Sistémica, entre las que están el Mental Research Institute (MRI), la escuela estratégica de Jay Haley, la escuela de Milán y la escuela de soluciones. Se mostrará la manera en que cada una de las escuelas construye su singular perspectiva sistémica con miras a la organización del tratamiento, así como sus principales orientaciones terapéuticas.

En el primer capítulo se da un bosquejo sobre lo que es la epistemología y la cibernética, así como los papeles que desempeñan cada una dentro del proceso terapéutico. Dando una descripción de cómo la cibernética estudia de qué manera los procesos de cambio determinan diversos órdenes de estabilidad o de control (Keeney, 1994).

En los capítulos 2, 3, 4 y 5 se presentan cada una de las escuelas que se mencionaron anteriormente, exponiendo sus principales representantes, ubicación geográfica, cómo se explica la formación de problemas, cómo se explica el cambio o la solución, cuáles son sus principales técnicas y procedimientos dentro del contexto terapéutico y finalmente se expondrá de manera breve algunos fragmentos de los casos clínicos que se atendieron durante el diplomado. Y para finalizar cada capítulo se mostrarán los distingos que se trazan en cada una de las escuelas para la construcción y organización de la terapia.

Y finalmente el capítulo 6 abarca lo que es el análisis y las conclusiones. En el análisis se muestra una visión epistemológica, tomando en cuenta lo visto en el módulo de epistemología cibernética. Las conclusiones van enfocadas a la experiencia de aprendizaje y a la experiencia personal de cada uno de los módulos del diplomado.

CAPITULO 1 EPISTEMOLOGIA CIBERNETICA

1.1 Antecedentes de la Epistemología Cibernética

En mayo de 1942, en Nueva York, tuvo lugar la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy Jr., fundación norteamericana que ha concebido subvenciones, de 1930 a 1960 aproximadamente, para la organización de conferencias, coloquios o simposios en el campo de las ciencias humanas. Los organizadores convocaban a expertos en diversas disciplinas, por lo que al regresar de Balí, Bateson y Mead son invitados a un encuentro interdisciplinario. El nombre de aquella primera conferencia fue el de “Inhibición cerebral”; el tema que flotaba en el aire durante 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. Dicho trabajo explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y, más aún, 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. Para poner esto en contexto, para los años cuarenta, tener una explicación que permitiese explicar la dinámica de interacción de un conjunto de elementos agrupados bajo algún tipo de condición diferente del azar, resultaba muy interesante. Se sabía que los organismos se automantendían por sí mismos, pero el cómo se lograba esto resultaba ya más bien oscuro.

La presentación de Rosenblueth entusiasmó a los científicos que participaron en ella, entre otros el matemático John von Newman, el fisiólogo mexicano Rafael Lorente de No, el neuropsiquiatra Warren McCulloch, los antropólogos Gregory Bateson, Margaret Mead, Milton H. Erickson y Lawrence Kubie. Desafortunadamente, el comienzo de la Segunda Guerra Mundial imposibilitó que continuaran los trabajos. Sin embargo, esta primera reunión fue la que dio pie a la organización de una serie de conferencias que tuvieron que esperar cuatro años (Vargas, 2004).

En 1946 la Fundación Macy se encarga de nuevo de organizar una serie de encuentros que debían desembocar en el establecimiento de una *ciencia del control*: la cibernética. Frank Freemont Smith, director de la fundación, urgió a McCulloch para reanudar las conferencias y seguir explorando las ideas presentadas por Rosenblueth cuatro años atrás. Cabe señalar que uno de los principales animadores de estas conferencias fue Gregory Bateson, que también insistió a McCulloch para que organizase las conferencias, e incluso se encargó junto con Margaret Mead y Lawrence Frank, de invitar al encuentro a muchos de los participantes en las llamadas *ciencias blandas* (Vargas, 2004). El primer encuentro recibe el título de “Mecanismos teleológicos y

sistemas causales circulares”. Esta esperanza de diálogo interdisciplinario estaba unida al efecto unificador de ciertos problemas clave que preocupaban a todos los participantes: los problemas de comunicación y los mecanismos de causalidad circular (Witzezele y García, 1994).

Habrán dos reuniones en 1946, después el grupo constituye el núcleo de un simposio formal sobre los Mecanismos Teleológicos, organizado por la New York Academy of Sciences. Y en esta reunión Wiener y von Newman introdujeron la diferencia entre las claves analógicas y digitales. Se comenzó a hablar de retroalimentación negativa y positiva, de la medición de la información y de la relación de ésta con el concepto de entropía. Así como también se examinaron las teorías tipológicas de Russell, mejor conocidas como teoría de los tipos lógicos (Vargas, 2004). En 1947, la tercera conferencia, y después la cuarta y la quinta, en 1948, que trata sobre todo de consideraciones sobre la estructura del lenguaje, mantienen el mismo título (Witzezele y García, 1994).

En 1948, Wiener publica su obra *Cybernetics*: se trata de una síntesis de numerosas investigaciones en los campos más diversos, y la obra expone, principalmente, los resultados de las discusiones de las primeras conferencias Macy. Por eso, cuando se proyecta una nueva conferencia Macy en la primavera de 1949, esta palabra se impone a todos como un símbolo de sus investigaciones comunes y los participantes deciden por unanimidad adoptarla como título de esta conferencia y de las otras tres que seguirán.

En 1949, Heinz von Foerster, un joven austriaco apenas desembarcado de Europa, entra en el restringido círculo de los contertulios. Varias son sus influencias tempranas, en primer lugar su familia, muy consustanciada con la filosofía, en especial, el idealismo alemán, Kant, Schopenhauer y su incorporación de la tradición aristotélica. Expuesto a esas influencias, se acerca en la década de 1930 al Círculo de Viena, el cual intentaba llevar adelante el programa del positivismo lógico, presentar todo problema filosófico “válido” en términos lógicos, intento que llevaba a calificar como “metafísica” todo fracaso en tal intento. Estas influencias lo llevarían a un interés temprano en los procesos mentales, justamente porque, como él había dicho, le interesaba la física. De esa época proviene su entendimiento de que si a uno le interesa la naturaleza de los objetos, es importante recordar que los objetos no “están simplemente allí”, y que las leyes de la naturaleza tampoco “están simplemente allí”. Ambos aparecen, emergen y es fundamental preguntarse cómo es que aparecen. Entonces es que tomamos conciencia de que nosotros estamos envueltos en esa aparición y, por necesidad, de que nuestra atención debe ocuparse también de los procesos mentales que los generan. La física, según von Foerster, se estudia “desde adentro” de la experiencia, y la pregunta por las leyes de la naturaleza está inevitablemente ligada a la pregunta sobre la emergencia de las leyes de la naturaleza, y éste es

un problema social. Del lado de la física, esta problemática ya había sido introducida principalmente a partir de la revolución cuántica, que introdujo por la ventana el problema del observador en la tradicionalmente considerada quintaesencia de las ciencias duras, objetivas: la física (von Foerster, 1991).

El 10 de febrero de 1949 von Foerster llega a Nueva York junto con su esposa y sus tres hijos. Días después de llegar es invitado a Chicago, donde alguien se había mostrado interesado en su “teoría cuántica de la memoria”, un producto temprano del encuentro de sus intereses por la física y los procesos mentales. Esa persona era Warren McCulloch que había sido designado como organizador de la 6ª Conferencia de la Fundación Josiah Macy, que iba a comenzar en marzo de ese mismo año. Se une a las conferencias y se transforma en su compilador. Entre ese momento y 1958, se “adueña” del lenguaje cibernético para comenzar a expresar su pensamiento, por entonces dedicado a la indagación de los mecanismos de la homeostasis. A partir de 1958, Heinz von Foerster no sólo ya “es” un ciberneta, sino que comienza su período de contribución personal a la disciplina. Si, como él mismo había dicho, la epistemología fue la cosecha de la cibernética, fue él mismo quien sembró buena parte de las semillas que dieron lugar a esa cosecha. Tanto esa voltereta epistemológica como un paso previo a ella en el desarrollo de la disciplina, el interés por los fenómenos de autoorganización, estuvieron íntimamente ligados a la creación del Laboratorio de Computación Biológica, que Heinz von Foerster dirigió entre 1958 y 1976. El laboratorio llegó a ser un centro mundial de la cibernética, por donde pasaron los pensamientos más fecundos de los últimos treinta años, y donde no sólo las ideas nacían o se desarrollaban sino que se probaban en el particular modo de funcionamiento, de interacción, de los que allí trabajaban, así como en sus no tradicionales modos de experimentar en el campo de la enseñanza-aprendizaje, que evolucionaban juntamente con las nociones que iban desarrollando (von Foerster, 1991).

Así fue como la cibernética encontró un lenguaje interdisciplinario por naturaleza, que permitía tanto construir sistemas artificiales, como entender sistemas naturales biológicos. Confluencias e interacciones múltiples se dieron con otra disciplina, la teoría general de los sistemas, desarrollada por el biólogo Ludwig von Bertalanffy, que había intentado, desde la década de 1930, describir leyes generales de los sistemas, independientemente de su “encarnación” concreta en organizaciones biológicas, sociales, etcétera; una meta afín a lo que la cibernética estaba desarrollando.

De las ideas formuladas durante las conferencias Macy de marzo de 1946 hasta la última ocurrida en abril de 1953, y de los trabajos realizados en forma independiente en esos mismos años, surgieron innovaciones teórico-conceptuales que bosquejaron un nuevo marco conceptual

de referencia: la cibernética, cuyo objeto de estudio se enfocó a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas. Con la cibernética se encontró un lenguaje interdisciplinario que permitió tanto construir sistemas artificiales como entender sistemas naturales (Vargas, 2004).

Fue entonces que a Gregory Bateson y Margaret Mead les ocupó llevar esta red de nociones al campo de las ciencias sociales. De ahí llegaría a la terapia familiar a través de los contactos de Bateson con el grupo que fundaría el Mental Research Institute, después de trabajos varios en el campo de la comunicación humana y la psiquiatría. El adjetivo “sistémica”, que se ha aplicado a las terapias informadas por la red conceptual mencionada, da cuenta de esa interacción entre cibernética y teoría general de los sistemas, si bien la cibernética no tuvo primacía en esa confluencia, porque, como veremos, su desarrollo se dio con gran fertilidad en el campo de las ciencias sociales, a diferencia de la teoría de los sistemas, que quedó más limitada al mundo ingenieril de los sistemas artificiales (von Foerster, 1991).

De manera particular, la cibernética probó ser una teoría atractiva para los investigadores interesados en las relaciones entre individuos y grupos humanos. La cibernética se tornó el soporte teórico de un campo emergente, donde confluyeron la explicación interaccional y la aparición de la terapia familiar. Dentro de este desarrollo, Gregory Bateson desempeñó un papel fundamental para llevar los conceptos de la cibernética a la explicación del comportamiento.

Es en el contexto de las conferencias de Macy donde Bateson se adueña de una gran cantidad de herramientas conceptuales que le serán útiles más tarde para plantear constructos como el “doble vínculo” en su investigación sobre la comunicación en pacientes esquizofrénicos. Fue en esas conferencias cuando adoptó la perspectiva de una epistemología cibernética para su trabajo. Y fue sin duda en las conferencias de Macy donde se gestó el tipo de pensamiento que articula lo que ahora llamamos terapia sistémica (Vargas, 2004).

Bateson tomó las ideas de Wiener con gran entusiasmo, y de hecho dejó correr su imaginación con las posibles aplicaciones que podría tener en el campo de las ciencias sociales el uso de términos tales como retroalimentación, calibración y otros conceptos claves de la cibernética. Bateson incluso “nombró a Wiener... su mentor en los conceptos en el vocabulario de las computadoras, de la teoría de la comunicación y de la lógica formal” (Heims citado en Vargas, 2004).

Bateson retomará estas nociones y las aplicará a la comprensión de sistemas interaccionales y sociales. Como ejemplo de la retroalimentación, Bateson suele citar el caso de un termostato.

Un sistema de calefacción es controlado por un termostato; cuando la temperatura fluctuante excede los límites del termostato calibrado, se activa en el horno un mecanismo que lo enciende o apaga, haciendo volver la temperatura al intervalo dentro del cual debe mantenerse. Así pues, el sistema vigila su propio desempeño y es autocorrectivo. En un a familia, por ejemplo, una pelea entre dos miembros puede intensificarse, como la temperatura de la casa, hasta alcanzar un umbral máximo intolerable; este último es a veces regulado o definido, igual que el termostato, por la conducta de otro miembro que detiene la pelea. Un hermano y una hermana pueden discutir entre sí hasta que el perro de la familia empieza a ladrar; la conducta del perro distrae a los hermanos, que se le aproximan y empiezan a jugar con él (Bateson citado en Vargas 2004).

Esta es la forma en que Bateson pensó que en las interacciones humanas se corporizan los procesos de retroalimentación como eran descritos en la cibernética. Estos procesos de retroalimentación son los que darían la estabilidad a la organización descrita (sea una familia, una pareja o incluso una cultura). Esta 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 (Vargas, 2004).

Para comenzar a adentrarnos en el tema de la cibernética es importante dar un paseo por lo que a ésta se refiere. La cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías. En la cibernética cualquier cosa, o más bien, cualquier idea, es “real”. Adoptar una concepción cibernética es ingresar en un mundo de descripción radicalmente distinto de lo habitual; y para ello, el clínico precisa un bosquejo sistemático del pensamiento cibernético (Keeney, 1994).

Las críticas que Bateson (citado en Keeney, 1994) formulaba a la psicología estaban referidas a un plano fundamental, que él denominó “epistemología”. La epistemología es más básica que cualquier otra teoría particular, y se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana. Bateson (1979) da por definición de epistemología como la “rama de la ciencia combinada con una rama de la filosofía. Como ciencia, la epistemología es el estudio de la manera en que determinados organismos o agregados de organismos *conocen, piensan y deciden*. Como filosofía, es el estudio de los límites necesarios y otras características de los procesos del conocimiento, el pensamiento y la decisión” (p. 242).

En el dominio sociocultural, la epistemología equivale al estudio de la manera en que las personas o sistemas de personas conocen las cosas, y de la manera en que ellos piensan que

conocen las cosas. En términos más generales, el estudio de la epistemología nos lleva a conocer cómo construyen y mantienen las personas sus hábitos de cognición (Keeney, 1994).

La epistemología es aquella ciencia cuyo objeto es ella misma. Es el nombre de una clase de estudio y discurso científicos. Lo que hacemos en epistemología es estudiar la naturaleza del estudio mismo, el proceso de adquisición de información y su almacenamiento. La epistemología es inductiva y, como cualquier ciencia verdadera, es deductiva y sobretodo *abductiva*, pues trata de reunir fragmentos similares de fenómenos. La epistemología observa que la estructura de la cara de los mamíferos con la llamada “nariz” situada entre los dos llamados “ojos” puede compararse formalmente con la estructura de una oración cuyo llamado “sujeto” tiene cierta relación de posición con el llamado “verbo” y con el llamado “objeto”. Por supuesto que para la ciencia de la epistemología no hay *cosas* que estudiar, sólo se estudian ideas, sólo las ideas de cosas. No hay *narices* en sí, sino que sólo hay ideas de *narices* (Bateson, 1999).

1.2 Conceptos y herramientas dentro de la epistemología cibernética

Dentro de la epistemología cibernética existen una serie de conceptos que son fundamentales para la comprensión y aplicación de ésta, entre ellos están la *distinción*, la *puntuación* y *marco*. A continuación se dará una breve explicación de lo que es cada uno de ellos.

Distinción: “es el punto de partida de cualquier acción, decisión, percepción pensamiento, descripción, teoría y epistemología” (Keeney, 1994. p. 33). A partir del acto creativo primordial de establecer distinciones pueden engendrarse infinitos universos posibles. Lo importante es que el mundo puede discernirse de infinitas maneras, según las distinciones que uno establezca. El acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia. Sólo al distinguir una pauta de otra somos capaces de conocer nuestro mundo. Las distinciones establecidas entre terapeuta y cliente, intervención y síntoma, solución y problema, por ejemplo, nos permiten discernir el mundo clínico.

En términos epistemológicos, debemos descubrir las distinciones primitivas que caracterizan el modo de conocer de cualquier individuo. La tarea del epistemólogo es identificar la manera en que un determinado sistema (ya se trate de un organismo, familia, grupo de terapeutas o comunidad científica) específica y mantiene ciertas formas de demarcación.

El punto de partida de la epistemología es, entonces, el observador que establece distinciones a fin de observar; y lo que el observador observa puede ser descripto. Aquí surge una situación interesante, a saber: las descripciones mismas consisten en establecer distinciones en lo que observamos. Se inaugura así una recursión: establecemos distinciones a fin de observar, y luego

establecemos distinciones a fin de describir lo que observamos. Esta operación discursiva de establecer distinciones en las distinciones vuelve a apuntar hacia el mundo de la cibernética, donde la acción y la percepción, la descripción y la prescripción, la representación y la construcción, están entrelazadas (Keeney, 1994).

Puntuación: “el empleo de la distinción para crear la indicación” (Keeney, 1994, p. 40). Una idea básica para comprender la epistemología es que lo que cada cual percibe y conoce deriva en gran medida de las distinciones que traza. El estudio formal de los procedimientos por los cuales la gente puntúa su experiencia es un método para identificar su epistemología. Sus pautas habituales de puntuación presuponen ciertas premisas epistemológicas para establecer distinciones.

Marco: “sistemas puntuados de un sistema de interacción” (Keeney, 1994, p. 41). Watzlawick y otros (citado en Keeney, 1994) sugirieron que en la raíz de innumerables discordias en las relaciones personales está la discrepancia acerca del modo de puntuar la secuencia de sucesos. Dan el trillado ejemplo de las peleas conyugales que consisten en un intercambio de los siguientes mensajes: “me retraigo porque me fastidias” y “me fastidio porque te retraes”. El problema de la pareja deriva de la premisa epistemológica, compartida por ambos, según la cual el comportamiento de cada uno es una respuesta al estímulo previo del comportamiento del otro. La labor del terapeuta consistirá en rebajar los segmentos así puntuados de este sistema de interacción, de modo tal que pueda surgir un marco de referencia o encuadre distinto. Por ejemplo, las disputas de la pareja pueden redesignarse diciendo que ellas indican hasta qué punto cada esposo se interesa por el otro. Watzlawick y sus colaboradores han brindado mapas y técnicas fascinantes para cumplir esta tarea, que ellos llaman “reencuadre”.

También están los conceptos de *retroalimentación* y *autorreferencia*, los cuales pertenecen a la cibernética simple o de 1º orden y a la cibernética de la cibernética o de 2º orden respectivamente. Pero antes de definirlos, se dará una breve descripción de lo que se refiere a las cibernéticas de primer y segundo orden.

Según von Foerster (citado en Keeney, 1994) la cibernética simple es en la cual el observador ingresa en el sistema sólo al estipular la finalidad de éste. Los ingenieros solían referirse al estudio de las “cajas negras”. La ingeniería cibernética de las cajas negras se limitaba a examinar la relación entre lo que entra en un sistema (la entrada o insumo) y lo que sale de él (salida o producto). Dicha relación era cibernética cuando la salida actuaba de tal modo sobre la entrada que modificaba las salidas futuras. Y la cibernética. La concepción de la caja negra, que postulaba que el observador se mantiene fuera del fenómeno observado, suele dar origen a la

suposición de que aquél es capaz de manipular o controlar unilateralmente el sistema que esta observando. Así es como se da el salto a la cibernética de la cibernética, en la cual el observador ingresa en el sistema estipulando su propia finalidad. Es, pues, una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema. Pega un salto en el orden de recursión y sitúa al observador como parte integral del sistema observado (Keeney, 1994). Podemos considerar a la cibernética de los sistemas observados como una cibernética de primer orden; mientras que la cibernética de segundo orden es la cibernética de los sistemas observantes (von Foerster, 1991).

Puesto que la idea básica de la cibernética es la de “retroalimentación” a continuación se dará la definición de ésta:

Retroalimentación: “es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado” (Wiener citado en Keeney, 1994). Toda regulación, simple o compleja, así como todo aprendizaje, implican retroalimentación. El ejemplo clásico de retroalimentación es el sistema de calefacción controlado mediante un termostato: cuando la temperatura fluctuante excede los límites del termostato calibrado, se activa en el horno un mecanismo que lo enciende o apaga, volviendo otra vez la temperatura al intervalo dentro del cual debe mantenerse. Así pues, el sistema vigila su propio desempeño y es autocorrectivo. El mantenimiento de este intervalo de fluctuación constituye un proceso en el cual la retroalimentación lleva una dirección inversa a la del cambio inicial que la produjo.

La retroalimentación puede referirse al éxito o fracaso de un acto simple, o bien producirse en un nivel más alto, en el cual se retroalimenta la información correspondiente a toda una modalidad de conducta o pauta de comportamiento, permitiendo así al organismo cambiar la planificación estratégica de su acción futura (Rosenblith, citado en Keeney, 1994).

La cibernética estudia de qué manera los procesos de cambio determinan diversos órdenes de estabilidad o de control. En esta perspectiva, el terapeuta debe ser capaz de distinguir no sólo la retroalimentación simple, sino también la *retroalimentación de orden superior* que mantiene esos procesos de orden inferior. El objetivo del terapeuta es activar el orden del proceso de retroalimentación que permita a la ecología perturbada autocorregirse (Keeney, 1994).

Dado que la cibernética de la cibernética sitúa al observador dentro en el seno de lo observado, toda descripción es autorreferencial. Las paradojas autorreferenciales forman parte natural de todo sistema formal de pensamiento, y que el hombre no puede desembarazarse de ellas, como no puede librarse de su naturaleza animal. Von Foerster (citado en Keeney, 1994) define a la

autorreferencia como: “los sistemas lógicos cerrados que incluyen al referidor dentro de la referencia, al observado dentro de la descripción y a los axiomas dentro de la explicación” (p. 95).

La cibernética de la cibernética, nos provee de una visión de la autorreferencia y consideraciones éticas sobre la manera en que participamos en la construcción del mantenimiento de nuestro universo de experiencia. El camino para corregir la postura derivada de una aplicación estricta de la cibernética simple a los sistemas humanos consiste en saltar a la posición de autorreferencia y participación prescrita por la cibernética de la cibernética. En este orden superior del proceso, nos encontramos con que no es preciso arrojar por la borda las ventajas pragmáticas que obtuvieron gracias a la concepción del primero orden. En lugar de ellos, la pragmática de la cibernética simple es contextualizada mediante una perspectiva que ubica al terapeuta plenamente dentro de la terapia (Keeney, 1994).

Y finalmente esta el concepto de “mente” que engloba a todos los conceptos mencionados anteriormente. Veamos la definición que Keeney (1994) da de **mente**: “es una agregado de partes interactuantes, dotado de una estructura de retroalimentación” (p. 107). Uno de los aportes más importantes de Bateson fue su definición de la “mente” como sistema cibernético. La complejidad de estos sistemas va desde la retroalimentación simple a lo que Bateson denomina una “ecología de la mente”.

También existen herramientas que nos ayudan en la construcción de la epistemología cibernética: *tipos lógicos, recursión, doble descripción y complementariedades cibernéticas*.

Tipos lógicos: “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)

Von Foerster (citado en Keeney, 1994) puso en tela de juicio la epistemología de la teoría de los tipos lógicos de Russell, objetando que se la prescribiera para evitar la paradoja, y sosteniendo que existía otra manera posible de abordar esta última. Las paradojas autorreferenciales podían ser los ladrillos conceptuales con los cuales construir una cosmovisión alternativa. Bateson, coincidió con la propuesta de Foerster, pero adoptó la tipificación lógica como se definió anteriormente. También para Watzlawick, Weakland y Fisch, la teoría de los tipos lógicos era descriptiva más que perceptiva. Así pues, la tipificación lógica podía concebirse simplemente como una manera de trazar distinciones, y desde esta perspectiva, utilizarla para poner de relieve la autorreferencia y la paradoja en lugar de ocultarlas (Keeney, 1994).

Recursión: “la re-ejecución de la misma pauta de organización” (Keeney, 1994, p. 71). En una lista de números (10, 12, 15), la pauta se ejecuta una y otra vez, vuelta tras vuelta. Es como una canción que tuviera siempre la misma música con distinta letra. Reciclamos la misma pauta pero con diferentes miembros o sucesos componentes. La pauta parece seguir siendo la misma, mientras que sus elementos particulares parecen cambiar.

Doble descripción: “combinación simultánea de puntuaciones que da un vislumbre de la relación total” (Keeney, 1994, p. 53). Cada vez que dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de la interacción. Si un observador combina los puntos de vista de ambos individuos, comienza a surgir una idea sobre el sistema total. Ante todo, puede presentarse la puntuación de cada persona en forma de secuencia, siendo la serie total una representación del sistema diádico. Una vez que el observador presenta estas diversas puntuaciones a modo de secuencia, puede luego procurar discernir la pauta que las conecta. Una manera de hacerlo es presumir que la pauta de la puntuación de la persona A interactúa con la de la persona B de modo de crear una pauta híbrida. La doble descripción es fundamentalmente una herramienta epistemológica que nos permite generar y discernir diferentes órdenes de pautas.

Complementariedades cibernéticas: “son reencuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de recursión” (Keeney, 1994, p. 111). La epistemología cibernética propone que abarquemos ambos lados de cualquier distinción trazada por un observador. Una manera de reconocer los dos lados de estas distinciones es considerarlas parte de una “complementariedad cibernética”. Una complementariedad cibernética nos ofrece otro marco de referencia para estudiar las distinciones. Abarca diferentes órdenes de recursión, que demuestran de qué manera las parejas (polos, extremos, modalidades, lados, aspectos) se relacionan y sin embargo permaneces distintas (Varela, citado en Keeney, 1994).

La perspectiva de las complementariedades cibernéticas transforma nuestra manera de conocer, encaminándonos hacia la visión estética que los poetas han tenido desde siempre. Esa visión concibe todo proceso mental y viviente como recursivo y complementario. La opción consiste en fragmentar el mundo en innumerables dualismos que nos separan de las diversas partes de nuestra experiencia (Keeney, 1994).

Tanto la evolución como la noción de cuerpo/mente están vinculadas en la epistemología, y esta última ya no es una rama de la filosofía, pues ha llegado a ser, en gran medida bajo el liderazgo de McCulloch, una rama de la ciencia experimental y de la observación.

1.3 La Cibernética En El Proceso Terapéutico

En su libro *Mind and Nature*, Gregory Bateson (citado en Keeney y Ross, 1985) sostuvo que son descripciones múltiples, y no descripciones singulares, las que nos permiten construir una concepción sistémica del vínculo y la interacción entre los seres humanos. Cuando dos personas interactúan, cada uno de los miembros tiene una visión particular de su flujo de interacción. Si un observador las combina a ambas, surgirá una percepción del sistema total. Bateson llamó “descripción doble” a esta visión múltiple. Llegó a la conclusión de que combinar diversas piezas de información define una vía de acceso a las “pautas que conectan” y prescribió una particular metodología científica: la modalidad de búsqueda de la ciencia llamada “epistemología”, supone la comparación de visiones múltiples.

El cambio y la estabilidad representan una Gestalt complementaria en cibernética. Lo que se mantiene “estable” o “balanceado” es un sistema cibernético autocorrectivo y lo que cambian son las conductas dentro de ese sistema; o sea, las partes interconectadas se modifican para mantener la totalidad como tal. No obstante, todo sistema es parte de un sistema cibernético de orden superior, y así sucesivamente hasta el infinito. Para dar cuenta de la estabilidad de los sistemas de orden superior debemos apuntar a órdenes superiores de cambio.

Dentro del contexto terapéutico, la cuestión del cambio se convierte en un problema cuando procuramos especificar qué es lo que debe cambiar, qué es “eso” que debe ser modificado. La epistemología cibernética reencuadra nuestra orientación. El objetivo será desarrollar la comprensión cibernética del cambio terapéutico. Aunque se emplee específicamente el término “cambio”, nunca debe olvidarse que él sólo es una mitad de una complementariedad cibernética más abarcadora, la de “estabilidad/cambio” (Keeney, 1994)

El terapeuta que atiende a la cibernética comenzará siempre por construir modelos que corporicen las relaciones del problema entre manos. Estos modelos pueden extraerse de la propia vida del cliente o bien de dominios temáticos más amplios. Para que una intervención terapéutica tenga éxito se requiere reconocer que el punto de partida de la comprensión cibernética del cambio terapéutico consiste en saber discernir la forma y la pauta en la terapia. En el mundo de la pauta los sucesos son desencadenados primordialmente por diferencias, más que por fuerzas y energías. Las pautas particulares que percibimos son siempre consecuencia de nuestros hábitos de puntuación aprendidos.

Keeney (1994) describe que las pautas que vemos están predeterminadas por un lente o marco de referencia, ya sea que estén cabeza abajo o cabeza arriba, deformadas o no. Y un cambio de lente genera siempre un período inicial de confusión o de transición. Si el observador es capaz

de tolerar la crisis que esta transición representa, el nuevo marco tendrá por resultado un orden distinto para él. La tarea del cambio epistemológico es semejante a ésta, aunque incomparablemente más difícil: a través del lente de la epistemología cibernética, lo que surgirá será otro mundo.

Al construir modelos que corporicen las relaciones formales de una situación determinada, puede ser preciso dar cuenta del orden de aprendizaje que la situación requiere. Por consiguiente es vital comprender mejor qué significan los “órdenes de aprendizaje”.

Como punto de partida, Bateson (citado en Keeney, 1994) describe el “aprendizaje cero”, esto alude a aquellas respuestas exclusivamente determinadas por la genética o tan automáticas que no parece posible introducirles ninguna corrección.

El “aprendizaje I” se refiere a aquellas situaciones en que las opciones percibidas por el sujeto forman parte de un conjunto de alternativas de conducta. Puede estudiarse en términos de un proceso de retroalimentación: el comportamiento del organismo está recurrentemente ligado al de otro sistema, de manera tal que el efecto de una conducta modifica la conducta subsiguiente. Se ocupa del cambio en la especificidad de la respuesta, o sea, en el aprendizaje de una acción simple particular dentro de un contexto. El aprendizaje II, por el contrario, se refiere a aprender cómo identificar y organizar la propia acción que forma parte de ese contexto específico. En propias palabras de Bateson (citado en Kenney, 1994) “lo que se aprende en el Aprendizaje II es una manera de *puntuar los acontecimientos*” (p. 175). Nos sugiere luego que cualquier forma de puntuar los acontecimientos es adaptativa sólo hasta cierto punto: el hábito de puntuación genera dificultades cuando el conjunto de alternativas que especifica no suministra una solución adecuada.

Existe también un Aprendizaje III, el cual representa un cambio correctivo en el sistema del *conjunto de alternativas* entre las que se hace la elección. En este caso el cambio no está referido a una respuesta específica (Aprendizaje I) ni a la puntuación contextual (Aprendizaje II), sino a las premisas que subyacen en todo un sistema de hábitos de puntuación.

Los distintos órdenes de aprendizaje y de cambio nos están indicando que las personas, o sistemas de personas, pueden clasificarse según estén atrapadas en un encuadre, en un conjunto de encuadres o en un sistema de conjuntos de encuadres; y que el orden a que cada cual está aferrada determina el orden de solución requerido.

Los órdenes superiores de aprendizaje y de cambio pueden describirse en función del proceso mental inconsciente. Como las premisas de la mente inconsciente sólo se ocupan de relaciones, corporizan las pautas más abarcadoras de la epistemología cibernética. La distorsión de estas pautas totales de recursión y relación por los órdenes mentales conscientes es potencialmente patológica. En general, cabe postular que todo sistema cibernético que inicia una terapia se ha vuelto problemático, en el sentido de que ha oscilado desenfrenadamente o se ha fugado. El desafío que enfrenta el terapeuta consiste en sumarse a ese sistema de un modo que promueva una autocorrección adecuada (Keeney, 1994).

Para iniciar el cambio terapéutico hay que transitar por una forma distinta de retroalimentación autocorrectiva de orden superior, cambio que procura generar un modo más adaptado de mantener la organización total del sistema. El sistema cibernético que se engendra cuando el terapeuta se suma a la familia será también autocorrectivo, oscilando o fugándose. El terapeuta no puede evitar formar parte de un sistema cibernético que conecta recurrentemente su conducta con la de los otros miembros de la ecología del tratamiento. En consecuencia, el objetivo de la terapia es activar este sistema cibernético para brindar una corrección distinta (de orden superior, retroalimentativa) del proceso de orden inferior que implica la intensificación sintomática.

Según Keeney (1994) las metas de la terapia son dos: 1) permitir que se despliegue la efectivización sintomática, generando así una *reductio ad absurdum*, y 2) ayudar al sistema a evolucionar hacia una estructura distinta para el mantenimiento de su organización. En términos de la cibernética, la primera de estas metas exige establecer una adecuada retroalimentación autocorrectiva, lo cual se produce cuando la conducta sintomática puede expresarse de modo tal que el individuo, pareja o familia se topen con el absurdo de las premisas, que subyacen en su conducta. La segunda meta del cambio está vinculada a las estructuras alternativas que puede generar un sistema luego de ser corregidas sus premisas erróneas; pronto veremos que estas nuevas pautas y estructuras hacia las cuales puede evolucionar un sistema son, por lo común, una sorpresa tanto para el terapeuta como para el cliente.

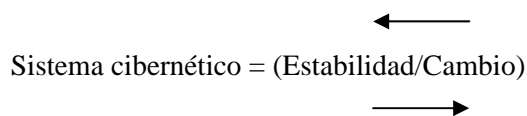
La participación del terapeuta contribuye así a generar una *sociorretroalimentación*; el sistema híbrido en el que confluyen familia y terapeuta es análogo a una forma social de biorretroalimentación. El terapeuta debe de ser capaz de crear “transformas” de la comunicación sintomática de un sistema. El terapeuta percibe las pautas en la terapia construyendo diversos modelos; el mismo proceso lleva a la creación una transforma. El término “modelo” indica de qué manera el terapeuta llega a conocer al sistema que trata; el término “transforma” se refiere, al modo en que plasma la respuesta que da al sistema. Los modelos y transformas son los lados

complementarios de una pauta sistémica que envuelve la descripción y la prescripción respectivamente (Keeney, 1994).

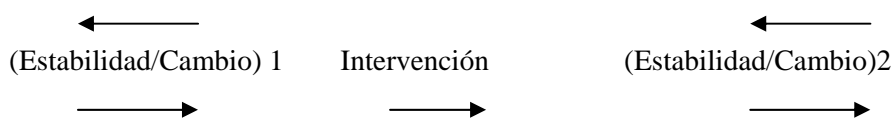
Un ingrediente indispensable para la sociorretroalimentación eficaz en la terapia es la incorporación de un “ruido” aleatorio. La tarea de incorporar un ruido a la terapia es equivalente a presentar a un cliente un test de Rorschach. No cualquier Rorschach servirá: el cliente debe presumir que hay en él significado u orden. Esta búsqueda de significado generará entonces la nueva estructura y pauta. Parte de la terapia debe dedicarse siempre a presentar “Rorschach significativos” en los cuales los clientes suponen que han de encontrar “respuestas” y “soluciones”.

Cuando un terapeuta construye una transforma de la comunicación sintomática esparciendo en ella un poco de ruido, el cliente construye luego una transforma de esa transforma: a continuación, el terapeuta vuelve a transformarla, y así vuelta tras vuelta.

Un sistema cibernético abarca una relación complementaria recursiva entre procesos de cambio y estabilidad. Esquemáticamente sería algo así:



La meta de la terapia consiste simplemente en alterar el modo en que un sistema con problemas mantiene su organización a través de los procesos de cambio. Esquemáticamente, la meta de la terapia puede expresarse así:



Donde el sistema cibernético en el momento 2 es más adaptativo que en el momento 1.

El cambio terapéutico de un sistema cibernético implica el cambio del cambio, vale decir, el cambio en la forma en que el proceso habitual de cambio del sistema conduce a la estabilidad. El cambio adaptativo requiere también una fuente de azar como una fuente de orden la cual sirve para establecer distinciones en lo azaroso. Entendemos por azar o aleatoriedad cierta organización de los sucesos que puede ser significativamente puntuada por la fuente de orden del sistema.

Esto significa que no todas las formas de introducir el azar serán útiles. Un sistema social perturbado debe confrontar algunas fuentes del llamado azar de modo tal de facilitar la generación de una nueva pauta o estructura para organizar su experiencia, conducta e interacción. A esta fuente pertinente de se le llama, como se mencionó anteriormente “Rorschach significativo”. Ahora se puede ofrecer un modelo de proceso de cambio terapéutico, según el siguiente esquema:

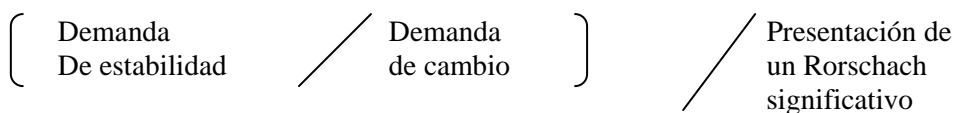


Esta fórmula señala la aparición de una complementariedad cibernética de tipo lógico superior. Si simplificamos el miembro de la izquierda de esta distinción, lo veremos con más claridad:

Sistema Cibernético/Rorschach significativo

A su vez, esta complementariedad se refiere a la estabilización de la totalidad o autonomía del sistema cibernético, en tanto que el cambio se refiere a la construcción de diferentes pautas o estructuras que contribuyen a mantener el sistema total.

Importa recordar que los clientes nunca se percatan conscientemente de todos los múltiples mensajes que comunican. Si un terapeuta le enseña a un cliente que está comunicando encubiertamente algo, lo más probable es que reaccione como si se hubiese dirigido a él en algún idioma de la Polinesia. El terapeuta debe simplemente expresar o subrayar las voces del cambio y de la estabilidad: la treta consiste en abarcarlas a ambas de un modo que ayude a construir un orden de complementariedad superior. Una de las maneras de lograrlo es envasar una transforma que ofrezca el modelo de tres voces, mensajes o partes: 1) un Rorschach significativo, 2) una demanda de cambio, y 3) una demanda de estabilidad. Este enfoque puede diagramarse así:



Una idea central para muchas escuelas terapéuticas es que el cliente puede describirse como un conjunto de partes coordinadas entre sí. Según esta manera de pensar, la tarea del terapeuta consiste en integrar estas partes en una totalidad equilibrada, unificada y autocorrectiva.

CAPITULO 2

MENTAL RESEARCH INSTITUTE

El mundo de la psicoterapia en los últimos años ha dado varios giros en su evolución más allá de la constitución de nuevas líneas de abordaje, principalmente en función de los objetivos y en la dirección del trabajo terapéutico. Uno de los temas que se hallan en jaque es el que se refiere al *cambio* en psicoterapia, temática que dejaría perplejo a más de un terapeuta si tuviese que explicar cómo piensa que los pacientes resuelvan sus problemas, o tal vez algo más radical, qué significa el cambio en psicoterapia.

2.1 Principales exponentes

Una de estas nuevas líneas de abordaje es el Mental Research Institute (MRI) que nace en 1959 en Palo Alto, California, con la iniciativa de Donald Jackson como resultado del intercambio de las investigaciones sobre comunicación, realizadas con el grupo de Gregory Bateson. Oficialmente abre sus puertas el 19 de marzo de 1959 y para trabajar en él, Jackson contrata a dos terapeutas, Jules Riskin y Virginia Satir. Jackson, el primer director del MRI, sigue siendo miembro del grupo; Bateson, Jay Haley y John Weakland están en el proyecto pero comienzan en él unas investigaciones que continuarán después, los dos últimos, bajo los auspicios del MRI. Paul Watzlawick llega a Palo Alto y recibe la influencia tanto de las orientaciones teóricas de Bateson como de las técnicas terapéuticas de Jackson y de Erickson. Finalmente Dick Fisch se une al staff después de ser parte de la formación de terapeutas dentro del instituto, por lo cual, en 1966 se decide a ir a hablar con el equipo sobre su deseo de unirse a ellos. Es en este año cuando Weakland, Watzlawick y Fisch trataron de ver qué posibilidad existía de acortar los tratamientos y de que el terapeuta fuese lo más operativo en lo pragmático para poder encontrar respuestas y soluciones rápidas a los problemas humanos. Es así que en enero de 1967 se creó el Centro de Terapias Breves del Mental Research Institute (Wittezaele y García, 1994).

El proyecto <<Terapia Breve>> comenzó como una investigación sobre tratamientos que empleaban técnicas innovadoras para el cambio, y que se centraban en la principal enfermedad del paciente, e inesperadamente se transformó en una nueva manera de contemplar los problemas humanos.

El terapeuta del MRI cree que la mayoría de los problemas humanos se desarrollan a partir del malestar que las dificultades normales de la vida cotidiana ocasionan a los clientes y en la forma en que perciben y abordan las dificultades normales de la vida. Este malestar es alimentado por las propias soluciones fallidas intentadas convirtiéndose en el problema, cuando las personas persisten en la autoderrota y en la autoperpetuación haciendo *más de lo mismo* al intentar dar

una resolución del problema. Como mencionan Watzlawick y Weakland (1986), en la vida real, ciertos problemas humanos pueden continuar a un nivel constante de gravedad, hay muchos que no permanecen igual durante mucho tiempo, sino que tienden a aumentar y acentuarse si no se alcanza ninguna solución o la solución alcanzada es errónea y sobre todo si se aplica más de la misma solución equivocada. Cuando esto sucede, la situación puede permanecer similar o idéntica desde el punto de vista estructural, pero la intensidad de la dificultad y del sufrimiento impuesto aumenta.

Por lo general, lo que promueve el cambio es la desviación con respecto a alguna norma. Por ejemplo: cuando llega el invierno y la temperatura baja, se utiliza ropa que abrigue, con el fin de permanecer a gusto. Si la temperatura desciende más, se necesita de más ropas que abriguen. Es decir: el cambio resulta necesario para establecer la norma, tanto para la comodidad como para la propia supervivencia. El cambio deseado se verifica mediante la aplicación de lo contrario de lo que produjo la desviación (por ejemplo: calor contra el frío). Sin embargo, si esta acción correctora resulta insuficiente, la aplicación de *más de lo mismo* da eventualmente lugar al efecto deseado (Watzlawick y Weakland, 1986).

2.2 Técnicas y procedimientos

En cuanto a las técnicas utilizadas dentro del modelo de terapia breve del MRI podemos encontrar las siguientes:

➤ Una técnica central al acercamiento del MRI es el uso del *lenguaje del cliente*. Esta técnica fundamental de comunicación proviene, en su versión aplicada a la psicoterapia, de la hipnosis ericksoniana. Se observó que Erickson adoptaba, en los primeros contactos con sus pacientes, su mismo lenguaje y sus mismas formas de representarse la realidad. En su estilo como hipnotizador imitaba incluso el lenguaje no verbal de sus pacientes, de modo que les hacía sentirse en total comodidad para asumir poco a poco el poder de influir decisivamente en ellos con sus sugerencias y prescripciones. En psicoterapia es importante utilizar una técnica comunicativa que permita hallarse prontamente en disposición de influir en el comportamiento de los demás. El terapeuta debe aprender a administrar su propio estilo comunicativo y sus propias características expresivas hasta lograr adaptarlas con naturalidad a los diversos contextos relacionales que se crean en las interacciones con los diferentes pacientes. Es indispensable un buen entrenamiento en el que se prevea la observación y el estudio de situaciones terapéuticas simuladas, hasta lograr que la técnica se convierta en una forma espontánea de comunicación interpersonal (Nardone y Watzlawick, 1995).

➤ A menudo el terapeuta del MRI puede *reencuadrar* la conducta del cliente. Tal como mencionan Nardone y Watzlawick (1995) la reestructuración es una de las más sutiles técnicas de persuasión. Reestructurar quiere decir codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura. No se cambia el valor semántico de lo que la persona expresa, sino que se cambian los marcos en los que se inserta este significado. Obviamente si se cambia el marco, se cambia también, de manera indirecta, el significado mismo. Al reestructurar una idea o una concepción de una persona, no se cambia el contenido del cuadro, sino sólo su marco, pero, cambiando el marco se altera el contenido mismo del cuadro. La reestructuración, además, puede tener diversos niveles de complejidad, que abarcan desde simples redefiniciones cognoscitivas de una idea o de un comportamiento hasta complicadas reestructuraciones paradójicas, pasando por el uso de metáforas y sugerencias evocativas. Esta estrategia no actúa directamente sobre los aspectos semánticos de la representación de la realidad, sino sobre la estructura perceptiva, en la cual se basan luego las representaciones y las conductas subjetivas.

➤ El terapeuta del MRI tiende a tomar una posición de uno abajo, donde él o ella no intentan presentarse como perfectos, sino que se presentan de un modo más modesto.

➤ En un esfuerzo por acelerar el tratamiento paradójicamente, el terapeuta del MRI hará pensar en la necesidad de que las cosas deben ir lentamente y no moverse demasiado rápido. El indicarle al paciente que no se apresure en la solución del problema constituye quizás la táctica que utilizamos con más frecuencia en nuestras intervenciones. En ciertos casos, ésta es la única intervención. Al cliente se le dice que no haga nada y, por supuesto, nada concreto. Solamente se le dan instrucciones generales y vagas, por ejemplo: “sería muy importante que esta semana no hiciese nada que provoque ulteriores avances.” La mayor parte de la intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa: el cambio, aunque sea para mejor, exige una adaptación. O bien, uno necesita averiguar paso a paso qué porcentaje de cambio será el óptimo, noción que no tiene por qué coincidir con el máximo: “a usted le iría mejor un mejoramiento del 75% que uno del 100%.” O: “los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren de modo repentino” (Fisch, Weakland y Segal, 1988).

➤ Finalmente, una de las técnicas que mejor definen la aproximación del MRI es conocida como la *prescripción del síntoma*, en la cual se le pide al cliente que realice el síntoma no deseado o la conducta a un tiempo y lugar particular. Es la ejecución deliberada de comportamientos sintomáticos privando a estos de su espontaneidad aparentemente indomable, por tanto se prescribe y no se comparte. Principalmente consiste en ponerle una tarea al paciente

en donde acentuará la frecuencia, la intensidad del síntoma, las situaciones en que se presenta, para que identifique y recupere el control sobre el síntoma (Watzlawick, 1986).

2.3 Estructura para el trabajo terapéutico

Dentro de lo que es el modelo del MRI también se cuenta con una estructura para el trabajo terapéutico del centro de Terapia Breve, dicha estructura es la siguiente:

1. **Capacidad de Maniobra.** Fisch, Weakland y Segal (1988) aluden que con frecuencia, los pacientes obstaculizan el esfuerzo terapéutico en la mayoría de los casos debido a su angustia o al temor de que el problema llegue a empeorar. En consecuencia una cosa es saber cuál es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra muy distinta, tener la *libertad* de actuar en la forma que uno considere más adecuada o ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento. A esta libertad la llamamos *capacidad de maniobra del terapeuta*, porque libertad es un término que indica un estado de relativa pasividad que permanece constante. En cambio, la capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. El terapeuta necesita mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia, modificando su curso de forma necesaria durante el curso del tratamiento. La base fundamental de dicha maniobra reside en que el terapeuta sabe que el paciente lo necesita más de lo que él necesita al paciente. Cualquier cosa que haga un terapeuta, al intervenir en un problema o al dirigir el curso del tratamiento, descansa sobre la simple opción de ser capaz de poner fin al tratamiento.

2. **Definición del problema.** Es fundamental aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Desde la primera sesión, el terapeuta debe centrar el problema basándose en la observación de la persona y de la explicación que ella hace de su trastorno del modo más claro y definido posible, de forma que pueda identificar concretamente las matrices pragmáticas del problema actual. Para ello, al definir concretamente el problema, el terapeuta debe hallar la respuesta a la siguiente serie de preguntas que representan una línea orientativa de investigación diagnóstica estratégica: ¿Qué identifica el paciente como problema suyo? ¿De qué modo se manifiesta el problema? ¿Con quién aparece? ¿Cuándo se manifiesta? ¿Dónde y en qué situaciones? ¿Con qué frecuencia e intensidad? ¿En qué contextos aparece? ¿Qué se ha hecho para resolver el problema? ¿Porqué buscar ayuda en este momento? Ejemplos representativos del problema (Nardone y Watzlawick, 1995).

En términos de eficiencia terapéutica, una vez conocidos y aclarados estos interrogantes, el terapeuta está en disposición de programar y poner en práctica con éxito las estrategias

orientadas a la ruptura del círculo vicioso de acciones y retroacciones que mantienen el problema.

3. **Intentos de solución.** El paso siguiente consiste en preguntar qué es lo que se ha hecho para solucionar o afrontar el problema. Conocer cuál es el intento de solución del paciente. Es necesario obtener una comprensión completa y exacta de qué representan tales esfuerzos, en especial los que se estén llevando a cabo en el momento presente. Esta información la podemos obtener formulando las siguientes preguntas: ¿Qué hace o dice para reducir el malestar? ¿Qué hace para enfrentar el problema? Pedir que se nos de un ejemplo de lo que hace. ¿Qué pasaba por su mente? ¿Qué le dice exactamente? (Fisch, Weakland y Segal, 1988).

4. **Postura del cliente.** Conocer el punto de vista del cliente; lo que piensa, lo que quiere, y qué lenguaje utiliza hacia el problema y hacia el mundo. La tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia. Pero el cómo influyamos sobre otro individuo depende en gran medida de a quién intentamos influir. Se trata sobre todo de la manera en que se enmarca cualquier sugerencia que se haga. El cómo expresemos algo, puede resultar convincente para una persona pero no para otra. Los pacientes también son personas y poseen sus propios valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidados, y que determinan el modo en que actuarán o no actuarán. La postura es importante porque representa una inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta. El hecho de saber cuál es la posición del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que sea probable que el cliente la acepte (Fisch, Weakland y Segal, 1988).

5. **Definición de los objetivos o metas.** La definición de los objetivos de la terapia, representa una exigencia pragmática importante que ejerce una doble función, por una parte, es una buena guía metodológica para el terapeuta, en cuanto representa un enfoque de la programación terapéutica hacia una orientación precisa, con una serie de objetivos por alcanzar gradualmente que garantizan una verificación progresiva y el control del trabajo. Por otra parte, representa para el paciente una sugestión positiva, en cuanto a la negociación y el acuerdo acerca de la duración y los fines de la cura poseen el poder de reforzar y aumentar su colaboración y confianza en el éxito terapéutico (Nardone y Watzlawick, 1995). Para poder definir las metas, es conveniente hacer la siguiente interrogante: ¿Cuál será la primera señal observable de que existe un progreso?

6. Estrategia Terapéutica. Nardone y Watzlawick (1995) nos proponen que antes de referirnos a los procedimientos terapéuticos que normalmente se utilizan en terapia, conviene aclarar que no es posible diferenciar nítidamente las estrategias terapéuticas específicas de todo el resto del tratamiento. Esto es así porque la comunicación y la interacción paciente-terapeuta representa una contribución al cambio. Es indispensable reafirmar un supuesto fundamental del enfoque estratégico de la terapia, a saber: *la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia*. El terapeuta, partiendo de las características peculiares de la persona problemática, seleccionará o construirá los procedimientos adecuados para aquel caso determinado. Para poder lograr una estrategia terapéutica es importante conocer qué es lo que el paciente hace para cambiar y cuál es la forma en cómo lo hace. También es importante encontrar el tema principal, ya que constituye una directriz para indicar el tema terapéutico y de este modo poder plantear un giro de 180° de la temática principal del cliente.

7. Tareas específicas. El terapeuta tiene que hacer frente al interrogante ¿Cuál sería la acción que el cliente llevaría a cabo con mayor facilidad? La oportunidad es uno de los factores que habría que tener en cuenta en este contexto. Si el terapeuta puede elegir entre una acción fácil de incorporar en la rutina diaria del cliente y otra acción que exige un acontecimiento especial o infrecuente, es probable que se decida por la primera. El terapeuta puede conseguir un impacto estratégico al solicitarle al paciente que haga lo que en apariencia no es más que una pequeña alteración en el manejo del problema. Tal pequeña alteración se acepta fácilmente porque es vista como un cambio secundario, y también porque se integra con facilidad en las prácticas cotidianas (Fisch, Weakland y Segal, 1988).

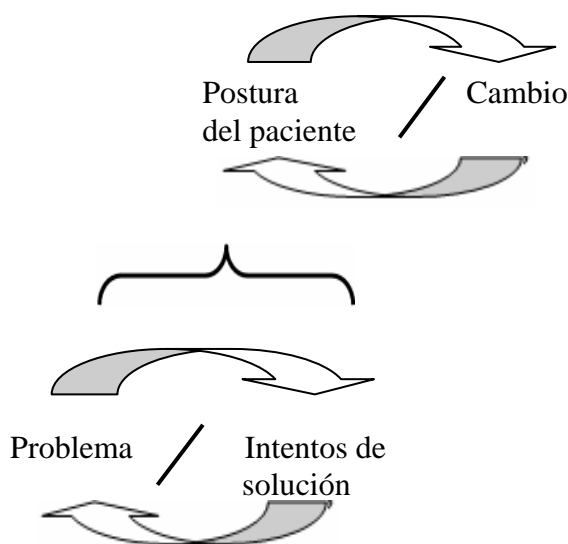
8. Chequeo de la tarea. Lo que se hace finalmente en este paso es preguntar al paciente si hizo la tarea que le fue asignada, cómo la hizo, qué observó cuando fue hecha, qué ocurrió. Y en caso de que no la haya hecho, evitar la postura de decepción cuando la tarea no es cumplida.

Al llegar a este punto, es importante hacer hincapié en que estos procedimientos recién mencionados son los que se llevan a cabo desde el primer contacto que se tiene con el paciente o cliente, ya que es en ese momento donde se llegan a concretar algunos puntos ya indicados. Sin embargo donde se habla de tareas específicas y chequeo de tareas, es importante saber que estas indicaciones se continúan haciendo a lo largo del tratamiento terapéutico, ya que es necesario estar checando frecuentemente los cambios mínimos generados para darnos cuenta del avance obtenido y establecer el momento para dar por finalizada la terapia.

2.4 Análisis cibernético del modelo del MRI

La terapia del Mental Research Institute (MRI) se pone en marcha con la construcción de distinguos y marcos de referencia. En general, el comienzo de cualquier terapia fija las orientaciones para los distinguos que se emplearán en su organización. En ocasiones esto incluye las cuestiones que se tocarán y las que se dejarán de lado.

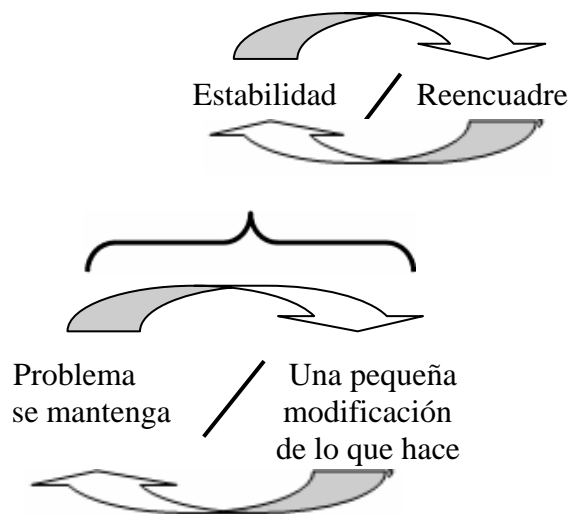
Análisis de la pauta



Al comienzo de una terapia del MRI, se consideran problemas y soluciones intentadas, y se los especifica en función de problemas, y se los especifica en función de conducta. Todas las demás cuestiones e informaciones se definen como no pertinentes y distractoras. Por eso el arte de conducir la terapia en este estadio incluye bloquear distinguos inapropiados y traer a la luz los pertinentes. Así se elabora un particular tipo de abordaje terapéutico. Para modificar un problema, dentro de esta perspectiva, hace falta modificar el nexo recursivo entre problemas y soluciones intentadas (Keeney y Ross, 1985).

No importa cómo se inició un problema, pero es básica para el modelo la idea de que, sea cual sea la manera en que se haya iniciado, los problemas persisten debido a la insistencia con la que la persona intenta resolverlos, a esto es a lo que se le llama *solución intentada*. Así el objetivo de la terapia no es conseguir que la persona haga algo, sino más bien que deje de hacer lo que hacía para resolver el problema. Lo que se trata no son los problema, sino las soluciones intentadas (Fisch y Schlanger, 2002).

Análisis de la intervención



El terapeuta intenta modificar el marco cognitivo a fin de quebrantar la pauta lógica que relaciona el problema y su solución. Quebrada esa pauta, se desconecta la relación problema-solución, lo que trae la consecuencia práctica de eliminar el problema (y la solución). Dentro de este marco, la meta de la terapia no consiste en modificar la conducta problema ni la conducta solución; la meta es alterar una pauta de interacción (Keeney y Ross, 1985).

Fisch y Schlanger (2002) consideran que los problemas requieren un esfuerzo continuo para persistir, cuando hay un cambio mínimo se producirán más cambios en forma de una onda expansiva. Es decir, en cuanto la persona deja de realizar lo que hace que persista el problema, empezará a ver un resultado positivo, y eso, a su vez, la animará a desviarse un poco más de la solución intentada.

2.5 Caso clínico

Con respecto al video entregado, a continuación se muestran las premisas que se pueden identificar, los procedimientos o técnicas que se usaron, así como la transcripción de fragmentos donde se ubique la aplicación de dichos procedimientos o técnicas.

En cuanto a las premisas identificadas, a mi consideración, son en cuanto al problema, donde se menciona que no es necesario conocer su causa o su función. Esto ocurre cuando la paciente menciona que tiene un problema (de salud), asma y sinusitis. Es en este punto donde no se hace demasiado énfasis a eso, ya que no está demandando que la enfermedad sea el problema a pesar de que sea la causa de lo que le está provocando el problema por el que se presenta.

También se identifica la premisa de lo útil que es saber acerca de la solución, lo que se hace y lo que resulta, es por esto que le pido que me describa qué es lo que hacen sus papás para solucionar el problema y si la solución ha servido para disminuir el malestar.

Los procedimientos y técnicas utilizados fueron los siguientes:

Capacidad de maniobra

Terapeuta: bueno, este, ahorita para empezar, te voy a hacer preguntas sobre tu familia, sobre ti, y ya en un momento entramos a lo que es el motivo por el que vienes.

Paciente: sí, está bien.

Terapeuta: me gustaría saber con quien vives actualmente.

Paciente: Actualmente vivo con mi mamá, mis hermanas y mi abuelita.

Terapeuta: Me podrías dar nombres y edades

Paciente: Claro, mi mamá se llama...

Y después de los datos solicitados:

Terapeuta: Ahora sí, ¿en qué te puedo ayudar?

Definición del problema.

Paciente: mira, yo desde pequeña tengo un problema que siento que si no me ha dejado tener una vida más o menos estable. Mi problema es que soy muy sensible porque siempre he llevado como que cargando todas las burlas de mis compañeros, es algo que me hace llorar, o sea de como hablo....

Terapeuta: entonces el problema, digamos, es de que se burlan de ti por como eres, lo que acabas de mencionar, de cómo hablas, tu aspecto físico.

Paciente: Exactamente

Terapeuta: ¿desde hace cuanto tiempo tienes este problema?

Paciente: desde la primaria, desde que me acuerdo desde como de primero de primaria toda la gente se burlaba de mí.

Terapeuta: o sea, desde que tenías seis años?

Paciente: seis años.

Terapeuta: En donde es donde aparece más frecuente este problema?

Paciente: Los hombres me hacen mucho burla, yo tengo mucha inseguridad al hablarle a ellos, siento que nada más se están burlando de cómo yo actúo y como hablo.

Terapeuta: ¿Y nada más es con ellos con quien pasa esto o con alguien más?

Paciente: Generalmente sí, generalmente sí, yo con los adultos me llevo muy bien, llevo una muy buena relación con los adultos, con maestros que es con lo que más convivo me llevo bien, con mis hermanas mayor me llevo bien, con mis compañeras de escuela no tengo problema....

Terapeuta: dices que este problema se presenta desde que ibas en primero de primaria, o sea, hace aproximadamente 11 años

Paciente: si

Terapeuta: siempre te ha provocado un problema. Porque hasta ahora es de que buscas ayuda? O no sé, anteriormente ya la habías buscado?

Paciente: No, no he buscado ayuda... porque siento que ellos ya no me lastiman tanto, la que me estoy lastimando soy yo, yo siempre acordándome de todo eso.

Terapeuta: y es por eso que vienes en este momento, digamos para ya estar bien tu o porque?

Paciente: si, o sea, yo cómo le hago para escapar de esta situación, para que ya no me importe pues, porque no me gusta que me haga daño, yo cómo los ignoro, o sea de que manera ya no me puede afectar a mi... ah lo decidí porque pienso que si ellos son fuerte para agredir a las personas, digamos, más débiles yo también puedo ser aún más fuerte que ellos, o sea, el que yo me haga daño o no, el que la gente me haga daño o no está en mi, esta en mis manos, entonces yo como que ya, ya me cansé, ya me aburrió porque, más o menos diez, dame chance de 9 a 11 años llevar lo mismo como que ya para mi ya, si tu quieres es normal, pero cuando yo estoy sola y cuando yo me doy cuenta de cuanto me lastiman sus palabras yo ya no lo quiero pasar, ya no quiero que me sigan haciendo burla y eso nunca voy a terminar con eso, pero como le hago para que ya no me lastimen para que ya no me afecte.

Ejemplo representativo del problema

Terapeuta: vamos a hacer algo, imagínate que estas viendo un video de un momento donde tú te hayas sentido mal, donde te hayan hecho a ti algo, me podrías describir paso a paso ¿cómo es que va sucediendo? Desde el momento en el que tú llegas a estar con alguien, cómo empiezan a hacerte sentir mal y qué es lo que vas tu sintiendo o pensando, digamos escena por escena.

Paciente: si, supón tú que en un trabajo escolar me ponen en un equipo nadie quiere estar conmigo, es una exposición ¿no? yo hago mi exposición, empiezo a hablar, lo que digo es, lleva una secuencia coherente, por allá los chicos atrás se están burlando de lo que digo, de cómo es como yo me estoy expresando, los profesores me preguntan, yo contesto, si tu quieres yo me equivoco, escucho una burla, trato de hacerme fuerte, pero yo no puedo.

Terapeuta: todo esto que me dices es cuando ya, este, digamos cuando tú ya estás haciendo algo.

Paciente: Aja, trato de yo protegerme, de hacerme un escudo como que yo puedo, inclusive, me he protegido riéndome, ese es una de mis principales protecciones para mi...

Intentos de solución

Terapeuta: y por ejemplo, este, hay, ¿ha habido algunas personas o alguien aparte de ti que haya intentado solucionar este problema?

Paciente: sí, mis papás de muchas maneras, creo que una de ellas es intentar defenderme, defenderme de los demás, generalmente estoy, bueno, siento que estoy un poco sobreprotegida por ellos

Terapeuta: ¿y no ha ayudado esta solución que han dado ellos para que se erradique el problema o disminuya de alguna manera?

Paciente: si disminuye pero más que nada creo que yo soy la que tengo que arreglarlo, yo soy una persona que llego y lloro y les platico todo a ellos, eso sí soy muy chillona, todo poquito con lo que me diga, yo chillo, entonces ellos me consuelan y hablan conmigo y con el chico de la prepa hablaron con él, el chico se calmo pero si, si me ha ayudado.

Posición de uno abajo

Terapeuta: ...podríamos finalizar aquí al menos que quieras decirme algo más o algo que se te haya pasado.

Paciente: pues no se, un consejo que me des o algo que, con lo que me ayudes.

Terapeuta: sí, como te decía esto es, nada más fue para recibir la información, mmm... te podría decir que soy un poco lenta para procesar, entonces creo que sería contraproducente en estos momentos darte un consejo, sin embargo tal vez para la próxima sesión donde ya tengo esta información y tal vez si me surgen dudas te las voy a preguntar, tal vez ya sería... ya te podría dar un consejo.

Paciente: muchas gracias de verdad y espero que esto me ayude porque yo siento que de verdad necesito el apoyo, el que alguien me ayude a salir de este problema, yo siento que para mi, en mi persona es un problema.

CAPITULO 3

ESCUELA ESTRATEGICA DE JAY HALEY

En los inicios del grupo de Palo Alto (de 1952 a 1962), antes de que se creara el Mental Research Institute, Jay Haley trabajó con Bateson y con Weakland sobre problemas de comunicación; esta cercanía se dio especialmente cuando se desarrollaba la teoría del doble vínculo, y como producto de esos estudios se publicaron abundantes trabajos sobre la paradoja en la comunicación y acerca de la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia. Para 1963, Haley publica *Strategies of Psychotherapy*, obra en la que expone su propia reflexión sobre esos trabajos y presenta un enfoque más social que el expresado en la década ya indicada.

3.1 Principales exponentes

Los principales representantes de este modelo son Jay Haley y Cloé Madanes. Esta última se unió al trabajo de Haley y juntos desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de Familia en Washington (Galicia, 2004).

Según las propias palabras de Haley (2005), su mirada hacia la familia fue dirigida por las ideas que Minuchin y Montalvo compartieron con él a finales de la década de los 60, cuando trabajó en la Philadelphia Child Guidance Clinic. Sin embargo, décadas después, Haley (1997) reconoce que en su trabajo, la influencia de Montalvo fue mayor que la de Minuchin.

Para Haley (2005), la terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia, cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.

Haley (1994) decía que una terapia puede considerarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando se encuentran un terapeuta y una persona con un problema, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. Este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz.

3.2 Etapas de la primera entrevista

El modelo de entrevista que emplea Haley (2005) se basa principalmente en cuatro etapas: 1) etapa social, 2) etapa del planteamiento del problema, 3) etapa de interacción y 4) etapa de fijación de metas.

Estas etapas permitirán definir el problema y poder pasar a solucionarlo, lo que correspondería a la segunda fase de la entrevista. Podría considerarse que esa segunda fase constituye la intervención propiamente dicha, pues estaría encaminada a resolver el problema, aunque habrá algunos terapeutas que consideren que la intervención se está dando desde la primera entrevista, y que definir el problema ya es una forma de intervención (Galicia, 2004).

1) Etapa Social

Es el primer momento de contacto entre los miembros de la familia y el terapeuta, quien al saludarlos, deberá transmitir el mensaje de que cada uno de ellos es importante en la tarea de ayudar al paciente identificado. En esta etapa, el terapeuta observa los comportamientos de la familia, las alianzas y coaliciones así como la forma en que se organizan a partir de cómo se sientan. Todo esto deberá ser considerado como información provisional, para no formarse ideas muy firmes y malinterpretarlas.

2) Etapa de planteamiento del problema

En esta etapa de la entrevista se ha mantenido ya un diálogo social, pero es preciso pasar de esta etapa a la de la terapia, donde la situación ya no es de tipo social, sino que obedece a un propósito. Lo habitual es que el terapeuta les pregunte por qué han venido o que problema los aqueja. Esta pregunta puede hacerse de muchas maneras, cada una de las cuales puede tener sus ventajas y desventajas. La forma en que el terapeuta recabe más opiniones específicas acerca del problema puede determinar el curso que tomará la entrevista. A continuación se indican las más usuales:

« ¿Cuál es su problema?». Con esto se define la situación puntualizando que en ella se conversará sobre problemas.

« ¿En qué puedo serles útil?». Les obliga no sólo a pensar en el problema, sino también a pensarlo en función de lo que el terapeuta puede hacer al respecto.

« ¿Qué cambios desean lograr?». Con esto se le fija a la situación de terapia un marco de referencia centrado en el cambio. Este marco le permite al terapeuta retomar el tema de los cambios deseados por la familia, aun en el caso de que la conversación vuelva a orientarse hacia el problema.

« ¿Por qué motivo han venido a verme?». Con estas palabras, la familia puede optar por centrar su respuesta en el problema o en el cambio deseado.

Por otra parte Haley hace una advertencia que es muy importante. No hay que confundir la etapa social, la de los saludos y la del planteamiento del problema en la entrevista inicial, porque ello implica cometer dos errores básicos; el primero, que se aplica a cualquier enfoque de la terapia, es el de no centrar la atención en el problema, y el segundo, el de no definir

claramente el problema, pues ello impide introducir el cambio en las relaciones familiares, cambio que es la pieza principal de la orientación estratégica (Galicia, 2004).

3) *Etapa de interacción*

Una vez que el terapeuta, a través de un manejo directo de la conversación ha obtenido la opinión de todos los presentes acerca del problema, se procede a iniciar la fase que consiste en que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí el problema. La intención de esta etapa es que el terapeuta, por medio del reporte verbal y de las interacciones entre los presentes, reúna más información que le posibilite identificar las pautas de comunicación en la familia, describir la organización jerárquica de la familia y tener en claro cuál es la estructura particular de la familia (Galicia, 2004).

4) *Etapa de fijación de metas*

Al concluir la etapa de interacción, es importante obtener del grupo una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia. Este proceso contribuye a que todos centren su atención en las cuestiones importantes, y sirve de punto de partida para fijar las metas de la terapia. Esencialmente, el terapeuta está estableciendo un contrato: cuanto más claro sea, tanto más será organizada la terapia; por el contrario, si los problemas y cambios deseados se formulan de manera confusa y oscura, resultará más difícil lograr la participación familiar y disminuirán las probabilidades de éxito. A estas alturas la tarea del terapeuta es comprender el problema y formularlo de manera tal que pueda hacerse algo al respecto (Haley, 2005).

Durante su trabajo en instituciones, Haley se percató de que en ellas, así como en la familia, e incluso en ciertos animales existe una organización en la que se ven implicadas jerarquías. Ser conciente de la existencia de una organización, tanto en las familias como en las instituciones, y emplearla no sólo como un elemento explicativo del comportamiento inadecuado sino también como un elemento sobre el cual incidir para promover cambios en el comportamiento fue la propuesta de Haley. Una conducta inapropiada es el producto de un trastorno en la comunicación que a su vez procede de una organización que funciona inadecuadamente, debido a que las jerarquías están trastocadas o difusas. (Galicia, 2004).

Además Haley (2005) supone que la queja, la conducta inadecuada o el problema pueden presentarse, la mayoría de las veces, por confusiones en la jerarquía familiar, dando como resultado perturbaciones en la forma de adaptarse al ciclo de vida familiar por el cual se atraviesa. Aunque no todo es jerarquía en el trabajo de Haley. Un problema puede definirse también como un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra, justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos.

Intervenciones

Las intervenciones son prescripciones de comportamiento dirigidas a interrumpir la pauta, es decir, el ciclo repetitivo del problema, y las estrategias terapéuticas se orientan hacia objetivos mínimos, las cuales nos llevarán a la solución de los problemas que aquejan a la familia, ayudando a cambiar las estructuras inadecuadas dentro del sistema. Desde la terapia estratégica se considera que las directivas son intervenciones, las cuales están destinadas a modificar la manera en que los integrantes de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta.

El trabajo de Haley se distingue por emplear directivas. A éstas las define de manera muy general considerando que son “todo cuanto se haga en terapia”..., “toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo; en ese sentido está impartiendo una directiva” (Haley, 2005).

Las directivas o tareas impartidas a los individuos y familias tienen varias finalidades:

1. El objetivo principal de la terapia es hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes.
2. Se las emplea para intensificar la relación entre clientes y terapeuta: al decirles aquello que deben hacer, el terapeuta entra a participar en la acción y adquiere importancia, porque el individuo debe hacer o no hacer lo que él le dice.
3. Se usan para obtener información. La manera en que reacciona la gente al recibir una directiva es esclarecedora con respecto a ellos mismos y a cómo responderán a los cambios deseados.

Hay dos maneras de impartir directivas: 1) decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan, y 2) decírselo con el propósito de que no lo cumplan. Podría plantearse que la primera forma es una directiva “directa” y la segunda una directiva “indirecta”.

1. Directivas directas

Este tipo de directivas se emplean con personas colaboradoras. Pueden darse de dos maneras: pidiendo que se deje de hacer lo que se ha venido haciendo o pidiendo que se haga algo diferente (Galicia, 2004). Generalmente, si el terapeuta le dice a alguien que abandone su comportamiento habitual debe adoptar para ello una actitud extrema u obtener la cooperación de otros miembros de la familia, en el sentido de que cambien su conducta para apoyarlo en la tarea (Haley, 2005).

2. *Directivas indirectas*

Puede emplearse cuando se prevé que la familia no cooperará fácilmente en la tarea. Estas tareas se emplean cuando las familias, aunque solicitan ayuda desesperadamente, rechazan todas aquellas tentativas de solución que se les ofrecen. En este caso, la opción es dar siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: *cambien* y, dentro del mensaje, *no cambien* (Haley, 2005).

Debido a que las directivas son un medio importante en la terapia, es necesario que la familia se vea motivada a realizarlas, y para esto, el terapeuta toma un papel importante. Cuando desea motivar a los miembros de una familia a que realicen una tarea, tiene que convencerlos de que por su intermedio alcanzarán los objetivos individuales, recíprocos y familiares que ellos desean. El modo en que lo haga dependerá de la naturaleza de la tarea, de la naturaleza de la familia y del tipo de relación establecida con esta; no obstante podemos referirnos a los métodos generales de motivación que se aplican a las personas.

En el enfoque directo, lo común es que el terapeuta les diga a los integrantes de la familia que conoce y comparte su deseo de resolver el problema que los aqueja. Una vez convenido el objetivo, se ofrece la tarea como un medio de alcanzar el fin deseado a través de la terapia. El terapeuta se funda en lo que ha aprendido sobre sus clientes en el transcurso de la sesión, utilizando lo que parezca más obvio y evidente como base de su labor persuasiva.

En cuanto al enfoque indirecto, que puede emplearse cuando se prevé que la familia no cooperará fácilmente en la tarea. A menudo puede utilizárselo como primer paso, adoptando luego una forma más directa. Consiste en hacer que los miembros de la familia hablen de sus dificultades de manera tal que estén prontos a escuchar a quien pueda sugerirles qué deben hacer (Galicía, 2004).

Otra manera similar de encarar la motivación consiste en alentar a los miembros de la familia a que expliquen cuán desesperada es su situación pudiendo convenir con ellos en que en verdad es bastante mala, en vez de tranquilizarlos diciéndoles que no es para tanto; si se la pinta con tintes suficientemente negros, escucharán al terapeuta y harán la tarea que les ofrece. De este modo, al acentuar la angustia que ellos sienten, el terapeuta la usa como una motivación, y hasta puede proyectar su situación hacia el futuro haciéndoles conversar sobre los desastres que les aguardan si no toman alguna medida.

El terapeuta debe adecuar la tarea a las personas. Mientras entrevista a una familia reparará en qué clase de gente la integra, y así podrá amoldar la tarea a su manera de ser. Si hacen hincapié

en que las cosas deben hacerse en forma lógica y ordenada, se les ofrecerá una tarea lógica y ordenada, porque será más probable que la cumplan (Haley, 2005).

3.3 Técnicas y procedimientos

La técnica de ordalía

En esta técnica, según Haley (2006), resulta fácil deslindar la tarea del terapeuta: consiste en imponer una ordalía adecuada al problema de la persona que desea cambiar y, a la vez más severa que ese problema. Así como un castigo debe adecuarse al crimen que pena, del mismo modo el requisito principal de una ordalía es que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma. Si no es lo bastante rigurosa para extinguir el síntoma, casi siempre se puede aumentar su magnitud hasta que lo sea. Por otra parte conviene que la ordalía beneficie a la persona; a todos nos resulta dificultoso hacer algo que nos beneficie, y parece que les cuesta particularmente a quienes demandan terapia.

En segundo lugar, para Haley (2006) la ordalía debe ser algo que la persona *pueda* ejecutar y a lo que no pueda oponer objeciones válidas. En otras palabras, debe ser de tal naturaleza que el terapeuta diga sin reservas: “esto no violará ninguna de sus normas morales y es algo que usted *puede* hacer”. Por último, una ordalía terapéutica no debe causar daño al sujeto, ni a ninguna otra persona.

Tipos de ordalía

Hay una gama de ellos. Aquí podemos enumerar unos pocos (Haley, 2006):

Tarea directa

Cuando la ordalía es una tarea directa, el terapeuta explica claramente el problema y pide que, cada vez que se presente, la persona se someta a determinada ordalía. Durante la entrevista, averigua qué clase de actividad debería intensificar el cliente para su propio bien, a menudo sin aclarar el propósito de su indagación.

Ordalías paradójicas

La ordalía puede ser la misma conducta sintomática y consistir, paradójicamente, al alentar al cliente a tener el problema cuya solución ha venido a buscar al consultorio del terapeuta.

El terapeuta como ordalía

Hay varias clases de ordalía que son eficaces por el modo en que actúan sobre la relación con el terapeuta. Todas las ordalías guardan relación con este, y por eso son eficaces, pero algunas se programan orientándose expresamente hacia él. Por ejemplo, cuando un terapeuta reencuadra un

acto, el mensaje se transforma en ordalía. Cualquier acto que el cliente defina de determinada manera puede ser redefinido por el terapeuta con términos menos aceptables, para que le resulte ingrato.

Las técnicas de confrontación utilizadas por algunos terapeutas constituyen otra clase de ordalías. Esto es cuando un terapeuta obliga a un cliente a enfrentarse ante una situación penosa o intolerante, misma que ha sido creada por el propio paciente.

Etapas de la terapia de ordalía

El uso de una ordalía debe ser un proceso gradual en que cada etapa se ejecute cuidadosamente (Haley, 2006).

1. *Debe definirse claramente el problema.* Esto es lo más indicado, por cuanto la persona afectada sufre una consecuencia (ordalía) cada vez que se presente el síntoma.
2. *La persona debe comprometerse a superar el problema.* Si ha de someterse a una ordalía, es preciso que desee realmente resolver el problema presentado.
3. *Debe seleccionarse la ordalía.* La selección estará a cargo del terapeuta, preferiblemente con la colaboración del cliente.
4. *La directiva debe impartirse acompañada de una explicación lógica.* El terapeuta debe impartir la directiva de manera clara y precisa para que no haya ambigüedades. Debe dejar en claro que la tarea sólo se cumplirá cuando se presente la conducta sintomática y dentro de un horario fijo. Describirá con exactitud en qué consistirá la tarea y, si lo juzga adecuado, dará una explicación lógica que la haga parecer razonable.
5. *La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema.* El paciente cumplirá la tarea con exactitud, cada vez que deba hacerlo, y la ordalía continuará hasta que desaparezca la conducta sintomática: debe ser un contrato de por vida.
6. *La ordalía está inserta en un contexto social.* Es un procedimiento que compele a un cambio y eso trae consecuencias. El terapeuta debe ser conciente de que los síntomas son un reflejo de cierta confusión existente dentro de una organización social, por lo general, una familia. La existencia de un síntoma indica que la jerarquía de una organización es incorrecta. En consecuencia, cuando un terapeuta resuelve un síntoma de esta manera, está forzando un cambio en una organización compleja, anteriormente estabilizada por el síntoma.

Hasta aquí se ha referido al procedimiento de ordalía como una técnica terapéutica que puede considerarse uno de los muchos tipos de intervención posibles, destinados a provocar un cambio (Haley, 2006).

Metáfora

La metáfora es cualquier historia o recurso de la lengua que implique una comparación. Incluye comparaciones sencillas o símiles, así como alegorías, historias y parábolas. Son historias con muchos niveles de significado. Explicar una historia de forma elegante, distrae la parte conciente y activa una búsqueda inconsciente de recursos y significados. Erickson usaba mucho las metáforas con sus pacientes, es una forma excelente de comunicarse con alguien en trance (O'Connor & Seymour, 1992).

Según de Saint Paul & Tenenbaum (1996) “existe una «ley» muy conocida entre los ericksonianos: el grado de indirección de la intervención debe ser proporcional a la resistencia del sujeto” (p. 239-240). Esto quiere decir que si el sujeto está preparado para cambiar, de nada sirve ser indirecto: se pueden decir las cosas simples y llanamente o, de forma eventual, explicar una historia cuyo paralelismo está tan claro para el sujeto como para el narrador. Por el contrario, cuanto más a la defensiva se encuentre la persona, más necesario se hace ocultar el sentido del mensaje, de forma que sólo e inconsciente lo pueda captar.

Se trata de que la persona elabore su propia significación a partir del paralelismo que se le propone. La idea básica es que, contando historias, se puedan sugerir estados internos (De Saint Paul & Tenenbaum, 1996).

Anécdota

Uno de los signos distintivos del método de Erickson (Citado en Zeig, 1998) fue su uso de las anécdotas como instrumento didáctico y terapéutico. Llegó a adquirir renombre por sus precisas y focalizadas comunicaciones, adaptadas a cada paciente. Este recurso constituía un empleo sumamente elaborado y eficaz de la comunicación verbal.

Se define a la anécdota como una breve narración relativa a un suceso o incidente interesante o divertido. Las anécdotas pueden ser ficticias, pero también pueden ser relatos o crónicas de genuinas experiencias y aventuras vitales. La abrumadora mayoría de las anécdotas que contaba Erickson (Citado en Zeig, 1998) eran descripciones verídicas de sucesos de su vida y de la de sus familiares y pacientes.

Mediante el uso de anécdotas puede establecerse una opinión de manera memorable y potente. Teniendo en cuenta la estructura de la memoria humana, es más sencillo recordar el tema de una anécdota que si eso mismo fuera dicho en una enunciación común. Las anécdotas quedan fijadas en el recuerdo, al hacer que ideas sencillas cobren vivacidad.

A continuación se enumeran algunos usos adicionales de las anécdotas (Zeig, 1998):

1. Las anécdotas pueden ser usadas como técnicas de edificación del yo, o sea, para edificar las emociones, el pensamiento y/o la conducta del individuo, ayudándolo a llevar una vida más equilibrada.
2. En sí mismas, las anécdotas son una forma infrecuente y creativa de comunicarse, y en tal sentido sirven como modelo de una vida mejor. El terapeuta alienta al paciente a vivir de una manera más flexible y creadora mostrándose flexible y creador en su propia comunicación.
3. Por su intermedio pueden estimularse y revitalizarse diversas pautas de sentimiento, pensamiento y acción, ayudando al individuo a tomar contacto con un recurso personal que antes le había pasado inadvertido. Erickson nos advierte que los pacientes han evidenciado, en el pasado, que poseen los recursos para resolver el problema que traen a la terapia, y las anécdotas se utilizan para recordárselo.
4. Las anécdotas pueden servir para desensibilizar a un paciente respecto de sus temores. Al trabajar con fóbicos, mediante una serie de anécdotas se aumenta y disminuye alternadamente la tensión, y así decrece el temor.

Para finalizar, las anécdotas pueden emplearse por muy diversas técnicas en cualquier clase de psicoterapia y también durante la inducción formal y natural y en el curso de una hipnosis.

Paradoja

Se entiende por paradoja una aserción inverosímil o absurda que se presenta con apariencia de verdadera, que consiste en emplear expresiones o frases que encierran una contradicción.

Un ejemplo claro es la paradoja del «sé espontáneo», que se trata de una paradoja real, limpia, conforme a todas las exigencias de la lógica formal. Hacer algo espontáneamente porque lo mandan, es tan imposible como olvidar a propósito o dormir profundo intencionadamente. O uno actúa espontáneamente a su libre albedrío o cumple una orden y por tanto no actúa espontáneamente. Desde la pura lógica uno no puede hacer las dos cosas a la vez (Watzlawick, 1985).

El uso terapéutico de la paradoja es crear una situación que no pueda ser resuelta aplicando la lógica, sino únicamente modificando el mapa interno del mundo con creatividad o mediante un cambio de segundo orden.

Las intervenciones paradójicas obligan a la familia a desarrollar enfoques nuevos y creativos para resolver problemas viejos, lo cual puede llevarlos a adoptar nuevas formas de individuación y de relación.

Cuento

El cuento es una configuración en el tiempo, real o ficticia que se puede aplicar en la terapia. Si la configuración del cuento coincide con el mundo que tiene el paciente o la familia, es muy importante para las relaciones interpersonales y permite, en consecuencia, una interpretación o reencuadre del mapa interno de la familia o el paciente.

Erickson (Citado en Rosen, 1991) utilizaba los cuentos en sus terapias, aplicaba ciertos principios para conseguir la atención del paciente a través de la sorpresa, shock, duda y confusión, con el uso de implicaciones, preguntas, juego de palabras y humor en sus historias. Cada historia tenía una estructura y trama, a menudo con una sorpresa final. Frecuentemente las historias se estructuran a un clímax, seguido por una sensación de alivio y éxito.

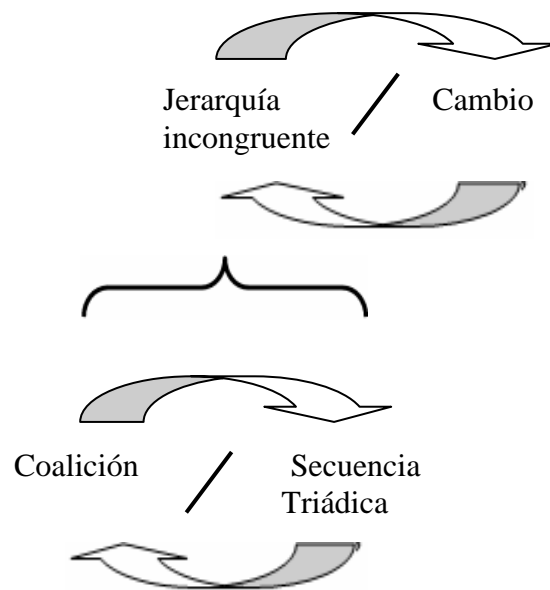
En un nivel óptimo, el cuento como metáfora brinda al paciente o familia la posibilidad de identificarse con los personajes, ampliar su perspectiva del problema e introducir puntos de vista nuevos para su solución.

Hasta este punto se ha descrito a grandes rasgos, la forma en cómo se lleva una terapia estratégica, desde la estructura de la primera entrevista, incluyendo las etapas de ésta; la forma en que se hace intervención, incluso con las directivas, ya sean directas o indirectas; y algunas técnicas utilizadas en la aplicación de la terapia estratégica, explicando, en algunos casos, las etapas que se presentan dentro de la técnica. .

3.4 Análisis cibernético del modelo de la escuela estratégica de Jay Haley

La terapia de Haley, como la del MRI, comienza por fijar un foco claro sobre el problema que se ha de tratar. Haley lo considera conectado a una secuencia de acciones que suponen la interacción de tres personas como mínimo. Si en efecto esa interacción se produce dentro de un contexto de relaciones sociales triádicas, se podría considerar que el sistema de relaciones se modificará con más facilidad (Keeney y Ross, 1985).

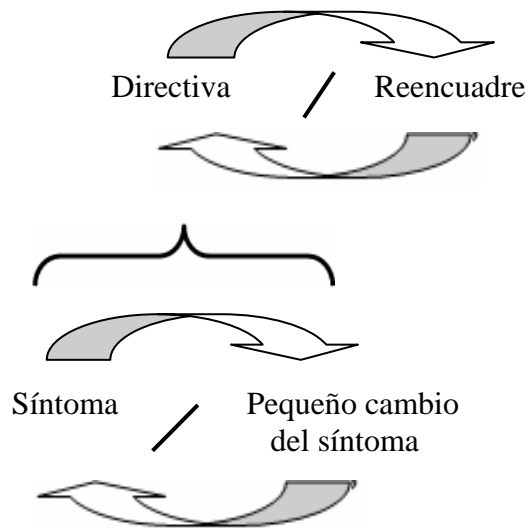
Pauta



Haley (citado en Keeney y Ross, 1985) prescribe al terapeuta construir una perspectiva en que se discernan relaciones sociales triádicas. Desde luego, es este el distingio fundamental en la terapia de Haley. A fin de detectar relaciones sociales triádicas, hay que hacer que la familia o el grupo social interactúen frente al terapeuta. Con esa escenificación, el terapeuta puede distinguir la organización secuencial de su conducta social.

Haley (citado en Keeney y Ross, 1985) introduce lo que a su juicio es una de las ideas centrales de su teoría: la noción de jerarquía. Entiende que las ideas de organización social y de jerarquía son indiscernibles. Por referencia a la familia, las personas se diferencian en función de generaciones, ingresos, destrezas, etc. A fin de comprender el modo en que se organiza esta jerarquía, propone una clave para el diagnóstico de sistemas perturbados: “una organización está perturbada cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas. Por *coalición* entiende un proceso de acción conjunta *contra* un tercero” (pág. 138)

Análisis de la intervención



La estrategia terapéutica de Haley se puede considerar basada en diferentes formas de intervención, lo que él llama *directivas*. Como le interesa conocer el estado actual de organización de una familia, tiene que provocar a sus miembros para que actúen, y así ver cómo operan. En estas directivas la comunicación que la familia hace acerca de su problema se utiliza a su favor de poder producir un cambio de organización. Refiramos esto a las comunicaciones múltiples: *estabilidad* denota prescribir las descripciones que la familia hace de sus problemas, mientras que *cambio* denota el abordaje que el terapeuta emplea para modificar la estructura familiar (Keeney y Ross, 1985).

Las directivas impartidas pueden ser directas o paradójicas. Las directivas directas se planean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar. Las intervenciones del terapeuta tienen como propósito involucrar a integrantes de la familia que permanecían desligados, promover el acuerdo mutuo y los buenos sentimientos hacia los demás, aumentar los intercambios positivos, suministrar información a la familia, y ayudarla a organizarse de modos más funcionales mediante la fijación de reglas, la definición de las fronteras generacionales y el establecimiento de objetivos individuales y de planes destinados a alcanzar los objetivos (Madanes, 1989).

3.5 Caso clínico

Descripción del problema

Vianey, 25 años.

El problema que presenta la paciente es en cuanto a su situación económica, lo llama “un problema de estrategia” pues el sueldo que gana no le alcanza para todos sus gastos. Trabaja en un Call Center y coordinando 1 revista (hace apenas 1 mes).

No le gusta pedir dinero a sus papás, sin embargo tuvo que hacerlo para poder pagar algunas cosas. Debido a esto sus papás continuamente le dan dinero, pero a ella no le gusta, ya que cree que se lo dan porque ven que no puede con sus propios gastos. Es por esto que espera que le suban su sueldo, pues está muy limitada con el dinero “si me gasto un peso de más todo se desajusta”.

Menciona que durante su trabajo pasado, estuvo ahorrando y fue con eso que pagó la mensualidad del diplomado. Actualmente se siente tensa y de mal humor, pues siente que se va a confiar y volverá a pedir dinero a sus papás o a su novio, a quien frecuentemente recurre, pues dice que con él no le molesta hacerlo porque sabe que es un préstamo y tiene que pagárselo.

También hace tarjetas, pero no ha tenido tiempo de hacer más para venderlas.

En sus propias palabras dice que “el dinero siempre me alcanza, el problema está en que mis papás entran y rescatan la situación, lo cual me hace sentir mal y lo que quiero es lograr no valerme de ese apoyo”.

En cuanto a las posibilidades de solución, aceptó estar dispuesta a cualquier cosa:

3.4 Cambiar de trabajo

3.5 Comprometerse con los tiempos.

3.6 Sin embargo, no estaría dispuesta a recibir dinero de sus papás, solamente de su novio porque estaría comprometida a pagarle.

Pauta

1. Elige hacer un gasto, por ejemplo, el diplomado, pues creyó que encontraría otro trabajo.
2. La situación no es como la imaginaba, el plan no funciona, hay topes: no encontrar trabajo, el hacer tarjetas y tardar en iniciar las ventas.
3. Tiene una idea recurrente de pensar que el plan pasará como piensa.
4. Se da cuenta que eso no es cierto.
5. Le dan la ayuda sus papás
6. Se siente mal consigo misma. “Siento que me endeudo”

7. Comienza una preocupación y ansiedad de ganar dinero. Llega un período de estrés, el cual la hace obtener dinero, ya sea vendiendo tarjetas, o bien que sus papás o su novio le den dinero el cual ella lo toma como prestado.

7. Paga ese dinero con la ganancia de las tarjetas y con lo que junta de su sueldo

8. Fin y se repite.

Intervenciones

Ordalía

La primera intervención que se hizo fue al preguntar si estaría dispuesta a hacer cualquier cosa para solucionar el problema, a lo que respondió positivamente y por lo cual se planteó una ordalía para tener el tiempo de hacer sus tarjetas y obtener una entrada más de dinero.

Primero se indagó sobre las actividades que realiza durante el día: se va a trabajar y al salir se va con su novio y llega a casa entre las 11 y 12 de la noche pero se queda con él un rato más afuera de su casa.

La ordalía consistía en que si realmente necesitaba obtener una cantidad más de dinero, tendría que comprometerse con los tiempos (como ella lo mencionó) para hacer tarjetas y venderlas. Por lo tanto se le propuso que por las noches, al llegar a casa, en lugar de quedarse afuera con su novio, se metiera a hacer tarjetas. La cantidad, los días y el tiempo para hacer las tarjetas se le dejaron a su decisión, dependiendo del dinero que quisiera obtener. Al terminar de decirle en qué consistía la ordalía mencionó que le sería difícil que al estar con su novio afuera de casa decirle que se tenía que meter a hacer tarjetas porque en la noche es el único momento en que puede verlo, pero le dije que ella en un principio dijo que estaba dispuesta a hacer cualquier cosa, por lo tanto tenía que cumplirlo.

En la sesión siguiente comentó que habló con su mamá, pues le habían dado \$1000 pesos, entonces le dijo que quería decirle algo importante: “ya no quiero que me den dinero, ten en cuenta que ya voy a poder pagar el diplomado, ya no quiero que se estén preocupando por darme dinero, y me dijo que entonces ocupara eso que me habían dado en lo que yo quisiera, y le dije ¡no!, y como que se molestó y me dijo que si no lo iba a querer lo dejara en el tocador y lo que hice fue ir a dejárselos con una notita que decía: gracias por su apoyo, porque ya era suficiente con el apoyo que me daban dándome de comer, dándome un lugar donde dormir y por todo el apoyo emocional. Me dio gusto y me sentí bien, y dije: de todos modos si puedo voy a hacer tarjetas.

Lo que hizo fue no gastar en los pasajes porque su novio va por ella a su trabajo, entonces sólo se gasta la mitad. Apartó dinero para la tanda y para hacer un poco de tarjetas.

Dijo que había pensado en hacer algo más para recibir otra entrada, aprender a hacer adornos con globos para las fiestas, pues fue a una y se dio cuenta que no es tan difícil, y que no invertiría tanto tiempo en ello, más que viernes y sábados. Se lo comentó a su novio y les pareció buena idea, entonces comenzaría a ver sobre eso.

Mencionó que no hizo lo de la ordalía porque se había dado cuenta que no puede hacer las tarjetas por presión porque se decía “tengo que hacerlo” pero que no pudo porque es cuando ella quiera, porque dice que siempre llega como un momento en el que se siente inspirada para poder hacerlas y hasta disfruta haciéndolo, entonces si se esforzaba no las podía hacer porque no se le venía ninguna idea, no le salía algo espontáneo, y por eso no logro hacerlas.

A pesar de esto reconoce que el hecho de no hacer las tarjetas la llevó a tener que hablar con su mamá para decirle que ya no le den dinero porque de esa manera ella se veía presionada a tener que hacer las tarjetas pero se dio cuenta de que sólo las puede hacer cuando está inspirada o tiene alguna idea. Que le ayudó a dejarles en claro que ya no va a necesitar nada de dinero. También le ayudó que un día estuvieron platicando sus papás, su novio y ella y él mencionó que la apreciaba porque veía que ella quería tener lo propio y que estaba luchando por eso y que él haya dicho eso fue muy bueno para ella porque de esa manera ella se daba cuenta de que él notaba eso sin que ella se lo haya dicho, y pues había servido para que sus papás se dieran cuenta también de lo que estaba logrando por sí misma. Y debido a esto se ha sentido muy bien pues su mamá aceptó que no le den dinero y porque su novio reconocía esta parte de ella.

Paradoja

Se le dejó una tarea, la cual consistía en darles un regalo a sus papás para así demostrarles que sí está logrando solventar sus gastos por ella misma, podría ser desde algo muy sencillo, pero debía incluir una notita como la que había hecho antes, diciéndoles que ese regalo era para demostrarles que está teniendo el dinero suficiente y que está logrando valerse por sí misma, y de paso incluir un agradecimiento hacía ellos.

En la sesión siguiente llegó diciendo que estaba muy bien, pues su grado de paciencia y perseverancia había aumentado. Seguía con lo de los globos, estaba en planes de ya comprar la bomba y los globos, hacer el diseño de la propaganda y comenzar a pegarla. Le motiva hacer lo de los globos porque está muy animada a juntar dinero para irse de vacaciones con su novio. En ese momento estaba “sola” porque su novio había chocado y debido a eso no tenía la oportunidad de pedirle algo.

Mencionó que lo del regalo a sus papás no lo había hecho porque el dinero lo ha invertido en lo de los globos, pero que la próxima quincena esperaba hacerlo. En cuanto a sus papás, ya no le han dado dinero, sólo una vez, pero fue para que desayunara, por eso lo aceptó.

Anécdota

En esta sesión, le conté una anécdota, donde el mensaje principal fue que a veces cuando los papás nos ven que tenemos dificultades con algo, nos ofrecen su ayuda, pero que en ocasiones nos molesta porque no nos queremos ver impotentes hacía esa situación, se lo planteé diciéndole que una amiga que es madre soltera, no aceptaba que su mamá le ayudara económicamente con su hija, pues la hacía sentirse como una “mala madre” por no poder darle todo lo que quería a su bebé, sin embargo tiempo después lo acepto de buena manera porque se dio cuenta que le era muy difícil en ese momento trabajar, estudiar y cuidar a su niña, no sin antes decirle que en cuanto terminará con los estudios, se pondría a trabajar y le pagaría todo lo que le había dado a su bebé; después de 1 año, ella está trabajando y también colabora con los gastos de la casa a manera de agradecimiento por su ayuda.

Resultados

Finalmente en la última sesión, mencionó que se encontraba “mas o menos. Han pasado algunas cosas”. En cuanto a su familia todo estaba perfecto. Aminoró la percepción que tenía de que no tenían que darle absolutamente nada. Su mamá le dijo que le quería comprar ropa, pues no iba a poder irse con ellos de vacaciones, que lo aceptará porque ella lo quería hacer y sí se lo aceptó.

En su trabajo es donde ha andado mal, pues ha estado enferma y que aparte no se lleva muy bien con las chicas que también laborar ahí. Pensó en buscar otro trabajo, de hecho, mandado un currículo. Y en su trabajo le dijeron que posiblemente dejaría de trabajar ahí por cuestiones del dinero, pues habría recorte de personal. Pero seguiría con lo de la revista. No se sintió mal porque de todas formas ella iba a renunciar, lo que le preocupa es que de donde va a sacar dinero, ahorita para lo que tiene es para el diplomado nada más. Y por otra parte lo ve como que va a estar en su casa más tiempo y que continuará con lo de los globos. También hizo un convenio con su novio, ella hará paquetes de pinturas y él los venderá con sus amistades.

Al preguntarle en qué número se encontraba en la escala del cero al diez, mencionó que en 9.7. No llegaba al 10 porque en ese momento le preocupaba cómo iban a reaccionar sus papás cuando les dijera que dejaría de trabajar. Pero finalmente sí se había llegado al objetivo de la terapia, pues modificó la forma de ver que le den dinero, aunque en esta ocasión no había sido dinero, sino ropa.

Lo que más le ayudó fue el compromiso de tener que hacer lo de la ordalía, pero como no logró hacerla la llevó a tener que hablar con su mamá de que ya no quería recibir el dinero que le daban.

En cuanto a lo que no le haya servido, dijo que no podía identificar algo porque finalmente todo sería para su bien.

CAPITULO 4 ESCUELA DE MILAN

4.1 Principales exponentes

La escuela de Milán se sitúa en el contexto de una evolución constante en el campo de la terapia de los sistemas familiares. En 1967, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin se incorporaron a un grupo de investigadores (Severino Rusconi, Simona Tacan, Gabriela Chistoni, Paolo Ferraresi y Giuliana Prata), organizado por Mara Selvini Palazzoli, analista de niños en Milán, Italia. El grupo se proponía tratar niños gravemente perturbados, junto con sus familias. Su orientación era psicoanalítica y en un principio se debatieron con el problema de la manera de aplicar los conceptos analíticos de las familias.

En 1971, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin se escindieron del grupo original, con el propósito de trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar o, como lo llamaron después, *sistémico* (Boscolo, et.,al., 1987).

En 1972, el grupo quedó impresionado por los informes acerca del tratamiento y la investigación de familias que se realizaban en los Estados Unidos bajo la inspiración de Gregory Bateson. Durante la década de 1950, Bateson participó en un proyecto sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia, en Palo Alto, California; quien genera su teoría del *doble vinculo* que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. También, sobre el grupo de Milán influyó enormemente la obra del MRI, en particular el libro de Paul Watzlawick, Don Jackson y Janet Beavin *Pragmatic human communication*, publicado en 1967.

La idea inicial, aquella que funda toda la nueva investigación y práctica clínica, en el fondo, relativamente elemental, se trata de pasar del estudio del individuo, al estudio de la comunicación de las relaciones en la familia que presente un elemento en determinados síntomas.

El principal contexto con el que se trabajaba dentro de la escuela de Milán era la familia. Su tesis decía que si se conseguía modificar las pautas de interacción dentro de la familia, la conducta problema cambiaría igualmente.

Estas influencias llevaron a Selvini Palazzoli y su grupo a asumir durante muchos años una orientación de tipo comunicacional. Con este término se subraya que en el estudio y en la

terapia de la familia se partía de observaciones referentes al estilo comunicativo; se cuidaba en primer lugar la claridad de los mensajes y por tanto la capacidad de metacomunicar, el modo de calificar los mensajes propios y los de los demás (Selvini, 1990).

Si bien las familias esquizofrénicas se comunicaban en general de una manera más bien confusa y desarticulada, se observó que esto no se podía generalizar a todas las familias esquizofrénicas y, cosa más interesante aún, la misma familia, muy confusa en una sesión dada, podía llegar a ser absolutamente transparente en otra.

En el proceso de investigación de Selvini Palazzoli se hacen una serie de tentativas de definición teórica que giran alrededor de algunas acepciones de la idea de juego, diferentes entre sí, sin que por ello llegue a una definición clara. El concepto de juego deriva de un principio de los conceptos de sistema y de reglas, y en particular de la observación de que un sistema nunca presenta toda la gama de conductas posibles, sino que exhibe, de modo repetitivo, determinados fenómenos. En otras palabras, se puede decir que un sistema presenta fenómenos de redundancia o que vincula las acciones de sus componentes

El intento de razonar en términos de juego, es interrogándose acerca de quién juega a qué y qué juego constituía un experimento mental útil para seguir analogías y comparaciones que nunca hubieran surgido ni del estudio de los sistemas de comunicación, ni de la comparación con otros tipos de sistemas. Preguntarse quién juega significa averiguar cómo se desarrolla la “partida” en los niveles supraindividuales, para comprender así si sólo tiene lugar dentro de la familia nuclear o si pasa a través de otros sistemas ampliados, como la familia extensa, la escuela o el lugar de trabajo. Estudiar el juego significa analizar los mitos, las creencias, los estereotipos, las modas compartidas por el grupo, es la atención a la secuencia de los movimientos del individuo. El individuo tiene su propio juego, una estrategia autónoma, aunque indisolublemente intertrabada con el juego en curso en el nivel familiar y en los niveles superiores.

Cuando empezaron a trabajar juntos, los integrantes del equipo estaban de acuerdo en varias ideas, su teoría de la patología derivaba en gran parte del proyecto de Bateson centrado en la comunicación de doble vínculo. También seguían a Bateson en describir la cuestión central, para el caso de las familias con un miembro esquizofrénico, como una epistemología equivocada (Boscolo, et., al., 1987).

El grupo de Milán, como lo describe Boscolo y sus colaboradores (1987), elaboró sus propias formulaciones:

1. Las familias en transacción esquizofrénica (así llamaba el grupo a su población objetivo) participaban en “juegos” familiares no reconocidos.
2. En estos juegos, sus miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas.
3. La tarea del terapeuta es poner de manifiesto estos juegos e interrumpirlos.

De este modo, la terapia familiar, tal como la ha experimentado Selvini Palazzoli, ha incluido desde un principio el trabajo de equipo en un ambiente particular: uno o dos terapeutas trabajan frente a frente con las familias, mientras el resto del equipo observa detrás de un espejo unidireccional supervisando a los terapeutas (Selvini, 1990).

Durante la mayor parte de la década de 1970, el grupo actuó como un equipo de terapia que se reunía dos días por semana, y veía, como promedio a dos familias por día. Cada sesión se dividía en cinco partes: reunión previa, entrevista, intervalo para debate, intervención, y debate final. En la reunión previa, el equipo formulaba una hipótesis preliminar acerca del problema queja de la familia. Sólo dos miembros del equipo entrevistaban a esta. Durante la entrevista propiamente dicha, los integrantes del equipo confirmaban, modificaban o sustituían la hipótesis. Al cabo de unos cuarenta minutos el equipo se reunía para discutir la hipótesis y llegar a una intervención. Luego, los terapeutas regresaban con la familia y pronunciaban la intervención, que podía consistir en una connotación positiva de la situación problema, o en un ritual que la familia debía cumplir; este último retomaba la situación problema y tenía como fin introducir un cambio en ella. Finalmente el equipo se reunía para analizar las reacciones de la familia y programar la próxima sesión

El equipo buscaba crear una hipótesis sistémica respecto a la modalidad con la cual la familia se había organizado en relación al síntoma o los síntomas presentados; las hipótesis por lo tanto debían corresponder a aquello que era definido como el “juego familiar”. Para ser eficaces, las hipótesis debían corresponder, en cierto sentido, al juego familiar, así como una llave corresponde a su cerradura (Boscolo y Bertrando, 2006).

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

- ✓ La familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayo y error. Es decir, que las familias son un grupo natural que tiene una historia durante la cual experimenta sobre qué está y no permitido en la

relación hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por reglas que le son propias.

- ✓ El problema o síntoma cumple una función, un patrón específico para el sistema familiar lo que paradójicamente dificulta el proceso de cambio. Así, las familias que son diagnosticadas como patológicas se rigen por un tipo de relaciones y normas peculiares y su comportamiento tiene características tales que permite mantener dichas reglas y por tanto las relaciones patológicas.
- ✓ La lógica de las intervenciones consiste en identificar el juego familiar y alterarlo. Las conductas sintomáticas son parte de las peculiares relaciones del sistema y para influir en ellas en términos de cambio, hay que intentar cambiar las reglas.
- ✓ El objetivo de la terapia es liberar a la familia de la rigidez de su sistema relacional y de creencias para que después sea ella misma quien encuentre el cambio conveniente.
- ✓ El objetivo de la intervención es romper la pauta relacional, introducir un mensaje contradictorio al funcionamiento paradójico de la familia.

Tomando en cuenta las premisas en las que se basa la escuela de Milán, a continuación se dará una descripción de los principios para la conducción de una sesión terapéutica desde el modelo de dicha escuela.

4.2 Técnicas y procedimientos

A partir de 1975 la formulación de hipótesis, la circularidad y la neutralidad, junto con las preguntas circulares, han asumido una posición central en la conducción de la sesión.

Como describen Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1990) por formulación o elaboración de hipótesis se entiende que es la capacidad del terapeuta para construir una hipótesis basada en las informaciones que posee. Con esa hipótesis el terapeuta determina el punto de partida de su propia investigación, efectuada de acuerdo con métodos aptos para comprobar su validez. El primer dato que se debe tener en cuenta es que nunca se inicia una sesión de terapia familiar partiendo de un nivel de información igual a cero. De acuerdo con esta práctica, antes de la primera sesión disponemos ya de algunas informaciones tipo reunidas normalmente por un terapeuta y obtenidas durante el contacto telefónico.

La hipótesis ocupa una posición central entre los medios que se dispone para organizar el trabajo de investigación. Su función esencial es la de proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la conformarán, refutarán o modificarán (Selvini, et., al., 1990). Sigue siendo un instrumento útil en la conducción de la sesión, por cuanto permite al terapeuta conectar las informaciones, los significados y las acciones que surgen en el diálogo, según las coordenadas de tiempo y espacio de otros puntos de referencia eventuales (Boscolo y

Bertrando, 2000). La elaboración de hipótesis es interesante porque propone la idea de que la terapia es una operación de investigación emprendida juntamente con la familia.

La hipótesis como tal no es verdadera ni falsa, sino más o menos útil. No existirá la verdad como tal sino sólo el intento de un observador de construir junto con la familia, una hipótesis de trabajo que infunda sentido al problema dentro de su contexto. Por consiguiente, la hipótesis debe de ser *sistémica*, o sea que debe explicar todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre sí. Como no se intenta averiguar la verdad o falsedad de la hipótesis, lo importante es que demuestre ser útil, en el sentido de que conduzca a una nueva información que haga avanzar a la familia (Boscolo, et., al., 1987).

Incluso una hipótesis que luego resulta errada aporta de algún modo informaciones, por cuanto permite excluir una determinada cantidad de variables que habían parecido posible. Uno de los criterios guía para sopesar la validez de una hipótesis sobre el juego familiar, consiste en confrontarla con la percepción que los familiares tienen el problema. Todo psicoterapeuta parte del supuesto de que no hay que permitir que el cliente siga definiendo el problema de modo repetitivo, sobre la base de alguna de las puntuaciones y prejuicios construidos con el transcurso del tiempo. Aquel que solicita una psicoterapia ha agotado ya las posibilidades de solución que su visión del mundo le ofrecía. El objetivo del terapeuta es pues impedir que se siga definiendo el problema de ese modo. Así como también es importante valorar la aceptabilidad de las hipótesis y seguir cambiándolas con el tiempo, para enriquecer el discurso con diferentes tanteos y puntos de vista alternativos, como también para no caer en la objetivación, es decir, en la trampa de la “hipótesis verdadera”, que introduciría rigidez y cerraría el discurso. (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1990).

En 1977, el modelo que Boscolo y Cecchin comenzaron a enseñar tuvo una influencia que los condujo a un cambio, esto fue el desarrollo del interrogatorio circular. Inicialmente la técnica empleada por el grupo en sus entrevistas era libre y no seguía ninguna orientación en particular. Utilizaban simplemente la sesión para llegar a una hipótesis que describiera el problema. El diálogo con la familia ocupaba un segundo plano respecto del diálogo entre los miembros del equipo. Hacia 1970, Boscolo y Cecchin descubrieron que, en vez de interesarse por las complejas prescripciones paradójicas, querían informarse acerca de la conducta de los terapeutas. Este desplazamiento del centro de atención, de la conducta familiar al terapeuta, dio lugar a la elaboración de una técnica específica de interrogatorio que el grupo denominó *interrogatorio circular* (Boscolo, et., al., 1987).

Por circularidad entendemos la habilidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de las realimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y, por ende, de las diferencias y los cambios. Lo que llamamos circularidad, es pues, la conciencia, o más exactamente, la convicción de poder obtener de la familia (y por consiguiente dar a la familia) informaciones auténticas, sólo si trabajamos con estos fundamentos: la información es una diferencia; y, la diferencia es una relación (o un cambio en la relación). Sin embargo, es necesario otro recurso para ayudar al terapeuta a trabajar enseguida en función de la complejidad: todo miembro de la familia será invitado a decir cómo ve la relación entre los otros dos miembros de la familia. Se trata, en definitiva, de indagar de qué modo ve un tercero una relación didáctica (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1990).

El tercero de los principios para la conducción de la sesión es el principio de neutralidad, quizás el menos comprendido de todos cuantos usa el grupo de Milán. En un nivel, parece ser un modo de traducir en términos humanos la idea de Bateson de que, si un sistema se percibe de manera sistémica, debe asignarse el mismo peso a todas sus partes. En realidad se trata de adoptar varias posiciones más que de no adoptar ninguna. El grupo de Milán afirma que si un terapeuta logra mantenerse neutral durante una sesión, los miembros de la familia entrevistada no podrán decir que se puso de parte de uno de ellos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

El hecho de emitir un juicio cualquiera, sea de aprobación o desaprobación, implica, implícita e inevitablemente, una alianza con alguna de las partes. También ponemos especial cuidado en captar y neutralizar lo antes posible cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada con nosotros realizada por algún miembro o subgrupo de la familia. En efecto estamos convencidos de que el terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida en que se coloque y mantenga en un nivel diferente (metanivel) del de la familia (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1990).

En conclusión, *elaboración de hipótesis*, se tradujo en un proceso de evaluación; *interrogatorio circular*, en una técnica de entrevista, y *neutralidad*, en una postura terapéutica básica (Boscolo, et., al., 1987).

Tomando en cuenta el planeamiento de una sesión terapéutica, es conveniente dar algunos tipos de técnicas que se utilizan dentro de la sesión para poder lograr un cambio dentro de la terapia, tomando en cuenta el principio del juego familiar, ya que para poder mantener una homeostasis familiar es conveniente modificar las reglas familiares, sin dejar de lado las opiniones de los

demás integrantes de la familia. En los siguientes párrafos se mencionaran las principales técnicas utilizadas.

Connotación Positiva

Según Boscolo y sus colaboradores (1987) la invención más eficaz del grupo de Milán y aquella que introdujo una nueva Gestalt terapéutica fue la connotación positiva. Una connotación positiva es un mensaje por medio del cual el o los terapeutas comunican a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto.

Tiene dos finalidades terapéuticas:

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

Paradoja

Para Milán el concepto de paradoja es sólo un recurso para explicar las situaciones relacionales contradictorias. Las paradojas terapéuticas son tácticas y maniobras que en apariencia se oponen a los objetivos de la terapia pero que en realidad se adoptan para alcanzarlos. Radica en la oscilación establecida entre las posiciones “ganar” y “perder” (Boscolo, et., al., 1987).

Las interacciones terapéuticas paradójicas son aquellas que: Prescriben explícitamente el síntoma; recurren a elogiarlo; lo connotan positivamente; fomentan el síntoma; se muestra preocupación porque pueda desaparecer muy pronto

Rituales

Un ritual es un ordenamiento de la conducta en el seno de la familia para determinados días o momentos (Boscolo, et. al. 1987).

Los rituales son prescripciones que cambian las reglas de una familia sin dar explicaciones. La familia que se somete al ritual familiar adquiere una nueva experiencia, distinta de la que antes tenía, porque el ritual propone normas que difieren de las anteriores, o más bien, contradicen las preexistentes. El ritual requiere, por única vez o de modo reiterado, poner en práctica conductas cuyos tiempos, lugares, formas y modalidades se especifican. Prescribe algo que deben hacer todos los miembros de la familia nuclear. Nadie debe quedar excluido (Selvini, 1990).

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

- 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 (pasar del “pensar” al “hacer”).
- 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.
- Favorece la armonización de los tiempos individuales y colectivos, a veces incluso introduciendo secuencias de comportamiento que habían sido canceladas.
- 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 esto el ritual debe ser críptico, de tal modo que la familia pueda atribuirle sus significados.
- Es notoriamente distinto de la vida cotidiana de los clientes. Por ello, es necesario que se prohíba hablar entre ellos de lo que sucedió en el curso del ritual, sino hasta cuando estén de nuevo en la próxima sesión.

Los rituales especifican ya sea los aspectos formales como los de contenido y por lo tanto son únicos e irrepetibles. La prescripción ritualizada, en cambio, especifica los aspectos formales de la prescripción pero no el contenido, proporciona de esta manera una estructura formal utilizable con muchas familias en muchas circunstancias diferentes.

Interrogatorio circular

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 entrega al otro la tarea de atribuir los significados de cuándo ha sido dicho, reduciendo por naturaleza el tono autoritario o paternalista que está frecuentemente presente en la conversación terapéutica. Entre las preguntas, son de particular importancia y significado las preguntas circulares.

El concepto de preguntas circulares se ha confundido a menudo con el concepto de circularidad antes expuesto. Las preguntas circulares fueron inicialmente definidas de este modo porque, en el contexto de la terapia familiar, el terapeuta hacía preguntas por turno a los diferentes miembros de la familia sobre las conductas de dos o más de los otros miembros. De esta manera el terapeuta trataba de construir un mapa de la familia como red de relaciones interconectadas, y el modo más eficaz de crear un mapa semejante parecía ser el de formular preguntas que pudieran mostrar diferencias.

Para profundizar más en el proceso, podemos decir que la información obtenida con las preguntas circulares es recursiva: tanto los clientes como el terapeuta, a través de las preguntas, cambian constantemente su comprensión sobre la base de la información ofrecida por los otros. Este tipo de preguntas informan respecto de las diferencias, las nuevas conexiones entre las

ideas significados y comportamientos. Pueden contribuir a cambiar la epistemología, o bien las premisas personales, las tesis inconscientes de los diferentes miembros de la familia. Las preguntas circulares se convierten así en una intervención, quizá la más importante para el terapeuta sistémico (Boscolo y Bertrando, 2000).

4.3 Modalidad de tratamiento

Después de haber descrito los principios para la conducción de una sesión y de las técnicas, nos acercaremos a la descripción del proceso terapéutico. Nos ocuparemos principalmente de la primera sesión, que es de particular importancia y que en cierto sentido se diferencia de las otras. Es una sesión de evaluación, de consulta, cuyo objetivo es determinar si existe o no una indicación de terapia, y con ello, evaluar cuál terapia sería más apropiada (Boscolo y Bertrando, 2000).

Principalmente se le pide al solicitante que acuda al primer encuentro con toda la familia. A veces la persona que establece el contacto rechaza la invitación a presentarse con la familia y pide venir sola a la primera cita. Naturalmente su pedido es aceptado. Por lo tanto en la primera sesión de evaluación pueden estar presentes la persona que la ha pedido, la familia con o sin el paciente designado, o la pareja de progenitores o de cónyuges.

La primera sesión es frecuentemente más larga que las otras; pueden durar incluso una hora y media, mientras que las otras suelen durar incluso una hora. En ella se examina al sistema significativo, como ha venido desarrollándose con el tiempo, en conexión con el problema presentado. Anticipamos que el proceso evaluativo (o diagnóstico) no es diferente de la terapia por cuanto pedimos informaciones y damos informaciones.

Cuando entramos en la sesión tenemos a nuestra disposición una ficha, compilada en el momento del primer contacto, que contiene las informaciones básicas sobre el enviante, sobre los miembros de la familia y sobre el problema presentado.

El terapeuta tiene dos preguntas a las cuales la sesión deberá dar respuesta: qué ha llevado a esta persona a buscar ayuda en este momento, y por qué ha acudido a mí. Comúnmente, la primera pregunta que formulamos es: ¿Qué lo ha traído aquí?, o bien: ¿Qué tiene para contarnos?, dejando que el cliente describa las razones por las cuales ha solicitado una opinión profesional.

Según Boscolo y Bertrando (2000) el trabajo más significativo concierne a la exploración de los significados que el cliente y los terceros atribuyen al cómo y al cuándo de los acontecimientos,

las dificultades y los problemas referidos. Se explorarán también las relaciones del cliente con sus sistemas de referencia. Estos datos se recogen a través de una serie de preguntas que se refieren a las experiencias, las descripciones y explicaciones del cliente y de las personas significativas con las cuales está conectado.

Después de haber explorado el presente del cliente, interesa conocer el pasado, es decir, la memoria del pasado, en busca de conexiones y continuidad con la vida presente. Además tratamos de evocar, con las preguntas hipotéticas, pasados posibles que puedan facilitar el surgimiento de presentes (y futuros) posibles, abriendo nuevas perspectivas evolutivas.

Hacia el final de la sesión se introduce el tema del futuro. Se pueden formular preguntas como: ¿Qué espera de este encuentro? ¿Qué desearía que cambiara en su vida?, o bien, ¿Cuál sería para usted el mínimo suficiente que debiera cambiar? ¿En qué creen ustedes que yo los puedo ayudar?, etc. Si formulan además preguntas hipotéticas sobre el futuro: “Supongamos que improvisadamente desaparecen todos sus problemas. ¿Qué cambiaría fundamentalmente en su vida? ¿Qué efecto tendría esto en los otros?, etc.

Al finalizar la sesión abandonamos un poco nuestra cautela y damos nuestro parecer respecto de la situación. En el caso de que consideremos que exista una indicación como para sugerir la terapia, lo comunicamos y, si los clientes aceptan, hacemos lo que se llama contrato terapéutico. Para alcanzar esta decisión, en general es suficiente la primera sesión. En otros casos, puede ser necesaria una segunda sesión de consulta.

Las sesiones siguientes, aunque con las debidas diferencias, se asemejan entre sí. El terapeuta comienza por preguntar al cliente qué tiene para contar hoy. Al comienzo de la sesión adopta la posición de oyente, que le permite hacer surgir en el cliente reflexiones, emociones y fantasías relativas a la última sesión, a la relación terapéutica y también a su vida presente. Con el desarrollo de la sesión, el terapeuta se vuelve más activo y explora junto con el cliente uno o más temas emergentes de importancia particular. Frecuentemente hacia el final se introduce el tema del futuro, a través de preguntas, metáforas, anécdotas, etc., y a veces se hace un comentario en forma de metáfora o de historia, que reconstruye los elementos de la sesión de un modo que pueda abrir nuevas perspectivas. El comentario a menudo se construye a partir de elementos surgidos durante la exploración de un tema que parece ser fundamental en la vida del cliente (Boscolo y Bertrando, 2000).

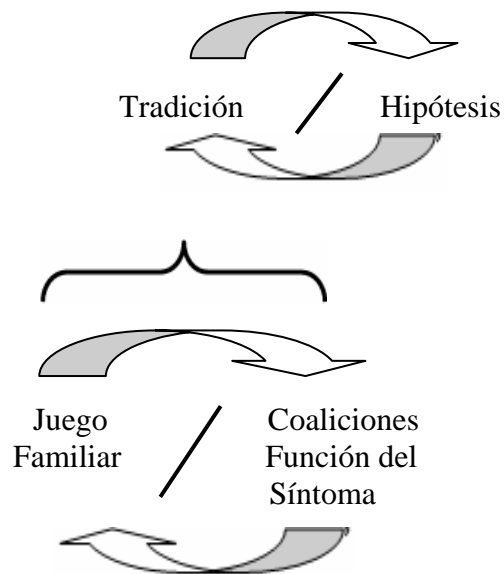
Recapitulando todo lo anterior, en una sesión terapéutica familiar es conveniente tomar en cuenta las premisas que propone el grupo de Milán, ya que es sobre éstas mediante las cuales se va a llevar a cabo una intervención, tomando en cuenta los principios base del modelo, como

son los del juego familiar, el tipo de comunicación existente entre los individuos, así como la opinión que tienen los integrantes con respecto a la problemática que está presentando la familia. De este modo será posible llegar a una solución mediante la modificación de las reglas familiares, claro, sin alterar la homeostasis con que cuenta la familia.

4.4 Análisis cibernético del modelo de Milán

El abordaje de Milán no es una terapia con foco principal en el síntoma o el problema, aunque toma en consideración esas comunicaciones. Se orienta, en cambio, al contexto de significado, que encuadra u organiza los síntomas. El propósito es descubrir una pauta de significado contextual, que sirva para concurrir a que el sistema perturbado se reorganice a sí mismo. Este proceso supone engatillar a la familia para que genere su propia solución (Keeney y Ross, 1985).

Pauta

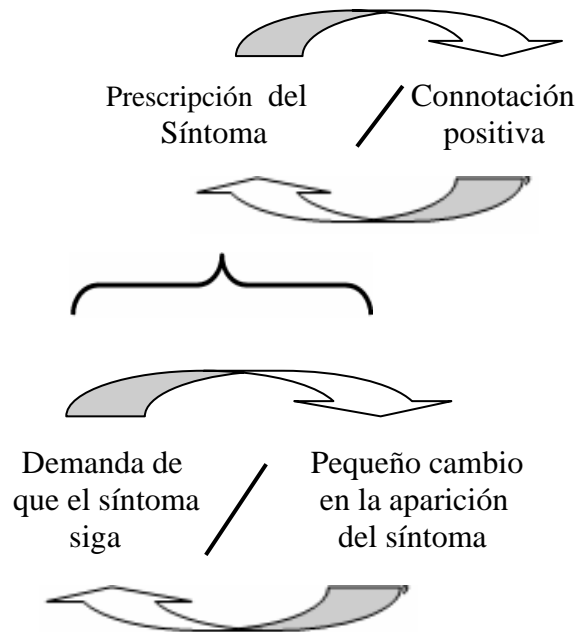


La terapia de Milán comienza una vez construida una hipótesis. Esta hipótesis es un marco semántico de referencia, que especifica por qué la familia opera, actúa, comunica o se presenta de una determinada manera. Procura además ser sistémica: intenta conectar las comunicaciones de todos los miembros de la familia de manera isomorfa a la pauta que, según la hipótesis, organiza a la familia entera.

La terapia de Milán no es sino una dialéctica entre las hipótesis de los terapeutas y las respuestas de la familia a las preguntas. La pauta que organiza la secuencia de preguntas de una sesión resulta en efecto plasmada por las pautas de coalición existentes en la organización actual

de la familia. Discernida esta pauta, confirmará, modificará o refutara la hipótesis (Keeney y Ross, 1985).

Análisis de la intervención



El equipo de Milán en ocasiones decide construir un orden de intervención diferente, orientado sobre todo a *connotar de manera positiva* la tendencia homeostática del sistema. Connota de manera positiva la lógica con arreglo a la cual un sistema problemático permanece estable; lo hace señalando que el problema de los miembros de la familia es de hecho una solución. Esto sugiere la posibilidad de que otras soluciones pudieran amenazar la estabilidad de su sistema. El abordaje de Milán considera que la familia requiere de una fuente de información nueva. Muchas prescripciones toman por referencia sucesos históricos y conexiones que proveen de una fuente de ruido significativo (Keeney y Ross, 1985).

4.5 Caso Clínico

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

Integrantes de la familia:

- Gonzalo de 36 años quien es el padre de familia con estudios de segundo de secundaria, auxiliar de maquila y empleado de la empresa CARSA.
- Elena del Carmen de 31 años, con estudios de tercer semestre en el colegio de Bachilleres y ama de casa.

- Gustavo de 13 años en segundo de secundaria.
- Brenda de 9 años en cuarto de primaria.
- Gonzalo de seis años en primero de primaria.

Problema:

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

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

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

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

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

Durante la reunión previa, antes de entrevistar a la familia, se plantearon las siguientes hipótesis:

1. Que su comportamiento de Gustavo era ese porque su papá se había ido a Estados Unidos, y que tal vez eso le causaba algún sentimiento por haberlos dejado solos.
2. El tío influye en su comportamiento porque tal vez Gustavo quiera ser como él.
- 3.

Principios.

Durante el caso se encontró la **Hipotetización**. Recordemos que no hay hipótesis ni verdaderas ni falsas, sino más bien útiles y empezamos la sesión con las siguientes:

1. El primo influye en la conducta de Gustavo.
2. Los cuidados, por parte de los padres, se relajaron y Gustavo opto por desatarse.
3. Se junta con otros compañeros igual de desatados.
4. El papá siente culpa por haberse ido a Estados Unidos y es tolerante con Gustavo.
5. Existe dificultad en los estilos de educación, es decir no hay un estilo de educación.

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

Otro fue en de **Circularidad** y se ve en la entrevista clínica al tratar de ver si las hipótesis antes mencionadas eran útiles al preguntar: cómo es que castigan a Gustavo, si es que se porta mal también en casa, si es que sus compañeros también se portan mal en casa, que consejos son los que le da el primo y si es que quiere ser como él.

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

- El primo influye en la conducta de Gustavo.
- Hay rebeldía en la escuela por la influencia del primo y los amigos porque en la casa los padres están más atentos a su conducta.
- Para Gustavo, el primo es un ejemplo a seguir y una sustitución de su padre.

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

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

Técnicas

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

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

La **connotación positiva** se utilizó al decirle a Gustavo y a sus papás que pensamos que actualmente la vida en la ciudad es muy difícil, como ellos mismos lo han mencionado, y que hay veces que necesitamos tener un comportamiento hostil fuera de la casa para defendernos, saber comportarnos fuera de nuestro entorno, dentro de casa tenemos la protección de mamá, de papá, etc. Lo cual nos lleva a que al estar afuera tengamos otro tipo de comportamientos, por ejemplo, el comportamiento hostil que tiene Gustavo, el cual lo lleva a practicar dentro de la escuela y ver como se tiene que desarrollar de diferente forma, por eso la preocupación de los papás de que se comporte de diferente manera, sin embargo ellos mismos se han percatado de la maduración rápida que ha llegado a tener, de que es un chico muy listo, inteligente y que en este caso él ha decidido utilizar el carisma para llevar a cabo esto de que la gente se acerque a él y pueda llamar la atención de esta manera.

Otra connotación positiva que se le hizo a Gustavo fue sobre las tradiciones del país, donde se le dijo que caracterizan porque en el norte, donde habitaban antes los chichimecas, eran personas no cultas, les valía todo, no tomaban conciencia de lo que hacían. Y en cambio en el centro es todo lo contrario porque se caracterizan de ser personas más cultas, inteligentes, les agrada estarse superando, y eso lo podemos notar cuando de otras ciudades llegan aquí al centro para seguir creciendo, superarse, ser mejores. Sin embargo notamos que en su caso esta siendo al contrario, ya que al adoptar el estilo de los chichimecas no va porque estamos en el centro y aquí lo que importa es la inteligencia, pero sin embargo y a pesar de esto, lo está utilizando mediante su inteligencia, sobre el valor que ha tenido, de la honestidad.

Además el equipo lo felicita porque es un chavo con muchos valores, honesto, no miente, porque toma en cuenta lo que hace y se lo platica a sus papás, es sensible porque es capaz de acercarse a sus compañeros, a su familia, y aparte de que es un chico obediente, porque actualmente un chico a su edad dice, “sabes papá no quiero hacerlo” y él ha tratado de adaptarte a las reglas que sus papás le están diciendo por su bien.

Finalmente se le dijo que en pocas palabras el equipo piensa que es un chavo fuera de serie, tiene el valor decidirse a tomar uno u otro camino, ya lo tiene, sólo que no se ha dado cuenta cual es, ha sabido detenerse, ha sabido elegir lo bueno de lo malo, las cosas positivas y negativas. “Ese es el valor que tu tienes. Nosotros tenemos mucha confianza en ti, y esperamos que también tus papás se relajen en cuanto a lo que está pasando contigo y se sientan confiados y sin tanta preocupación hacia contigo para que puedas seguir saliendo adelante”.

CAPITULO 5

ESCUELA DE SOLUCIONES

La terapia surgió de un mar de disciplinas distintas, con afluentes procedentes de la psicología, la medicina y la filosofía. Estas disciplinas se centran mucho en las explicaciones, los diagnósticos y la comprensión de la naturaleza del ser humano. Y, aunque el tiempo ha demostrado que estas disciplinas han tenido un gran valor, cada vez es más claro que la terapia supone un conjunto de métodos y supuestos distintos de los que ofrecen estas disciplinas. El objetivo de la terapia es intervenir para producir cambios (O'Hanlon y Bertolino, 2001). Y está básicamente representada por la Terapia Centrada en Soluciones y la denominada, hasta finales de la década de los 90's, Terapia Orientada a las Soluciones.

5.1 Principales exponentes

La Terapia Centrada en Soluciones es una modalidad de terapia breve desarrollada en el Centro de Terapia Breve Familiar de Milwaukee, Wisconsin, EUA. El grupo estaba encabezado por Steve de Shazer y entre sus colaboradores más destacados se encuentran: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Alex Molnar e Insoo Kim Berg. Se incorporan un poco después: Wally Gingerich, John Walter y Michael Weiner-Davis. La Terapia Orientada a las Soluciones es encabezada por Bill O'Hanlon en Nuevo México, quien se orienta más hacia algunas herramientas que utiliza de Shazer, sin embargo el propio O'Hanlon reconoce que su método es muy diferente del modelo centrado en soluciones ya que menciona que el centrado en soluciones pasa por alto un aspecto esencial que siempre ha sido una piedra angular de su método: la necesidad de reconocer y validar los sentimientos y los puntos de vista del cliente. Es posible que muchos terapeutas centrados en las soluciones lo hagan, pero está claro que ni lo enseñan ni escriben sobre ello. Otra diferencia que veía O'Hanlon era que el modelo centrado se había vuelto muy formulista, con un juego "oficial" de preguntas muy rígido y con unos gráficos de flujo y árboles de decisión que tienen muy poco que ver con el método intuitivo y espontáneo que se sigue en su trabajo. Menciona que los problemas de los clientes no siempre encajan en una serie rígida de preguntas. En lugar de ser sensibles a los clientes, acaban siéndoles impuesto.

O'Hanlon (O'Hanlon y Bertolino, 2001) en sus propias palabras dice: "en todo caso, mi opinión es que las ideas de las terapias centradas en soluciones y de las terapias orientadas a ellas se desarrollaron de una manera conjunta y se influyeron mutuamente con el paso del tiempo" (p. 86).

Cabe hacer hincapié en que este trabajo se desarrollará más hacia el modelo centrado en las soluciones, tomando algunos aspectos del modelo orientado en soluciones sólo cuando sea pertinente entre ellos.

El enfoque hacia las soluciones se diferencia de los más tradicionales en no investigar la historia del problema ni intentar hacer un diagnóstico. Es más, en ocasiones ni siquiera interesa hablar del problema. Tradicionalmente, la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales. Los nuevos enfoques se centran en el presente, se interesaban por la generación o el mantenimiento del síntoma en el presente, y por los datos que pudieran confirmarse en el presente. Ahora la terapia está evolucionando más allá de esta orientación del “aquí y ahora”, hacia una orientación hacia el futuro a la que no le interesa cómo surgieron los problemas ni incluso cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán. Un aspecto central de esta tendencia es que se centra en las fuerzas y capacidades de los clientes, desde el punto de vista de que es una forma más humana y menos dolorosa de ayudar a la gente (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Jay Haley y Thomas Szas (citados en O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993) han dado la idea de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque cuando las personas son tratadas como gente normal, tienden a actuar de modo más normal.

Entre los precursores más influyentes están Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) y el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC). Tanto el grupo del MRI como el del BFTC han sido influidos por el trabajo de Erickson, quien consideraba que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los recursos necesarios para realizar los cambios que necesitaban hacer. El cometido del terapeuta era acceder a estos recursos y ayudar a los clientes a usarlos en las áreas apropiadas de sus vidas. (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993)

Por otro lado Steve de Shazer, como creador, fue una gran figura dentro del modelo centrado en soluciones. En el Centro de Terapia Familiar Breve, continuamente se experimentaban cambios importantes. El equipo dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia problema, muy en la tradición MRI, para dedicarse a identificar la que funcionaba a fin de equilibrar y amplificar estas secuencias de solución (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Como lo menciona de Shazer (1992), a lo largo de los años, el pensamiento, el estudio y la investigación terapéuticos se han concentrado en los problemas. Así, en la psicoterapia se ha

desarrollado un punto ciego al no darse cuenta de que un concepto de solución debe elaborarse antes de que haya siquiera un concepto denominado *problema*. De Shazer explica que se trata de una *gestalt* en la que la solución es el fondo para la figura del problema. Los problemas son problemas y se pueden comprender mejor en relación con sus soluciones (de Shazer, 1992). Mantiene que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos. Es más importante la naturaleza de las soluciones. La mayoría tiende a ver estas dificultades como *algo que debe ser corregido*, y el *problema* surge cuando falla el intento de solución (De Shazer, 1989).

Steve de Shazer (citado en O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993) que ha escrito extensamente sobre el trabajo del equipo, ha empleado la analogía de la ganzúa para describir este enfoque. Lo que más importa es la llave que abre la puerta y no la naturaleza de la cerradura. Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una ganzúa que se ajusta a muchas cerraduras diferentes.

Un desarrollo interesante del grupo BFTC es su declaración de la muerte de la resistencia. Su punto de vista es que no existe la resistencia. Asumen que los clientes quieren cambiar realmente. Es cierto que los clientes no siguen siempre las sugerencias del terapeuta, pero esto no se considera resistencia. Cuando esto sucede, los clientes están simplemente enseñando a los terapeutas cuál es el método más productivo y que mejor encaja para ayudarles a cambiar. Se asume que cada cliente tiene una forma única de cooperar y que la tarea del terapeuta es identificar y utilizar esta forma de cooperación. Para ello se desarrolló un árbol de decisiones que ayudaba a los terapeutas a identificar los patrones de cooperación de los clientes con las tareas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Otro hito en el cambio hacia un enfoque centrado en las soluciones se produjo cuando el equipo desarrolló y advirtió la sorprendente efectividad de las prescripciones y tareas invariables que denominaron "tareas de fórmula". Encontraron que varias de sus tareas parecían tener efectos notables independientemente de la naturaleza de la queja presentada.

Tras desarrollar una serie de intervenciones, el equipo del BFTC se dio cuenta de las implicaciones de su éxito. Si la solución era más importante que el problema, ¿por qué no centrarse más en los aspectos de la situación relacionados con la solución? Esto llevó al desarrollo de dos elementos de su enfoque, la "pregunta del milagro" y la "pregunta de la excepción". Sobre estas se hablará más adelante.

5.2 PREMISAS DE LAS ESCUELA CENTRADA EN DE SOLUCIONES

Steve de Shazer hace hincapié en algunos principios y supuestos a seguir dentro de la terapia centrada en soluciones, los cuales se describen a continuación por Insoo Kim Berg y Scott D. Miller (1996):

- **Énfasis en la Salud Mental.** la atención se concentra en los éxitos de los pacientes en el manejo de sus problemas. Se ponen de relieve la capacidad, los recursos y las habilidades de los pacientes, y no sus carencias e incapacidades
- **Utilización.** Un buen tratamiento implica suscitar, sacar del paciente las fuerzas, los recursos y los atributos saludables que se necesitan para resolver el problema en proceso.
- **Una visión atórica/no normativa/determinada por el paciente.** El enfoque centrado en la solución no hace presunciones acerca de la “verdadera” naturaleza de los problemas que los pacientes experimentan como consecuencia de algo. ¡Simplemente, se acepta la visión del paciente en su significado literal! Por esta razón no se gasta tiempo tratando de convencer a los pacientes de que deben aceptar determinada orientación teórica para que se les ayude.
- **Parquedad.** De Shazer prefiere los medios más simples y directos para llegar a un fin, y esta visión caracteriza el método centrado en la solución que él desarrolló. Se busca la economía en los medios terapéuticos que se usan para obtener los fines terapéuticos deseados.
- **El cambio es inevitable.** El método centrado en la solución se basa en el supuesto de que el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los pacientes no pueden dejar de cambiar.
- **Orientación hacia el presente y el futuro.** Se da preponderancia al ajuste de los pacientes en el presente y en el futuro y no en el pasado.
- **Cooperación.** La cooperación significa trabajar *junto* con el otro. En una relación terapéutica verdaderamente cooperativa, no sólo el paciente debe cooperar trabajando con el terapeuta, sino que éste también debe trabajar *con* el paciente.

- **Filosofía Central.** Las tres reglas son:
 1. Si no está roto, ¡No lo componga!
 2. Una vez que sepa usted qué es lo que funciona, ¡Haga más de lo mismo!
 3. Si eso no funciona, no vuelva a intentarlo. ¡haga algo diferente!

Es importante resaltar que en el modelo centrado en las soluciones se hace uso de un *mapa central*. Este describe lo que hacen los terapeutas centrados en la solución y no lo que deberían hacer. O sea, no es un mapa del “camino correcto” o del “único camino”, ni siquiera del “mejor camino”. Simplemente es un mapa del modo en que los terapeutas del CTBF se comportan durante una entrevista y que indica que existe un parecido familiar entre diversas entrevistas “centradas en la solución”. Es muy importante destacar que este mapa tampoco nos dice nada sobre lo que podría ser un “mal camino” para construir una entrevista centrada en la solución, es decir, sólo por el hecho de que no se le mencione, esto no significa que no podría resultar útil hacerlo al terapeuta y al cliente.

Como ocurre en cualquier mapa, es importante recordar que el mapa no es el territorio. Este mapa es parecido al mapa de una autopista, que nos dice poco y nada acerca de rodeos, elevación, tipos de terrenos, colinas y valles y caminos no pavimentados. Para intercambiar metáforas, los mapas de este tipo son como las ciudades: nunca se puede decir que una ciudad es completa o incompleta. Es decir, el mapa excluye los descriptores que no parecían tener sentido y/o que parecían idiosincrásicos para una sesión terapéutica en particular. Así, en este mapa, no hay nada referido a las técnicas de entrevista que utiliza el terapeuta para ayudar a los clientes a “buscar excepciones a las reglas del problema”. Del mismo modo, no hay nada referente a cómo los terapeutas y clientes se ocupan de “describir las diferencias entre excepciones y problemas”, y no hay nada que indique si el cliente y el terapeuta hablaron o no del pasado o de los aspectos fisiológicos del problema en contraste con los aspectos sociológicos (de Shazer, 1992).

A continuación se presenta el mapa utilizado por los terapeutas centrados en la solución, propuesto por de Steve de Shazer (1992, p.105):

5.3 PROCESO TERAPÉUTICO

Relación Terapéutica

Se basa en identificar qué tipo de cliente está solicitando la terapia:

Visitantes: hay personas que no parecen tener un motivo de consulta y la razón por la que se encuentran en el consultorio del terapeuta es simplemente que alguien les dijo que fueran o alguien los llevó

Demandantes: hay motivo de consulta identificado por cliente y terapeuta. El cliente visualiza la solución en que otra persona cambie.

Compradores: Cuando en el transcurso de una sesión el demandante da claras muestras de que no sólo tiene buena disposición sino de que quiere *hacer algo* respecto del problema.

Búsqueda de excepciones

El foco en la terapia centrada en la solución se basa en la identificación o construcción de excepciones.

Independientemente de la magnitud o la cronicidad de los problemas que sufren las personas, hay situaciones u ocasiones en las que, por alguna razón, el problema simplemente no ocurre. Las excepciones a los problemas ofrecen una tremenda cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. Se pueden desenterrar las soluciones examinando las diferencias entre las ocasiones en que se ha producido el problema y las ocasiones en que no. Ahí está la solución: dedicarse más a aquellas actividades de las que hay constancia de que han conseguido (aunque sea por cortos períodos de tiempo) el objetivo deseado.

Otro tipo de excepción es cuando la persona resuelve el problema o logra influir en él. Esto se consigue preguntando cómo le hizo para resolver el problema (si es que ha pasado) o cómo logró detenerlo.

Una tercera variación de excepción es cuando el problema está presente y la persona sabe como crearlo y/o influir en él. Aquí se pueden usar los recursos de la persona a la inversa: ¿Cómo puede empeorar el problema? Si sabe cómo empeorarlo, entonces se le pide que nos enseñe cómo disminuirlo.

Al preguntar sobre las excepciones, no sólo estamos intentando redirigir la atención de las personas hacia lo que ya funciona, sino también orientándoles respecto a lo que nosotros pensamos que es importante saber y sobre qué es importante hablar en terapia.

Fijar Objetivos

Se facilita la adaptación cuando se fijan los objetivos para ayudar a determinar cómo tanto el cliente como el terapeuta se van a dar cuenta de que el problema está resuelto. El establecimiento de objetivos específicos influye claramente sobre el resultado y, en particular,

son más fáciles de lograr los objetivos que el cliente percibe como alcanzables y difíciles (de Shazer, 1992). Por lo tanto los objetivos deben:

- Tener importancia para el paciente
- Ser limitados. Para que se pueda cumplirlos
- Ser concretos, específicos y estar formulados en términos de conducta
- Plantear la presencia y no la ausencia de algo
- Que sean un comienzo y no un fin
- Que sea realistas y alcanzables dentro del contexto de la vida del paciente
- Que se perciba que exigen un “trabajo duro”

5.4 INTERVENCIONES Y ESTRATEGIAS

✓ Co-construir el cambio mediante:

○ El resumen

Se utiliza para que haya un fortalecimiento de unión y cooperación. Es una construcción del terapeuta basada en lo que dice el paciente, focalizada en un intento de solución. También sirve para reubicar al paciente de acuerdo a lo que nos está diciendo. Es de suma importancia hacer un pequeño resumen antes de formular una pregunta.

○ El reconocimiento de recursos

Se trata de afirmaciones acerca de algo que haya dicho el cliente que pueda considerarse útil, eficaz, bueno o divertido (de Shazer, 1992). Cuando se encuentran los recursos del paciente se regresan a manera de elogios donde se incluyen afirmaciones sobre la dificultad de lograr el objetivo elegido y algunas afirmaciones, basadas en las excepciones, sobre los progresos realizados para llegar al objetivo y sobre su factibilidad general. El elogio simplemente reconoce su visión del mundo, afirmando su visión de sí mismo, aceptando “su historia” y aliviando su frustración por tener que admitir sus fracasos (Kim Berg y Miller, 1996).

○ La conversación

Al hacer terapia es importante prestar mucha atención a lo que los pacientes dicen exactamente y al modo en que lo dicen y al mismo tiempo de no confiar ciegamente en nada. Simultáneamente tratamos de seguir un principio conversacional “de caridad”. Esto significa que estamos dispuestos a asumir que los demás dan sentido a sus experiencias de una manera que no es radicalmente diferente de la nuestra (De Shazer, 1999).

- **Identificar, crear o modificar patrones**

Los patrones son medios para identificar cómo la gente hace una solución. Se trata de conseguir que el cliente nos enseñe cómo producir la solución si se intentara hacer, consiguiendo detalles de pensamientos, sentimientos, sensaciones, fantasías, acciones, interacciones y contextos de cuando el problema/la solución sucede.

- ✓ **El empleo de preguntas**

Cuando no se pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, el paso siguiente es hacer preguntas orientadas al futuro. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es.

- **Pregunta por el milagro**

La pregunta por el milagro es la más importante del modelo: orienta al paciente hacia un 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 así:

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. Como usted estaba dormido, no sabe que se produjo ese milagro. ¿Qué supone que será la primera pequeña cosa que le indicará mañana por la mañana, que durante la noche ha acontecido un milagro y el problema que lo trajo aquí ya está resuelto? (Kim Berg y Miller, 1996).

Puesto que muchas veces las personas no se han imaginado el futuro con el problema resuelto, éste resulta ser a menudo un ejercicio útil. Mediante la utilización del verbo en tiempo futuro estamos dando a entender que la solución es inminente. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993). Una y otra vez sucede lo más increíble. Casi siempre ésta es una experiencia nueva y fuerte para el paciente. Proyectarse hacia el futuro e imaginar que la propia vida dolorosa se transforma en otra más coherente, armoniosa y feliz, no puede sino ser una experiencia alentadora. Éste es el don más importante que un terapeuta puede concederle a un paciente: la esperanza y una visión de posibilidad?

- **Pregunta de escala**

En los números hay algo mágico. Cuando se le pide al paciente que clasifique según una escala numérica sus problemas, prioridades, éxitos, compromisos emocionales y nivel de autoestima, el terapeuta tiene acceso a una mejor evaluación de las cosas que desea saber. Las preguntas

que hacen referencia a una escala numérica están destinadas a informar al terapeuta y sirven para motivar, alentar y fomentar el proceso de cambio.

Digamos que 10 significa cómo quiere usted que sea su vida cuando resuelva el problema que lo trajo aquí; y que 1 significa cómo estaban de mal las cosas cuando usted tomó el teléfono y marcó una cita. Según esa escala de 1 a 10, ¿dónde diría que está el problema hoy? (Kim Berg y Miller, 1996).

Encontramos que las preguntas de escala sirven para personalizar el proceso del tratamiento porque, al permitirle asumir la responsabilidad de la evaluación del proceso, ayudan al paciente a hacerse cargo del tratamiento.

✓ **Prescribir tareas**

Las prescripciones se hacen de acuerdo con las excepciones que maneje el paciente, así como también se debe tener en cuenta el tipo de relación que tiene con cada paciente y adaptar a ello las tareas que indique, por ejemplo: si es un paciente de tipo visitante se puede describir la tarea terapéutica de establecer un objetivo viable, es decir, establecer con cierta claridad lo que el paciente busca al acudir a terapia.

A los pacientes demandantes se les deja tareas observacionales o reflexivas que faciliten una nueva perspectiva de la solución. La consecuencia es que muchas veces el paciente empieza a comprender que sólo él puede dar los pasos necesarios para encontrar soluciones para sus problemas.

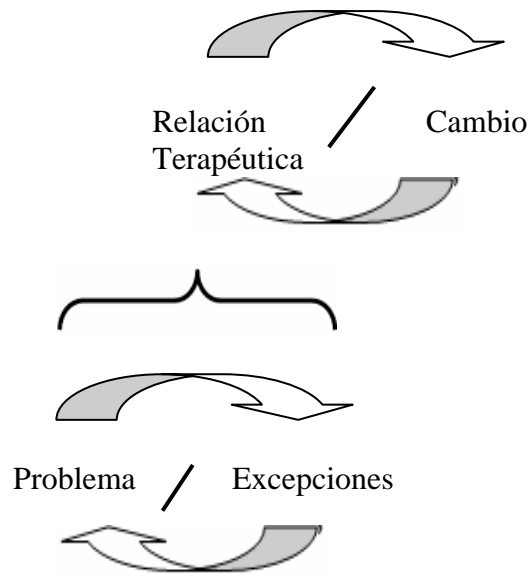
Finalmente a los pacientes que son compradores, se le encargan tareas conductuales con alto grado de confianza. En este punto la tarea más importante del terapeuta consiste en identificar, junto con el paciente, lo que podría ser la primera medida activa que debe tomar, el primer paso que debe dar (De Shazer, 1992).

Hacer más de lo que funciona es otra manera de prescribir al paciente. Es una idea simple pero ha tenido una profunda influencia en la manera de trabajar con las pacientes. La premisa que sustenta esta idea es que no hay una manera correcta de resolver los problemas, sino que hay que repetir lo que funciona. Esto es consecuencia directa del profundo respeto por la capacidad del paciente para resolver problemas y de nuestra disposición de aprender de nuestros pacientes (Kim Berg y Miller, 1996).

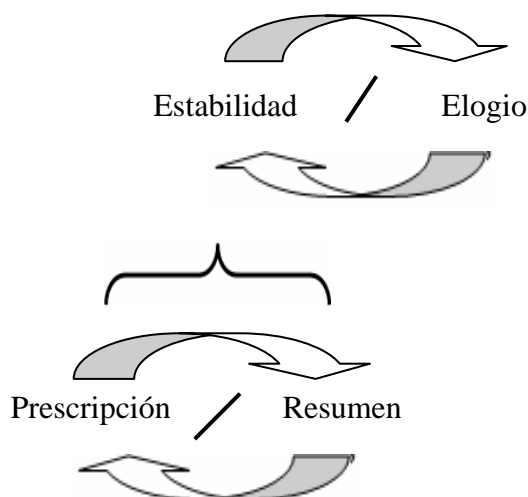
5.5 Análisis cibernético del modelo de soluciones

Pauta

Para la escuela centrada en soluciones es de suma importancia establecer la relación terapéutica, la cual se va dando a lo largo de la explicación del problema o queja que presenta el cliente. Después de que el cliente describe la razón por la que se encuentra ahí, el terapeuta comienza a buscar las excepciones al problema que es cuando las cosas van bien, cuando el problema no está presente, esto se hace mediante la formulación de preguntas, donde las respuestas conllevan a crear una solución a la queja presentada, finalmente las excepciones son las soluciones al problema.



Análisis de la intervención



Para de Shazer (1986) la clave de la terapia esta en “*utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades de modo tal que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo*” (p. 24). Y conjuntamente con lo mencionado en el párrafo anterior sobre la búsqueda de excepciones, es así como se llega a la solución del problema, sin dejar de lado que todas las personas disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas. Es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas. A menudo los clientes, abrumados por las dificultades de la vida, pierden de vista sus recursos de resolución de problemas. Tal vez sólo necesiten que se les recuerden las herramientas de que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993)

5.7 Caso Clínico

Con respecto al video entregado, a continuación se muestran las premisas que se pueden identificar, los procedimientos o técnicas que se usaron, así como la transcripción de fragmentos donde se ubique la aplicación de dichos procedimientos o técnicas.

Las premisas que se pueden identificar son:

➤ ***Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas***

Terapeuta: ¿Sabes cómo estar bien los dos?

Paciente: Si es como te digo, pero te voy a decir otra cosa, que es una cosa el saber yo qué hacer y otra cosa es que ignore, yo siento que es ignorar el problema, es darle más largas, más que otra cosa que hacer que el día funcione bien yo siento que es decirle, tener las palabras correctas para decirle lo que está sucediendo, incluso con Beto.

Terapeuta: ¿Dentro del milagro que fue lo que tú aprendiste?

Paciente: Pues para que camine cualquier relación es necesario hablar, la otra persona no te va a adivinar las cosas jamás y si no expresas lo que está sucediendo va a pasar, va a pasar y va a

volver a suceder pues, todas las veces que sean porque obviamente no hay un antecedente de que eso no tiene que ser (44'37)

➤ ***El cambio es constante, el cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio***

T: Sí hubo un cambio que tal vez tu sí te des cuenta pero él hasta ahorita no, pero ¿sí fue algo totalmente diferente en cuanto a su relación?

P: Sí, sí cambió mucho la relación (12'03-13'22)

¿Cómo te gustaría que esto fuera diferente en cuanto a la inquietud que tienes por Beto? Sin embargo a la relación que tienes con Raúl porque pues finalmente están, o sea, creo que te tendrías que decidir, no, y no se si vaya por ahí que tengas que decidir sobre uno o no sé que es lo que se pretenda en esta situación. (21'35-22'20)

➤ ***Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla / No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.***

En general no se buscó saber más sobre el problema, de hecho al final la paciente me lo dijo: “es que no me preguntaste porque soy así, porqué hago eso, etc.”

➤ ***Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema***

T: ¿Que de lo que ocurre en el milagro, es diferente de lo que ocurre ahora?

P: Pues como que me quite ese seguro de la boca, o que pueda yo decirle lo que está sucediendo, aja que yo le pueda decir que es lo que esta sucediendo, de que yo ya no tenga la preocupación de que en qué momento me va a hablar y de pronto de ese cierto como coraje a que no pueda estar haciendo otro tipo de cosas que me gustaba hacer antes. (40'35-41'17)

T: En cuanto a la segunda parte del día, ¿que va a ser diferente de lo que está ocurriendo ahora? P: Pues eso, la comunicación, la sinceridad en abrirme (44'17-44'36).

➤ ***Los clientes definen los objetivos***

P: Es exactamente tener comunicación con los dos, o sea, decir las cosas tal y como son (22'50-23'05)

P: Siento que debería de terminar con esa relación (la de Beto) (22'31).

Estrategias y procedimientos

➤ ***Construir una relación terapéutica***

Compradora .Siento que la que tiene el problema soy yo. Siento que en estos momentos soy yo la del conflicto. Entonces quiero saber qué hacer. (4'13)

➤ ***Enfocarse en la solución/posibilidad. Excepciones***

Cuando el problema no está presente

T: ¿Ha habido momentos en los que están bien, en los que no pasa nada de esto, cómo es ese momento o cómo son esos días?

P: Pues un día que por ejemplo sé que vamos a salir, no sé, tal vez a Cuautla nada más y sé que vamos a pasarla bien, vamos a salir con la niña y procuro divertirme mucho, reírme mucho con los dos por la niña para que no nos vea pelar y pues simplemente eso, evito el decirle palabras hirientes, o sea, trato de disfrutar el día pues, sin buscar los defectos, sin buscar los errores porque cuando empiezo a buscar los errores es cuando todo va mal (25'00- 26'05).

Cuando la persona resuelve el problema o logra influir en el

T: ¿Cómo le haces para hacer esto, para reírte y para estar bien?

P: Pues te digo, evitando fijarme en los errores o sea darles la importancia a los errores, evito por ejemplo, o sea, de repente si me llego a acodar de Beto no, como te digo me llego a acordar de Beto pero procuro en ese momento solamente pensar principalmente en la niña más que en Raúl, en la relación con Raúl, en la niña, pues no es tan difícil pero a veces si me pesa aquella situación de que podría estar haciendo otra clase de cosas (26'08-27'26).

➤ ***Resumen***

T: Entonces, para ver si voy entendiendo: tienes una niña A. de 1 año. No vives exactamente con el papá de la niña, lo ves un día sí, un día no porque él trabaja de esta manera. Sigues viviendo con tus papás. Y dices que te sientes culpable (4'35-5'01).

T: Entonces, otra de las partes sería esta, aparte de tu cambio de actitud y de comunicación en cuanto a Raúl., esto de que esta Beto te llama empiezas a inquietarte y te das cuenta que ligas más intereses hacia Raúl que hacia Beto. (20'00-20'17)

➤ ***Reconocimiento de recursos***

T: Te quiero felicitar porque decidiste buscar ayuda, tanto para ti como, tú lo mencionabas hace rato, para que tu hija este bien, decías que viéndola a ella también te hace sentir bien, entonces te quiero felicitar por esta parte de que piensas en ti, tanto como en tu hija y también en Raúl para que estén felices los tres (51'14-51'48)

➤ ***Pregunta por el milagro***

T: te tengo una pregunta que es rara, quizás difícil, te la voy a hacer es una pregunta que necesita algo de imaginación y ahí te va: suponte que después de que nosotros terminemos aquí tu te vas a tu casa, ves la tele o haces todos los quehaceres usuales que haces antes de dormir y ya terminando esto entonces vas y te acuestas para dormir. Mientras tú estás durmiendo un

milagro pasa y el problema que te trajo aquí se resuelve simplemente así queda resuelto, pero esto pasa mientras tú estás durmiendo, así que tú no puedes saber qué es lo que ha pasado y una vez que tú despiertas por la mañana ¿cómo le harías tú para descubrir que este milagro ha sucedido?

P: ay pues yo me veo a media carretera en el coche con la niña dando lata como siempre y él diciendo, no sé, cualquier tontería, cualquier cosa que sabe que me va a hacer reír. Yo me veo pues disfrutando todo, volteando a ver todo hacia donde nos dirijamos, lo que vamos a hacer. Son como las 12:00 pm. Lo veo vestido con una camisa azul, pantalón de mezclilla, zapatos negros, a mi niña con una falda, con una camiseta, supongo que yo también con una camiseta...

➤ ***Pregunta de escala***

T: En una escala del 0 al 10, donde 0 es el haber llegado hoy aquí y 10 es saber cómo decírselo, en que número te encuentras?

P: Pues en 2 si no es que en 1 porque tengo la intención de decírselo pero se lo tengo que decir.

T: ¿Cómo le harías para llegar a un 3?

P: En primera necesitaría estar en la situación de que me este preguntando sin estar en discusión. O sea, en tema, así de repente llega y m pregunta que pasa, así sin discutir ni nada en primera esa es la situación motivante a que yo pudiera hablar. (47'46-49'03)

➤ ***Prescribir tareas***

T: Que te parece si ya para finalizar, que intentes esto, primero el tener un día bueno, como tu decías hace rato, donde estén bien, tu te sientas tranquila que estés a gusto, me decías que es cuando tú te lo propones, qué te parece si intentas esto, al fin ya sabes cómo hacerle, hace rato me dijiste, yo te pregunté que si yo estuviera en una situación así tu m dijiste qué hacer, tú ya sabes cómo hacerlo y mi propuesta es esta de que lo intentes, intenta llegar a un 3, intenta llegar y haber que, pasa no sabemos qué va a pasar, eso es lo que tendrías que hacer de aquí a la próxima vez que nos veamos. Y otra de las cosas es de que qué te parece si también empiezas a buscar cuales tendrían que ser esas palabras que tú necesitas para poder decirle algo a Raúl o a Beto en cuanto a los dos, cómo va a ser ese momento, o sea, empieza a planear cuando va a ser a qué hora va a ser, en dónde vas a estar, quiénes van a estar, o sea, todo, todo, casi como sucedió con el milagro, en que pudiste ver toda la escena, qué te parece si planeas eso pero mientras vas a buscar a llegar aun 3 dentro de la escala y vemos qué es lo que sucede (49'16-51'06).

CAPITULO 6 ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

6.1 Una visión epistemológica

Tomando en cuenta la definición que nos da Bateson (1979) sobre *epistemología*, la cual procura establecer de qué manera los organismos o agregados de organismos conocen piensan y deciden, me lleva a ese dicho popular que declara: *cada cabeza es un mundo*. Porque definitivamente cada uno de nosotros pensamos de manera diferente en todos los aspectos de nuestra vida, tal vez lo que para mi está bien, para otros está mal y es así como empezamos a darnos cuenta de las distintas opiniones que cada uno de nosotros tenemos, pero sobre todo comenzamos a conocer la epistemología de quienes están a nuestro alrededor.

En cuanto al aspecto de la epistemología cibernética me gustó la parte donde se plantea el poder ver el mundo de manera diferente, por ejemplo, ese fragmento donde Bateson (citado en Keeney, 1994) menciona que “supongamos que el universo físico es una ilusión y que la mente es real”. Hace tiempo me hice una pregunta con respecto a eso: ¿cuál es la verdadera realidad? Llegué a la conclusión de que podemos crear distintos “mundos” o realidades de acuerdo a nuestra imaginación. Sin embargo me surgieron más preguntas: ¿si yo puedo crear una realidad y otra persona crea otra y así sucesivamente, entonces cuál es la verdadera realidad? ¿La de ellos, la mía? Ahora, al leer *Estética del cambio* me doy cuenta que todo puede ser posible, pues nos podemos adentrar a lo abstracto, a aquello que a veces no podemos explicar y que muchas veces pensamos que no existe, pero sin embargo esta ahí. Y creo que el propósito de la cibernética es ese, poder “ver” más allá de lo que nos es observable, ya que, de acuerdo con la aseveración que hace Keeney (1994), cualquier cosa, o cualquier idea, es “real”.

También está esa parte de poder aplicar algunos conceptos que revisamos, como por ejemplo, el saber hacer distinciones, puntuaciones, el conocer la epistemología de otras personas, el saber reconocer un sistema de retroalimentación, etcétera. Porque me doy cuenta que donde más se puede “practicar” es en la vida cotidiana. Sin dejar de lado que esta “otra visión” provoca cambios en nuestra cotidianidad.

Cuando inició el diplomado tenía una duda: ¿por qué no iniciar con la epistemología cibernética? No tuve respuesta alguna, sin embargo, ahora al terminar el módulo creo que pude comprender un poco el por qué: si no me equivoco, es debido a que si se da en un inicio sería un tanto más difícil de comprenderlo, ya que el antecedente que se tiene de las distintas escuelas en tanto a la función terapéutica de cada una nos lleva a hacer puntuaciones más específicas dentro del sistema cibernético.

También está esa parte de poder aplicar algunos conceptos que revisamos, como por ejemplo, el saber hacer distinciones, puntuaciones, el conocer la epistemología de otras personas, el saber reconocer un sistema de retroalimentación, etcétera. Porque me doy cuenta que donde más se puede “practicar” es en la vida cotidiana. Sin dejar de lado que esta “otra visión” provoca cambios en nuestra cotidianeidad.

Quiero cerrar esta visión epistemológica con el título de un libro de Castaneda: *Una Realidad Aparte*. Porque finalmente eso es lo que la epistemología cibernética nos hace vislumbrar, un mundo diferente, un “otro mundo” como lo llamaría Keeney.

Y finalmente quiero darle mi más especial agradecimiento a Pedro Vargas por todo ese conocimiento que nos compartió durante las sesiones del Diplomado. Y sobre todo, mi agradecimiento personal por haberme ayudado a comprender un poco más la existencia de todos esos otros mundos mediante la epistemología cibernética. Gracias Pedro, eres más que extraordinario.

6.2 Experiencia de aprendizaje y experiencia personal en cada uno de los modelos

A continuación daré mi opinión en cuanto a la experiencia que tuve dentro del Diplomado, tanto de aprendizaje como personal, haciendo hincapié en las diferencias (relativas) de cada modelo en cuanto a su forma de hacer terapia: MRI, Estratégica de Jay Haley, Escuela de Milán y Escuela de Soluciones.

Durante el primer módulo se tuvo una vislumbre de lo que es el Mental Research Institute (MRI) impartido por el profesor Vicente Cruz, a quién antes que nada quiero agradecerle por el apoyo que me ha brindado durante este proceso. Dentro de este modelo las premisas que más orientaron mi trabajo fue la que propone que no es necesario conocer la causa y la función del problema. Considero que esto es importante ya que lo principal es saber cómo está provocando conflicto el problema por el que se están presentando los pacientes a solicitar la ayuda. Es por lo anterior por lo que se profundizó en lo que es el problema, cuándo pasa, dónde pasa, con quien, cómo se siente, etc. Y de la misma manera, lo útil que es saber sobre las soluciones intentadas ya que esto puede darnos pauta para poder formular una estrategia terapéutica centrándonos en lo que nos dice el paciente que ha hecho para solucionar el problema, y si esto le ha servido o ha disminuido el malestar, así como también identificar que tanto está dispuesto el paciente a hacer para finalizar con la problemática. Finalmente los procedimientos y técnicas que utilice fueron principalmente las que vimos a lo largo del módulo, donde se mostró la importancia de saber más sobre el problema en sí. Durante el módulo se le dio atención a una paciente, una chica que

se arrancaba el cabello, lo cual le estaba provocando quedarse “calva” de la parte superior-delantera de la cabeza. Con ella se trabajó mediante la prescripción del síntoma, por lo cual se le dejó de tarea ¡arrancarse más cabellos! Nunca imaginé que eso pudiera lograr una solución, sin embargo, a las sesiones subsecuentes, el cambio era notorio, por lo que me sorprendí al darme cuenta de cómo mediante las mismas acciones que están provocando el problema, ahí mismo está la solución. Por lo cual con esto se deja en claro una de las principales premisas de la Terapia Sistémica, donde se dice que todas las personas tienen los recursos para llegar a la solución.

Con respecto a la experiencia de aprendizaje me gustó mucho la forma en que se nos dio este módulo, pues cumplió con mis expectativas en cuanto a la dinámica y a la forma de enseñanza, ya que nos permite adquirir las habilidades mediante los ejercicios que hicimos, pues a parte de lo teórico también es importante lo práctico, ya que mediante este es donde realmente se observan las destrezas que se consiguen a lo largo del módulo.

Dentro del modelo Estratégico, impartido por el profesor Sergio Mandujano, a quien también quiero agradecerle por compartirnos sus experiencias terapéuticas durante el Diplomado. Mis conclusiones van más hacia el sentido de las técnicas terapéuticas, pues me agrado la forma en que se trabaja principalmente con los síntomas, las conductas, con aquello que se puede ver, y no con lo que está causando el problema. En lo particular, la técnica de la ordalía es de las que más me gustaron, pues el objetivo es, como ya lo mencioné antes, terminar con la sintomatología de una forma poco usual, adecuando una tarea diferente a cada persona, siendo así más al estilo de cada individuo, formulándola de acuerdo al dicho o refrán que dice: “como anillo al dedo”. Sin embargo en algún momento llegué a pensar en la ordalía como un castigo pero pronto me di cuenta que no era así, pues al prescribir una ordalía se tiene que elaborar de modo que sea benéfica en todos los aspectos para el paciente.

Otra de las técnicas que me causó asombro fue el uso de las metáforas y las paradojas, pues llegan a provocar una gran impresión en las personas, llevándolas a reflexionar de manera distinta en base a su problema y lo más asombroso es que son ellas mismas quienes dan la interpretación adecuada a lo que se les plantea y de esa manera creen que el terapeuta es quien les da la solución, sin embargo son ellos quienes la encuentran. Nosotros como terapeutas solamente somos como un puente donde les ayudamos a ver las cosas desde otra forma que ellos no habían percatado.

Y para finalizar, en general me gustó la forma en que se manejó este módulo, sobre todo en las dinámicas. La que me fue muy satisfactoria fue la de tener que ser paciente y terapeuta, pues de

esta forma podemos poner en práctica lo que se nos está enseñando, y muy personalmente me ayudó a darme cuenta que en la práctica, es más fácil de lo que se piensa, pues a veces con tanta explicación teórica se ve más complejo el asunto, pero ya haciéndolo vivencialmente es menos complicado.

Después llegó Lidia Beltrán, junto con la escuela de soluciones, a quien quiero felicitar por ese carácter tan perspicaz con que nos llevó hacia el conocimiento de este modelo. Al comenzar a conocer sobre el trabajo terapéutico del modelo centrado en soluciones estaba un tanto escéptica ante dicho modelo. No concebía la idea de que solamente con saber las soluciones se podía dar por terminada una problemática; sobre todo porque siempre nos habíamos centrado más que nada en los problemas y no en las soluciones. Al paso del módulo me pude dar cuenta de que efectivamente era posible tal acontecimiento. Lo que me llevó a “aceptarlo” más, fue que en mi vida cotidiana comencé a utilizar el modelo, primero con personas cercanas a mi que me pedían algún consejo, y después conmigo misma comencé por buscar las soluciones posibles a momentos difíciles que se me presentaban, fijaba los objetivos y con estos comenzaba a eliminar soluciones que no venían al caso. Después imaginaba cómo sería mi vida después de haber solucionado el problema, en este aspecto me centraba más en los cambios mínimos que me indicaran que algo estaba cambiando, que mi problema se estaba resolviendo y ver cómo cambiaban también otros aspectos de mi vida. Teniendo una idea más clara de cómo sería ese momento, comenzaba a hacerlo en el presente y ¡funcionaba! Y fue así como comencé a utilizarlo en todos los aspectos posibles.

De la misma manera sucedió con algunos pacientes que atendí. Fue sorprendente ver cómo la gente se asombra cuando se le pregunta sobre las soluciones en vez de los problemas, sobre todo, en un caso en particular, mi mayor extrañeza fue a la mitad de la terapia, donde nos empezamos a centrar en las soluciones, el semblante de las personas cambia, comienzan a sonreír al imaginarse con su problema resuelto, se quedan pensativas al saber cómo con algo “tan sencillo” dará por terminada a su problemática. Es agradable ver cómo en un lapso tan pequeño de tiempo se puede ayudar a las personas a descubrir los recursos con los que cuenta para solucionar lo que le está afectando y ver que se van satisfechos al pensar que somos “magos” por haberles dado una solución, sin tomar en cuenta que, la solución la tienen siempre ellos y que nosotros sólo somos el puente para poder llegar a ello.

Creo que con todo esto mencionado se pueden encontrar varias de las premisas del modelo: los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas; el cambio es constante; sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en

otra parte del sistema; los clientes definen los objetivos. Estas son las principales premisas que me han orientado tanto en la terapia como a otros aspectos personales de mi vida.

En cuanto a los comentarios sobre la experiencia de aprendizaje pues qué puedo decir, se me convenció por completo con el modelo. Pero independientemente de eso, la dinámica a utilizada es muy amena y muy fácil de entender, sobre todo por los ejercicios que hacemos ya que viéndolo desde el punto de vista teórico es un tanto más difícil de comprender que con lo práctico, pues es ahí donde realmente se aplica lo que se nos está enseñando. Y en relación a esto quiero hacer un par de sugerencias: que los ejercicios duren un poco más de tiempo y que de ser posible se hagan en grupo, así como lo hicimos alguna vez, donde todos opinan y dan sugerencias de lo que se está haciendo... ah y que los problemas sean reales, así no nos desviamos tanto del asunto al inventarlos e intentar que parezcan más reales. De ahí en fuera, todo lo demás me agrado del módulo. Gracias Lidia, por compartirnos tu conocimiento.

El profesor Alberto Patiño nos compartió sus conocimientos en cuanto al modelo de Milán, el cual es un modelo que difiere a los demás dentro de la terapia sistémica. Una de las grandes diferencias existentes es que, en éste el síntoma es un vínculo importante que ayuda a mantener el equilibrio homeostático de la familia.

Esta escuela se basa principalmente en modificar el juego familiar por el que están inmersos los integrantes del sistema. Esa es tal vez, la principal forma de cambio que lleva a la solución de la sintomatología que se está presentando.

Otra particularidad de la escuela de Milán es la formulación de hipótesis, teniendo como propósito buscar información que nos lleve a una posible aproximación de lo que este causando el problema. Para llegar al objetivo es importante la formulación de preguntas, las cuales, como ya se mencionó antes, pueden ser circulares o hipotéticas con las que se pretende ver la opinión de los demás con respecto a la queja.

Una técnica que me pareció que es similar en los demás modelos es la de la connotación positiva, llamada en otras escuelas como reencuadre. Sin embargo, hay que mencionar que en este modelo la connotación positiva sirve para hacerle saber a las personas que su problema es lógico y por lo tanto que es normal que eso este pasando en su núcleo familiar.

Los rituales, son otra prescripción importante en esta escuela, ya que mediante ellos es posible cambiar el juego familiar, modificando las reglas para obtener una nueva experiencia y poder

amoldarla a la situación por la que están pasando, llegando así a nuevas pautas de interacción comunicacional.

En lo particular, lo que me es más sorprendente es que el síntoma es un papel importante para mantener el equilibrio dentro del sistema, lo cual hace la principal diferencia con los demás modelos, los cuales mencionan que la situación problemática lleva a un desequilibrio familiar. Sin embargo, entre las similitudes que pude encontrar es que tanto en Milán, como con los demás modelos (MRI, Estratégico y Soluciones) los recursos del paciente son muy importantes, así como su propio lenguaje, lo cual ayuda a una mejor intervención estratégica.

Bibliografía

- Bateson, G. (1979). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1999). *Una Unidad Sagrada*. Barcelona: Gedisa.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia Sistémica Individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2006). *La terapia sistémica de Milán*. En Roizblatt, A. (edit). *Terapia Familiar y de Pareja*. Chile: Mediterráneo.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- De Saint Paul, J. & Tenenbaum, J. (1996). *Excelencia Mental*. Barcelona: Robinbook.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1999). *En su origen las palabras eran magia*. Buenos Aires: Gedisa.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Galicia, I. (2004) “Terapia Estratégica”, en L. Eguiluz (compiladora), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Haley, J. (1994). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (2005). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (2006). *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós
- Keeney, B. y Ross, J. (1985). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kim Berg, I. y Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Madánes, C. (1989). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1995). *El Arte del Cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Connor, J. & Seymour, J. (1992) *Introducción a la PNL*. Barcelona: Urano.
- O'Hanlon, P. y Bertolino, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. México: Paidós.

- O'Hanlon, W. H. y Weiner-Davis, M. (1993). *En busca de soluciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Ochoa, I. (2004). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Heder.
- Rosen, S. (1991). *My Voice Will Go With You. The Teaching Tales Of Milton H. Erickson*. New York: Norton.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una Investigación*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Rituales y prescripciones*. En Selvini, M. (Comp.) *Crónica de una Investigación*, Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1990). *Elaboración de Hipótesis, Circularidad, Neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión*. En Selvini, M. (Comp.) *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós.
- Vargas, P. (2004). *Antecedentes de la terapia sistémica*, en L. Eguiluz (compiladora), *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P. (1985). *El Arte de Amargarse la Vida*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1986). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Weakland, J. (1986). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Wittezaele, J-J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Zeig, J. (1998). *Un seminario didáctico con M. H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.