



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
PSICOLOGÍA

ANÁLISIS DE LOS AVANCES PROPUESTOS POR  
EL MODELO AVANZADO DE TERAPIA BREVE  
ESTRATÉGICA DEL CENTRO DE TERAPIA STRATEGICA  
COMPARADO CON EL MODELO DE TERAPIA  
BREVE: BRIEF THERAPY CENTER  
DEL MENTAL RESEARCH INSTITUTE

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
FRANCISCO EDUARDO  
CARDONA REYES

JURADO DEL EXAMEN

TUTORA: LIC. CLARA HAYDEE SOLIS PONCE  
COMITÉ: LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ  
MTRO. PEDRO VARGAS AVALOS  
MTRO. VICENTE CRUZ SILVA  
ESP. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUITRÓN



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2015



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.

*A Norma*

## **Agradecimientos**

La culminación de este escrito se debe en gran medida a las enseñanzas y el apoyo incondicional de diversas personas, mismas que han formado parte importante de mi vida a lo largo de mi trayectoria académica y por esa razón les dedico este logro en gratitud a cada uno de ellos.

A mi familia: Norma Angélica Reyes Vieyra, Francisco Cardona Pacheco, José Antonio Cardona Reyes, Lourdes Vieyra Castañeda, José Reyes, Adhara Martínez Araujo, Juan Fernando Reyes Vieyra, José Luis Reyes Vieyra, Josefina Cano, Celina Reyes Cano, Liz de Monserrat Reyes Cano, Jorge Ortiz Peñaloza, Diego Ortiz, Santiago Ortiz, Ricardo García y Victoria Cifuentes.

Mis compañeros, amigos y gente muy especial: Alejandra Balderas Jiménez, Sergio Juárez Nolasco, Marcela Avalos, Irma Avalos, Alfonso Arellanos, Cristina Paredes Patiño, Ricardo López, Octavio Castellanos Aguirre, Valeria Esparragoza Castelán, Elizabeth Collazo Manzo, Rita Yáñez Pérez, Karla Gayosso, Mario Saldaña Acevedo, Daniel Pedroza, Erick Gonzáles, Francisco Escalante, Siria Sanguino, Mariana Estudillo, Luisa Alva y Frida Gonzáles.

Así como a mis profesores: Clara Haydee Solis Ponce, Pedro Vargas Avalos, Vicente Cruz Silva, Mario Alberto Patiño Ramírez, José Juan Bautista Buitrón, Lidia Beltrán Ruiz, Sergio Carlos Mandujano Vázquez y Edith Guerrero.

Finalmente, a la Universidad Nacional Autónoma de México, institución a la que pertenezco con gran orgullo y que desde más de un lustro me ha llenado de grandes oportunidades y satisfacciones.

## Índice

<b>Resumen</b> . . . . .	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Research Institute (MRI)</b> . . . . .	<b>2</b>
<b>1.1. Perspectiva Teórica</b> . . . . .	<b>3</b>
1.1.1. Formación de Problemas . . . . .	3
1.1.1.1. De la dificultad al problema . . . . .	5
1.1.2. Mantenimiento de Problemas . . . . .	6
1.1.2.1. Intentos de Solución . . . . .	7
1.1.3. Resolución de Problemas . . . . .	7
1.1.3.1. Cambio <sub>1</sub> . . . . .	8
1.1.3.2. Cambio <sub>2</sub> . . . . .	9
<b>1.2. Perspectiva Práctica</b> . . . . .	<b>10</b>
1.2.1. Etapas de la Terapia . . . . .	11
1.2.1.1. Primer Etapa: Definición del problema . . . . .	11
1.2.1.2. Segunda Etapa: Investigación de los intentos de solución . . . . .	13
1.2.1.3. Tercera Etapa: Definición del cambio a realizar . . . . .	14
1.2.1.4. Cuarta Etapa: Formulación y selección de la intervención dirigida al cambio . . . . .	15
1.2.1.5. Quinta Etapa: Terminación del tratamiento . . . . .	17
1.2.2. Aspectos importantes del Paciente . . . . .	18
1.2.2.1. Postura del Paciente . . . . .	19
1.2.3. Aspectos importantes del Terapeuta . . . . .	20
1.2.3.1. Capacidad de Maniobra . . . . .	21
1.2.3.2. Uso del lenguaje del paciente . . . . .	23
1.2.4. Intervenciones . . . . .	24
1.2.4.1. Reestructuraciones . . . . .	25
1.2.4.2. Intervenciones Principales . . . . .	27
1.2.4.2.1. Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo . . . . .	27
1.2.4.2.2. Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo . . . . .	28
1.2.4.2.3. Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición . . . . .	28

1.2.4.2.4. Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación . . . . .	28
1.2.4.2.5. Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa . . . . .	29
1.2.4.3. Intervenciones Generales . . . . .	29
<b>1.3. Conclusiones . . . . .</b>	<b>32</b>

**Capítulo 2. Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica**

<b>del Centro de Terapia Estratégica de Arezzo (CTS) . . . . .</b>	<b>35</b>
<b>2.1. Perspectiva Teórica . . . . .</b>	<b>36</b>
2.1.1. Formación de Problemas . . . . .	36
2.1.1.1. Realidad . . . . .	37
2.1.1.1.1. Realidad de Primer Orden . . . . .	38
2.1.1.1.2. Realidad de Segundo Orden . . . . .	38
2.1.2. Mantenimiento de Problemas . . . . .	39
2.1.2.1. Lógicas . . . . .	39
2.1.2.1.1. Lógica ordinaria . . . . .	40
2.1.2.1.2. Lógica no ordinaria . . . . .	40
2.1.2.2. Intentos de Solución mantenidos por el Sistema Perceptivo-Reactivo . . . . .	41
2.1.3. Resolución de Problemas . . . . .	42
2.1.3.1. Experiencia Perceptivo-Emocional Correctiva . . . . .	43
<b>2.2. Perspectiva Práctica . . . . .</b>	<b>45</b>
2.2.1. Etapas de la Terapia . . . . .	46
2.2.1.1. Primer Etapa: Comienzo del juego; Conocer . . . . .	46
2.2.1.2. Segunda Etapa: Desbloqueo; Experiencia Perceptiva Emocional Correctiva . . . . .	47
2.2.1.3. Tercera Etapa: Consolidación y Aprendizaje . . . . .	47
2.2.1.4. Cuarta Etapa: Final del Juego; Clausura . . . . .	48
2.2.2. Aspectos importantes del Paciente . . . . .	49
2.2.2.1. Sistema Perceptivo-Reactivo . . . . .	50
2.2.2.2. Tipo de resistencia al Cambio . . . . .	50
2.2.2.3. Tipo de cambio/aprendizaje . . . . .	52
2.2.3. Aspectos importantes del Terapeuta . . . . .	54
2.2.3.1. Diálogo Estratégico . . . . .	54

2.2.3.1.1.	Preguntas con ilusión de alternativas . . . . .	55
2.2.3.1.2.	Paráfrasis reestructurantes . . . . .	56
2.2.3.1.3.	Evocación de sensaciones . . . . .	56
2.2.3.1.4.	Recapitulación . . . . .	56
2.2.3.1.5.	Prescripciones . . . . .	57
2.2.3.2.	Uso del lenguaje del paciente . . . . .	57
2.2.4.	Intervenciones . . . . .	58
2.2.4.1.	El arte del Estratagema . . . . .	59
2.2.4.1.1.	Lógica de la paradoja . . . . .	60
2.2.4.1.2.	Lógica de la contradicción . . . . .	61
2.2.4.1.3.	Lógica de la creencia . . . . .	62
2.2.4.2.	Reestructuraciones . . . . .	63
2.2.4.3.	Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico . . . . .	64
2.2.4.4.	Prescripciones de comportamiento . . . . .	64
2.2.4.4.1.	Directas . . . . .	64
2.2.4.4.2.	Indirectas . . . . .	65
2.2.4.4.3.	Paradójicas . . . . .	65
<b>2.3.</b>	<b>Conclusiones . . . . .</b>	<b>65</b>

**Capítulo 3. Comparación del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del Centro de Terapia Estratégica con el Modelo de Terapia Breve del Brief Therapy**

<b>Center: Resolución de Problemas del Mental Research Institute . . . . .</b>	<b>68</b>
3.1. Introducción . . . . .	69
3.2. Matriz Disciplinaria de Thomas Kuhn como herramienta heurística . . . . .	73
3.3. Método . . . . .	76
3.4. Resultados . . . . .	78
3.5. Similitudes . . . . .	82
3.6. Diferencias . . . . .	83
3.7. Conclusiones . . . . .	83
<b>Bibliografía . . . . .</b>	<b>86</b>
<b>Anexos . . . . .</b>	<b>89</b>

## Resumen

Este trabajo tiene como propósito general analizar los avances propuestos por el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del Centro di Terapia Strategica, en comparación con el Modelo de Terapia Breve del Brief Therapy Center: Resolución de Problemas del Mental Research Institute. Dicha investigación consistió en la descripción y explicación a detalle de ambos modelos terapéuticos; el primer capítulo está dedicado al Modelo de Terapia Breve procedente del Palo Alto, mientras que en el segundo capítulo se destinó al Modelo de Terapia Breve derivado de Arezzo. Posteriormente, para el último capítulo se adopta una explicación desde la historia científica apegada a las ideas generadas por Thomas Kuhn en cuanto a la explicación del proceso de evolución dentro de un campo científico. Finalmente el análisis se realizará con lo que Kuhn propone como Matriz Disciplinaria, como una herramienta heurística con la intención de generar dicha comparación a partir del análisis de contenido de las principales obras de cada modelo terapéutico, destacando así las semejanzas y diferencias entre ambos modelos así como los avances de la de terapia breve estratégica de Giorgio Nardone. Tras la revisión se concluye que si bien los dos modelos no están suficientemente separados como para verlos como comunidades científicas diferentes, se puede ver en el modelo de Nardone un refinamiento mayor de los mismos principios del MRI aplicados a la terapia de acuerdo a una lectura desde el esquema de Kuhn, donde se ve como ciencia normal.

# **Capítulo 1.**

**Modelo de Terapia Breve:**

**Brief Therapy Center,**

**Resolución de Problemas**

**del**

**Mental Research Institute**

**(MRI)**

## **1.1. Perspectiva Teórica**

Paul Watzlawick (2002, pág. 114) menciona en su obra “El lenguaje del cambio” que la teoría “determina lo que podemos hacer”. Esta paráfrasis realizada por el autor a partir de la observación planteada por Einstein a Heisenberg, la cual integra a la terapia, sugiere en primer instancia describir las premisas teóricas del Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas del Mental Research Institute, conocido comúnmente como MRI<sup>1</sup>, para así poder entender y explicar lo que se pretende realizar dentro de la terapia desde su inicio hasta el final.

Es forzoso remarcar que la explicación teórica que se dará, se limitará únicamente a describir el proceso de cambio dentro de la terapia; desde que una persona acude a terapia pues se ha enfrentado a un problema que no logra resolver, hasta que tanto cliente como terapeuta generan un cambio para solucionar tal situación. Como sugieren Fisch, Weakland y Segal, autores del manual práctico de dicho modelo, “nuestra teoría no es más que el mapa conceptual de nuestro enfoque para entender y tratar la clase de problemas que se les plantean a los terapeutas en su práctica cotidiana” (2003, pág. 24).

En este sentido, Milton H. Erickson sugiere (en Watzlawick, Weakland, & Fisch, 2007) que una persona busca algún tipo de psicoterapia cuando algo en su vida le causa cierta insatisfacción en su presente y por lo mismo quiere cambiarlo o mejorarlo. Tomando como referencia esto, es importante mencionar cómo es que el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas del MRI concibe la formación de estas “insatisfacciones” en las personas, como punto de partida de esta descripción teórica.

### **1.1.1. Formación de Problemas**

A diferencia de los modelos tradicionales de psicoterapia como el conductismo, el psicoanálisis y la psicología humanista, los cuales comparten una visión materialista (Keeney, 1994), el Modelo de Terapia Breve del MRI no considera las explicaciones del surgimiento de problemas por cuestiones inconscientes de la persona o por sucesos importantes en su pasado. En contraste a esto, este modelo, influenciado desde sus inicios por Milton H. Erickson, centra su

---

<sup>1</sup> A lo largo del presente escrito se hará mención al Modelo de Terapia Breve del MRI en sus distintas variantes; Modelo del Brief Therapy Center, Escuela de Palo Alto, Terapia Breve: Resolución de Problemas, etc. Sin embargo, siempre se referirá al mismo.

atención en el “aquí y ahora” trabajando con las “insatisfacciones” que ocurren en el presente de las personas (Fisch, Weakland, & Segal, 2003; Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007).

Para explicar el surgimiento de problemas humanos, desde la visión de este modelo, es primordial marcar una diferencia entre dificultades y problemas. Esta distinción resulta bastante importante, pues este último concepto será el de mayor interés para poder iniciar un proceso terapéutico (Fisch, et al., 2003; Watzlawick, et al., 2007).

Fisch, Watzlawick, Weakland y Bodin (1972, en Ray, Fisch & Schlanger, 2009; Watzlawick, et al., 2007) sugieren que las dificultades se presentan siempre en la cotidianidad de la vida y en algunos casos las personas las solucionan a través de actos de sentido común y sin necesidad de alguna capacidad especial. En otras palabras, dificultad se refiere a “una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente, y con respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber sencillamente conllevar, al menos durante cierto tiempo” (Watzlawick, et al., 2007, pág. 61).

Por otro lado, cuando se habla de problemas, desde el modelo del MRI, se refiere a “callejones sin salida, situaciones al parecer irresolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades” (Watzlawick, et al., 2007, pág. 61). Para este modelo, los problemas pueden surgir en cualquier sistema o nivel de interacción humana; desde cuestiones individuales, de pareja y familiares, hasta cuestiones sociopolíticas. O incluso en dos o más aspectos simultáneamente, ya que la visión de este modelo es interaccional.

Como mencionan Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin en “*Brief Therapy: Focused Problem Resolution*”: “nosotros vemos los problemas traídos a psicoterapia (excepto, claro las claras enfermedades psiquiátricas de origen orgánico) como una situación de dificultades causadas entre la interacción problema-gente”. Más adelante sugieren que los problemas son generados por las dificultades cotidianas, que generalmente ocasionan un cambio y éste es manejado de manera inadecuada por los implicados en él (1974, en Ray, et al., 2009, pág. 44 y 45).

### **1.1.1.1. De la dificultad al problema**

Fisch, Weakland y Segal proponen (2003, pág. 32) dos condiciones para que una dificultad se convierta en un problema; la primera de ellas se da al hacer frente a una situación de forma equivocada, mientras que la segunda ocurre cuando al no solucionar dicha situación, se aplica más de la misma solución.

Dicho lo anterior, el Modelo de Terapia Breve contempla tres formas en las que una dificultad puede convertirse en un problema. Estas tres formas de enfocar o manejar de manera inadecuada las dificultades son (Watzlawick, et al., 2007, pág. 61):

- a) Cuando se intenta una solución negando que un problema lo sea en realidad.
- b) Cuando se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o inexistente.
- c) Cuando se intenta un cambio para modificar un problema, pero este se encuentra en un nivel lógico distinto.

La primer forma inadecuada de enfocar las dificultades, hace referencia a las terribles simplificaciones, definidas por Watzlawick, Weakland y Fisch como: “un modo de abordar erróneamente un problema que reside en comportarse como si tal problema no existiese” (2007, pág. 71). A partir de ésta se derivan dos consecuencias; la primera menciona que el descubrimiento del problema, o de cualquier intento de solución, es considerado como señal de locura o de maldad y la segunda menciona que el problema que necesita de un cambio, se complica cada vez más por los problemas creados por el modo erróneo de abordarlo.

La segunda manera de enfocar mal las dificultades es el opuesto a las terribles simplificaciones, porque en este caso la característica reside en que la persona ve una solución donde no hay ninguna. A esta categoría se le denomina “el síndrome de utopía” y es definida por Watzlawick, Weakland y Fisch como: “el extremismo en la solución de problemas humanos... como resultado de la creencia de que uno ha encontrado (o incluso puede encontrar) la solución última y absoluta” (2007, pág. 74).

El intentar tentativas utópicas de cambio en los problemas humanos, da como resultado la creación de callejones sin salida, pues dentro de esas tentativas resulta imposible distinguir con claridad los problemas y las soluciones (Watzlawick, et al., 2007).

Finalmente, la tercera y última forma de enfocar de una manera inadecuada las dificultades “surge debido a la autorreflexividad de la afirmación, es decir, por una confusión entre miembro y clase” (Watzlawick, et al., 2007). Ésta recibe el nombre de paradoja, la cual se presenta cuando la acción realizada se encuentra en un nivel equivocado, ya sea que se intente una solución para un problema que está en otro nivel superior o viceversa, que se intente una solución que está en otro nivel en el que se encuentra el problema.

En resumen, desde la perspectiva del Modelo de Terapia Breve del MRI, los problemas se pueden presentar cuando; se tratan de resolver de una manera equivocada, al aplicarse una solución cuando no es necesaria o al negar la existencia de un problema.

### **1.1.2. Mantenimiento de Problemas**

El Modelo de Terapia Breve del MRI concibe la persistencia y el cambio de los problemas humanos como una complementariedad, es decir, como una constante a lo largo de la vida, la cual no puede analizarse de forma separada (Watzlawick, et al., 2007).

En ese sentido, los problemas son algo frecuentes en la vida cotidiana del ser humano y por lo mismo no se cree que al resolver un problema se eviten éstos por completo. Sin embargo, se debe evitar caer en el error de pensar que los problemas no pueden resolverse. De hecho, desde la epistemológica cibernética, visión que el modelo adopta desde sus inicios por la influencia de Gregory Bateson, se contempla que la interacción se organiza a partir de complementariedades cibernéticas (Watzlawick, et al., 2007; Kenney, 1994).

Cuando se presentan dificultades o incluso problemas en la vida cotidiana, lo más usual para tratar de resolverlos, siguiendo la lógica o el sentido común, es al generar lo contrario de lo que produjo tal dificultad o problema. Como sugieren Watzlawick, Weakland y Fisch “si esta acción correctora resulta insuficiente, la aplicación de más de lo mismo da eventualmente lugar al efecto deseado” (2007, pág. 53). Sin embargo, en ocasiones no se consigue modificar esta situación, y por paradójico que parezca, el producir “más de lo mismo” mantiene o incrementa el problema.

### **1.1.2.1. Intentos de Solución**

Desde la perspectiva del Modelo de Terapia Breve del MRI, la forma de mantener un problema es a partir de los intentos que hace la persona para solucionarlo, es decir; cuando se cae en el juego de hacer “más de lo mismo” una y otra vez, a pesar de no generar ningún cambio deseado. Watzlawick, Weakland y Fisch plantean que:

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 (2007, pág. 54).

Para resolver una dificultad es necesario recurrir al uso de la lógica y del sentido común. Sin embargo esto no ocurre en ocasiones para situaciones problemáticas, pues recurrir a la lógica y el sentido común tiende a generar más de lo mismo, dando como resultado la creación y mantenimiento de “callejones sin salida”.

A partir de esto, se puede sugerir que la misma solución intentada para resolver un problema por la persona afectada, o incluso personas a su alrededor, no solo genera que éste se mantenga, sino que a la larga se vuelve el problema mismo. Dicho en otras palabras; sin la solución no existiría el problema, ya que la solución alimenta constantemente al problema en la medida en la que ésta se aplica, atrapando a la persona afectada en un juego sin fin (Fisch, et al., 2003; Watzlawick, et al., 2007).

### **1.1.3. Resolución de Problemas**

Una vez explicada la concepción que tiene el Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute en cuanto a la formación y mantenimiento de problemas humanos, se puede comenzar a describir cómo es que el modelo sugiere, desde una visión teórica, la resolución de los mismos.

Si se parte de la idea de que una persona busca una psicoterapia tratando de modificar algo que le molesta, se puede dar por entendido que el principal objetivo de una psicoterapia, sin importar el modelo, es generar un cambio para alterar dicha insatisfacción de la persona.

Watzlawick, Weakland y Fisch (2007) siguieron dos tipos de cambio; cambio<sub>1</sub> y cambio<sub>2</sub>. Ambos tipos de cambio, tienen su sustento teórico basado en dos teorías pertenecientes al campo de la lógica matemática, y por raro que parezca encajan perfectamente en ejemplos de solución de problemas de la vida cotidiana desde cualquier sistema en el que se presente; ya sea individual, familiar o de cualquier grupo sociopolítico más amplio.

### 1.1.3.1. Cambio<sub>1</sub>

El cambio<sub>1</sub> se considera el “cambio para no cambiar” y el razonamiento que lo subyace se justifica a partir de la Teoría de los Grupos, proveniente del campo de las matemáticas, propuesta por el francés Évariste Galois (Watzlawick, et al., 2007). Este tipo de cambio aparece al generar una modificación, la cual produce siempre el mismo resultado por contradictorio que parezca, dejando inmodificable la situación en la que aparece.

Dicha teoría contempla algunas propiedades que un grupo debe de tener; a) cada grupo debe estar compuesto por *miembros*, los cuales deben tener una característica en común para poder ser considerados como tal. A su vez los miembros comparten la característica de combinación entre ellos y la resultante de dicha combinación da como resultado nuevamente, un miembro del grupo. Otra propiedad de los grupos, de acuerdo a la teoría de Galois es b) que no importa el *orden* de combinación entre sus miembros, la resultante siempre permanecerá al grupo. Cada grupo tiene y contiene un c) *miembro de identidad*, el cual es considerado como un caso especial, y la combinación de ese miembro de identidad con cualquier otro miembro da por resultado el mismo miembro de identidad. Finalmente, la última propiedad de la teoría de los grupos sugiere que d) cada miembro tiene un *opuesto o recíproco* y la combinación entre ellos da como resultado el miembro de identidad (Watzlawick, et al., 2007).

Hablar de cambio<sub>1</sub> dentro del contexto de los problemas humanos resulta bastante sencillo, ejemplo de esto lo mencionan Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch (2007) al explicar que cuando una persona se encuentra atrapada en una pesadilla puede intentar

distintas acciones dentro de ella, tales como correr, pedir ayuda, esconderse, etc., sin embargo no concluyen con dicha situación. Todas estas acciones dentro de la pesadilla constituyen un cambio<sub>1</sub>.

Cambio<sub>1</sub> implica “más de lo mismo” en cuanto a la forma de resolver problemas usando la misma solución (Watzlawick, et al., 2007). Y en esa medida se genera un resultado parecido al de la retroalimentación negativa; donde a partir de una variación en el sistema, éste reacciona con una respuesta contraria a la variación inicial para regresar a su punto inicial.

### **1.1.3.2. Cambio<sub>2</sub>**

El cambio<sub>2</sub>, representa lo opuesto al cambio<sub>1</sub>, ya que este tipo de cambio representa “el cambio del cambio”, es decir, un cambio que modifica la situación por completo situándola en un plano diferente. Este tipo de cambio encuentra su fundamento en la Teoría de los Tipos Lógicos propuesta por Whitehead y Russel, la cual, al igual que la Teoría de los Grupos, esta compuesta por miembros, mientras que la totalidad es llamada clase en vez de grupo. Un axioma esencial, como afirman Whitehead y Russel (1910-13, en Watzlawick, et al., 2007) es que “cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma”. Esta es la principal diferencia entre miembro y clase, ya que una clase no puede ser miembro de la misma. Por otro lado, cuando un miembro pasa a ser una clase, se habla de un salto al nivel inmediatamente superior situando esta nueva clase fuera del sistema inicial.

Para poder ejemplificar esto, se puede retomar el ejemplo planteado por Paul Watzlawick y compañía (2007), donde una persona quiere salir de una pesadilla efectuando distintas acciones dentro de ella, sin embargo éstas no finalizan con la situación. El cambio<sub>2</sub> para este ejemplo reside en el despertar del sueño, terminando así con la pesadilla.

Dentro del contexto de los problemas humanos Watzlawick, Weakland y Fisch (2007, pág. 105) definen el cambio<sub>2</sub> como “un cambio espontaneo, es decir, el modo de resolver problemas en los asuntos corrientes de la vida, sin ayuda de los conocimientos de expertos, de teorías sofisticadas y de un esfuerzo concentrado”. Este tipo de cambio es la característica fundamental del Modelo de Terapia Breve del MRI pues la mayoría de sus intervenciones van

dirigidas a provocarlo. Contemplando que en ocasiones los problemas se crean y mantienen por aplicar el cambio<sub>1</sub>.

Como sugieren Watzlawick, Weakland y Fisch “mientras que el cambio<sub>1</sub> parece basarse siempre en el sentido común (así, por ejemplo, en la receta de “más de lo mismo”), el cambio<sub>2</sub> aparece habitualmente como extraño, inesperado y desatinado”, más adelante agregan que “la utilización de técnicas de cambio<sub>2</sub> libera la situación de la trampa engendradora de paradojas creadas por la autorreflexividad de la solución intentada” (2007, pág. 111). En otras palabras introducir la fórmula del cambio<sub>2</sub> en una situación donde el problema pareciera ser el mismo cambio<sub>1</sub>, da como resultado la resolución del mismo, ya que se aplica sobre los intentos de solución del mismo, abordando la situación en el aquí y ahora. De igual forma el cambio<sub>2</sub> busca responder el “¿para qué? o ¿qué?” y no el “¿por qué?”.

## **1.2. Perspectiva Práctica**

Haciendo un resumen de lo expuesto hasta ahora, se pueden destacar las características teóricas más importantes que concibe el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas del Mentar Research Institute en la formación y la solución de problemas humanos:

- a) Se considera que a lo largo de la cotidianidad de la vida surgen dificultades y problemas. La primera de ellas, en ocasiones se resuelve con un acto de lógica o sentido común o se solucionan con el paso de un tiempo determinado. La segunda se considera insoportable para la persona al grado de solicitar ayuda a través de la terapia.
- b) Los problemas humanos pueden surgir de manera súbita y en otras ocasiones pueden ser creados y mantenidos por la misma persona afectada, o cualquiera a su alrededor, debido al modo erróneo de abordarlos.
- c) El objetivo que usualmente se busca en una psicoterapia es un cambio, ya sea interrumpiendo los intentos de solución y de esa forma modificar la interacción, o incluso cambiando únicamente la perspectiva del problema al grado de que no represente algo incomodo para la persona afectada. Por lo mismo, el modelo centra su atención en el aquí y ahora del problema tratando de resolverlos a partir de los dos tipos de cambio resultantes de la teoría de los grupos y de los tipos lógicos; la

primera forma de cambio recibe el nombre de cambio<sub>1</sub>, o “más de lo mismo” y a la segunda forma se le conoce como cambio<sub>2</sub> o la forma de resolver problemas de forma extraña, inesperada y sin ayuda de habilidades o teorías especiales. La elección del tipo de cambio que debe generarse para resolver un problema se guía por la premisa de “cada caso es su mejor explicación” (Schlanger, comunicación personal, 2010).

A partir de esto, el Modelo de Terapia Breve del MRI desglosa una guía práctica para poder generar un cambio dentro de la terapia para resolver los problemas. Guía que parte de una teoría que puede ser considerada como un mapa conceptual, la cual “constituye básicamente una herramienta que ayuda a alguien a dirigirse de uno a otro sitio, en este caso desde que el terapeuta se encuentra con el problema del cliente hasta que lo soluciona con éxito” (Fisch, Weakland & Segal, 2003, pág. 24).

### **1.2.1. Etapas de la Terapia**

#### **1.2.1.1. Primera Etapa: Definición del problema**

Un requisito para poder iniciar una terapia desde el modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute, es la existencia de un problema, sin embargo se deben cumplir ciertas características para saber si la persona que llega a terapia realmente se encuentra en un “callejón sin salida” o no, ya que de lo contrario la terapia no tendría lugar.

Para que un problema exista y se mantenga como tal, se necesitan dos elementos; el primero de ellos es la presencia de una o varias conductas o acciones indeseables que se repitan constantemente y el segundo elemento es la persona o personas afectadas por dicha conducta indeseable. Tal como remarcan Weakland y Fisch en su artículo “*Brief Therapy MRI Style*”:

Si uno se centrara realmente al comportamiento, cualquier problema que la gente amable trae a psicoterapia podría definirse como una constante de; 1) una conducta observable, la cual 2) se caracteriza por ser indeseable (desviada, difícil,

angustiante, peligrosa) por la persona que la realiza o por cualquier otra persona en cuestión, pero que 3) persiste a pesar de los esfuerzos para modificarla o deshacerse de ella, por lo tanto 4) la persona busca ayuda profesional (1992, en Ray, Fisch & Schlanger, 2009, pág. 227).

La tarea del terapeuta breve consiste en obtener en términos concretos la información necesaria que le permita entender la secuencia que mantiene la conducta problemática, desde saber qué es lo que ocurre, cuándo ocurre, a quién le ocurre y cómo ocurre. Como mencionan Fisch, Weakland y Segal (2003, pág. 31) “¿Cuáles son esas conductas, del paciente o los demás implicados, que pueden provocar la conducta problemática, y que la hacen perdurar mediante la reiteración?”.

El terapeuta breve debe preguntar al iniciar la primera sesión “¿cuál es el problema que lo trae a terapia?” (Fisch & Schlanger, 2002; Fisch, Weakland & Segal, 2003; Ray & Anger, 2009; Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974; Weakland & Fisch, 1992), buscando respuestas donde la condición anterior se cumpla, es decir, donde en términos concretos se describan cuáles son las conductas indeseables; cuándo aparecen, con quién aparecen, a quién afectan, etc., de tal manera que se tenga una secuencia de dicho problema desde que se presenta hasta donde no ocurre y vuelve a iniciar. Como sugirieron John Weakland y Richard Fisch “en otras palabras, los problemas básicamente consisten en círculos viciosos, involucrando un *loop* de retroalimentación positiva entre un comportamiento etiquetado como “incorrecto” y esfuerzos inadecuados (es decir, ineficaces) para librarse de él” (1992, en Ray, Fisch & Schlanger, 2009, pág. 227).

Como explican Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974, en Ray, Fisch & Schlanger, 2009) es posible que los pacientes digan que tienen varios problemas y la tarea del terapeuta es preguntar “¿cuál de todos es más importante? o ¿cuál de todos si cambiara haría una diferencia?”, también proponen que en los casos donde se trabajan con familias o parejas se debe indagar cada uno de los puntos de vista de los miembros sin excepción alguna, pues debe tenerse la secuencia problemática lo más completa posible.

Es importante remarcar, que el modelo del MRI no cuestiona la legitimidad de las problemáticas que exponen los pacientes dentro de terapia, ya que considera todos los problemas

igual de graves por el solo hecho de ser una queja para poder iniciar una terapia (Fisch & Schlanger, 2002). Sin embargo se debe tener cuidado en no comprar un problema presentado sin los “ingredientes” descritos anteriormente, porque en ocasiones los pacientes pueden confundirse entre una dificultad y un problema y la tarea del terapeuta es indagar cómo es un problema la situación presentada. El preguntar “¿cómo es un problema?” ayudará a precisar con mayor detalle si la queja presentada en un primer momento por el paciente no se trata de una cuestión secundaria a lo que realmente es el problema (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

### **1.2.1.2. Segunda Etapa: Investigación de los intentos de solución**

Una vez que se tiene la secuencia completa del problema, el terapeuta breve del MRI no presta atención al cómo surge éste o la historia de dicho problema, en vez de eso, sus preguntas deben ir dirigidas a lo que la persona afectada, o las personas a su alrededor, hacen o han hecho para poder solucionar dicho problema, a estas acciones se les llaman intentos de solución y este elemento es el principal del modelo (Weakland, Fisch, Watzlawick & Bodin, 1974; Fisch & Schlanger, 2002).

En este punto se pretende que el terapeuta breve indague todo intento de solución, ya sea desde acciones “simples” siguiendo su lógica para resolverlo o hasta cuestiones más “complejas” pidiendo ayuda a personas cercanas o de otros expertos. En ocasiones esta tarea resulta complicada, debido a que las personas están tan atrapadas en este círculo vicioso que pierden de vista sus múltiples intentos fallidos para tratar de resolver el problema.

Fisch, Weakland y Segal sugieren en “La táctica del cambio” (2003), su aportación práctica del Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas del MRI, que al conocer los diversos intentos de solución realizados por la persona afectada o personas a su alrededor, es necesario entender cuál es el impulso básico de estos esfuerzos realizados, pues sin importar la cantidad de los mismos se considera que de alguna forma la gran mayoría de ellos, o incluso su totalidad, son variaciones sobre el mismo tema o impulso central. Realizar esto le permitirá al terapeuta breve realizar una o varias categorías de dichos impulsos o temas, lo cual facilitará su tarea al identificar con mayor detalle la secuencia del círculo vicioso que mantiene al problema.

De lo anterior, se debe entender que este círculo vicioso no depende de la astucia o inteligencia de las personas al enfrentar sus problemas, sino que el marco de referencia que siguen para elegir sus intentos de solución no es funcional para el problema que enfrentan y esto los mantiene en dicho círculo. Partiendo de esto, debe quedar claro que el terapeuta breve no indaga el por qué de cada intento de solución, si no cómo es que cada intento no funcionó (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

En este sentido el objetivo, tal como sugieren Richard Fisch y Karin Schlanger “no es que la persona haga algo, sino más bien que deje de hacer lo que hacía para resolver el problema”, y más adelante comentan que “en cierto modo, diríamos que lo que tratamos no son problemas, sino las soluciones intentadas” (2002, pág. 30).

### **1.2.1.3. Tercera Etapa: Definición del cambio a realizar**

El identificar los intentos de solución podrían ser considerados como la información suficiente para poder ejecutar un plan de acción y generar un cambio significativo para resolver el problema y con eso la queja; ya sea generando algo diferente a lo que ya se ha hecho, o incluso con el simple hecho de frenar los intentos de solución, según sea el caso, ya que como comentan Fisch, Weakland y Segal (2003, pág. 142) “en nuestro enfoque terapéutico, el objetivo general es la solución de la dolencia del cliente”. Sin embargo, para el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas del Mental Research Institute resulta importante considerar la opinión del paciente en cuanto a sus expectativas hacia la terapia y más específico aún, sobre los cambios que quiera hacer dentro de su situación antes de generar una intervención (Fisch, Watzlawick, Weakland & Bodin, 1974).

Como sugieren Richard Fisch, John Weakland y Lynn Segal (2003) después de descubrir cómo funciona el problema se puede pasar a preguntar al paciente “¿en qué forma cree que se le pueda ayudar a afrontar su problema?” ya que esto permitirá saber las expectativas de la terapia y conforme a lo contestado negociar una meta con él. Algo que también puede ayudar al terapeuta es preguntar “¿cuál sería el cambio mínimo, para saber que el problema del cliente está mejorando?”. Se esperaría que ambas respuestas estén relacionadas pues hacen referencia a lo mismo y de igual forma estén planteadas en términos concretos y accesibles.

Fisch, Watzlawick, Weakland y Bodin proponen que “el establecimiento de metas razonables y accesibles (lo más concreto y específico posible) son uno de los pasos más importantes al inicio del tratamiento” (1974, pág. 23). Con esto se pretende evitar aceptar metas utópicas o vagas, las cuales dificultarían el trabajo y alargarían su duración, lo cual resultaría contraproducente para el terapeuta breve.

Watzlawick, Weakland y Fisch añaden que “nuestra labor nos ha enseñado que la fijación de una meta definida y concreta da lugar a un efecto Rosenthal positivo”. Más adelante comentan que muchas personas “desean ser más felices, comunicarse mejor con sus cónyuges, sacar más provecho de la vida, preocuparse menos, etc., etc.” (2007, pág. 145). En casos como estos donde las personas son vagas y poco concretas al definir una meta, Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin comentan que se elige una meta que genere resultados positivos para el paciente y su problema en particular (1974, pág. 51).

El parámetro que sugieren los autores en el libro “La táctica del cambio” para formular objetivos, consta de dos aspectos; 1) considerar la base sobre la cual se eligen los objetivos, y 2) los datos que se establecerán para saber si la terapia tuvo éxito o no y quizá continuar con otros objetivos (Fisch, Weakland & Segal, 2003). Teniendo en cuenta estos elementos resultará más sencillo para el terapeuta saber en que dirección irá el tratamiento.

#### **1.2.1.4. Cuarta Etapa: Formulación y selección de la intervención dirigida al cambio**

El modelo creado en el Mental Research Institute contempla la interacción como un proceso circular, donde las acciones de una persona tiene repercusiones sobre las personas a su alrededor y viceversa. Este pensamiento circular es el mismo que se tiene al comprender y explicar los problemas y su persistencia, así como el cambio de los mismos. De hecho, el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas advierte que desde que el terapeuta breve comienza a interactuar con el paciente se inicia el proceso de intervención en términos generales. Así, desde el inicio, él va llevando la terapia en el modo y forma en que estructura y conecta cada una de sus preguntas y de esta manera comienza a influir en el paciente. Examinando esto, se puede entender que la intervención se da en todo momento a lo largo de las sesiones, sin embargo en términos más específicos, la intervención como tal debe de ir dirigida a provocar un cambio mínimo pero lo suficiente estratégico, ya que dicho cambio puede favorecer a más

cambios dentro del sistema como efecto “bola de nieve” (Fisch & Schlanger, 2002; Fisch, Weakland & Segal, 2003; Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007).

Por lo anterior, es necesario saber con precisión cual podría ser la mejor intervención, según sea el caso, de manera que se puedan vislumbrar los efectos provocados por la aplicación de la misma y cumpla con los requisitos del objetivo. Tal como sugieren John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick y Arthur Bodin: “nuestro enfoque es fundamentalmente pragmático, tratamos de basar nuestras ideas y nuestras intervenciones en la observación directa de la situación del tratamiento, de lo que ocurre en los sistemas de interacción humana, la forma en que siguen funcionando en estos aspectos, y cómo pueden ser alterados de forma más eficaz” (1974, pág. 47).

Para seleccionar la intervención que más se ajuste al problema del paciente, es necesario pensar antes en la secuencia del problema. Como ya se dijo antes, el modelo del MRI propone dos tipos de cambio: el cambio<sub>1</sub> y el cambio<sub>2</sub>. El primero hace referencia a “más de lo mismo” y en ocasiones es generado a partir del sentido común. El segundo se puede entender como “un cambio espontáneo” donde no es necesaria la ayuda de expertos ni teorías sofisticadas. Dicho lo anterior, primero se tendrá que observar el patrón del problema para saber si el terapeuta necesita elegir una intervención enfocada a provocar un cambio<sub>1</sub> o un cambio<sub>2</sub>.

La mayoría de los problemas llevados a terapia, como se ha explicado, se mantienen a partir de los intentos de solución de las personas, en estos casos queda entendido por ende todo lo que el terapeuta debe evitar. Para esto, la estrategia más factible sería interrumpir la secuencia del círculo vicioso, entre el problema y sus intentos de solución, contemplando un cambio situado en una dirección opuesta; como un giro de 180° a la situación (Fisch, Weakland & Segal, 2003). Para este tipo de problemas, que son los más comunes en terapia, la intervención debe ir dirigida a provocar un cambio<sub>2</sub>.

Una vez que el terapeuta breve tenga claro qué tipo de cambio es necesario para resolver el problema presentado por el cliente, lo siguiente sería elaborar un plan de acción para generar dicho cambio a partir de las intervenciones propuestas por el modelo de Terapia Breve. Lo inmediato, en cuestiones prácticas, sería ajustar la intervención que mejor se ajuste a su problema y objetivos de la terapia, posteriormente ver si a lo largo de las sesiones dicha intervención surge efecto (de lo contrario se tendría que pensar en otra) hasta que el problema disminuya su

intensidad, frecuencia o al menos no represente una queja para el cliente, y en el mejor de los casos desaparezca (Fisch, Weakland & Segal, 2003; Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007).

#### **1.2.1.5. Quinta Etapa: Terminación del tratamiento**

La terminación del tratamiento desde el modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute puede ocurrir de dos diferentes formas; 1) la primera es cuando se finaliza el tratamiento al resolver el problema, y 2) cuando se finaliza el tratamiento sin que el problema se resuelva (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

Finalizar el tratamiento a partir de la resolución del problema, es el principal objetivo de la terapia breve. Por lo mismo, se esperaría que al definir un objetivo claro, tanto cliente como terapeuta logren alcanzarlo a lo largo de las sesiones negociadas, y por consiguiente que el problema deje de ser una queja para el cliente. Sin embargo, en términos más prácticos, el establecer con claridad si el objetivo se cumplió o no y que tanto terapeuta como cliente estén de acuerdo, resulta una tarea complicada de definir. Por lo mismo, el modelo del MRI establece que el principal indicador de que la meta de la terapia se alcanzó con éxito, es la opinión explícita del cliente. Ya sea que a lo largo de las sesiones exprese por sí solo que está satisfecho con los resultados de la terapia en relación a su problema o que tanto terapeuta como cliente lleguen a esa conclusión (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

Por otro lado, existen dos formas de que ocurra el final del tratamiento sin que se logre resolver el problema; la primera es cuando se cumple el plazo del número de sesiones negociadas al inicio de la terapia sin algún cambio, en este caso, tanto cliente como terapeuta pueden dar por terminado el tratamiento, y la segunda es cuando los pacientes deciden interrumpir el tratamiento por que se han sentido satisfechos con el tratamiento, aunque no se haya resuelto el problema (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

Parte de finalizar el tratamiento, desde el modelo de terapia breve, es que el terapeuta guíe a su cliente en su proceso de cambio para resolver su problema mediante las intervenciones realizadas a lo largo de las sesiones establecidas, para que pueda enfrentarse por sí solo al problema si éste regresara al grado de que represente de nuevo una queja. Este proceso de “cierre” del tratamiento se da mediante un breve resumen, indicándole los pasos que fueron

importantes para la resolución de su problema. Finalmente, como comentan Richard Fisch y Karin Schlanger (2002) es tradición en el Brief Therapy Center del MRI hacer seguimientos telefónicos después de lapsos de tiempo largos para saber que las cosas siguen funcionando para el cliente y que su problema sigue sin representar de nuevo una queja, como lo fue en un inicio para que acudiera a terapia.

### **1.2.2. Aspectos importantes del Paciente**

En términos muy concretos, el modelo del Mental Research Institute propone una guía práctica y efectiva para la resolución de problemas humanos enfocando su principal tarea en detener por completo los intentos de solución que han generado que dicho problema se mantenga. En ese sentido, la tarea del terapeuta breve para resolver problemas consiste en indagar dichos intentos efectuados por el paciente o personas a su alrededor para poder solucionar su problema e impedir que se continúen llevando a cabo. Sin embargo, en cuestiones prácticas dicha tarea no resulta tan fácil de realizar, ya que implica situar a las personas fuera del círculo vicioso en el que se encuentran atrapados.

Tal como sugieren Richard Fisch, John Weakland y Lynn Segal (2003, pág. 109) “la tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el paciente para que afronte de modo distinto su problema o dolencia”, sin embargo es muy importante que el terapeuta breve adopte el modo más adecuado para influir sobre él, ya que de lo contrario complicaría su labor para generar un cambio en el problema presentado. Partiendo de esto, el terapeuta deberá ajustarse al marco del paciente para que abandone sus intentos para resolver su problema y al mismo tiempo el ajustarse al paciente le servirá para poder generar un cambio con mayor brevedad.

El modelo del MRI propone identificar ciertas características de los pacientes, las cuales el terapeuta breve tendrá que considerar y adoptar para ajustarse al marco del paciente y así poder influir sobre ellos. Fisch, Weakland y Segal (2003) engloban esas características en una categoría que denominan “postura del paciente”, la cual tiene una función clave dentro de la terapia pues su uso ayuda no solo a persuadir con mayor facilidad al paciente, sino también a poder generar sugerencias, comentarios o estrategias de intervención aceptables para el paciente haciendo que este no genere resistencias al cambio y colabore a lo largo del trabajo terapéutico.

### **1.2.2.1. Postura del Paciente**

Richard Fisch, John Weakland y Lynn Segal definen “postura del paciente” como: los “valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidados, y que determinan el modo en que actuarán o no actuarán las personas” (2003, pág. 110). Desde esta visión, el Modelo de Terapia Breve contempla que cada persona en particular tiene una postura, la cual es diferente a la de los demás, incluso en los casos donde se presentan más de dos personas (parejas, familias, etc.) inmersas en el mismo problema. Para el terapeuta breve cada opinión y visión sobre el problema implicará diferentes posturas, por lo mismo, su labor es indagar el tipo de postura que tiene el paciente para ir ajustando parte de su entrevista e intervención a ella, y así generar un tratamiento más efectivo provocando la colaboración del mismo paciente. Dicha labor se evalúa en diferentes momentos a lo largo de las etapas prácticas de la terapia, sin embargo, en todo momento se evalúa cuando se presta atención en las palabras que usa, el tono de voz y el énfasis con el que se expresa (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

Parte del trabajo terapéutico desde el Modelo de Terapia Breve para identificar la postura un primer momento, es hacer una distinción entre “cliente” y “paciente”, ya que para el modelo es un rasgo importante al iniciar una terapia, pues a partir de dicha distinción dependerá la elección del terapeuta para saber con quien trabajar. Los autores de “La Táctica del Cambio” contemplan que cliente es aquel que en un primer momento pide ayuda, ya sea para él u otra persona. Queda con la categoría de cliente pues al ser el primero en buscar el servicio demuestra que de alguna forma es el más interesado en resolver el problema. Fisch, Weakland y Segal (2003, pág. 117) mencionan tres elementos para definir a un cliente: “1. he estado luchando contra un problema que me perjudica de modo significativo, 2. no he logrado solucionarlo únicamente con mis propios esfuerzos y 3. necesito que usted me ayude a solucionarlo”.

Por otro lado, paciente se le considera a la persona que es señalada o definida por sí misma como desviada o perturbada, es decir, la portadora del síntoma o dolencia. Es necesario remarcar que el mismo cliente puede ser considerado como paciente incluso por él mismo, estas distinciones son un parámetro para saber con quien es más adecuado trabajar, pues el cómo se definan a sí mismos en relación con el problema demostrará de forma implícita su preocupación por resolver el problema (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

De igual forma, dentro de la evaluación de la postura del paciente, el modelo establece algunas preguntas específicas para indagar con más precisión algunos aspectos importantes sobre el problema o queja presentada por el paciente; una de ellas es “¿cómo explica que haya surgido su problema? o ¿por qué cree que tenga usted este problema?”. Esta pregunta incluye el único “por qué” del modelo, el cual tiene la función de indicar la posición del paciente o cliente hacia el origen de la queja, lo cual implicará conocer la forma en que conoce su mundo, explica sus experiencias y de forma más particular su problema. Otra pregunta que ayuda a conocer con más precisión la postura, y en este caso la expectativa del paciente hacia la terapia y que ira de la mano con el objetivo a trabajar a lo largo de la terapia es: “¿al venir a este espacio de que manera cree que se le pueda ayudar?”, es importante saber lo que espera el paciente de la terapia para poder fijar un objetivo concreto y alcanzable (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

### **1.2.3. Aspectos importantes del Terapeuta**

En un primer momento se habló de lo que sería importante considerar en el paciente o cliente (según sea el caso) para poder generar un proceso terapéutico lo más breve posible, sin embargo faltaría contemplar la parte restante de la complementariedad cibernética que engloba la terapia, para así poder entender por completo la relación entre los dos (terapeuta/paciente) desde la visión del Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas.

Para el modelo del MRI, el éxito o fracaso de la terapia dependerá del “trabajo” entre terapeuta y paciente; por un lado, la tarea del terapeuta, en términos muy concretos, es obtener la información necesaria para poder generar un cambio y a la vez influir sobre el paciente de la mejor manera posible, mientras que la tarea del segundo consistirá en brindar dicha información y seguir al pie de la letra las indicaciones del primero. Seguir este plan en acción daría como resultado un proceso terapéutico lo más breve y efectivo posible, sin embargo para que esto suceda dependerá, en el mayor de los casos, de la labor del terapeuta.

Al seguir la anterior idea, el terapeuta breve debe ser lo más eficiente al realizar su labor a lo largo de la terapia; desde que indaga la información necesaria para poder iniciar una terapia y hasta que tanto él como el paciente logren un cambio en la situación del problema acorde a los objetivos negociados a partir de las estrategias que el terapeuta considere más adecuadas. Parte del realizar dicha tarea se verá reflejada en la elección de las estrategias que utilice el terapeuta, y

de forma más precisa, el cómo las utilice para generar un cambio, partiendo de esto se puede entender que el terapeuta breve llevará la terapia con cierta libertad al ajustar el proceso terapéutico al problema del paciente. Esta libertad, característica del modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas lleva por nombre “capacidad de maniobra del terapeuta” y se refiere al control que ejerce el terapeuta a lo largo del tratamiento (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

### **1.2.3.1. Capacidad de Maniobra**

Desde la visión del Modelo del Mental Research Institute, como terapeuta se tiene “la libertad de actuar en la forma que uno considere más adecuada, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento”, esta libertad la definen Fisch, Weakland y Segal (2003, pág. 39) como “capacidad de maniobra del terapeuta”. Al tomar en cuenta esto, se debe entender que la forma en que el terapeuta controle de mejor modo la terapia hablará de la efectividad del tratamiento, y para que pase esto el terapeuta deberá limitar al paciente ante cualquier indicio de éste al querer controlar la terapia.

Una idea principal que puede describir la capacidad de maniobra del terapeuta es que para el modelo del MRI el principal interesado en la terapia es el paciente al buscar ayuda profesional, por lo tanto, el paciente necesita más al terapeuta y por lo tanto el terapeuta no se esforzará más que el paciente para resolver su problema. Es probable, que el terapeuta ponga en práctica su capacidad de maniobra, en un primer momento, al decidir con quién trabajar, cuándo y dónde, a partir de que distingue entre cliente o paciente y negocia con él un objetivo para iniciar un proceso terapéutico (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

Dentro del manual práctico del Modelo del Mental Research Institute propuesto por Richard Fisch, John Weakland y Lynn Segal (2003), se establecen cinco medios para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta, dichos medios son quizás las herramientas más importantes que distinguen al terapeuta breve pues a lo largo del proceso terapéutico utiliza estos medios en diferentes momentos para realizar su labor con mayor facilidad. A continuación se explicarán brevemente:

- a) Oportunidad y ritmo: este medio se refiere a que el terapeuta tendrá que ajustar la oportunidad y ritmo de sus comentarios, en otras palabras, no deberá dispararse hasta que tenga los elementos necesarios para conocer la postura del paciente, de lo

contrario podría generar comentarios que no sean adecuados para el paciente, lo que ocasionaría generar resistencias o en el peor de los casos perderá credibilidad ante el cliente, perdiendo así por completo su capacidad de maniobra.

b) Tiempo necesario: otra característica que posee el terapeuta breve implica el no apresurarse en actuar, contrario a esto se da el tiempo suficiente para poder planear y pensar sus movimientos a lo largo del proceso terapéutico. Por lo general, se puede ver el uso de este medio en dos situaciones; a) cuando los pacientes de alguna forma solicitan de manera inmediata algo, orillando al terapeuta a actuar de forma precipitada y b) cuando los pacientes optan por dar información vaga o muy prolongada. Si el terapeuta decide actuar sin tener la suficiente información en alguna de estas dos situaciones ocasionará que empiece a perder su capacidad de maniobra.

c) Uso del lenguaje condicional: un rasgo que debe ser importante considerar en todo momento, es el lenguaje que utiliza el terapeuta breve, ya que a partir de él interviene en todo momento; al generar preguntas, comentarios y de forma más precisa al momento de vender o dar una intervención. Es por eso que debe ser muy cuidadoso en las palabras que utiliza y en la forma en la que transmite toda esa serie de mensajes, por lo mismo se aconseja que no asuma ninguna postura concreta y definida hasta tener la información suficiente para hacerlo y que esto no le genere una dificultad que pudiera comprometerlo al grado de perder credibilidad y con eso su libertad para llevar la terapia. Contemplando lo anterior, puede hacer uso del lenguaje condicional como herramienta para poder cambiar de postura sin comprometerse.

d) El cliente debe concretar: el anterior medio sugiere que el terapeuta no asuma una postura bien definida en todo momento o cuando su opinión en una situación no implique arriesgar su capacidad de maniobra. Pensando en eso, este medio implica todo lo contrario, como mencionan Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003, pág. 41) “la capacidad de maniobra del terapeuta depende de la correspondiente ausencia de capacidad de maniobra del paciente”, por eso es necesario que el terapeuta orille al paciente en todo momento, y sobre todo en las primeras sesiones donde se indaga la mayor parte de información, a asumir una postura bien definida y comprometida a

partir de la búsqueda de información clara y detallada en sus respuestas y comentarios.

e) Actitud igualitaria: desde el momento en el que el terapeuta interactúa con el paciente se establecen jerarquías desiguales entre ellos por que uno acude a pedir el servicio del otro. Considerando esto, se podría pensar que el terapeuta tiene cierto poder o superioridad ante el paciente, otorgado por el status o rango del mismo, sin embargo para el modelo del MRI el asumir siempre esta actitud podría generar cierta resistencia del paciente, y lejos de ser un recurso para poder llevar la terapia esta actitud se convierte en un obstáculo más ante el cambio. Por lo mismo, ante estas situaciones, los autores del modelo sugieren que el terapeuta asuma una posición igualitaria para que pueda tener más opciones hacia el paciente.

f) Sesiones individuales y conjuntas: al considerar la distinción iniciar que realiza el terapeuta para identificar a las personas como pacientes y/o clientes con la intención de saber con quien trabajar, se puede entender que el terapeuta elegirá la persona más interesada en resolver el problema; como en el caso cuando más de dos personas se presentan a terapia afectadas por el mismo problema, su elección implicará escoger a la persona que podría generar cambios con mayor facilidad y brevedad, De igual forma, cuando llegan a terapia dos personas que están siendo afectadas por un mismo problema y además de eso, se encuentran en conflicto mutuo, este medio puede utilizarse, pasando de realizar sesiones conjuntas a separadas, las cuales le permitirán aumentar su capacidad de maniobra y a la vez podrá generar la colaboración de ambos para resolver el problema.

El manejo de estos aspectos en diferentes situaciones garantizará el aumento de la capacidad de maniobra del terapeuta generando la docilidad por parte del paciente ante la terapia (Fisch, Weakland y Segal, 2003, pág. 12).

### **1.2.3.2. Uso del lenguaje del paciente**

Parte de las características que distingue al terapeuta breve del Mental Research Institute de cualquier otro terapeuta “tradicional” es su lenguaje, el cual desempeña un papel muy

importante durante toda la terapia, pues a partir de éste interviene en todo momento, por lo mismo, este elemento está fuertemente consolidado con el éxito o fracaso del proceso terapéutico (Watzlawick, 2002).

El lenguaje del terapeuta breve no es muy técnico como en otras terapias y de igual forma no utiliza los conceptos básicos de la psiquiatría o psicología (Fisch, Weakland & Segal, 2003), contrario a eso adopta el lenguaje cotidiano del paciente; sus palabras y expresiones para de esta forma adoptar sus significados, valores y de forma más amplia su realidad.

Watzlawick (2002) menciona que algo que genera prolongados tratamientos psicoterapéuticos tradicionales, es que orillan al paciente a adoptar el lenguaje de las teorías psicológicas clásicas, comparado con esto, el terapeuta breve aprende y utiliza el lenguaje del paciente, tanto el metafórico como el literal, lo cual permitirá conocer sus temores, expectativas, esperanzas, prejuicios, la concepción de su mundo y así introducirse a la realidad del paciente y más específico a su problema.

Los autores de “Cambio” justifican esto al explicar la definición de realidad que adoptan, la cual menciona que “real es aquello que un número lo suficiente amplio de personas ha acordado designar como real” (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007, pág. 127). Contemplando esta visión se puede entender que existen infinitas realidades a partir de los significados que cada persona tenga a partir de sus vivencias.

Así, el lenguaje del paciente se vuelve una guía para el terapeuta, la cual servirá para identificar el cómo concibe su realidad a partir de los valores y significados que posee, mediante las palabras que usa, su tono de voz y expresiones adicionales, y también una importante herramienta a la hora de intervenir haciendo uso del mismo.

#### **1.2.4. Intervenciones**

El modelo del Mental Research Institute: Resolución de Problemas se centra en el “aquí y ahora” de los problemas y contempla sus intervenciones en el presente de las personas. De esta manera se propone cambiar los efectos de los sucesos y no las causas; para poder generar esto, el terapeuta breve deberá conocer el ¿qué? de las cosas y no el ¿por qué? (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007).

Como ya se dijo, para poder generar una intervención, desde el Modelo del Mental Research Institute, es necesario conocer la secuencia del problema lo más completa posible, y los intentos de solución que lo mantienen. De este modo, la tarea del terapeuta consistirá en proponer una intervención estratégica que sitúe sus intentos de solución en una posición contraria de 180° (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

Dentro de las publicaciones más importantes del modelo del Mental Research Institute, se proponen algunas intervenciones; por un lado, dentro del manual teórico, publicado bajo el nombre de “Cambio” a cargo de Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch, se da una intervención que se conoce como “reestructuración”. De igual forma, en el manual práctico “La táctica del cambio”, propuesto por Richard Fisch, John Weakland y Lynn Segal, se distinguen dos tipos de intervenciones; las principales y las generales.

#### **1.2.4.1. Reestructuraciones**

Para un terapeuta sería casi imposible influir en la vida de los consultantes modificando todas las situaciones que viven día con día, o incluso las que han vivido, sin embargo puede modificar las opiniones y significados que tiene antes estos sucesos. Pensando en esto, se puede describir la principal, y quizás más eficiente intervención del modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas; la reestructuración.

Por reestructuración debe entenderse como: “cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los “hechos” correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos” (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007, pág. 126). El uso de esta técnica permite generar un cambio<sup>2</sup>, y de igual forma que este tipo de cambio, la reestructuración puede explicarse con la teoría de los Tipos Lógicos propuesta por Whitehead y Russel.

Como sugieren Watzlawick, Weakland y Fisch, la reestructuración implica modificar la pertenencia de un objeto (situaciones, acciones, etc.) de una clase, a otra igualmente válida o mejor (pensando en su funcionalidad y significado para las personas). En otras palabras se

modifica la pertenencia de un miembro a una clase distinta, donde su función o cualidad como miembro es igualmente válida o incluso mejor que la anterior (2007).

Paul Watzlawick en su obra “La construcción de “realidades” clínicas” distingue dos ordenes de realidades; el primero se refiere a lo que percibimos a partir de nuestros sentidos y por otro lado el segundo orden de realidad se refiere a los significados o atribuciones que otorgamos al primer orden de realidad. En este segundo orden de realidad es donde surgen los problemas (en Watzlawick & Nardone, 2002).

En este sentido, la técnica de la reestructuración se centra en modificar el segundo orden de realidad, es decir, las interpretaciones de las personas, permitiendo así poder generar un cambio sumamente elegante y efectivo sin “tocar” o modificar en sí la situación o los hechos (primer orden de realidad). Tal como lo menciona Watzlawick en su libro “El lenguaje del cambio: una técnica de la comunicación terapéutica”: “el numero de posibles interpretaciones para cada caso es muy grande” (2002, pág. 105).

A modo de resumen, Watzlawick, Weakland y Fisch (2007) distinguen algunos aspectos importantes que se encuentran implicados en la reestructuración:

- a) Las clases que engloban las experiencias humanas se forman y categorizan, no solo por su primer orden de realidad, es decir, sus propiedades físicas, sino en especial por su significado y valor para las personas.
- b) Un objeto que ha sido considerado como miembro en una determinada clase, resulta complicado que pueda asignarse a otra clase distinta.
- c) Al momento de que se percibe la posible modificación de un miembro a otra clase, no es tan sencillo encasillar de nuevo ese miembro a una única categoría y esto es lo que hace sumamente efectiva la reestructuración como una intervención terapéutica.

Las reestructuraciones pueden darse en cualquier momento de la terapia, sin embargo, para formular una reestructuración se debe tener en cuenta dos cosas; primero encontrar el momento oportuno para generarla, lo que en cuanto aspectos del terapeuta breve se designa como oportunidad y ritmo. Por otro lado el uso de los elementos que caracterizan la postura del

paciente, tanto para generar la reestructuración, como para plantearlo, ya sea de forma directa o indirecta.

Para finalizar, el éxito o fracaso de la reestructuración dependerá de la función que tenga al ajustarse a la realidad de la persona; debe ser lo suficiente eficaz para poder modificar la situación del marco problemático en el que se encuentra a un aspecto fuera de dicho marco (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007).

#### **1.2.4.2. Intervenciones Principales**

Las intervenciones principales se utilizan cuando el terapeuta breve ha recabado la información necesaria para poder iniciar una terapia desde el Modelo de Resolución de Problemas del MRI, es decir; identificar quién se queja, conocer cómo funciona el problema y sus intentos fallidos de solución, así como un objetivo terapéutico para posteriormente integrar esa información en un plan de trabajo según sea el caso (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

Estas intervenciones surgen a partir de cinco categorías de intentos básicos de solución, las cuales engloban la mayoría de los problemas que la gente plantea en terapia psicológica, dichas categorías se justifican por las investigaciones del trabajo realizado durante años en el Mental Research Institute, desde que se fundó hasta la fecha (Fisch, Weakland & Segal, 2003). A continuación se presentan estas cinco categorías, mencionando los problemas típicos que engloban cada una de ellas, la explicación de su intento básico de solución y su probable solución:

##### **1.2.4.2.1. Intento por forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo**

Los problemas dentro de esta categoría son aquellos que el mismo paciente padece, un ejemplo de esto son los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico (sin probable explicación médica) tales como; rendimiento sexual, funcionamiento intestinal, función urinaria, dificultades respiratorias, temblores, tics, problemas de apetito, tartamudeo, insomnio, problemas de carácter, obsesiones y compulsiones. Para esta categoría, la solución probable consiste en detener por completo todos los intentos de solución fallidos, los cuales se centran en esforzarse por controlar o dominar la situación.

#### 1.2.4.2.2. Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo

Esta categoría contempla a problemas que, al igual que la categoría anterior, el paciente padece, como por ejemplo fobias, timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos de rendimiento, tales como; hablar en público o miedo a salir en escena. La diferencia de esta categoría y la anterior, reside en que en estos casos el paciente evita el problema, y su intento de solución disfuncional común radica en prepararse lo suficiente para poder dominar el problema. La solución probable para estos problemas es “disfrazar” el posible dominio o control que quiera tener el paciente ante la situación y de esta manera orillar a que se exponga ante ella.

#### 1.2.4.2.3. Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

A diferencia de las dos anteriores categorías, los problemas que caracterizan este intento de solución se generan en problemas donde se presenta la participación de más personas. Un ejemplo de esto son: problemas conyugales, conflictos entre padres e hijos, problemas con adolescentes rebeldes, disputas laborales, etc. Entre los intentos más comunes de solución se encuentra el convencer a la otra persona de que debe someterse ante las exigencias que establece la otra persona mediante un sermón, como lo explican los autores; “en otras palabras la solución ensayada asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fuesen superiores” (Fisch, Weakland & Segal, 2003, pág. 160). La probable solución a este tipo de problemas, consiste en que la persona que se queja (la cual, desde la visión del modelo, es la más interesada en resolver dicha situación) asuma una posición de inferioridad, colocándose en una posición “uno abajo” de la otra persona.

#### 1.2.4.2.4. Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación

Esta categoría de intentos de solución fallidos, se distingue por que una de las partes involucradas en los problemas pide que la otra persona haga algo, de modo arbitrario, y además de eso, que lo haga por su propia voluntad, a pesar de la aversión de la otra persona por el mandato que se dio. Un ejemplo de esto lo presentan Watzlawick, Weakland y Fisch en “Cambio” con la paradoja de “se espontáneo” (2007). Algunos ejemplos típicos de esta categoría

son problemas conyugales, de crianza infantil y de esquizofrenia. Una solución probable a estos problemas, sería que la persona que solicita algo, lo haga de forma directa aunque lo haga de un modo arbitrario, para esto se sugiere que el terapeuta encuentre la mejor forma de influir en él para que pueda llevar a cabo la variación establecida y evitar por completo la paradoja. Pensando en esto, el ejemplo que Fisch, Weakland y Segal plantean de: “me gustaría que lo hiciese, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo” pasaría únicamente a “me gustaría que lo hiciese”, evitando por completo la paradoja del tipo “se espontáneo” (2003).

#### 1.2.4.2.5. Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

Finalmente, esta quinta categoría involucra al menos dos participantes dentro del problema. Aquí el intento de solución fallido se puede percibir en problemas donde una persona realiza acusaciones hacia otra, la cual responde mediante su autodefensa, sin embargo esta autodefensa genera la “confirmación” de las acusaciones para la persona que las realiza, atrapando así por completo a los participantes en un juego de “más de lo mismo”, donde uno acusa y el otro se defiende sin llegar a nada. Un ejemplo de esto son los problemas conyugales y la probable solución a este tipo de problemas reside en que al menos una de las partes detenga su parte, los autores sugieren que la persona que se defiende acepte las sospechas de una forma absurda o por otro lado puede hacerse uso de la técnica de “interferencia”, la cual, a grandes rasgos, se centra en reducir el valor de los comentarios realizados por cada uno al no poseer una forma de comprobar que uno es más correcto que otro.

#### 1.2.4.3. Intervenciones Generales

Este tipo de intervenciones, a diferencia de las Intervenciones Principales, se pueden dar en cualquier momento de la sesión y pueden servir para dos cosas; por un lado, el terapeuta breve puede usarlas para confirmar algún tipo de postura y hacer uso de la misma para poder generar un cambio que resuelva el problema sin la necesidad de una intervención más compleja, y por el otro, puede usarlas como preámbulo para poder generar y vender una intervención más específica (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

Las Intervenciones Generales propuestas por Richard Fisch, John Weakland y Lynn Segal (2003) son cuatro y son de amplia utilidad, por lo mismo el uso de cada una de ellas no tiene que estar ligado con algún problema en particular, pues dependerá de la astucia del terapeuta breve para poder hacer uso de ellas a su tiempo y ritmo adecuado sin transgredir la postura del paciente.

a) No apresurarse

Esta técnica, es la que se utiliza con más frecuencia dentro de las intervenciones del modelo del Mental Research Institute: Resolución de Problemas, se da usualmente en la primera sesión a pacientes cuya solución básica consiste en esforzarse mucho, o que piden con urgencia al terapeuta una solución a sus problemas, aunque ellos no se muestren muy activos a resolverlos o incluso a colaborar.

Esta intervención consiste en pedirle al paciente que no haga nada para resolver su problema, en vez de eso, se le sugiere que continúe despacio en su proceso de cambio, argumentando que debe acostumbrarse a los cambios que ocurren paulatinamente, ya que un cambio radical implicaría orillarlos a una adaptación precipitada de su parte. De esta manera se pretenden lograr dos cosas: por un lado, detener los intentos de solución que están en sincronía con la necesidad de encontrar la solución con urgencia, y por otro lado, genera la necesidad de colaborar o estar más receptivo a las sugerencias del terapeuta breve. Esto se realiza de igual forma cuando los pacientes informan mejorías al llevar a cabo una intervención específica, de este modo, se pretende llevar al paciente a que consolide su cambios antes de realizar más.

b) Los peligros de la mejoría

Tal como sugieren Fisch, Weakland y Segal, (2003) esta intervención puede considerarse como una ampliación o variante de la técnica “no apresurarse”. Esta técnica se emplea cuando los pacientes expresan ciertas clases de resistencias ante el cambio, y es una forma de generar una especie de “motivación”, ya que el terapeuta breve lejos de convencerlo o animarlo, le explica los probables inconvenientes que tendrá al resolver su problema y por lo mismo se le

aconseja que los tenga en cuenta. De igual forma, puede usarse como una ampliación de “no apresurarse”.

Parte de la tarea del terapeuta breve, al vender esta intervención, implica sugerir diversos escenarios de los probables “peligros” que se generarían cuando ocurra el cambio o la solución de su problema, ya que es poco posible que el paciente pueda imaginar algún inconveniente al resolver su problema, pues la solución es algo que quiere y por lo mismo acude a terapia. Esta técnica le permitirá al terapeuta aumentar su capacidad de maniobra para poder sugerir más cosas sin que el paciente tenga resistencias, así la intervención posiblemente sea lo único que se lleve a cabo para resolver el problema.

#### c) Un cambio de dirección

A diferencia de las anteriores intervenciones, las cuales intentan generar una modificación en el paciente, ésta se enfoca en el terapeuta breve; en específico a su postura y dirección en la que lleva la terapia. Su uso, dependerá de la habilidad del mismo al reconocer que es necesario cambiar de dirección cuando no está funcionando lo que lleva a cabo con el paciente.

Esta intervención es necesaria cuando el terapeuta se ve atrapado en una situación donde arriesga su capacidad de maniobra; ya sea que su postura no sea la adecuada, las estrategias de cambio no están en sincronía con las demandas del paciente, o incluso discuta con él, trate de convencerlo, etc.

Para poder generar un cambio de dirección el terapeuta debe adoptar una posición de inferioridad, lo que en el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas se conoce como “*one-down position*”, y aceptar que ha cometido un error y por lo mismo ajustará de nuevo la dirección de la terapia (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

#### d) Cómo empeorar el problema

Esta técnica, se puede utilizar con pacientes que se han resistido anteriormente a probar algo nuevo para resolver su problema o a cualquier sugerencia del terapeuta. En ese sentido, el terapeuta breve lejos de ofrecer más cosas que el paciente pueda rechazar emplea esta

intervención, la cual, lejos de sugerir más cosas para que la situación mejore, sugiere lo contrario; cosas que podrían empeorar el problema.

El terapeuta breve puede hacer uso de esta intervención de varias formas, la primera de forma directa; ya sea explicando en forma de resumen las cosas que podrían empeorar la situación actual del problema, con base en la información que se posee de los previos intentos de solución, o de forma indirecta; preguntándole de qué manera podría empeorar su problema.

La intervención se centra en que el paciente identifique todas esas cosas que ha hecho para solucionar su problema, las cuales lejos de ayudar han sido útiles para mantener dicha situación. Posteriormente, como sugieren Richard Fisch, John Weakland y Lynn Segal (2003, pág. 192) “ya no se le dice al paciente que hay que hacer; sólo se menciona implícitamente”, y más adelante agregan “hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores”.

### **1.3. Conclusiones**

Aunque el Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute se centra en la práctica clínica, en lo que respecta la resolución de problemas humanos, los principales autores generan toda una teoría que explica la formación, persistencia y solución de problemas. Como sugieren Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch, los principios básicos de este enfoque son pocos y sencillos, por lo tanto pueden ser aplicados a cualquier problema, sea cual fuere la magnitud del sistema implicado (2007).

Para el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas la base de partida para una psicoterapia, consiste en que tanto el cliente como el terapeuta perciban la existencia de una situación problemática. Por lo mismo, el modelo desglosa de forma muy precisa el parámetro para determinar que realmente se presenta un problema o no a partir de la distinción que realiza entre dificultad y problema.

Como su nombre indica, el modelo se centra en la resolución de problemas, los cuales deben cumplir con algunas características, como son; conductas que representen una preocupación por una o más personas en contexto, es decir en interacción, esta preocupación se manifiesta por calificar dicha conducta como desviada de la norma, molesta y/o dañina, además

de que se han realizado ya esfuerzos para modificarla pero sin conseguir un éxito (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007).

Una vez que surgen los problemas, estos tienden a mantenerse debido al círculo vicioso que se genera al aplicar constantemente los mismos intentos de solución. Esta tendencia de aplicar los mismos intentos de solución al enfrentarse a un problema, se debe a que las personas se vuelven rígidos y recurren a soluciones que consideran adecuadas basadas en su experiencia. Sin embargo, comentan los autores de “La táctica del cambio” que no por eso debe considerarse que las personas no son lógicas o tienen una mente deformada, sino todo contrario (Fisch, Weakland & Segal, 2003).

Dentro de lo que sería la explicación para la resolución de problemas, el Modelo de Terapia Breve sugiere dos tipos de cambio. Ambos tienen un sustento basado en teorías provenientes de la lógica matemática, sin embargo, la aportación más relevante respecto a la resolución de los problemas humanos del modelo, subyace a la teoría de los Tipos Lógicos propuesta por Whitehead y Russel (1910-13, en Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007). Este tipo de cambio es espontáneo, y consiste en la resolución de los problemas sin ayuda de conocimientos expertos, de teorías sofisticadas o de un esfuerzo concentrado y se conoce como cambio<sub>2</sub>.

El cambio<sub>2</sub>, comúnmente utilizado para la solución de problemas humanos persistentes, puede generarse a partir de diferentes intervenciones, sin embargo, el Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas propone la reestructuración como principal forma de generarlo.

Así, el trabajo terapéutico desde el Modelo del Mental Research Institute, se centra en interrumpir el ciclo vicioso entre el problema y los intentos de solución, o incluso cambiando la perspectiva del problema al grado de que no represente algo incómodo para la persona afectada. De esta forma, se introduce el tipo de cambio indicado para cada situación determinada, usualmente el cambio<sub>2</sub>.

Para que pueda ocurrir esto, el terapeuta breve debe ser lo suficientemente eficaz y eficiente al guiar al paciente en el proceso de cambio, para esto los autores de “La táctica del cambio” mencionan varios aspectos para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta y, de este modo, pueda realizar su labor de la mejor manera posible. Así mismo debe ajustar sus

estrategias de cambio a la postura del paciente, para así estar en sincronía con las ideas, creencias y valores de la persona afectada por el problema.

Finalmente, la terapia del Mental Research Institute consta de cinco etapas, las cuales permiten al terapeuta breve resolver los problemas presentados por las personas en un promedio de diez sesiones. Esta guía práctica es el resultado de años de investigación enfocados a la explicación de la formación y solución de problemas humanos abordándolos en el presente, la cual a lo largo de años de aplicación ha demostrado ser efectiva en el campo clínico.

# **Capítulo 2.**

**Modelo Avanzado de Terapia**

**Breve Estratégica**

**del**

**Centro de Terapia**

**Estratégica de Arezzo (CTS)**

## **2.1. Perspectiva Teórica**

Tal como sugiere Leonardo Da Vinci, “una buena práctica no existe sin una buena teoría” (en Nardone & Portelli, 2006), y partiendo de este pensamiento, es importante hablar en un primer momento de toda la influencia teórica que distingue al Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica, propuesto por Giorgio Nardone, del Centro de Terapia Estratégica de Arezzo (CTS) donde hasta la fecha se mantiene como director.

Al igual que en el capítulo anterior, donde se habló de la perspectiva teórica del Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas del Mental Research Institute (MRI), es forzoso remarcar que la explicación teórica que se dará, se limitará a describir únicamente el proceso de cambio dentro de la terapia; desde que una persona acude a terapia pues ha lidiado con un problema que no logra resolver, hasta que tanto cliente como terapeuta generan un cambio para solucionar tal situación. Cabe mencionar que, tal como Nardone comenta, el libro “Cambio”, de Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch (2007), “representa el texto fundamental del planteamiento estratégico”, haciendo referencia a los términos y conceptos adoptados por las teorías ya enumeradas anteriormente (Nardone & Watzlawick, 2007, pág. 41). Pensando en esto, se da por entendido que el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica adopta varios conceptos utilizados por el Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute: Resolución de Problemas, los cuales no serán explicados pues ya se ha hecho en el primer capítulo.

### **2.1.1. Formación de Problemas**

Giorgio Nardone en su obra “El arte del cambio” (2007), la cual publica junto con Paul Watzlawick, quien fue su principal mentor, menciona cuatro herejías que caracterizan la Terapia Breve Estratégica, las cuales distinguen algunos puntos importantes para entender las diferencias entre este tipo de terapia, respecto a las teorías y prácticas clásicas del campo psicoterapéutico. Dentro de lo que es la tercera herejía, el autor menciona que el Modelo de Terapia Breve Estratégica es resultado de la aplicación de la Teoría de los Tipos Lógicos, la Teoría de los Sistemas y de la Cibernética, así como explicaciones de causalidad circular.

Las cuatro herejías describen las características generales de la Terapia Estratégica Avanzada, las cuales deben su nombre a la facultad que tiene el terapeuta estratégico de elegir,

evitando por completo encasillarse en una teoría o metodología rígida (Nardone & Watzlawick, 2007; Nardone & Balbi, 2009). La primera de ellas sugiere, entre otras cosas, considerar las teorías como hipótesis para relacionarse con el mundo. De igual forma, esta terapia no se guía por conceptos de “sanidad”, “normalidad comportamental” o “psíquica” (Nardone & Watzlawick, 2007).

Desde la visión teórica del modelo Estratégico Avanzado, los problemas surgen a partir de la funcionalidad del comportamiento humano en la existencia y la convivencia entre individuos, en términos de relación y percepción que las personas viven consigo mismas, con los demás y con el mundo (Nardone & Castelnuovo, 2007; Nardone & Watzlawick, 2007). Esta funcionalidad no se basa en los sujetos “en sí”, sino por los sujetos “en relación”, es decir, en su interacción. Dicho esto, se puede entender que la Terapia Estratégica Avanzada ajusta su terapia a la situación particular de la persona.

#### **2.1.1.1. Realidad**

Para el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica una situación problemática está determinada por la propia percepción de la realidad del sujeto (Nardone & Watzlawick, 2007). Esta realidad se determina a partir de cómo se percibe dicho sujeto en relación consigo mismo, con los demás y con el mundo, y desde esta idea, se puede entender que no existe una realidad absoluta o verdadera, sino tantas como el número de observadores en una determinada situación (Nardone & Castelnuovo, 2007; Nardone & Watzlawick, 2007). Por su parte Nardone y Balbi agregan que “toda realidad cambia, pues, según el punto de vista del que la observa y ello conduce a reacciones diferentes sobre la base de las diferentes atribuciones que se pueden hacerse de la misma realidad” (2009, pág. 28).

De este supuesto se deriva que cualquier situación que debemos vivir, sea ésta sana o insana, es el resultado de una relación activa entre nosotros mismos y aquello que vivimos. Dicho de otra manera; cada cual construye la realidad que, luego, padece (Nardone & Castelnuovo, 2007, pág. 1, en Eguiluz, 2007).

Paul Watzlawick traza una distinción entre dos niveles de percepción de la realidad, la cual permite entender por qué una determinada situación puede ser vista por algunas personas como un problema o algo desagradable, y como esa misma situación vista por otras no provoca molestia alguna (1992, en Watzlawick & Nardone, 2009). A estos dos niveles de percepción de la realidad, resultantes de dicha distinción, los llamaremos “realidad de primer orden” y “realidad de segundo orden”.

#### 2.1.1.1.1. Realidad de Primer Orden

Watzlawick establece (1992) que lo que se percibe a partir de los sentidos; vista, oído, olfato, gusto y tacto, se refiere a las realidades de primer orden, las cuales, toda persona, sin alguna alteración fisiológica o neurológica, puede distinguir sin mayor dificultad. Entonces podemos decir que la realidad de primer orden se refiere a las propiedades físicas de los objetos o de las situaciones (Nardone & Watzlawick, 2007; Nardone & Balbi, 2009).

#### 2.1.1.1.2. Realidad de Segundo Orden

Por otro lado, este segundo nivel de realidad se refiere a las atribuciones que le damos a las propiedades físicas de los objetos o de las situaciones (realidad de primer orden) otorgándole un sentido, un significado o un valor (Watzlawick, 1992 en Watzlawick & Nardone, 2009; Watzlawick, 1995). Tal como sugería Epicteto “no son las cosas en sí lo que nos preocupa, sino las opiniones que tenemos de las cosas” (en Nardone & Watzlawick, 2007, pág. 24 y 25).

Al explicar lo anterior, se puede entender que los problemas humanos surgen en este nivel de realidad, sobre todo cuando las personas encasillan su percepción de realidad como “única” o “verdadera”, aunque no sea del todo funcional. Partiendo de esto, la terapia del Modelo Avanzado de Terapia Estratégica del CTS se centra en generar cambios en este orden de realidad (Nardone & Watzlawick, 2007).

En resumen, desde la perspectiva del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del CTS, los problemas se presentan a partir de cómo las personas construyen su realidad en función de su relación consigo mismos, con los demás y con el mundo (Nardone & Castelnuovo, 2007, pág. 9).

### **2.1.2. Mantenimiento de Problemas**

Como ya se dijo, para el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del CTS, la aparición de un problema se confirma únicamente a partir de la propia percepción de realidad del sujeto, la cual, se dará en función de su realidad de segundo orden, es decir; de los significados o atribuciones que tenga una situación en particular para él. Sin embargo, restaría enfatizar lo que las personas hacen una vez que se genera un trastorno psíquico o mental para ellos. Para esto, Giorgio Nardone sugiere que las personas siempre actúan guiados por una lógica, ya sea para resolver un problema o alcanzar un objetivo específico, dicha lógica estará en función con la realidad que cada persona construya para sí misma (Nardone & Selvini, 2000).

#### **2.1.2.1. Lógicas**

Giorgio Nardone y Elisa Balbi (2009, pág. 35) introducen un epígrafe referente a la obra “El arte de ver” de Huxley, la cual menciona que “La realidad no es aquello que nos sucede, sino lo que hacemos con aquello que nos sucede”. Ellos consideran que las personas están inmersas en un sublime autoengaño, resultado de la creencia de tener control de su realidad, ya que en ocasiones las personas actúan de forma “racional” poniendo en práctica lo que consideran más pertinente y a pesar de eso no consiguen los resultados esperados.

Desde la visión del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del CTS, las personas actúan usando su lógica cuando se enfrentan a un problema, ya sea consciente o inconscientemente la usan siempre para conseguir un objetivo, tanto para acciones simples como complejas (Nardone & Salvini, 2000). Nardone y Balbi mencionan que “la lógica no es otra cosa que el método a través del cual el hombre, desde siempre, aplica sus propios conocimientos, resuelve problemas, alcanza objetivos, de modo que es el puente entre teoría y aplicación directa” (2009, pág. 21). Dicho modelo realiza una distinción importante para diferenciar dos lógicas, las cuales se aplican a distintos tipos de problemas; por un lado, se encuentra la lógica ordinaria y por el otro la lógica no ordinaria. Esta última, considerada como la aportación de este Modelo Avanzado de Terapia, y la cual permite realizar un cambio estratégico (Nardone & Balbi, 2009).

#### 2.1.2.1.1. Lógica ordinaria

La lógica ordinaria proviene de la tradición racionalista-aristotélico de “verdadero/falso” o “tercero excluido”. Este tipo de lógica es comúnmente utilizada por matemáticos o filósofos y su aplicación se puede ver con frecuencia en fenómenos lineales, de causa o efecto (Nardone & Salvini, 2000; Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Balbi, 2009).

Este tipo de lógica adopta el principio de “no contradicción”, el cual sugiere que “si algo es así, no puede ser todo lo contrario” (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Balbi, 2009). Sin embargo, en el ámbito terapéutico esto es algo que no funciona con frecuencia en el comportamiento humano, de hecho como sugieren Giorgio Nardone y Elisa Balbi (2009, pág. 23 y 24) “somos continuamente “no ordinarios” y desafío a cualquiera a que encuentre en su propia vida un ejemplo de aplicación de lógica puramente ordinaria”.

El Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica, por lo tanto, propone adoptar una lógica no ordinaria dentro del ámbito terapéutico para poder entender los fenómenos no lineales y del mismo modo poder generar un cambio a situaciones no ordinarias con estrategias que se ajusten a la misma lógica del problema (Nardone & Salvini, 2000; Nardone & Balbi, 2009).

#### 2.1.2.1.2. Lógica no ordinaria

La lógica no ordinaria rechaza cualquier teoría y/o pensamiento absoluto que pretenda explicar cómo funciona la realidad y pretenda lograr un cambio de manera racional. Giorgio Nardone y Elisa Balbi comentan que “la lógica no ordinaria se ocupa de todas las modalidades útiles para hacer cambiar aquellas percepciones que crean realidades disfuncionales, recurriendo al antiguo conocimiento del arte de la estratagema, de la retórica y de la persuasión” (2009, pág. 13).

Por lo anterior, podemos concluir que la mayoría de los problemas humanos pueden ser explicados bajo esta lógica, y precisamente por esto, el tratamiento de estos problemas, mediante el uso del Modelo Avanzado de la Terapia Breve Estratégica, ha llevado a formular un modelo guiado por la lógica no ordinaria (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Balbi, 2009).

Giorgio Nardone y Elisa Balbi en su obra “Surcar al mar sin que el cielo lo sepa” (2009), proponen considerar tres modalidades de razonamiento, derivadas de la lógica no ordinaria, que

permiten conocer cómo es que funcionan los problemas humanos a partir de la modificación de la situación problemática. Estas tres modalidades lógicas son:

- a) Lógica de la paradoja; la cual, engloba situaciones donde existen dos mensajes contradictorios al mismo tiempo. Este tipo de situaciones a menudo deja a las personas sin poder responder de forma correcta.
- b) Lógica de la contradicción: este tipo de lógica es la más común en la vida cotidiana, ya que por lo regular las personas dicen una cosa y se comportan de forma distinta. Esta lógica, al igual que la lógica de la paradoja, incluye dos mensajes contradictorios pero en distintos momentos.
- c) Lógica de la creencia: finalmente, esta lógica hace referencia a todo lo que se puede estructurar como creencia, aunque no coincida con el pensamiento o la cognición. Este tipo de lógica provocan creencias relacionadas con autoengaños que no tienen nada que ver con algún proceso cognitivo.

Finalmente estas tres clases contienen, desde la visión del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica de Arezzo, todas las formas de ambivalencia y autoengaño, y con esta información se ha podido mejorar la intervención terapéutica. Partiendo de esto se puede observar que la diferencia entre la lógica ordinaria y la lógica no ordinaria es que la primera busca encontrar la verdad a través de procesos deductivos para hacer cambiar, mientras que la segunda busca provocar diferentes percepciones de las cosas a partir de estratagemas y autoengaños para así reaccionar de modo distinto y conseguir el cambio.

#### **2.1.2.2. Intentos de Solución mantenidos por el Sistema Perceptivo-Reactivo**

Para el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica, las personas mantienen o empeoran su problema a partir de los intentos que hacen para solucionarlos. Dichos intentos de solución se deben a la lógica que las personas utilizan para buscar estrategias para enfrentarse a los problemas; ya sea empleando estrategias que aparentemente pueden proporcionar una solución, o que han utilizado en circunstancias pasadas, pero que en su situación actual sirve como regenerador del problema mismo (Nardone & Watzlawick, 2007).

A partir de esto, Giorgio Nardone denomina a este circuito entre las personas y sus intentos de solución como “sistema perceptivo-reactivo”, el cual define como “el modelo recurrente y redundante por el que una persona que padece un trastorno responde en virtud a autoengaños y no a otra cosa” (Nardone & Balbi, 2009, pág. 123). Con base a esto, Nardone propone realizar protocolos específicos para patologías particulares, donde la intervención se ajusta a reorganizar el sistema perceptivo-reactivo hacia un equilibrio más funcional.

El terapeuta que tiene a su disposición el protocolo de tratamiento tiene, por tanto, una secuencia, desde el principio hasta el final, que no se basa en la observación sino en la interacción con el trastorno y con su solución (Nardone & Balbi, 2009, pág. 127).

### **2.1.3. Resolución de Problemas**

Una vez explicada la concepción que tiene el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica en cuanto a la formación y mantenimiento de los problemas humanos, se puede describir cómo es que el modelo propone, en términos teóricos, la resolución de los mismos.

El Modelo Avanzado del CTS parte de una metodología constitutivo-deductiva, y no hipotético-deductiva como algunas terapias clásicas lo hacen, y de esta forma, en vez de primero conocer la situación para cambiarla, se cambia para conocer. Es decir, al cambiar el rígido sistema perceptivo-reactivo que alimenta el constante uso de los intentos de solución, se puede conocer cómo funciona dicho problema, de esta forma se cambia para conocer en lugar de conocer para cambiar. (Nardone & Salvini, 2000; Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Watzlawick, 2007; Nardone, 2009; Nardone & Balbi, 2009).

Este Modelo Avanzado adopta diferentes aportaciones estratégicas que han sido utilizadas y comprobadas a lo largo de la historia, como por ejemplo: el arte de la persuasión de los sofistas, el libro de las 36 estratagemas de la antigua China, enseñanzas de la práctica Zen, entre otras (Nardone & Castelnuovo, 2007).

Nardone y Balbi agregan que “obtenida la solución, las estrategias que han producido el cambio permiten descubrir cómo funcionaba aquel problema”, esto permite que el modelo se autocorrija tantas veces como se aplique, ya que siempre se ajusta la solución al problema (Nardone & Balbi, 2009, pág. 30).

Cuando una persona acude a terapia porque se encuentra con un problema que no puede resolver, el terapeuta estratégico deberá modificar su sistema perceptivo-reactivo que la tiene atrapada en ese autoengaño disfuncional, dicha modificación tiene la intención de cambiar ese autoengaño en uno funcional a partir de la lógica estratégica (Nardone & Balbi, 2009).

Nardone y Castelnuovo mencionan que la lógica estratégica es “un método que basa la lógica de su construcción operativa en los objetivos que debe alcanzar” más adelante agregan que “un método se considera estratégico cuando se diseñan tácticas, técnicas y maniobras *ad hoc* para los problemas analizados” (2007, en Eguiluz, 2007, pág. 8).

La labor estratégica inicial para cambiar una situación problemática implica cambiar las acciones, es decir; “el obrar” (haciendo referencia al imperativo estético del cibernético Von Foerster), para que a su vez cambie el pensar, es decir; el cómo percibe su realidad (Nardone & Watzlawick, 2007). Sin embargo, esta es la mitad del trabajo estratégico para la resolución de problemas humanos.

#### **2.1.3.1. Experiencia Perceptivo-Emocional Correctiva**

Desde la publicación de “El arte del Cambio”, primer texto del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del CTS, Nardone y Watzlawick (2007) adoptan los dos tipos de cambio que distingue la escuela de Palo Alto; cambio<sub>1</sub> y cambio<sub>2</sub>. Partiendo de esta idea, para Giorgio Nardone y Gianluca Castelnuovo un cambio comportamental, dentro de una situación problemática “no rompe el sistema, sino que modifica parcialmente su funcionamiento interno en los niveles temporal y espacial”, es decir; dichas acciones representan un cambio<sub>1</sub> (2007, en Eguiluz, 2007, pág. 9).

El Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica propone generarle a la persona, una reestructuración de su situación no solo en términos de percepción y reacción ante el problema,

sino como sugieren Nardone y Castelnuovo “una reestructuración que altere también sus emociones”, es decir; una experiencia perceptivo-emocional correctiva (2007, en Eguiluz, 2007).

Nardone y Balbi, comentan que una experiencia perceptivo-emocional correctiva es una sensación perturbadora dirigida a que las personas perciban que la realidad no es como la creían, dicha experiencia se provoca mediante técnicas que sean capaces de evocar sensaciones y experiencias nuevas (2009). El uso de esta experiencia permitirá al sujeto obtener una cognición consciente, así como el control y gestión de las situaciones que antes consideraba incontrolables (Nardone & Castelnuovo, 2007). Nardone y Balbi, sugieren que un recurso necesario para cambiar una cosa, en cuanto a sistema perceptivo-reactivo se refiere, es el uso de las cuatro sensaciones primarias que nadie puede evitar; miedo, placer, rabia y dolor (2009).

Para Nardone y Portelli (2006) la forma de generar este cambio es a partir del uso adecuado y deliberado de formas de lenguaje poéticas y retóricas, tales como; aforismos, metáforas, anécdotas y experiencias de la vida real, las cuales pueden generar diferentes emociones en los pacientes. Giorgio Nardone y Alessandro Salvini, agregan que, la mejor técnica para provocar sensaciones y experiencias nuevas es el aforismo, ya que es la forma literaria más evocadora porque su efecto es inmediato; “hace sentir las cosas, no las explica y no requiere ningún esfuerzo por que entra él solo” (2011, pág. 37).

Es importante enfatizar que, para poder evocar sensaciones es necesaria la conjunción de las tres esferas de la terapia; el lenguaje del terapeuta y su capacidad persuasiva y sugestiva, así como la sincronía de la estructura retórica escogida en relación al problema específico, el paciente y el estilo personal del terapeuta (Nardone & Portelli, 2006).

Finalmente, el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica sugiere que no puede generarse un cambio de una situación persistente sin que haya una adquisición, esto quiere decir que no solo basta con interrumpir el sistema perceptivo-reactivo una vez, sino que necesita reajustarse durante cierto periodo de forma que la persona no caiga de nuevo en el autoengaño por el sistema disfuncional que seguía (Nardone & Balbi, 2009).

## 2.2. Perspectiva Práctica

Haciendo un resumen de lo expuesto hasta ahora, se pueden destacar las características teóricas que concibe el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégico del Centro di Terapia Strategica de Arezzo en la formación y la solución de los problemas humanos:

- a) Los problemas humanos se forman y persisten a partir del proceder de las personas en relación a sus modalidades de percepción de realidad. Es decir, en relación con sí mismos, con los demás y con el mundo.
- b) Dichos problemas persisten por autoengaños que mantienen a las personas al usar sus intentos de solución, los cuales han elegido a partir de su lógica como los más adecuados, sin embargo en términos prácticos, dichos intentos de solución sirven únicamente como provocador de dicho problema.
- c) El objetivo que usualmente se busca en una psicoterapia es un cambio, en este caso, a partir de sus modalidades perceptivas y reactivas que experimenta el sujeto con su realidad disfuncional. Por lo mismo, el modelo centra su atención en el sistema perceptivo-reactivo, el cual mantiene al sujeto atrapado en un continuo ciclo entre la situación problemática y sus intentos de solución. Así mismo, el terapeuta estratégico busca modificar dicho sistema rígido con el uso de una experiencia emocional-correctiva, de forma que permita al sujeto modificar por completo su situación problemática y así llevarlo a un proceso de aprendizaje mediante un nuevo sistema perceptivo-reactivo funcional.

A partir de esto, el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del CTS, desglosa una guía práctica que está orientada a la extinción de síntomas y la resolución de los problemas presentados por los pacientes (Nardone & Watzlawick, 2007). Dicha guía consta de cuatro fases en la terapia, las cuales muestran lo eficiente y eficaz que es el modelo permitiendo generar protocolos específicos para diferentes patologías (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Castelnuovo, 2007; Nardone, 2009).

## **2.2.1. Etapas de la Terapia**

### **2.2.1.1. Primera Etapa: Comienzo del Juego; Conocer**

La tarea inicial al comenzar una terapia desde el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica es generar una relación personal con el paciente, que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, de esta forma se podrá iniciar con la investigación diagnóstica (Nardone, G. & Watzlawick, P., 2007). Parte de esta “captura” del paciente al iniciar el proceso, se verá reflejada en la medida en que el terapeuta estratégico se ajuste lo más posible al o las personas dentro de la sesión (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Castelnuovo, 2007).

Giorgio Nardone y Paul Watzlawick mencionan que lo siguiente que debe hacer el terapeuta estratégico es obtener una descripción lo más clara y definida posible de su problema, basándose en la observación de la persona y su explicación. Debe aclararse que, el terapeuta estratégico se interesa por las acciones concretas de la persona en su presente y las retroacciones personales y sociales con las que vive. Una vez obtenida esta descripción, es necesario que el terapeuta breve identifique la modalidad de relación en la que se encuentra el problema presentado, o en cual de esas dimensiones afecta más; ya sea en relación consigo mismo, con los demás o con el mundo. Esta observación ayudará no solo a saber cuál de las dimensiones afecta más al paciente, sino también para saber en cual de ellas utilizará sus estrategias para comenzar a generar cambios (2007).

Al conocer el problema presentado, es necesario acordar los objetivos de la terapia, este propósito tiene una doble función: por un lado la definición de dicho objetivo será una guía metodológica para el terapeuta estratégico, lo cual ayudará a planear las estrategias que usará, dándole el control del trabajo, y por otra parte esta definición genera una sugestión positiva en el paciente, lo cual implicará un aumento de colaboración por parte de este (Nardone & Watzlawick, 2007).

Finalmente, al indagar los intentos de solución fallidos que han realizado tanto la persona afectada por el problema como las de su alrededor, revelará cómo funciona el sistema perceptivo-reactivo del paciente (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Castelnuovo, 2007; Nardone & Watzlawick, 2007; Nardone, 2009; Nardone & Balbi, 2009).

### **2.2.1.2. Segunda Etapa: Desbloqueo; Experiencia Perceptivo Emocional Correctiva**

Una vez identificado el sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema del paciente, y que se ha identificado la modalidad más adecuada para generar un cambio, se comienza la ruptura de dicho sistema con las primeras maniobras estratégicas. Las maniobras deben ir dirigidas a interrumpir el circuito deteniendo los intentos de solución que lo alimentan (Nardone & Castelnuovo, 2007).

Esta etapa, se caracteriza por que se introduce el primer objetivo del terapeuta estratégico; “provocar la experiencia perceptivo-emocional correctiva, es decir, la sensación perturbadora de que la realidad ya no es como antes, y para obtener esto... recurrimos a técnicas capaces de hacer cumplir primero una experiencia concreta que evoque, precisamente sensaciones nuevas” (Nardone & Balbi, 2009, pág. 55). Cabe mencionar que aunque es el primer movimiento estratégico enfocado al cambio del sistema perceptivo-reactivo, no es posible diferenciar nítidamente las estrategias terapéuticas de todo el resto del tratamiento, ya que todo el tiempo el terapeuta estratégico interviene desde que indaga sobre el problema (Nardone & Watzlawick, 2007).

Como agregan Giorgio Nardone y Gianluca Castelnuovo, “esta experiencia emocional correctiva lo llevará a percibir de una forma distinta la realidad, hasta ese momento vivida como incontrolable e inasumible, pero ahora experimentada como controlable y asumible”. Sin embargo, esta experiencia inicial no es la solución final, sino una apertura hacia una nueva realidad construida sin patología (2007, pág. 12 en Eguiluz, 2007).

### **2.2.1.3. Tercera Etapa: Consolidación y Aprendizaje**

Esta etapa es la más larga en términos temporales en comparación a las demás, ya que es cuando el paciente, a partir de los primeros cambios generados, consigue alcanzar de forma gradual la extinción por completa del problema. La duración de esta etapa dependerá del tipo de cambio que el terapeuta estratégico considere más adecuado para el paciente. Nardone y Balbi (2009), distinguen tres tipos de cambio; drástico, gradual y geométrico exponencial con efecto avalancha, y de igual forma, tres tipos de aprendizajes; gradual/diferenciado, con efecto descubrimiento y global y sistémico.

Una característica más de esta etapa reside en que el terapeuta procede en forma menos sugestiva al redefinir los nuevos cambios con el propósito de generar más autonomía al paciente y que él mismo construya percepciones y reacciones alternativas ante su realidad. Esto como resultado de los cambios progresivos que se han dado a lo largo de las etapas, mediante las prescripciones progresivas, las cuales brindaran nuevos recursos al paciente (Nardone & Castelnuovo, 2007; Nardone, 2009).

#### **2.2.1.4. Cuarta Etapa: Final del Juego; Clausura**

La terminación del tratamiento desde el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del CTS resulta de gran importancia, pues su objetivo es la consolidación definitiva de la autonomía personal del paciente (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Castelnuovo, 2007; Nardone & Watzlawick, 2007; Nardone, 2009; Nardone & Balbi, 2009).

En el transcurso de esta etapa, la cual transcurre usualmente en la última sesión concretada, se explica de manera detallada el proceso de cambio/aprendizaje que ha recorrido el paciente, así como las estrategias utilizadas por el terapeuta breve, incluso las más extrañas como aquellas que caracterizan las ordenes indirectas, sugerencias y prescripciones paradójicas, las cuales formaran parte de los nuevos recursos obtenidos (Nardone & Watzlawick, 2007; Nardone, 2009; Nardone & Balbi, 2009).

Giorgio Nardone y Paul Watzlawick comentan que es necesario destacar la capacidad que ha demostrado el paciente al realizar con constancia el trabajo “duro” que lo ha llevado a conseguir el éxito de la terapia, es decir, la solución de su problema. Esto ayudará al sujeto a que alcance su autonomía personal completa, además de aumentar su autoestima (2007, pág. 111). Nardone y Balbi agregan que para conseguir una terapia eficaz, “todo lo que es éxito terapéutico ha de declararse como total responsabilidad del paciente, todo lo que es fracaso terapéutico es responsabilidad total del terapeuta” (2009, pág. 101).

El énfasis de esta etapa reside en que el paciente identifique que ahora tiene la capacidad para reaccionar correctamente ante el problema, utilizando los recursos y cualidades que ha desarrollado a lo largo de la terapia. Esto permitirá que a partir de esa breve recapitulación, recuerde los aprendizajes obtenidos en proceso de cambio y pueda percibir la realidad de un

modo distinto a partir de su nueva forma de reaccionar ante ella (Nardone & Watzlawick, 2007). En otros términos, el objetivo del tratamiento desde el Modelo Avanzado de Terapia Estratégica de Arezzo es modificar el sistema perceptivo-reactivo disfuncional por uno funcional.

Finalmente, Giorgio Nardone y Claudette Portelli (2006) sugieren agregar tres encuentros más con el paciente después de la sesión final con él. Dichos seguimientos servirán para verificar que el paciente ha podido enfrentarse por sí solo a la situación problemática. Dichos seguimientos se planean después de tres meses del final del tratamiento, posteriormente al los seis meses y por último al año.

### **2.2.2. Aspectos importantes del Paciente**

En términos muy concretos, el Modelo Avanzado del Centro de Terapia Estratégica propone una terapia efectiva y eficiente para la resolución de problemas humanos, la cual consta de cuatro etapas, una menos en comparación a la primera terapia estratégica del MRI en Palo Alto, la cual se basa en “conocer los problemas a través del cambio”. Este modelo de terapia breve avanzada se basa en la lógica del problem-solving estratégico y se centra en solucionar los problemas que presenta el paciente a partir de la extinción de los síntomas al provocar un cambio en las tendencias emocionales, cognitivas y conductuales disfuncionales de la persona a través del uso de estratagemas, trucos de conducta, autoengaños y sugerencias (Nardone & Portelli, 2006).

Giorgio Nardone y Claudette Portelli comentan que lo primero que tiene que hacer un terapeuta estratégico es identificar las soluciones intentadas que el paciente y las personas implicadas a su alrededor han aplicado para resolver su situación disfuncional. Una vez que se han identificado los intentos disfuncionales de solución, el terapeuta breve debe interrumpir el círculo que mantiene al problema haciendo uso de las estrategias adecuadas (2006). Sin embargo, en cuestiones prácticas dicha tarea no resulta fácil de realizar, pues implica situar a las personas fuera de su rígido sistema perceptivo-reactivo que los tiene atrapados en un ciclo, y aunado a eso, se debe tener en cuenta que “todo sistema, por el principio de la homeostasis, es resistente al cambio”, por lo tanto el terapeuta breve debe hacer su labor sin que el paciente se dé cuenta para no activar dicha resistencia (Nardone & Watzlawick, 2007, pág. 48).

El modelo del CTS propone identificar ciertas características de los pacientes, las cuales el terapeuta estratégico tendrá que considerar para poder influir sobre los mismos de la mejor manera y así poder evitar activar resistencias al cambio. Estas características están en constante evaluación a lo largo del proceso terapéutico y se explican a continuación.

#### **2.2.2.1. Sistema Perceptivo-Reactivo**

Como ya se dijo, la principal labor del terapeuta estratégico reside en el desbloqueo del sistema perceptivo-reactivo, sin embargo debe identificar en un primer momento si es más eficaz alterar el sistema personal, y produciendo así más cambios en los demás sistemas, o bien, si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, ampliando la terapia a más sujetos. Para esto es necesario observar cuál de las tres áreas relacionales, en relación consigo mismo, con los demás y con el mundo, es la más afectada por el problema y en cuál se pudiera provocar un cambio con mayor facilidad (Nardone & Watzlawick, 2007).

Para que se tenga clara la gama de problemas contenidos en cada tipología de relaciones, Nardone y Balbi desglosan una descripción para estas tres áreas relacionales; cuando ellos hablan de relación que tiene cada persona con el mundo, se refieren a aspectos culturales y sociales, como sus normas, reglas, tradiciones y aspectos de la organización social donde vive. Por otro lado, cuando hablan de la relación entre uno y los demás, se refieren a dinámicas interpersonales más observables, que van desde intercambios comunicativos simples a las dinámicas más elaboradas de comunicación no declarada, hasta las dinámicas observables intencionales o no en el comportamiento de las personas entre ellas. Finalmente, cuando se habla de la relación que cada persona tiene consigo misma, se refiere a algo mucho más complejo que las dos áreas anteriores, ya que a pesar de los avances de las neurociencias y de la psicología cognitiva, nadie ha demostrado con exactitud cómo funciona la mente humana (2009, pág. 39).

#### **2.2.2.2. Tipo de resistencia al Cambio**

Como ya se dijo anteriormente, todo sistema por naturaleza se resiste al cambio, sin embargo hay diferentes tipos de resistencia de acuerdo a la amplia investigación realizada en el Centro de Terapia Estratégica (CTS). Estos tipos de resistencia al cambio representan un aspecto

importante del paciente, pues implicarán una ayuda importante para el terapeuta estratégico a lo largo del proceso terapéutico, desde la sugestión que hace al inicio de la terapia, hasta la elección de las estrategias y técnicas que utilizará para cada tipo de resistencia. A continuación se explicarán brevemente los cuatro tipos de resistencia que sugiere el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica (Nardone, 1995, en Watzlawick & Nardone, 2009; Nardone & Portelli, 2006):

a) Personas colaboradoras: se caracterizan por estar altamente motivadas para cambiar, de igual forma poseen recursos cognitivos para superar su problema. El terapeuta estratégico puede comunicarse con ellas de forma demostrativa y racional, y puede proceder a generar cambios de forma directa discutiendo las perspectivas sobre la realidad de la persona que es disfuncional para que pueda generar un cambio consciente.

b) Personas que quisieran colaborar, pero son incapaces de hacerlo: este tipo de personas se caracterizan por poseer una gran motivación de cambio, pero están atrapadas en su rígida percepción de realidad al grado en de que entienden lo que deberían hacer para cambiar pero son incapaces de llevarlo a la práctica. En estos casos, el terapeuta estratégico, puede hacer uso de maniobras indirectas con fuertes elementos evocadores, las cuales tienen como objetivo llevar al paciente al cambio sin que se dé cuenta.

c) Personas no colaboradoras y abiertamente opuestas: se caracterizan por invalidar, protestar y abandonar las instrucciones y sugerencias del terapeuta deliberadamente. El terapeuta estratégico puede hacer uso del modo de persuasión retóricamente más efectivo, el cual se basa en hacer uso de la misma resistencia y las maniobras paradójicas. De esta forma la resistencia se transforma en obediencia de forma paradójica.

d) Personas que no son capaces ni de colaborar deliberadamente ni de oponerse: este tipo de pacientes se caracterizan por que su narración personal está fuera de cualquier sentido razonable de la realidad o cuya rigidez mental limita por completo su punto de vista de la realidad. En estos casos, el terapeuta estratégico deberá hacer uso de la lógica no ordinaria del paciente, así como los códigos de lenguaje y sus atribuciones,

del mismo modo deberá tener mucho cuidado al cambiar el curso del sistema de representación del paciente sin negar su validez.

Cabe mencionar que a pesar de que los cuatro tipos de resistencia sugieren una forma distinta de interactuar con el paciente al inicio de su proceso de cambio, en todos se establece que debe realizarse de forma normal la tercera y cuarta fase de la Terapia Estratégica del CTS, es decir; el proceso de aprendizaje y consolidación de cambios, al haber obtenido cambios significativos durante las primeras maniobras (Nardone y Portelli, 2006). Tal como sugieren Giorgio Nardone y Elisa Balbi, “una vez obtenido el cambio, basta que la persona repita un cierto número de veces el nuevo guión aprendido para que éste resulte natural” (2009, pág. 94).

### **2.2.2.3. Tipo de cambio/aprendizaje**

Otra característica del paciente que Nardone y Balbi sugieren considerar en su obra “Surcar el mar sin que el cielo lo sepa” (2009), es el tipo de cambio que se tendrá que realizar. Ellos proponen tres tipos de cambio, los cuales funcionan con diferentes modalidades y entre las cuales es posible elegir la que mejor encaje con las características del problema que queremos resolver, estos son:

- a) Cambio drástico: este tipo de cambio es muy rápido, usualmente ocurre en el diálogo terapéutico y tiene la intención de producir un cambio inmediato en la percepción de la realidad. Encaja en situaciones en donde las personas no son capaces de colaborar aunque quisieran en el proceso de cambio, ya que están totalmente invalidadas por el problema.
- b) Cambio gradual: este tipo de cambio sucede paso a paso a partir de prescripciones en secuencia progresiva, la diferencia entre el este tipo de cambio y el drástico es que el gradual llega con lentitud. Encaja en las situaciones donde las personas colaboran y están dispuestas a llevar a cabo correctamente las indicaciones.
- c) Cambio geométrico exponencial con efecto avalancha: este tipo de cambio se caracteriza por llevar un proceso fase tras fase a partir de diferentes maniobras hasta llegar al cambio desde una acumulación que activará una reacción en cadena como

efecto bola de nieve, en este caso no deberá precipitarse el terapeuta estratégico para evitar la resistencia al cambio. Encaja en las situaciones donde las personas, o tienden a oponerse activamente al cambio o, a causa de su rigidez, no son capaces ni de colaborar ni de boicotear.

Finalmente, se sugiere contemplar una característica más en los pacientes; el aprendizaje, el cual se puede contemplar en la etapa final del proceso terapéutico desde el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica. Nardone y Balbi (2009) distinguen tres tipos de aprendizaje, los cuales están en concordancia con los tipos de cambio:

- a) Aprendizaje gradual/diferenciado: este tipo de aprendizaje consiste en enseñar a la persona todo lo que ha de aprender empezando por los preliminares hasta el logro del objetivo, es decir, un aprendizaje por acumulación de conocimientos y experiencias. El aprendizaje gradual es común en nivel escolar.
- b) Aprendizaje con efecto descubrimiento: esta categoría a menudo surge durante el uso del aprendizaje gradual; su aparición ocurre a partir de una experiencia perceptiva que permite dar un salto, evitando así varios pasos del proceso gradual de aprendizaje. De igual forma, funciona para casos donde la persona tiene dificultades en aprender, de esta forma el terapeuta puede utilizar una experiencia emocional correctiva o puede construir pequeñas trampas para que pueda descubrir capacidades que pensaba no tenía. Este tipo de aprendizaje encaja en las situaciones deportivas o artísticas
- c) Aprendizaje global y sistémico: esta modalidad ocurre cuando, como en efecto avalancha, se comienza a enseñarle paso a paso lo que va a aprender, con la finalidad de que descubra al final el conjunto de la suma de los trozos de cada cambio. Este tipo de aprendizaje encaja en la enseñanza de ejecuciones complejas y en la formación de competencias muy elevadas.

A forma de conclusión; el aprendizaje gradual es muy similar al cambio gradual en cuanto a características, así como el aprendizaje con efecto descubrimiento con el cambio

drástico y, por ende, el aprendizaje global y sistémico es muy parecido al cambio geométrico exponencial. Nardone y Balbi (2009) comentan que estos aspectos deben tenerse en consideración si se desea alcanzar una nueva homeostasis sana.

### **2.2.3. Aspectos importantes del Terapeuta**

Después de revisar los aspectos importantes a considerar del paciente, para realizar una terapia breve haciendo uso del Modelo Avanzado de Terapia Estratégica, es necesario agregar los componentes que debe cubrir el terapeuta estratégico.

Como ya se mencionó, la Terapia Breve Estratégica del CTS, puede considerarse como una partida de ajedrez entre el terapeuta y el paciente, donde la intención del primero es lograr resolver los problemas del segundo, sin activar resistencias, para así terminar victoriosos. Nardone y Watzlawick mencionan que “si la terapia falla y el paciente pierde la partida, son ambos los que resultan perdedores, por cuanto el paciente conserva sus problemas sin solucionar y el terapeuta la frustración y el desengaño profesional” (2007, pág. 72).

Para el modelo del CTS, el terapeuta breve mantiene la iniciativa y el control de todo aquello que ocurre durante el proceso terapéutico, por lo mismo, es el encargado de elegir las estrategias que considere más adecuadas para poder resolver las situaciones problemáticas, “para él, el interrogante primario en realidad debe ser: ¿qué estrategia funciona mejor en un caso dado?” (Haley, 1976, en Nardone & Watzlawick, 2007). Esta idea ha generado que el terapeuta estratégico busque desde la primera entrevista pasar de una fase preliminar a una intervención mediante el uso de la técnica más eficaz tanto para dirigir la entrevista, como para la intervención como tal. Esta técnica lleva por nombre el “diálogo estratégico” y parte de la evolución de la terapia breve estratégica avanzada gira en el uso de dicha técnica (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Salvini, 2011).

#### **2.2.3.1. Diálogo Estratégico**

El diálogo estratégico es una técnica refinada que está dirigida a obtener el máximo con el mínimo, pues el terapeuta estratégico guía a su interlocutor a su propia persuasión a partir de sabias maniobras usando el discurso. “La magia de esta técnica reside en su rompedora

esencialidad, o parafraseando a los primeros Siete Sabios de la tradición helena, nada en exceso, solo lo necesario” (Nardone & Salvini, 2011, pág. 10).

A partir del uso y refinación de esta técnica a lo largo de los años en el Centro de Terapia Estratégica de Arezzo, se ha podido transformar la primera sesión, no solo en una entrevista diagnóstica para conocer el problema, sino en una intervención más eficaz, eficiente y rigurosa para inducir al paciente a “sentir” las cosas de modo diferente desde el primer contacto con él. De esta forma, el diálogo ha evolucionado permitiendo hacerse cada vez más estratégico (Nardone & Salvini, 2011).

Parte de la evolución del diálogo estratégico se centra en la modificación al generar preguntas, ya que ahora no son abiertas, lo cual permite al terapeuta realizar una entrevista cada vez más breve, sobre todo en aquellos casos donde la problemática expuesta encaja con los protocolos realizados por el Modelo Avanzado de Terapia Estratégica (Nardone & Salvini, 2011).

De igual forma, tal como sugieren Nardone y Salvini, “el diálogo estratégico no es una entrevista estructurada con rigidez: puede ser corregido continuamente, porque cada dos o tres preguntas, a través de la paráfrasis, la persona nos muestra si vamos bien o no” (2011, pág. 40). Usualmente, la paráfrasis estratégica se acompaña del diálogo: “corrígeme si me equivoco”, el cual tiene una doble intención; por un lado, de hacerle sentir al paciente que él es quien guía el proceso del diálogo de descubrimiento y, por el otro, permite al terapeuta evitar descalificar al paciente y, contrario a esto genera una sensación de comprensión.

Finalmente, el diálogo estratégico, propuesto por el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica de Arezzo (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Salvini, 2011), lo integran cinco componentes principales, los cuales se explicaran brevemente a continuación:

2.2.3.1.1. Preguntas con ilusión de alternativas: Utilizadas principalmente por Milton Erickson para inducir a las personas a realizar prescripciones, se utilizan para inducir respuestas a las preguntas estratégicas. Están estructuradas con dos posibles respuestas, aparentemente opuesta una de la otra, donde se espera que el encuestado escoja la que mejor se adapte a su situación, sin embargo ambas llevan a lo mismo. Su intención, además de ir conociendo el problema presentado por el paciente, es de ir orillándolo a que sienta la necesidad de ir cambiando su situación a partir de que

comience a vislumbrar que sus intentos de solución no han sido adecuados y puede optar por otras más elásticas y eficaces. En cuanto a la secuencia de una pregunta a otra, se pretende que el terapeuta estratégico parta de preguntas muy generales hasta preguntas específicas, como en forma de embudo, sin perder de vista que debe ajustarse siempre al caso presentado.

2.2.3.1.2. Paráfrasis reestructurantes: Este elemento del diálogo estratégico ocurre al término de dos o tres preguntas continuas y ayuda al terapeuta a comprobar con el paciente la información obtenida a partir de dichas preguntas así como a vislumbrar las soluciones intentadas fallidas. Por otra parte, además de corroborar la información, permiten reestructurar la percepción y reacción respecto al problema, como sugieren Nardone y Salvini, “esta espiral en embudo compuesta de preguntas, respuestas, paráfrasis y confirmaciones produce un gradual, aunque rápido, proceso de cambio en la percepción de las cosas en cuestión”, sin tener que ser directos (2011, pág. 51).

2.2.3.1.3. Evocación de sensaciones: Para realizar un diálogo estratégico completo, es necesario realizar un cambio en el paciente o interlocutor, y el componente del lenguaje evocativo cumple con esta función. Las formas más comunes de generar este cambio es a través de formas de lenguaje poéticas y retóricas como aforismos, metáforas, anécdotas, etc. Es necesario remarcar que el terapeuta estratégico hará uso de la estructura retórica o poética que considere más coherente con la situación y el paciente, así como presentarlo en el momento preciso del discurso y en la forma verbal, y no verbal, más eficaz. Nardone y Portelli (2006), mencionan que los aforismos son la mejor forma de provocar estas sensaciones pues son muy directos y evocadores.

2.2.3.1.4. Recapitulación: esta fase del diálogo estratégico es una especie de hiperparáfrasis que engloba todo el proceso recabado hasta el momento del diálogo estratégico para reenmarcarlo todo. Este “resumir para redefinir”, como lo nombran Nardone y Salvini (2011), tiene la intención de consolidar e incrementar los efectos

obtenidos en las fases anteriores, y de igual forma dará al paciente una sensación de que ha conseguido descubrir una nueva visión de su situación por sí solo a través de la redefinición que el terapeuta haga. Finalmente esta recapitulación produce efectos fuertemente sugestivos, los cuales transmitirán al paciente altas expectativas y sentido de control de su situación.

2.2.3.1.5. Prescripciones: Llegada esta fase, se espera que el terapeuta estratégico haya conseguido la completa captura del paciente para que pueda aceptar y seguir las sugerencias del terapeuta. Esta quinta, y última fase del diálogo estratégico se contempla para las indicaciones que el terapeuta considere adecuadas para continuar con el proceso de cambio, es decir; las prescripciones. En este punto “hay que transformar en tareas a realizar todo lo que se ha descubierto, acordado y redefinido en el diálogo” (Nardone & Salvini, 2011, pág. 56).

A modo de conclusión, Giorgio Nardone y Alessandro Salvini, en su libro “El dialogo estratégico”, mencionan que esta técnica:

Se trata de inducir al otro a que se convenza de que está viendo las cosas a través de una perspectiva que, en realidad, le es sugerida por el terapeuta a través de las estratagemas dualísticas y el embudo de las preguntas y respuestas... en otros términos, si la persona es víctima de un autoengaño, puede curarse a través de otro autoengaño (2011, pág. 119).

### **2.2.3.2. Uso del lenguaje del paciente**

Otra característica esencial que distingue al terapeuta estratégico es el lenguaje que utiliza, ya que desde el primer contacto con el paciente, se centra en aprender y emplear su lenguaje. Esta técnica, herencia de los procedimientos terapéuticos de Milton Erickson y de las técnicas de persuasión de Aristóteles (Nardone & Watzlawick, 2007), tiene la intención de disminuir la resistencia presentada por los pacientes ante el cambio.

De igual forma, como ya se dijo al explicar el diálogo estratégico, desde que el terapeuta y el paciente comienzan a comunicarse se genera un proceso de cambio a partir de las preguntas y respuestas, por eso es importante que el terapeuta se ajuste a su lenguaje cotidiano para lograr una captura óptima para el proceso terapéutico.

Como sugiere Giorgio Nardone en su obra “El lenguaje que cura: la comunicación como vehículo de cambio terapéutico” (1995, en Watzlawick & Nardone, 2009), la orientación retórico-persuasiva de las terapias breves, contemplan la posición del paciente y de la visión de su mundo, así mismo la utilización de múltiples técnicas de comunicación persuasiva como; sugerencias directas o indirectas, uso de lenguajes metafóricos, entre otros.

#### **2.2.4. Intervenciones**

La terapia estratégica es como una partida de ajedrez entre el terapeuta y el paciente, en el que existen diferentes combinaciones de movimientos, cada uno de ellos se ajustan a la jugada del adversario, y cuando uno de ellos logra descubrir la estrategia del adversario entonces está en disposición de ajustar su estrategia para lograr el jaque mate final (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Watzlawick, 2007; Nardone & Salvini, 2009). Como sugieren Nardone y Portelli, “lo mismo ocurre en terapia: si una intervención logra revelar la modalidad o la persistencia de un trastorno específico, entonces el terapeuta puede desarrollar un protocolo de tratamiento específico que finalmente le conducirá a la resolución del problema presentado” (2006, pág. 27).

Por lo tanto, para hacer uso de una intervención, es necesario que el terapeuta considere la situación problemática de la persona centrándose en su presente, pues en esa misma dirección planeará dicha intervención. De esta manera, la tarea del terapeuta estratégico será identificar las acciones que tanto la persona como personas a su alrededor hacen para solucionar el problema para así poder generar una estrategia que produzca una experiencia concreta de cambio (Nardone & Watzlawick, 2007).

Dentro de la primera publicación del Modelo Avanzado de Terapia Estratégica; “El arte del cambio”, Giorgio Nardone y Paul Watzlawick (2007) proponen algunas intervenciones; como el uso de reestructuraciones, anécdotas, relatos y metáforas, así como prescripciones de

comportamiento. Sin embargo, posteriormente, Nardone (2004) retoma el uso del antiguo arte del estratagema llevándolo al contexto terapéutico.

#### **2.2.4.1. El arte del Estratagema**

El Modelo Avanzado de Terapia Estratégica de Arezzo, recurre a la aplicación de estratagemas específicas para guiar al terapeuta estratégico en su labor para desbloquear el rígido sistema perceptivo-reactivo disfuncional de las personas, contemplando la lógica que lo subyace como criterio de elección. Las estratagemas, en el ámbito terapéutico, funcionan como antecedente para seleccionar la mejor estrategia de cambio que el terapeuta elija según el problema y la lógica que lo justifica.

Giorgio Nardone comenta que el arte de la estratagema pertenece a las cosas vivas, las cuales constantemente están expuestas a un proceso de supervivencia y autodefensa; en ese sentido “la naturaleza es maestra de estratagemas” (2004, pág. 80).

En la obra “El arte de la estratagema”, Nardone selecciona trece estratagemas esenciales, las cuales pueden ser utilizadas como fórmulas aplicables a distintas situaciones. Esta selección proviene de tres tradiciones fundamentales: el arte de la guerra, proveniente de la tradición china de “vencer con lo mínimo”; el arte de la metis, cuya tradición griega contempla el culto de la astucia, la audacia y la habilidad; y el arte de la persuasión, es decir, el estudio de las técnicas retóricas para inducir a las personas a cambiar (Nardone, 2004; Nardone & Balbi, 2009).

Las trece estratagemas... no son recetas para copiar, sino que cada una de ellas es atribuible a una lógica precisa, el conocimiento y comprensión de la cual es fundamental para poder utilizar las propias estratagemas y ponerlas en práctica construyendo intervenciones hechas a la medida de la situación (Nardone & Balbi, 2009, pág. 130).

Estas estratagemas se pueden clasificar en tres tipos de lógica, resultantes de la lógica de la ambivalencia, y de esta forma se puede facilitar tanto su comprensión teórica como práctica:

#### 2.2.4.1.2. Lógica de la paradoja

a) “Mentir diciendo la verdad”: Se basa en la técnica de la confusión, la cual consiste en despistar al interlocutor con una complicada serie de afirmaciones carentes de sentido, para después, en un momento inmediato y de golpe, declarar directamente aquello de lo que queremos persuadirle. Así la costumbre de un estímulo reduce la capacidad de reacción y el nivel de atención respecto a éste.

b) “Si quieres enderezar algo, primero aprende a retorcerlo aún más”: Esta estratagema representa una paradoja teórica, ya que se centra en orientar el pensamiento en dirección contraria al objetivo deseado, para así poder alcanzarlo. Funciona en situaciones donde por más que se busca una solución menos se encuentra, como en la paradoja de “se espontáneo”, por otro lado, al saber complicar una situación, paradójicamente se puede saber cómo resolverla.

c) “Apagar el fuego añadiéndole leña”: Se basa en la lógica paradójica de “si quiero reducir algo que ocurre de forma espontánea, entonces lo aumento voluntariamente”. Así, en vez de escapar o intentar controlar la situación quitando la leña, se busca e incrementa la situación añadiendo leña de forma exagerada para poder extinguirlo por falta de oxígeno. La solución, como en cualquier ejemplo paradójico, reside en evitar por completo el uso del sentido común.

d) “Cambiar constantemente siendo los mismos”: Es una estratagema referente al terapeuta estratégico, ya que él debe estar adaptándose a las diferentes circunstancias, así como saber cambiar de perspectivas y de acciones, por lo mismo, de acuerdo a su uso puede entrar en la lógica paradójica o en la de contradicción. Esto implicará un abandono a cualquier postura o teoría rígida y la capacidad para sincronizarse con las exigencias del interlocutor, para que de este modo se pueda guiar al mismo en un proceso persuasivo sin activar las resistencias. Esta estratagema representa el dominio y comprensión de todas las estratagemas, así como el uso de las mismas.

#### 2.2.4.1.3. Lógica de la contradicción

a) “Partir después para llegar antes”: Ésta es la resultante de dos antiguas estratagemas; “golpea la hierba para desanidar a la serpiente” y “obliga al tigre a dejar las montañas”. La primera hace referencia al provocar el movimiento del adversario y de esta forma intuir la lógica de su técnica y poder contraatacar, la segunda se refiere a la ventaja que se tiene en un combate al no aventurarse en el territorio enemigo. Esta estratagema hace referencia a adoptar una posición “uno abajo” simulando debilidad, para de esta forma estar “uno arriba” al beneficiarse con esa debilidad.

b) “Enturbiar las aguas para hacer subir a los peces a la superficie”: Al contemplar el sentido común, para poder atrapar un pez, la referencia del agua debe estar lo menos inmóvil para poder observar a la presa, sin embargo al enturbiar el agua no solo pierde uno la referencia, sino también el propio pez, haciendo que este suba a la superficie en búsqueda de un punto de referencia, haciendo más probable su captura. Así la estratagema consiste en provocar un desconcierto en el adversario y a partir de su confusión inducirlo a su rendición.

c) “Circular contra lineal, lineal contra circular”: Esta estratagema es muy utilizada en ámbitos mecánicos y de ingeniería; siguiendo la lógica de la estratagema, si se quisiera invertir una fuerza lineal, se recurre al uso de una fuerza circular. En las relaciones personales ocurre lo mismo, al poder invertir los tipos de relación en la base de problemas y conflictos. Su uso dependerá de la parte complementaria que se quiera modificar.

d) “Matar a la serpiente con su propio veneno”: La esencia de esta estratagema consiste en ilusionar al adversario con su superioridad, para así provocarle la suficiente confianza para que ataque primero y así poder apropiarse de su arma y usarla en su contra. Cuando esta estratagema se aplica a la persona con relación a sí misma, la estratagema obedecerá a la lógica de la creencia.

#### 2.2.4.1.4. Lógica de la creencia

a) “Surcar al mar sin que el cielo lo sepa”: Esta estratagema se basa en el criterio no ordinario del desplazamiento de la atención de algo, es decir; algún distractor para poder obtener algo que hasta ese momento no era posible. Resulta muy eficiente en situaciones donde enfrentar directamente el obstáculo que se interpone entre nosotros y el objetivo resulta ineficaz, peligroso o muy costoso, de esta forma no se activa resistencia alguna al conseguir el objetivo.

b) “Hacer subir al enemigo al desván y quitarle la escalera”: Este tipo de estratagema podría parecer una contradicción o incluso una paradoja, sin embargo representa una creencia dirigida a que el enemigo considere beneficioso el poder subir al desván. Para esto es necesario convencer al otro, de una forma muy persuasiva, de tal manera que él mismo crea que ha elegido subir sin ningún engaño como ocurre en las preguntas de ilusión de alternativas.

c) “Crear de la nada”: Esta estratagema se basa en el principio de hacer creer al adversario una realidad inventada que lo induce a reaccionar como se desearía. Con base a la necesidad humana de realizar sus creencias como verdaderas, como ocurre con la técnica del “como sí”. Para que la estratagema sea eficaz, es necesario persuadir al adversario al grado de que considere más sólida la mentira expuesta que su realidad misma.

d) “La estratagema de la estratagema revelada”: Si desde un principio se tiene el conocimiento de la estratagema utilizada por el enemigo, es posible realizar un contragolpe al conocer los trucos que realizará. De esta forma la estratagema revelada es la misma ausencia de estratagemas y en ese sentido la más sutil de todas.

e) “Vencer sin combatir”: Al igual que “cambiar constantemente siendo los mismos”, esta estratagema hace referencia al terapeuta estratégico, ya que representa el adquisición de la seguridad de él mismo y la confianza de colocarse frente a las personas, en otras palabras, “vencer sin combatir” representa el uso de todas las estratagemas.

Finalmente, como Nardone sugiere en su libro “El arte de la estratagema”, “para hacer esto es preciso ser muy hábiles y dueños de sí mismos y de las propias reacciones... aprender a utilizar el arte estratégico requiere notable ejercicio y empeño, y el desarrollo de particulares capacidades” (2004, pág. 67). De igual forma el uso de la estratagema permite adaptar la intervención al problema, centrando más la atención hacia la solución, permitiendo cierta libertad de un modelo mental (Nardone & Balbi, 2009)

#### **2.2.4.2. Reestructuraciones**

Para el Modelo Avanzado de Terapia Estratégica, la reestructuración se refiere a “codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque en 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” (Nardone & Watzlawick, 2007, pág. 88).

El uso de la reestructuración permite ampliar el panorama de una situación, permitiendo así contemplar distintas perspectivas, es decir; diferentes marcos, de esa misma situación sin tener que cambiarla, sin embargo, esa modificación del marco altera indirectamente la situación, cambiando por completo su anterior significado.

Desde la visión del Modelo Estratégico de Arezzo, la reestructuración es una de las más sutiles técnicas de persuasión, y en términos prácticos puede darse de dos formas; por un lado de forma verbal, como ya se explicó en el diálogo estratégico, y también se puede hacer uso de ella a partir de acciones del terapeuta como el uso de prescripciones de comportamiento (Nardone & Watzlawick, 2007).

Giorgio Nardone y Paul Watzlawick, en su obra “El arte del cambio”, sugieren que la reestructuración puede tener diversos niveles de complejidad, esta distinción considera simples redefiniciones cognoscitivas de una idea o de un comportamiento, hasta complicadas redefiniciones paradójicas mediante el uso de metáforas y sugerencias evocativas (2007).

Finalmente, para el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica, la reestructuración es una técnica que puede modificar el sistema perceptivo-reactivo, permitiendo romper con su rígida percepción de la realidad, la cual consideran más adecuada, y situarla en una posición

donde contemple las fallas de sus sistemas comportamentales y cognoscitivos, cambiando así su percepción de realidad. Sin embargo no se debe perder de vista que, el cambio de realidad debe estar en concordancia con las modalidades representativas del paciente (Nardone & Watzlawick, 2007).

#### **2.2.4.3. Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico**

Otra de las estrategias utilizadas por el terapeuta estratégico es el uso de anécdotas, relatos y el lenguaje metafórico, los cuales permiten, de forma indirecta, la identificación o proyección de los pacientes en relación con los personajes o de diversas situaciones (Nardone & Watzlawick, 2007).

Este tipo de estrategias permite evitar la resistencia al cambio por parte del paciente, debido a su forma indirecta de actuar, permitiendo así evocar diferentes sensaciones y emociones con mucha eficacia, alterando por completo el rígido sistema perceptivo-reactivo. Es necesario que el terapeuta estratégico elija las más adecuada considerando la situación y la realidad del paciente (Nardone & Watzlawick, 2007).

#### **2.2.4.4. Prescripciones de comportamiento**

Por último, las prescripciones de comportamiento son las estrategias que se planean entre una sesión y otra con la finalidad de que el paciente realice acciones que lo hagan experimentar experiencias concretas dirigidas al cambio. Este es el paso donde el paciente tendrá que actuar sin la presencia del terapeuta estratégico y por lo mismo constituye una prueba concreta y real de la ruptura del sistema perceptivo-reactivo que mantiene atrapado al paciente en el círculo vicioso de sus soluciones intentas, abriendo así la posibilidad de modificar o resolver su situación problemática (Nardone & Watzlawick, 2007).

El Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica hace una clasificación de los tipos de prescripción comportamentales, distinguiendo tres tipologías (Nardone & Watzlawick, 2007). A continuación se explicaran brevemente:

2.2.4.4.2. Directas: Como su nombre lo dice, este tipo de prescripciones se dan de forma clara y directa, con la finalidad de alcanzar un logro progresivo o en algunos

casos la solución del problema presentado. Se utiliza en casos donde el paciente se muestra muy colaborador y poco resistente al cambio. Usualmente se prescribe lo necesario para hacer frente a la situación problemática y el terapeuta utilizará un lenguaje más directivo al dar las instrucciones.

2.2.4.4.2. Indirectas: Estas prescripciones se dan con la finalidad de conseguir una cosa distinta de lo que se ha planeado o negociado, es decir; se oculta el verdadero objetivo al centrar la atención del paciente en al alcanzar el falso objetivo. Se utiliza en casos donde es necesario atraer la atención del paciente con la finalidad de reducir la intensidad de su problema presentado sin que se den cuenta de ello y de este modo invalidar su resistencia al cambio. Para que esta labor sea eficiente, es necesario que el terapeuta estratégico venda la prescripción con lenguaje hipnótico y sugestivo.

2.2.4.4.3. Paradójicas: Este tipo de prescripciones, al igual que las indirectas, poseen un gran efecto al evitar la resistencia al cambio por parte del paciente. Por lo general, se utilizan en casos donde el problema se presenta de forma espontánea e irrefrenable y ante tal situación el paciente intenta evitarlos o controlarlos, por lo mismo, la prescripción va dirigida a colorar al paciente en una situación paradójica, al tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable. Para que este tipo de prescripciones se logren, es necesario que el terapeuta utilice, al igual que en las prescripciones indirectas, un lenguaje hipnótico; para esto deberá hablar de forma pausada y repetir varias veces la instrucción.

### **2.3. Conclusiones**

Para Nardone y Castelnuovo, el enfoque estratégico avanzado no es una simple teoría que puede verse aplicada en la resolución de problemas en el contexto terapéutico, sino toda una escuela del pensamiento, la cual describe el cómo las personas se relacionan consigo mismas, con los demás y con el mundo (2007, en Eguiluz, 2007). Esta escuela del pensamiento, se apoya en diferentes teorías, tales como: la Teoría de los Tipos Lógicos, la Cibernética y la causalidad circular, así como su fuerte influencia por la primera escuela estratégica desarrollada en Palo Alto, California.

El Modelo Avanzado de Terapia Estratégica explica el surgimiento de los problemas humanos, adoptando la distinción de realidad propuesta por Paul Watzlawick (1992, en Watzlawick & Nardone, 2009), donde sugiere concebir dos diferentes ordenes de realidades que las personas perciben: el primero se refiere a las percepciones físicas que se tiene a partir de los sentidos; mientras que el segundo integra las atribuciones, sentidos y valores que se da a las percepciones físicas. Partiendo de esto, el modelo sugiere que los problemas humanos surgen en el segundo nivel de realidad.

Una vez que los problemas surgen, la manera inmediata de enfrentarse a ellos es recurriendo a la lógica o el sentido común, sin embargo en ocasiones lejos de ayudar a resolver dicha situación, atrapa a las personas en un círculo vicioso. Así, cuando una persona intenta resolver sus problemas, una y otra vez mediante los mismos intentos de solución, sin conseguir resultados favorables, queda atrapada en un autoengaño, resultante de la lógica utilizada al elegir siempre los mismos intentos de solución, ya sea por que han servido en ocasiones anteriores o para problemas similares.

Por lo anterior, Giorgio Nardone y Elisa Balbi (2009) proponen considerar dos tipos de lógicas; la lógica ordinaria, derivada de las matemáticas y la filosofía, la cual sirve para resolver y explicar fenómenos lineales; contraria a esta lógica, la lógica no ordinaria, propuesta totalmente por el Modelo Avanzado de Terapia Estratégica, se ocupa de explicar y resolver aquellas percepciones que crean realidades disfuncionales para las personas, mediante el uso del arte de la estratagema, la retórica y la persuasión. La lógica no ordinaria contiene tres subtipos de lógicas; la lógica de la paradoja, la lógica de la contradicción y la lógica de la creencia.

De esta forma, se puede tener claridad respecto a la explicación de la formación y mantenimiento de los problemas humanos, mediante la redundante aplicación de los intentos fallidos de solución por las personas atrapadas en su autoengaño. A este circuito entre las personas y sus intentos de solución, se le denomina: “sistema perceptivo-reactivo” (Nardone & Balbi, 2009).

Con lo que respecta a la resolución de problemas, el Modelo Avanzado de Terapia Estratégica, adopta una metodología constitutivo-deductiva, ya que sugiere cambiar el obrar de las personas, es decir; su sistema perceptivo-reactivo, para después cambiar su pensamiento y no al revés como otras terapias sugieren. Para poder generar este cambio, el modelo propone

generar una experiencia perceptiva-emocional correctiva lo suficientemente provocativa para cambiar la situación disfuncional que viven las personas. La mejor manera de generar esta experiencia es a partir del uso adecuado y deliberado de formas de lenguaje poéticas y retóricas, tales como; aforismos, metáforas, anécdotas y experiencias de la vida real, las cuales pueden generar diferentes emociones en los pacientes. Destacando sobre todo el aforismo por ser la forma literaria más evocadora e inmediata.

Para que pueda ocurrir todo esto, el terapeuta estratégico debe ser lo suficientemente persuasivo, sugestivo y estar en sincronía con el lenguaje del paciente, además de tener la habilidad de poner en práctica las estrategias que considere más adecuadas para cada caso. De igual forma, se puede destacar el uso del “diálogo estratégico”, ya que es el elemento que hace posible pasar de una fase diagnóstica a una fase de intervención en la primera sesión. Nardone y sus colaboradores, mencionan que la terapia es como un juego de ajedrez entre el terapeuta y el paciente, dirigido hacia la resolución de la situación problemática, donde el terapeuta estratégico es el encargado de todo lo que ocurre durante el proceso terapéutico (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Watzlawick, 2007).

Finalmente la terapia estratégica de Arezzo, la cual recibe su nombre por diseñar técnicas y maniobras para los problemas, consta de cuatro etapas que muestran lo eficiente y eficaz que es el modelo generando cambios desde la primera sesión a partir del uso adecuado del diálogo estratégico, permitiendo así poder generar protocolos específicos para diferentes patologías con resultados bastante favorables.

# **Capítulo 3.**

## **Comparación del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del Centro di Terapia Strategica con el Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Research Institute**

### 3.1. Introducción

En este último capítulo se pretende generar una comparación de los dos modelos de terapia breve ya mencionados y explicados en los primeros capítulos. Dicha comparación se realizará a partir de lo que Thomas Kuhn denominó como “Matriz Disciplinaria”, la cual se usará como herramienta heurística con la intención de identificar los avances del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del Centro de Terapia Estratégica comparado con el Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Research Institute.

Sin embargo, es necesario entender primero la importancia que tiene Thomas Kuhn dentro del campo científico, para después poder justificar el uso de sus aportaciones conceptuales para generar dicha comparación, iniciando con la noción que él tenía de ciencia; su concepción, explicación y evolución.

Para Martha Sánchez (2003, pág. 1), “la ciencia es un tipo de saber que busca conocer auténticamente la realidad”. Dicha explicación ha sido abordada desde distintas posturas, las cuales son un tema de discusión en el campo de la filosofía e historia de la ciencia.

A través de los años, la noción de ciencia se ha modificado a partir de diferentes movimientos históricos, de los cuales se distinguirán dos; por un lado se encuentra la corriente del positivismo lógico del Círculo de Viena, y en otro distinto momento se puede contemplar la corriente historicista (Rojas, 2008).

A mediados del siglo XIX, la visión positivista de la ciencia se propagó por las ideas filosóficas del francés Augusto Comte. Para este movimiento filosófico, la ciencia buscaba entender la realidad a partir de investigaciones empíricas orientadas a la explicación materialista (Sánchez, 2003).

Durante los años cincuenta, la investigación científica se guió desde una epistemología que contemplaba esta explicación de la realidad a través de la conexión entre la teoría y la experiencia; donde la primera era contemplada como una construcción mental, la cual debía ser capaz de explicar los datos empíricos obtenidos a través de la experiencia. Como explica Sánchez (2003, pág. 23) “la doctrina central del positivismo lógico es la teoría verificacionista del significado... una afirmación acerca de un hecho solo tendría sentido si existiese algún procedimiento empírico, apoyado en la observación experimental, capaz de comprobarla”.

Este pensamiento perduró hasta finales de esa década, pues tras la publicación de distintas obras como: “*Patterns of Discovery*” de Norwood Russell Hanson (1958), “*Personal Knowledge*” de Michael Polanyi (1958), y “*The Structure of Scientific Revolutions*” de Thomas S. Kuhn (1962), comenzaron las controversias generadas por la forma de realizar o explicar la investigación científica. Tal como señala Sánchez (2003), estos autores se alejaron de la epistemología tradicional y desarrollaron una nueva perspectiva relacionada al análisis histórico de la ciencia. Este nuevo pensamiento generado a finales de los años cincuenta y principios de los sesenta se conoce de distintas formas: nueva filosofía de la ciencia, corriente historicista, teoreticismo, análisis de las cosmovisiones y filosofía blanda de la ciencia (Pérez, 1999).

Alberto Fragio, sugiere que para la epistemología historicista “no hay un único protocolo de justificación de creencias o una única epistemología del testimonio científico, la historicidad penetra en los criterios de evaluación y elección de teorías, en la gestación de la evidencia o en la racionalidad científica” (2007, pág. 80).

Estas dos posturas comprenden la ciencia desde distintas epistemologías. Si bien, la epistemología historicista permitió una visión más amplia que la que el positivismo lógico ofrecía, beneficiando a diversas disciplinas científicas que carecían de “procedimientos empíricos comprobados”.

Con base a la anterior distinción entre la epistemología del positivismo lógico y la historicista, se debe tener en cuenta que el presente trabajo seguirá la línea de ésta última, en cuanto a epistemología científica se refiere, particularmente sobre las ideas generadas por el historiador de la ciencia Thomas Kuhn.

Si bien, la influencia de Kuhn rebasó los campos de conocimiento a los que estaba inicialmente dedicado, ya que su contribución filosófica repercutió en diferentes campos del conocimiento. Esta contribución, puede dividirse en tres etapas; la primera tras la publicación de “*The Structure of Scientific Revolutions*” en 1962, posteriormente al extender dicha obra con el apartado “*Poscript*” siete años después y finalmente al término de los años setenta y ochentas hasta su muerte en el año 1996 (Sánchez, 2003).

Ana Pérez, en su obra “Kuhn y el cambio científico” (1999), menciona que el trabajo de este filósofo de la ciencia, lo llevó a encontrar diversas reglas violadas del proceder científico propuestas por los empiristas lógicos como por los racionalistas críticos.

De acuerdo con Valeriano Iranzo, “*The Structure of Scientific Revolutions*” fue la obra más influyente en el campo de la filosofía de la ciencia del siglo XX, a pesar de que Kuhn no fue el primero que contempló el análisis historicista, agrega que él “pretendía el acercamiento a la ciencia real” y que las propuestas emitidas por el empirismo lógico “tendieron a caracterizar la ciencia como una entidad abstracta y estática, olvidando que se trata de un producto humano que, como muchos otros, tiene historita” (2005, pág. 19).

Como sugiere Sánchez, el positivismo lógico requería de “definiciones explícitas” para que los valores teóricos tuvieran un significado dentro de un contexto científico. Contrario a esto, Kuhn “concibe la ciencia como una empresa esencialmente social, una labor comunitaria en la que influyen factores históricos y sociológicos”, más adelante agrega que “los valores sobre los que se construye dependen del acuerdo de la comunidad científica” (2003, pág. 88 y 90).

El término “paradigma” juega un papel muy importante en el trabajo de Kuhn, ya que centra su apartado “*Poscript*”, de la segunda edición de “*The Structure of Scientific Revolutions*”, en definirlo. Él menciona que este concepto tiene particular énfasis circular, pues define paradigma como aquello que comparten los miembros de una comunidad científica, y a la vez una comunidad científica consiste en las personas que comparten ese paradigma, más adelante, el autor explica que:

En las ciencias hay escuelas, es decir, comunidades que enfocan el mismo tema... los miembros de una comunidad científica se ven a sí mismos, y son considerados por otros como hombres exclusivamente responsables de la investigación de todo un conjunto de objetivos comunes, que incluyen la preparación de sus propios sucesores (1996, pág. 177).

Así, cuando se generen disputas o desacuerdos dentro de la misma comunidad en cuanto a su forma de ejercer su disciplina, ésta elegirá la mejor forma mediante un consenso.

Kuhn en su obra “*The Structure of Scientific Revolutions*” menciona que la ciencia se basa en “una o más realizaciones científicas pasadas, realizaciones que alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo, como fundamento para su práctica posterior” (1996, pág. 10). Comprendiendo esto, se puede entender que para Kuhn “la

comunidad científica” define el campo de la ciencia al que pertenece a partir del consenso en su práctica.

Al comprender la evolución generada por el movimiento historicista, en particular por las propuestas de Kuhn, se puede reconocer un campo científico en función de la comunidad perteneciente a él. Este autor menciona que “una comunidad científica es un instrumento inmensamente eficiente para resolver los problemas o los enigmas que define su paradigma”. Entendiendo esta idea generada por Kuhn, la noción de “comunidad científica” juega un papel importante en el estudio y comprensión de la ciencia (Kuhn, 1996).

Una vez descritas algunas ideas de Kuhn, las cuales justifican su contribución a la corriente epistemológica historicista, se puede plantear que a partir de lo que él denominó como comunidad científica, puede ser entendida la ciencia, es decir; al ser ésta un producto humano que funciona como empresa social donde ejercen factores sociales e históricos, la comunidad científica define así el campo al que pertenece y de igual forma el campo se define a través de la práctica y el consenso de la misma en dicha comunidad.

Para fines de este escrito, se adoptará el pensamiento sugerido por Kuhn al entender la función y evolución de la ciencia a partir de la comunidad que la practica. En este caso, se hablará de una comunidad científica perteneciente al campo de la Psicología, en particular al campo clínico y terapéutico, con la intención de poder comparar dos modelos de terapia; por un lado el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas del Mental Research Institute, y por el otro el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del Centro de Terapia Estratégica.

Dicha comparación se realizará con base a los criterios establecidos por el propio Kuhn para distinguir el proceso de evolución o sustitución de un paradigma dentro de una comunidad científica. Este criterio que Kuhn denominó como “matriz disciplinaria” se usará como herramienta heurística, la cual se compone de “generalizaciones simbólicas o expresiones simbólicas de las teorías o leyes y se caracteriza por la existencia de modelos particulares o modelos heurísticos, valores compartidos como juicios de exactitud y ejemplares o modelos típicos de resolución de problemas” (Contreras, 2004, pág. 44).

### 3.2. Matriz Disciplinaria de Thomas Kuhn como herramienta heurística

Thomas Samuel Kuhn fue un historiador y filósofo de la ciencia norteamericano, nacido en Ohio en el año de 1922, cuya importancia se dio en la década de 1960. A lo largo de su vida, escribió tres extensas monografías sobre el cambio científico, su primer obra fue publicada en 1957 (año en el que fungía como profesor en la Universidad de Harvard) con el título “La revolución copernicana” (Guillaumin, 2012). En ese trabajo, se describen de forma cronológica, las observaciones que permitían conocer el universo a partir de las dos cosmologías más importantes en el campo de conocimiento de la astronomía y la cosmología; la ptolemaica y la copernicana.

Estas observaciones muestran la evolución de estos campos de la ciencia, pasando por varios momentos importantes; desde la concepción del mundo esférico, el cálculo del movimiento de rotación terrestre así como el de translación, las fases lunares, la posición de las estrellas y los planetas en el universo (Kuhn, 1978).

En su obra, Kuhn menciona que el “De Revolutionibus Orbium Caelestium” de Copérnico, “puede considerarse como el punto de partida de una nueva tradición astronómica y cosmológica” (1978, pág. 242). Si bien, esta aportación copernicana puede enseñar, a partir de su historia, cómo es que evolucionan los conceptos científicos y remplazan a sus predecesores.

Para el año de 1950, Kuhn comienza a redactar un segundo texto dedicado al campo de la filosofía de la ciencia, el cual publica doce años después. Este texto se genera a partir de predicciones formuladas a lo largo de su trayectoria como historiador y profesor de historia de la ciencia. El escrito lleva por nombre “La estructura de las revoluciones científicas” y en él se describe cómo se da el proceso de cambio dentro de una ciencia de una teoría a otra. Esta obra fue publicada en una colección de ensayos titulada “*International Encyclopedia of Unified Science*”, por esta razón, Kuhn admite que tuvo que presentar sus puntos de vista de forma esquemática y resumida (Kuhn, 1996; Guillaumin, 2012).

“La estructura de las revoluciones científicas” integra la visión de ciencia de Kuhn, a partir de dos principales ideas; la ciencia no revolucionada (o bien, ciencia normal), y la ciencia revolucionada. Con ciencia normal, Kuhn se refiere a “la investigación basada en uno o más logros científicos pasados, logros que una comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo, como el fundamento de su práctica posterior” (1996, pág. 10).

La ciencia normal está constituida por varias etapas; la primera de ellas inicia con la actividad de observación y recolección de datos relevantes de dicho paradigma, para después realizar su clasificación de acuerdo a su grado de interés. Posteriormente se compararan con las predicciones realizadas, para mejorar los acuerdos entre las teorías del paradigma o descubrir nuevos campos en los que el acuerdo pueda demostrarse. Así, se puede dar paso a modificar la teoría con el fin de resolver algunos de los problemas planteados anteriormente por dicho paradigma. Finalmente un segundo conjunto de la ciencia normal se refiere a las actividades teóricas, las cuales tienen la función de ajustar los hechos con la teoría (Sánchez, 2003; Guillaumin, 2012).

Kuhn compara la actividad de la ciencia normal con la resolución de puzzles... para resolverlo deben utilizar todas las piezas y colocarlas del modo correcto, siguiendo las reglas del juego; cuando se presenta un problema en la ciencia normal, las posibles soluciones deben respetar las reglas definidas por el paradigma y los datos obtenidos deben poder ser interpretados en el interior del paradigma (Sánchez, 2003, pág. 97).

Las revoluciones científicas son para Kuhn “aquellos episodios de desarrollo no acumulativo en que un antiguo paradigma es reemplazado, completamente o en parte, por otro nuevo e incompatible” (1996, pág. 92). Martha Sánchez (2003), agrega que cuando ocurre este cambio, los nuevos paradigmas tienen su origen a partir de los antiguos, pues incorporan gran parte del vocabulario y de los instrumentos conceptuales y experimentales. Godfrey Guillaumin (2012) menciona que un claro indicio de crisis, dentro de un paradigma, es cuando se generan diferentes versiones de una misma teoría, como ocurrió en los modelos copernicano, ptolemaico y tychonico durante el siglo XVI en el campo de la astronomía, la cual provocó la revolución copernicana.

Un concepto importante mencionado y adoptado por Kuhn en su escrito, es el término de “inconmensurabilidad”, el cual tiene su origen en los conceptos matemáticos. Dicho término se utiliza cuando dos magnitudes no se pueden comparar; es decir, cuando dos paradigmas carecen de elementos que puedan dar lugar a una comparación (Guillaumin, 2012).

Tras la publicación de “La estructura de las revoluciones científicas”, Kuhn recibe varias críticas de diversas disciplinas, mismas que lo llevan a generar una nueva edición de su trabajo siete años después del año de su publicación, agregando una posdata en respuesta a estas críticas recibidas por su texto. En dicha posdata, explica conceptos utilizados en su trabajo para la comprensión total del mismo, incluye así mismo su definición de paradigma, la cual sugiere considerarla como una “constelación de creencias, valores, técnicas y así sucesivamente, compartido por los miembros de una comunidad dada” y a su vez, una comunidad científica “consiste en unas personas que comparten un paradigma” (Kuhn, 1996, pág. 175 y 176).

Más adelante, incluye el concepto de lo que él llamaría “Matriz Disciplinaria”, para poder explicar a detalle lo que entiende por paradigma; “disciplinaria porque se refiere a la posesión común de quienes practican una disciplina particular; matriz porque está compuesta por elementos ordenados de varias índoles” (Kuhn, 1996, pág. 182).

De igual forma, describe cada uno de los componentes que integran la matriz disciplinaria iniciando por las “**Generalizaciones Simbólicas**”, las cuales se refieren a los componentes formales expresados comúnmente de forma lógica, como por ejemplo: (x), (y), (z), (x, y, z). Es también probable encontrar este tipo de componente en conceptos fácilmente formalizables, los cuales se expresan en palabras, un ejemplo de esto es la frase “acción es igual a reacción” (Kuhn, 1996).

Otro elemento importante de la matriz disciplinaria recibe el nombre de “**Creencias**” (o “paradigma metafísico”, como se menciona a lo largo del texto). Este componente se refiere a los compromisos compartidos, es decir; aquellas analogías y metáforas preferidas o permisibles por dicho paradigma. Éstas “ayudan a determinar lo que será aceptado como explicación y solución de problemas; y a la inversa, ayudan en la determinación de la lista de enigmas no resueltos y en la evaluación de la importancia de cada uno” (Kuhn, 1996, pág. 184).

El tercer componente se describe bajo el nombre de “**Valores**” y Kuhn sugiere que aunque éstos funcionan en todo momento, pues habitualmente distintas comunidades científicas comparten mismos valores (comúnmente argumentados como predicciones; expresadas tanto cuantitativas como cualitativas). La importancia de este componente “surge cuando los miembros de una comunidad particular deben identificar una crisis o, después, escoger entre formas incompatibles de practicar su disciplina” (1996, pág. 184 y 185).

Finalmente, Kuhn destaca un tercer elemento en su escrito, el cual nombra como “**Ejemplares**”. Este componente se refiere a los compromisos compartidos por un grupo, es decir “las concretas soluciones de problemas que los estudiantes encuentran desde el principio de su educación científica, sea en laboratorios, en los exámenes, o al final de los capítulos de los textos de ciencia” (1996, pág. 187). Dentro de los ejemplares deben incluirse algunas de las soluciones a problemas de dicha comunidad, sobre todo aquellas que constantemente se encuentran a lo largo de la formación de dicha comunidad científica, un ejemplo de esto pueden ser el plano inclinado, el péndulo cónico y el calorímetro en la formación de un físico.

Tal como menciona Godfrey Guillaumin (2012), el pensamiento que Kuhn generó, tuvo gran efecto en diversas disciplinas, pues en sus tres escritos analiza con detalle la misma temática: el cambio radical de ideas científicas. Cambio que esquematiza con mayor detalle a partir de “La estructura de las revoluciones científicas”.

Al considerar lo dicho hasta ahora acerca de la matriz disciplinaria, en particular sobre sus componentes y la función de éstos, ésta se utilizará como una herramienta heurística para la comparación de dos modelos de terapia breve; por un lado el modelo del Mental Research Institute: Resolución de Problemas y por el otro, el modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del Centro di Terapia Strategica, con la intención de identificar los avances teóricos y prácticos en la disciplina de la psicoterapia.

### **3.3. Método**

Se pretende explicar de forma detallada lo que se encontró al utilizar la Matriz Disciplinaria de Thomas Kuhn como herramienta heurística en la comparación del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del Centro di Terapia Strategica de Arezzo con el Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy Center, Resolución de Problemas del Mental Research Institute.

#### **a) Problemática**

Identificar en qué consisten los posibles avances propuestos por el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica, el cual fue desarrollado por Giorgio Nardone en el Centro di Terapia Strategica de Arezzo, en comparación con el Modelo de Terapia Breve: Resolución de

Problemas del Mental Research Institute, considerada como la primer escuela estratégica de Terapia Breve (Nardone & Portelli, 2006; Nardone & Balbi, 2009).

## **b) Propósitos Generales**

- Identificar las similitudes y diferencias entre ambos modelos de terapia sistémica en cuanto a aspectos teóricos y prácticos.
- Identificar cuales son los posibles avances propuestos por Giorgio Nardone en su modelo terapéutico; en cuanto a teoría y práctica se refiere.

## **c) Metodología**

La investigación se llevó a cabo a partir del análisis de contenido, el cual se realizó en las principales obras de cada modelo de terapia breve. El criterio para la elección de las mismas consistió en que dichas obras abordaran las aportaciones teóricas, así como los manuales de procedimientos generales de cada modelo.

Las obras contempladas por el modelo del Mental Research Institute para dicho análisis fueron:

- “Focused Problem Resolution” (2009), de Wendel A. Ray y Karin Schlanger.
- “Paul Watzlawick: Insight May Cause Blindness” (2009), de Wendel A. Ray y Giorgio Nardone.
- “Cambio: Formación y Solución de los Problemas Humanos” (2007), de Paul Watzlawick, John Weakland y Richard Fisch.
- “La Táctica del Cambio: cómo abreviar la terapia” (2003), de Richard Fisch, John Weakland y Lynn Segal.
- “Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, Patologías y Paradójias” (1981), de Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don D. Jackson.

Por su parte, las obras contempladas para el análisis del modelo del Centro de Terapia Estratégica fueron:

- “El Diálogo Estratégico, Comunicar Persuadiendo: Técnicas para Conseguir el Cambio” (2011), de Giorgio Nardone y Alessandro Salvini.
- “Surcar el mar sin que el cielo lo sepa: Lecciones sobre el cambio terapéutico a las lógicas no ordinarias” (2009), de Giorgio Nardone y Elisa Balbi.
- “El Arte del Cambio: Trastornos Fóbicos y Obsesivos” (2007), de Giorgio Nardone y Paul Watzlawick.
- “Conocer a través del cambio” (2006), de Giorgio Nardone y Claudette Portelli.
- “El Arte de la Estratagema” (2004), de Giorgio Nardone.

Posteriormente se revisó cada una de las obras ya mencionadas, identificando aspectos que encajaran con los criterios señalados por cada uno de los cuatro componentes de la Matriz Disciplinaria propuesta por Thomas Kuhn; Generalizaciones Simbólicas, Creencias, Valores y Ejemplares.

### **3.4. Resultados**

La descripción de los resultados se dividirá en dos partes; por un lado se detallarán las semejanzas y diferencias obtenidas entre ambas matrices de cada uno de los modelos, para posteriormente analizar a detalle los avances de un modelo a otro.

En lo que respecta a los aspectos formales de la Matriz, es decir; las Generalizaciones Simbólicas, se puede vislumbrar que ambos Modelos de Terapia Breve contemplan un componente para entender y explicar el por qué las personas eligen y ejecutan la solución que consideran más adecuada para su problema, aunque ésta no tenga resultados favorables; véase “Postura del Paciente” y “Sistema Perceptivo-Reactivo” de la Tabla 1 y Tabla 2 respectivamente.

De igual forma, se puede observar en ambas tablas que los modelos de terapia ofrecen una definición referente a la intervención terapéutica. Este medio de cambio que ambos contemplan sugiere generar algo distinto a lo que se ha realizado por las personas que acuden a terapia, dicho cambio se guía por interrumpir los intentos de solución realizados hasta el

momento; véase “Intervención” en Tabla 1 y “Experiencia Perceptivo-Emocional Correctiva” en Tabla 2.

Uno de los aspectos más importantes que comparten ambos modelos son aquellos que se pueden encontrar en la explicación teórica; ya que las dos terapias breves explican el mantenimiento y solución de los problemas humanos a partir de dos teorías matemáticas: “la teoría de los grupos” y “la teoría de los tipos lógicos”, las cuales son entendidas por ambos modelos como formas de cambio; la primera hace referencia al cambio<sub>1</sub> y la segunda al cambio<sub>2</sub>. De igual forma, el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica adopta algunos conceptos formales del Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas, tales como: “dificultad”, “problema” y “reestructuración”. Cada uno de ellos pueden verse con mayor precisión en la Tabla 1.

Dentro del segundo componente de las matrices, el cual lleva por nombre Creencias, se puede apreciar que en ambos modelos de Terapia Breve hacen referencia a términos como “arte” o “artesanal” como una analogía para entender como conciben ellos el proceso de dar solución a los problemas humanos, véase Tabla 1 y Tabla 2 en la sección señalada.

Así mismo, se puede apreciar que dentro del componente de las Creencias en ambas matrices se usa el concepto de circularidad como una metáfora o analogía; por una parte el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas lo emplea al mencionar que “la interacción es básicamente circular”, mientras que el Modelo Avanzado de Terapia Estratégica sugiere que “la terapia es como una partida de ajedrez entre el terapeuta y el paciente”, ambas citas pueden apreciarse en las tablas 1 y 2.

El tercer elemento que se puede apreciar en la Matriz Disciplinaria son los Valores, los cuales hacen referencia a las predicciones generadas por la comunidad científica. Dentro de esta categoría, tanto del modelo procedente del Mental Research Institute como el del Centro de Terapia Estratégica, comparten una explicación del surgimiento de los problemas a partir de la interacción. Para la escuela del MRI se generan entre la interacción problema-gente, mientras que para la escuela del CTS los problemas se dan en términos de relación entre las personas consigo mismas, con los demás y con el mundo. Éstas pueden verse con mayor detalle en Tabla 1 y Tabla 2.

Un segundo aspecto que comparten los Modelos de Terapia Breve, en cuanto a Valores se refiere, es que ambos contemplan la resolución de los problemas en cuatro etapas. Si bien, esta predicción hace referencia al trabajo que se realiza desde que una persona acude a solicitar una psicoterapia por una situación problemática, hasta que el terapeuta y paciente solucionan por completo dicha situación, para una mejor descripción véase Tabla 1 y Tabla 2.

Otro aspecto que se puede apreciar entre el Modelo procedente de Palo Alto y el de Arezzo, es que ambos hacen referencia al término “experiencia emocional correctiva” como una posible predicción para la modificación de una situación problemática, este aspecto se puede ver en el mismo apartado en la Tabla 1 y Tabla 2.

La categoría de los Valores en ambas matrices incluye también una predicción referente a la intervención terapéutica; ver “Solución impidiendo las conductas o modificando la opinión del problema” en Tabla 1 y “La intervención terapéutica” en Tabla 2. En estas referencias se puede ver que la intención en ambos modelos consiste en centrarse en el problema modificando la opinión y percepción de dicha situación para así poder generar un cambio.

Para poder generar esto, los principales autores de ambos modelos de Terapia Breve sugieren alterar la situación problemática mediante la modificación de conductas concretas; es decir, prescripciones de comportamiento dirigidas a interrumpir el círculo vicioso entre el problema y los intentos de solución, esto se puede observar en la Tabla 1 y en la Tabla 2.

Sobre la misma línea de las intervenciones que ambos modelos terapéuticos plantean, se puede destacar la reestructuración. Esta última similitud entre ambas matrices en el apartado de Valores propone generar una predicción al momento de generar dicha técnica creada por la escuela de Palo Alto. Para el MRI, la reestructuración implicará generar un cambio<sub>2</sub> como puede verse en la Tabla 1. Por otro lado, para la escuela del CTS reestructurar genera dudas que darán pie a modificar el sistema perceptivo-reactivo como puede observarse en la Tabla 2.

Al analizar los Ejemplares compartidos por cada una de las comunidades de ambos modelos, se puede observar que el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica integra el ejemplo generado por el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas para explicar la distinción entre cambio<sub>1</sub> y cambio<sub>2</sub>. Dicho ejemplo menciona los distintos tipos de cambios que se puede generar durante un sueño, el cual puede verse con mayor detalle en la Tabla 1 y 2.

Por otra parte, también se puede hallar un Ejemplar usado inicialmente por la escuela de Palo Alto y posteriormente adoptado por el modelo de Arezzo, éste se usa comúnmente al explicar el concepto de paradoja; más conocido como la paradoja de Epiménides o paradoja del cretense, la cual puede ser encontrada en la bibliografía de ambos modelos como se muestra en ambas tablas.

Otro de los Ejemplares compartidos por estas escuelas de Terapia Breve, con una fuerte carga histórica, se remonta a la técnica del “como sí” que ambos modelos adaptan como una forma de intervención. Este ejemplar puede verse a detalle en la Tabla 1 y 2.

Finalmente, un elemento que usan ambos modelos de Terapia Breve para mostrar cómo es que funciona el cambio<sup>2</sup> es el problema de “los nueve puntos”, el cual consiste en unir dichos puntos mediante cuatro líneas rectas sin levantar el lápiz del papel. Este problema puede verse en la Tabla 1 y Tabla 2.

Dentro de las diferencias que se pueden encontrar en ambas tablas, se puede observar en un primer momento la distinción que ambos modelos realizan como un elemento formal que distingue la labor del terapeuta. Por un lado el terapeuta breve deberá ocupar de la mejor manera su “capacidad de maniobra”, mientras que el terapeuta breve deberá dominar el “diálogo estratégico”, véase en Generalizaciones Simbólicas de Tabla 1 y Tabla 2.

Otra discrepancia entre ambas Matrices Disciplinarias es la que se encuentra en la sección de Valores; en este componente la escuela del MRI sugiere contemplar a la familia como un sistema, el cual se equilibra por “mecanismos homeostáticos”. Sin embargo el modelo del CTS propone que en ocasiones esta homeostasis se rompe generando un equilibrio patológico, es decir; una “homeostasis patológica”, ambas referencias pueden revisarse en las tablas 1 y 2.

Al continuar analizando el apartado antes mencionado, es posible vislumbrar una última diferencia entre estas escuelas de Terapia Breve, la cual se puede encontrar de forma más detallada dentro de la Tabla 1 y la Tabla 2. Esta diferencia se encuentra en el nivel teórico de ambos modelos, para ser más específicos, en lo que respecta a la premisa de los Intentos de Solución, la cual surgió como una propuesta del Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas y que después adoptó el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica. Como puede verse, la escuela de Palo Alto comprendió la mayoría de los problemas en cinco categorías básicas, o como lo menciona en sus textos: “intentos básicos de solución”. Por su parte el modelo

de Arezzo genera “protocolos de intervención” para diferentes patologías típicas, como un mapa más preciso de las que las soluciones intentadas ofrecen para su posterior tratamiento.

### **3.5. Similitudes**

Como puede verse en la sección de Resultados, las similitudes obtenidas entre ambos modelos de terapia breve a partir de la Matriz Disciplinaria son bastante notables. Dentro de las Generalizaciones Simbólicas se pudo advertir que ambos modelos concuerdan bastante al describir los conceptos de “Postura del Paciente” y “Sistema Perceptivo-Reactivo”; los cuales hacen referencia a los elementos importantes para ajustar el tratamiento al paciente, así como “Intervención” y “Experiencia Perceptivo-Emocional Correctiva”; para precisar de un modo formal lo que contemplan como opción de cambio en una situación problemática.

De igual forma, en la asignación realizada en las matrices disciplinarias se pueden encontrar algunos conceptos teóricos propuestos por el Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas, tales como: “la teoría de los grupos” y “la teoría de los tipos lógicos”, los cuales hacen referencia a “cambio<sub>1</sub> y cambio<sub>2</sub>”, así como “dificultad”, “problema” y “reestructuración”. Mismos que son adoptados como parte de la explicación teórica del modelo generado por Giorgio Nardone.

Las similitudes reflejadas en el componente de las Creencias hacen mención a las mismas analogías y metáforas, tales como; describir el proceso de resolución de problemas como algo “artesanal”, donde éste puede verse de una forma “circular” a partir de cualquier interacción, como la que se da entre el terapeuta y el paciente. Estas analogías y metáforas son congruentes con las premisas epistemológicas, teóricas y prácticas de ambos modelos.

Dentro de los Valores compartidos por estas terapias se puede destacar la predicción que tienen sobre el surgimiento de problemas de forma interaccional. En ese mismo sentido, las dos terapias concuerdan en solucionarlos a partir de: a) la modificación de la opinión de las personas sobre dicho problema, o b) de prescripciones de comportamiento dirigidas a interrumpir el círculo vicioso entre el problema y los intentos de solución. Para conseguir esto, se sugiere modificar estas situaciones a través de: a) reestructuraciones; las cuales son consideradas como una forma de generar cambio<sub>2</sub>, o desde una b) experiencia emocional correctiva.

Respecto a los Ejemplares, resulta sobresaliente la gran similitud entre las matrices; ambos recurren al ejemplo de los nueve puntos y al de las distintas soluciones que se pueden generar para salir de la pesadilla como ejemplos de cambio<sub>1</sub>, donde la solución o el único cambio<sub>2</sub> se acciona al despertar. Lo mismo ocurre con los históricos ejemplos de la “paradoja de Epiménides” y la técnica del “como sí”.

### **3.6. Diferencias**

Al contemplar una vez más el componente de las Generalizaciones Simbólicas, se puede encontrar una de las diferencias obtenidas entre las matrices realizadas en ambos modelos, ésta se encuentra en los conceptos de “Capacidad de Maniobra” y “Dialogo Estratégico”, los cuales hacen testimonio de las cualidades que el terapeuta debe considerar para realizar su labor, sin embargo contemplan distintos aspectos.

Del mismo modo, puede apreciarse algo similar en los Valores, particularmente en la concepción que tienen del proceso de homeostasis dentro de los sistemas al estar en una situación problemática. Por su parte, la escuela de Palo Alto contempla un “mecanismo homeostático” constantemente dedicado a mantener un equilibrio, mientras que la escuela de Arezzo considera que este equilibrio puede perderse al estar por un largo tiempo sin él, situando al sistema dentro de una “homeostasis patológica”.

Una vez más puede vislumbrarse algo parecido en el mismo componente al revisar las predicciones respecto a los intentos básicos de solución y los protocolos de intervención, ya que ambos parten de la misma premisa; identificar y describir los problemas más comunes a partir del círculo vicioso entre dicha situación y los intentos de solución.

### **3.7. Conclusiones**

Hay aspectos del Modelo Avanzado de Terapia Estratégica que pudieran considerarse como avances respecto al Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas. Un ejemplo de esto es la distinción realizada por Giorgio Nardone al considerar que “somos no ordinarios”, ya que la mayoría de los problemas humanos no siguen una lógica ordinaria como sería el caso en aspectos lógicos-matemáticos. Esta premisa lleva al modelo a considerar que en lugar de ser

paradójicos en la forma de lidiar con un problema al tratar de resolverlo, como en algún momento lo sugirió el modelo del Mental Research Institute, es más probable caer en contradicciones al abordarlo.

Este puente pone como relieve el uso de Estratagemas como fórmulas aplicables para distintos problemas, las cuales se pueden desglosar en tres distintas categorías lógicas; la lógica de la paradoja, de la contradicción y de la creencia. Dicha distinción es considerable en contraste con el Modelo del Mental Research Institute, el cual sólo abordó el nivel lógico de la paradoja en su explicación teórica.

De igual forma, el Diálogo Estratégico podría considerarse un avance como resultado del refinamiento del discurso terapéutico durante la entrevista inicial, ya que mediante el uso correcto de esta técnica puede pasarse de un interrogatorio para averiguar cómo funciona el problema a una completa intervención en una sola sesión, lo cual demuestra lo eficiente que puede ser en el proceso terapéutico.

Al retomar la propuesta de la creación de protocolos empíricamente verificables, para obtener de forma puntualizada las soluciones intentadas típicas para distintas patologías, es posible considerar un avance en cuestiones científicas; ya que toma en cuenta generar el proceso terapéutico como un método científico para predecir y demostrar la validez del mismo a partir de la resolución de patologías específicas, lo cual ha sido bastante fructífero al innovar distintas intervenciones.

Una vez descrito esto, se puede verificar que los dos objetivos generales planteados por esta investigación se lograron cubrir a partir del uso de la Matriz Disciplinaria; por un lado se identificaron las similitudes y diferencias entre ambos modelos, encontrando que en ambas matrices se hallaron más de una similitud en todos los componentes; al referirse a cuestiones del paciente y de intervención, así como aspectos teóricos del surgimiento y resolución de problemas entre otros. Del lado de las diferencias solo se vieron tres de ellas en solo dos componentes; al describir aspectos del terapeuta, conceptualizaciones referentes al término de homeostasis así como de los intentos de solución.

Por otro lado, también se planteó describir cuales eran los posibles avances propuestos por Giorgio Nardone en los niveles teóricos y prácticos, de los cuales se pueden contemplar: el uso de la lógica no ordinaria para la explicación de los problemas humanos, la adaptación de las

Estratagemas como formulas aplicables a partir de la categorización de los tres tipos de lógica, el Diálogo Estratégico como técnica para guiar el proceso terapéutico así como la elaboración de protocolos para distintas patologías.

En ese sentido, volviendo a Kuhn y su pensamiento sobre la comunidad científica como un instrumento para resolver problemas o enigmas que definen su propio paradigma. La cual consiste en quienes practican una especialidad científica y por lo mismo han tenido una educación e iniciación profesional similar y “en el proceso, han absorbido la misma bibliografía técnica y sacado muchas lecciones idénticas de ella” (Kuhn, 1996, pág. 177). Puede juzgarse que el modelo de Giorgio Nardone no está situado en una comunidad científica distinta a la procedente de la escuela de Palo Alto.

De igual forma, no debe perderse de vista que el Modelo del Mental Research Institute ha permanecido intacto desde su inicio, mientras que el Modelo del Centro di Terapia Strategica se ha modificado con el paso del tiempo pero, como se ha remarcado, no lo suficiente para despegarse de las raíces de la primer escuela breve. Ya que “cuando una comunidad científica repudia un paradigma anterior, renuncia, al mismo tiempo, como tema propio para el escrutinio profesional, a la mayoría de los libros y artículos en que se incluye dicho paradigma” (Kuhn, 1996, pág. 167). En ese sentido, el modelo de Arezzo continúa con pensamiento de la tradición del primer modelo de terapia breve.

Finalmente, se puede pensar que el Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica puede contemplarse como un avance en el refinamiento del procedimiento práctico generado del Modelo de Terapia Breve: Brief Therapy, Resolución de Problemas pero sin alejarse completamente de él pues comparten la misma comunidad y por lo mismo elementos similares al abordar su propio paradigma. Con base a esto, se puede deliberar que dichos avances son un ejemplo de ciencia normal a partir del reconocimiento, la aceptación y la forma de generar su práctica, congruente con el paradigma propuesto por el Modelo de Terapia Breve.

## Bibliografía

- Fisch, R. & Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable: la terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R., Watzlawick, P., Weakland, J. y Bodin, A. (1974). On Becoming Family Therapist. En W. Ray, R. Fisch & K. Schlanger (2009). *Focused Problem Resolution*. (pp. 15-30). Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.
- Fisch, R., Weakland, J. & Segal, L. (2003). *La táctica del cambio: Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Guillaumin, G. (2012). *Historia y estructura de La estructura. Origen del pensamiento histórico de Thomas Kuhn*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Iranzo, V. (2005) *Filosofía de la ciencia e historia de la ciencia*. En Quaderns de filosofia i ciencia, 35, 2005, pp. 19-43.
- Keeney, B. (1994). *Estética del Cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kuhn, T. (1978). *La revolución copernicana. La astronomía planetaria en el desarrollo del pensamiento occidental*. Barcelona: Ariel.
- Kuhn, T. (1996). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Nardone, G. (1995). El lenguaje que cura: la comunicación como vehículo de cambio terapéutico. En P. Watzlawick, y G. Nardone (2009). *Terapia Breve Estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 89-103). Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. (2004). *El arte de la estratagema: Cómo resolver problemas difíciles con soluciones simples*. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo.
- Nardone, G. (2009). De los modelos generales a los protocolos específicos de tratamiento: La Terapia Breve Estratégica Evolucionada. En P. Watzlawick y G. Nardone (2009). *Terapia Breve Estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 211-225). Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. & Balbi, E. (2009). *Surcar el mar sin que el cielo lo sepa: Lecciones sobre el cambio terapéutico a las lógicas no ordinarias*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder
- Nardone, G. & Salvini, A. (2000). Lógica matemática y lógicas no ordinarias como guía para el problema solving estratégico. En P. Watzlawick & G. Nardone (2009). *Terapia Breve Estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 73-81). Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. & Salvini, A. (2011). *El diálogo estratégico, comunicar persuadiendo: técnicas para conseguir el cambio*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G. & Watzlawick, P. (2007). *El arte del cambio: Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona: Herder.

- Nardone, G. & Castelnuovo, G. (2007). La terapia de pareja con el enfoque estratégico breve evolucionado. En L. Eguiluz (comp.). (2007). *El baile de pareja: Trabajo terapéutico con parejas*. (pp. 01-21) México: Pax.
- Pérez, A. (1999). *Kuhn y el cambio científico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ray, W. & Anger, B. (2009). No se pase de optimista; John Weakland en acción. En S. Green & D. Flemons (2009). *Manual de Terapia Breve Sexual*. (pp. 315-358). Barcelona: Paidós.
- Ray, W. & Nardone, G. (2009) *Paul Watzlawick: Insight may cause blindness and other essays*. Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.
- Rojas, E. (2008) *La relación entre la filosofía y la ciencia*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez, M. (2003). *La relación teórica-experiencia en la epistemología de Thomas S. Kuhn*. Roma: Pontificia Universitas Sanctae Crucis.
- Watzlawick, P. (1990) Therapy is what you say it is. En W. Ray & G. Nardone (2009). *Paul Watzlawick: Insight may cause blindness and other essays*. (pp. 145-151) Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.
- Watzlawick, P. (1992). *La coleta del barón de Münchhausen*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1992). La construcción de “realidades” clínicas”. En P. Watzlawick & G. Nardone (2009). *Terapia Breve Estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 27-38) Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. (1992). La construcción de “realidades” clínicas”. En P. Watzlawick & G. Nardone (2002). *Terapia Breve Estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. (pp. 27-38) Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P. (1995). *El sinsentido del sentido o el sentido del sinsentido*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (2002). *El lenguaje del cambio: nueva técnica de la comunicación terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. & Madanes, C. (1992) The construction of clinical realities. En W. Ray & G. Nardone (2009). *Paul Watzlawick: Insight may cause blindness and other essays*. (pp. 153-169). Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.
- Watzlawick, P. & Masterson, J. (1997) Insight may cause blindness. En W. Ray & G. Nardone (2009). *Paul Watzlawick: Insight may cause blindness and other essays*. (pp. 271-289) Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (2007). *Cambio: Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J. (1977). Family Somatics a neglected edge. En W. Ray, R. Fisch & K. Schlanger (2009). *Focused Problem Resolution*. (pp. 91-103) Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.

- Weakland, J. & Fisch, R. (1992). Brief Therapy MRI Style. En W. Ray, R. Fisch & K. Schlanger (2009). *Focused Problem Resolution*. (pp. 225-242). Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. & Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. En W. Ray, R. Fisch & K. Schlanger (2009). *Focused Problem Resolution*. (pp. 39-63). Arizona: Zeig, Tucker & Theisen, Inc.

# ANEXOS

**Tabla 1. “Matriz Disciplinaria del Modelo de Terapia Breve: Resolución de Problemas del MRI”**

<p><b>Generalizaciones Simbólicas</b></p> <p>Son los componentes formales desplegados por los miembros de un grupo, pueden representarse en una forma lógica como (x) (y) (z) (x, y, z). En algunas ocasiones se les encuentra de forma simbólica</p>	<p>Postura del Paciente</p>	<p>“como hemos puesto de relieve, la solución que el paciente propugna, que provoca el problema, está determinada por lo que considera como la única cosa razonable, saludable o salvadora que hay que hacer, a pesar de que no haya servido para solucionar su problema” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003. Pág. 109)</p> <p>“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” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003, Pág. 110)</p> <p>“el terapeuta ha de estar atento a la postura del paciente en relación con su dolencia y en relación con el tratamiento y/o el terapeuta” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003. Pág. 111)</p>
<p><math>f = ma</math> o en palabras “fuerza es igual a masa por aceleración” (280, p3 en español, 182, p3 en ingles)</p>	<p>Intervención</p>	<p>“existen tres categorías de intervenciones... las prescripciones de comportamiento directas... consisten en la participación de un comportamiento dado, usualmente, pero no siempre, una vez por día. El comportamiento en cuestión está diseñado para bloquear el intento de solución y se introduce una nueva y diferente acción de resolución de problemas” (Weakland, 1997. En Ray, Fisch &amp; Schlanger, 2009. Pág.100)</p>

<p><b>Generalizaciones</b></p> <p><b>Simbólicas</b></p> <p>Son los componentes formales desplegados por los miembros de un grupo, pueden representarse en una forma lógica como (x) (y) (z) (x, y, z). En algunas ocasiones se les encuentra de forma simbólica <math>f = ma</math> o en palabras “fuerza es igual a masa por aceleración” (280, p3 en español, 182, p3 en inglés)</p>	<p>TG=C<sub>1</sub></p> <p>La teoría de los grupos es igual al cambio<sub>1</sub></p>	<p>“la teoría de los grupos nos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable”</p> <p>“si aceptamos esta básica distinción entre ambas teorías, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio; uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema”... “en lo sucesivo designaremos a esta clase de cambio como cambio<sub>1</sub>”(Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Págs. 31 y 32)</p>
	<p>TTL=C<sub>2</sub></p> <p>La teoría de los tipos lógicos es igual a cambio<sub>2</sub></p>	<p>“la teoría de los tipos lógicos nos proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior”</p> <p>“esta clase de cambio la denominaremos en lo sucesivo cambio<sub>2</sub>” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Págs. 31 y 32)</p>
	<p>P=IS</p> <p>Los problemas humanos se mantienen por los intentos fallidos de solución</p>	<p>“aquí, nuevamente, la solución intentada es aquello que constituye el problema” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, Pág. 81)</p> <p>“a través de los precedentes capítulos hemos estudiado cómo se crean los problemas y cómo son mantenidos mediante tentativas erróneas para resolver una dificultad” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 144)</p>

<p><b>Generalizaciones Simbólicas</b></p> <p>Son los componentes formales desplegados por los miembros de un grupo, pueden representarse en una forma lógica como (x) (y) (z) (x, y, z). En algunas ocasiones se les encuentra de forma simbólica <math>f = ma</math> o en palabras “fuerza es igual a masa por aceleración” (280, p3 en español, 182, p3 en inglés)</p>	Dificultades	“estado de cosas indeseable que, o bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas” (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007. Pág. 60)
	Problema	“callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades” (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007. Pág. 61)
	Reestructuración	“significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los “hechos” correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos” (Watzlawick, Weakland & Fisch, 2007. Pág. 126)
	Capacidad de Maniobra	“libertad de actuar en forma que uno considere más adecuada o, en otras palabras, ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento” (Fisch, Weakland & Segal, 2003. Pág. 39)

<p style="text-align: center;"><b>Creencias</b></p> <p>Se refiere a las analogías y metáforas preferidas o comprensibles de dicho grupo. Esto permitirá determinar lo que será aceptado como explicación y solución de los problemas, así como a la determinación de enigmas no resueltos y en la evaluación de la importancia de cada uno (282, p2 en español, 184, p2 en ingles)</p>	<p>“dar solución a los problemas es un arte... un tratamiento es un oficio”</p>	<p>“nosotros pensamos que el tratamiento es algo mucho más parecido a un oficio, si bien un oficio al cual el terapeuta le preste todo el talento artístico que posea. Si únicamente tiene talento artístico, el terapeuta “dotado” se limita a provocar temor; si la terapia se enfoca como un oficio, el terapeuta puede aprender a aplicar una y otra vez técnicas eficaces para la solución de problemas” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003. Pág. 13)</p>
	<p>“la interacción es básicamente circular”</p>	<p>“en nuestra opinión, toda conducta ya sea normal o problemática, y sean cuales fueren sus relaciones con el pasado o con los factores de la personalidad individual, resulta configurada y conservada (o cambiada) de manera continuada, primordialmente mediante reiterados esfuerzos que tienen lugar en el sistema de interacción social del individuo que manifiesta aquella conducta... en otros términos , la conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona, y viceversa” “la interacción es básicamente circular” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003. Pág. 31)</p>
	<p>La teoría de los tipos lógicos representa un cambio de un nivel lógico al inmediatamente superior</p>	<p>“al proceder así somos plenamente conscientes del hecho de que nuestro uso de estas teorías está lejos de satisfacer las exigencias en cuanto a rigor matemático. Ha de considerarse como una tentativa de ejemplificación mediante analogía” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 22)</p> <p>“la teoría de los tipos lógicos nos proporciona una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 31)</p>

	<p>La teoría de los grupos representa una analogía a la persistencia de los problemas humanos</p>	<p>“al proceder así somos plenamente conscientes del hecho de que nuestro uso de estas teorías está lejos de satisfacer las exigencias en cuanto a rigor matemático. Ha de considerarse como una tentativa de ejemplificación mediante analogía” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 22)</p> <p>“la teoría de los grupos nos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 30)</p>
<p><b>Valores</b></p> <p>Su importancia surge cuando los miembros de una comunidad particular deben identificar una crisis o, después, escoger entre las formas incompatibles de practicar su disciplina. Probablemente los</p>	<p>Problemas por interacción</p>	<p>“nosotros vemos los problemas traídos a psicoterapia causadas entre la interacción problema-gente” (Weakland, Fisch, Watzlawick &amp; Bodin, 1974. En Ray, Fisch &amp; Schlanger, 2009. Págs. 44 y 45)</p>
	<p>Resolución de problemas en cuatro etapas</p>	<p>“abordar un problema teniendo en cuenta los principios antes mencionados, conduce a la formulación y aplicación de un procedimiento en cuatro etapas” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Págs. 143-149)</p>
	<p>Experiencia emocional correctiva para cambiar la opinión sobre el problema</p>	<p>“El efecto de la realidad cambiante de las llamadas experiencias emocionales correctivas, de acontecimientos inesperados en la vida de una persona, ya ha sido referido. El enfoque del MRI a la terapia breve, se basa predominantemente en la introducción de eventos oportunos cuidadosamente planeados en la situación del problema, eventos que dan a esa situación un nuevo y diferente significado que por supuesto y por necesidad, es simplemente otro nombre, otra manera de ver la misma situación. Por lo tanto, la declaración mencionada por el cliente: “la manera en la que veía la situación, era un problema; ahora lo veo de forma diferente y ya no es un problema” (Watzlawick, 1990. En Ray &amp; Nardone, 2009. Pág. 149)</p>

<p>valores más profundamente sostenidos se refieren a las predicciones: deben ser exactas; las predicciones cuantitativas son preferibles a las cualitativas (283, p1 en español, 184, p3 en inglés)</p>	<p>La familia como sistema</p>	<p>“Observando que las familias de los pacientes psiquiátricos a menudo sufrían repercusiones drásticas (depresión, episodios psicósomáticos, etcétera) cuando el paciente mejoraba, Jackson postuló que estas conductas y quizá, por lo tanto, la enfermedad del paciente, eran “mecanismos homeostáticos” que intervenían para que el sistema perturbado recuperara su delicado equilibrio” (Watzlawick, Beavin &amp; Jackson, 1981. Pág. 130)</p>
	<p>Intentos básicos de solución</p>	<p>“La mayoría de los problemas que la gente plantea a los terapeutas se ven perpetuados por alguna de estas cinco soluciones básicas... 1) intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo; 2) intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo; 3) intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición; 4) intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación; y 5) confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003. Pág. 148)</p>
	<p>Solución: impidiendo las conductas o modificando la opinión del problema</p>	<p>“la terapia breve pretende influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de este.. puede conseguirse por dos vías; impidiendo las conductas o rectificando la opinión del problema” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003. Pág. 147)</p>

<p><b>Valores</b></p> <p>Su importancia surge cuando los miembros de una comunidad particular deben identificar una crisis o, después, escoger entre las formas incompatibles de practicar su disciplina. Probablemente los valores más profundamente sostenidos se refieren a las predicciones: deben ser exactas; las predicciones cuantitativas son preferibles a las cualitativas (283, p1 en español, 184, p3 en inglés)</p>	<p>La alteración de las conductas interrumpirán el problema</p>	<p>“si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en el que las bien intencionadas conductas de “solución” otorgan continuidad al problema, la alteración de tales conductas debe servir entonces para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003. Pág. 37)</p>
	<p>Reestructurar implica generar cambio<sub>2</sub></p>	<p>“el lector que haya tenido la paciencia de seguirnos a través de estas consideraciones... se habrá dado ahora cuenta de la importancia de éstas respecto a la reestructuración como técnica para realizar el cambio<sub>2</sub>” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 130)</p>
	<p>Estrategias efectivas de cambio</p>	<p>“las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente, apartándose 180° de dicha dirección” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003. Pág. 135)</p>
	<p>Reestructuración de la visión del cliente</p>	<p>“visto desde esta perspectiva, la psicoterapia se ocupa de la reestructuración de la visión del mundo del cliente y así construir otra realidad clínica, para provocar deliberadamente esos eventos fortuitos que Franz Alexander (1956) llamó experiencias emocionales correctivas.” (Watzlawick &amp; Madanes, 1992. En Ray &amp; Nardone, 2009. Pág. 163)</p>

<p><b>Valores</b></p> <p>Su importancia surge cuando los miembros de una comunidad particular deben identificar una crisis o, después, escoger entre las formas incompatibles de practicar su disciplina.</p> <p>Probablemente los valores más profundamente sostenidos se refieren a las predicciones: deben ser exactas; las predicciones cuantitativas son preferibles a las cualitativas (283, p1 en español, 184, p3 en inglés)</p>	<p>Persistencia y cambio complementarias</p>	<p>“el hecho de que cada una de ambas posiciones pueda adoptarse tan fácilmente, indica que son complementarias, que lo que es problemático no es absoluto y de algún modo inherente a la naturaleza de las cosas, sino que depende del caso particular y del punto de vista implicado”(Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 22)</p>
	<p>Cambio<sub>1</sub> es “más de lo mismo” y cambio<sub>2</sub> es el cambio del cambio</p>	<p>“al nivel del cambio de un miembro a otro, nivel en el que cuanto más cambian las cosas, mas siguen permaneciendo las mismas... cambio<sub>2</sub> posee siempre la índole de una discontinuidad o de un salto lógico” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 32)</p>
	<p>Dificultades se vuelven problemas</p>	<p>“problemas son situaciones al parecer insolubles creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. Existen fundamentalmente tres modos de enfocar mal las dificultades” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág.61)</p>
	<p>Éxito terapéutico</p>	<p>“en nuestra opinión, el indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual él se encuentre completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento” (Fisch, Weakland &amp; Segal, 2003. Pág. 143)</p>

<p><b>Ejemplares</b></p> <p>Se trata de los compromisos compartidos por un grupo; es decir, las concretas soluciones de problemas que los estudiantes encuentran desde el principio de su educación científica, ya sea en los laboratorios, exámenes, o al final de los capítulos de los textos de ciencia. (286, p2 en español, 187, p1 en inglés)</p>	<p>Cambio<sub>1</sub> y cambio<sub>2</sub></p>	<p>“una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, trepar por un acantilado, etc. pero ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla... el único modo de salir de un sueño supone un cambio del soñar, al despertar” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 31)</p>
	<p>Paradoja</p>	<p>Todos los cretenses mienten; “fue un cretense precisamente, profeta entre los suyos, quien dijo: todos los cretenses son embusteros, malas bestias, glotones, ociosos ” (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 92)</p> <p>¡Sé espontáneo!; impone la orden de que el comportamiento no deba obedecer a una orden, sino ser espontáneo (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 93)</p>
	<p>“Como sí”</p>	<p>“en la psicoterapia del “como sí“, (1924) postulado constructivista de Vaihinger, de que la realidad no se descubre sino que crea, se reintroduce por Watzlawick, como un paradigma radicalmente alternativo para la psicoterapia breve” (Ray &amp; Nardone, 2009. Pág. 88)</p> <p>“si el hipnotizador logra una levitación de la mano, la mano no tiene que ser, por supuesto, más ligero que el aire, pero el sujeto se comporta “como si” este fuera el caso y lo experimenta “como si” fuera el caso” (Watzlawick &amp; Materson, 1997. En Ray y Nardone, 2009. Pág. 274)</p>
	<p>Nueve puntos</p>	<p>el problema de los nueve puntos representa un cambio<sub>1</sub>, la solución representa el cambio<sub>2</sub> (Watzlawick, Weakland &amp; Fisch, 2007. Pág. 45)</p>

**Tabla 2. “Matriz Disciplinaria del Modelo Avanzado de Terapia Breve Estratégica del CTS”**

<p><b>Generalizaciones Simbólicas</b></p> <p>Son los componentes formales desplegados por los miembros de un grupo, pueden representarse en una forma lógica como (x) (y) (z) (x, y, z). En algunas ocasiones se les encuentra de forma simbólica <math>f = ma</math> o en palabras “fuerza es igual a masa por aceleración” (280, p3 en español, 182, p3 en inglés)</p>	<p>Sistema Perceptivo-Reactivo</p>	<p>“el modelo recurrente y redundante por el que una persona padece un trastorno responde en virtud a autoengaños y no a otra cosa” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 123)</p>
	<p>Experiencia Perceptivo-Emocional Correctiva</p>	<p>“sensación turbadora de que la realidad ya no es la de antes, y para obtener eso... recurrimos a técnicas capaces de hacer cumplir primero una experiencia concreta que evoque, precisamente nuevas sensaciones” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 55)</p>
	<p>Conceptos de “Cambio”</p>	<p>“representa el texto fundamental de nuestro planteamiento estratégico de la terapia”, haciendo referencia a los términos y conceptos adoptados por las teorías ya enumeradas anteriormente (Nardone &amp; Watzlawck, 2007. Pág. 41)</p>
	<p>Diálogo estratégico</p>	<p>“diálogo estratégico es igual a los cinco componentes; preguntas interventoras y discriminantes que dan una ilusión de alternativas, paráfrasis reestructurantes, evocación de sensaciones a partir de metáforas, aforismos, anécdotas, etc., recapitulaciones y prescripciones” (Nardone &amp; Portelli, 2006. Pág. 74)</p>
	<p>Lógica</p>	<p>“es el método a través del cual el hombre, desde siempre, aplica sus propios conocimientos, resuelve problemas, alcanza objetivos, de modo que es el puente entre teoría y aplicación directa” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 21)</p>
	<p>Realidad de primer y segundo orden</p>	<p>“la primera se refiere a las propiedades físicas de los objetos o de las situaciones, la segunda al significado que atribuimos a los mismos objetos o situaciones” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 28)</p>

<p style="text-align: center;"><b>Creencias</b></p> <p>Se refiere a las analogías y metáforas preferidas o comprensibles de dicho grupo. Esto permitirá determinar lo que será aceptado como explicación y solución de los problemas, así como a la determinación de enigmas no resueltos y en la evaluación de la importancia de cada uno (282, p2 en español, 184, p2 en inglés)</p>	<p>Protocolos pasan de una fase artesanal a otra tecnológica, convirtiendo la psicoterapia en una disciplina científica</p>	<p>“la estrategia que funciona (haciendo referencia a los protocolos) nos ha descrito la escritura de la persistencia del problema. esto, en términos de modelo de intervención, representa el paso de una fase artesanal a otra tecnológica: el modelo se vuelve eficaz, eficiente y replicable, transmisible y predecible. De este modo la psicoterapia puede convertirse en una autentica disciplina científica más allá de una simple serie de técnicas terapéuticas que se basan en teorías que hay que demostrar” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 127)</p>
	<p>Terapia como una partida de ajedrez</p>	<p>“la terapia estratégica es una partida de ajedrez entre el terapeuta y el paciente con sus problemas, una sucesión de movimientos que tienden a producir efectos específicos” (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 49)</p>
	<p>Estratagemas</p>	<p>“dentro de este modelo, la lógica que utilizamos para desbloquear los sistemas perceptivo-reactivos patológicos recurre a la aplicación de estrategias específicas seleccionadas y puestas a punto con un procedimiento empírico y experimental para que encajen en las características específicas de estas rígidas modalidades de percibir y reaccionar frente a la realidad... estratagemas que se encuentran tanto en la literatura oriental como occidental” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 129)</p>
	<p>Estratagemas como formulas aplicables</p>	<p>“las trece estratagemas esenciales quieren ser una especie de fórmulas aplicables a distintas situaciones” (Nardone, 2004. Pág. 37)</p>

<p style="text-align: center;"><b>Valores</b></p> <p>Su importancia surge cuando los miembros de una comunidad particular deben identificar una crisis o, después, escoger entre las formas incompatibles de practicar su disciplina. Probablemente los valores más profundamente sostenidos se refieren a las predicciones: deben ser exactas; las predicciones cuantitativas son preferibles a las cualitativas (283, p1 en español, 184, p3 en inglés)</p>	<p>Problemas en relación con sí mismo, con los demás y con el mundo</p>	<p>“el pensamiento estratégico más bien se interesa por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia entre individuos, en los mismos términos de percepción y relación que individuo vive consigo mismo, con los demás y con el mundo” (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 36)</p>
	<p>Resolución de problemas en cuatro etapas</p>	<p>“las tres fases de terapia (haciendo mención al MRI) resultan entonces cuatro: una fase en la que se interviene para conocer; una segunda fase en la que se llevan a cabo las acciones terapéuticas para producir la experiencia emocional-correctiva; una tercera fase, la consolidación y el aprendizaje de la confianza en las propias capacidades personales, en las que el cambio se convierte en adquisición” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 100)</p>
	<p>Experiencia emocional correctiva para cambiar</p>	<p>“el primer objetivo terapéutico... es producir la experiencia perceptivo-emocional correctiva... existen cuatro sensaciones primarias que nadie puede evitar: miedo, placer, rabia y dolor. Ellas representan un recurso cuando queremos cambiar algo” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 55)</p>
	<p>Homeostasis patológica</p>	<p>“cuando se rompe la homeostasis que se ha mantenido durante mucho tiempo como equilibrio patológico, si se introduce un equilibrio nuevo que sustituye al anterior, el sistema construye de nuevo un equilibrio patológico. Se trata de una especie de “costumbre” que se repite; quizás los círculos viciosos no se construirán en la misma dirección, pero, de todas formas, en una similar” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 99-100)</p>

	<p>Protocolos de intervención</p>	<p>“mi idea era poder convertir el modelo de terapia estratégica de Palo Alto en empíricamente verificable y para obtener una especie de mapa más preciso de las soluciones intentadas típicas de diferentes patologías... los protocolos de tratamiento nacieron, por lo tanto, al poner a punto estrategias específicas para cada tipo de lógica que mantiene el problema” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 125)</p>
	<p>La intervención terapéutica</p>	<p>“la intervención terapéutica está representada por el desplazamiento del punto de observación del sujeto, desde su rígida y disfuncional posición perceptivo-reactiva a una nueva perspectiva elástica” (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 38)</p>
<p><b>Valores</b></p> <p>Su importancia surge cuando los miembros de una comunidad particular deben identificar una crisis o, después, escoger entre las formas incompatibles de practicar su disciplina. Probablemente los valores más profundamente sostenidos se refieren a las predicciones: deben ser exactas; las predicciones cuantitativas son preferibles a las cualitativas (283, p1 en español, 184, p3 en inglés)</p>	<p>Prescripciones de comportamiento para resolver problemas</p>	<p>“las prescripciones de comportamiento desempeñan la función de hacer vivir estas experiencias concretas de cambio, más allá del setting terapéutico” (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 105)</p>
	<p>Reestructurar genera dudas para cambiar el sistema perceptivo-reactivo</p>	<p>“las maniobras verbales de reestructuración... han de suscitar dudas que ocupen el lugar de la habitual rigidez perceptivo-reactiva de los pacientes, dejando al descubierto fallos en sus sistemas cognoscitivos y comportamentales” (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 91)</p>
	<p>Cambiar el obrar antes que el pensar</p>	<p>“para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el obrar” (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 47)</p>
	<p>Modelo de la lógica no ordinaria</p>	<p>“trabajando más de veinte años para poner a punto intervenciones estratégicas no ordinarias precisamente sobre aquellas patologías o problemas de organización en los que la lógica tradicional no funciona y utilizando la metodología del conocer los problemas a través de su solución he llegado a formular un modelo de lógica no ordinaria” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Pág. 15)</p>

	Somos no ordinarios	“somos continuamente “no ordinarios” y desafío a cualquiera a que encuentre en su propia vida un ejemplo de aplicación – desde mi punto de vista, imposible- de la lógica puramente ordinaria” (Nardone & Balbi, 2009. Pág. 23-24)
	Lógica no ordinaria; paradoja, contradicción y la creencia	“bajo el parteaguas de la lógica no ordinaria se incluyen tres madroáreas respecto a criterios operativos; esto nos permite conocer y determinar cómo funciona un problema determinado” (Nardone & Balbi, 2009. Pág. 105)
<p style="text-align: center;"><b>Valores</b></p> <p>Su importancia surge cuando los miembros de una comunidad particular deben identificar una crisis o, después, escoger entre las formas incompatibles de practicar su disciplina. Probablemente los valores más profundamente sostenidos se refieren a las predicciones: deben ser exactas; las predicciones cuantitativas son preferibles a las cualitativas (283, p1 en español, 184, p3 en inglés)</p>	Diferencia entre lógica ordinaria y no ordinaria	“la primera busca desvelar una determinada verdad a través de procesos deductivos para después indicar lo que hay que hacer para cambiar; la segunda recurre a estratagemas y autoengaños que inducen una percepción diferente de las cosas” (Nardone & Balbi, 2009. Pág. 105)
	Diálogo estratégico es la evolución de la comunicación estratégica	<p>“la comunicación estratégica de tipo evolucionado es el dialogo estratégico, que tiene el valor, si se dirige bien, de permitirnos al mismo tiempo, durante un único encuentro, definir el problema en muy poco tiempo, evitar por completo la resistencia al cambio y provocar la experiencia emocional correctiva llevara al cambio” (Nardone &amp; Balbi, 2009. Págs. 87 y 88)</p> <p>“esta refinada estrategia para obtener el máximo con el mínimo se ha llegado a formar a través de una evolución... ha sido el éxito de estos protocolos... el que ha llevado a estructurar la primera entrevista como una verdadera intervención más que como una fase preliminar” (Nardone &amp; Salvini, 2011. Pág. 9)</p>

<p><b>Ejemplares</b></p> <p>Se trata de los compromisos compartidos por un grupo; es decir, las concretas soluciones de problemas que los estudiantes encuentran desde el principio de su educación científica, ya sea en los laboratorios, exámenes, o al</p>	<p>Cambio<sub>1</sub> y cambio<sub>2</sub></p>	<p>“una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, trepar por un acantilado, etc. pero ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla... el único modo de salir de un sueño supone un cambio del soñar, al despertar” (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 41)</p>
	<p>Paradoja</p>	<p>La paradoja lógica consiste en una clase de enunciados que resultan al mismo tiempo verdaderos y falsos... Epímenides el cretense: “miento” (el supuesto es que todos los cretenses mienten) (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 96)</p>
	<p>“Como sí”</p>	<p>“Pascal examina la antigua pregunta de cómo un no creyente puede llegar, por sí mismo o a través de sí mismo, a la fe. La sugerencia es interesante: compórtate como si ya fueras creyente, por ejemplo, rezando, usando agua bendita, recibiendo los sacramentos y cosas parecidas” (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 23)</p>
	<p>Nueve puntos</p>	<p>“los nueve puntos deben unirse mediante cuatro líneas rectas sin levantar el lápiz del papel” (Nardone &amp; Watzlawick, 2007. Pág. 41)</p>
	<p>Tablero de ajedrez</p>	<p>tablero de ajedrez como un ejemplo del diálogo estratégico (Nardone &amp; Salvini, 2011. Pág. 27; Nardone &amp; Portelli, 2006. Pág. 36)</p>