

13  
2FJ



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO** DE ESTUDIOS

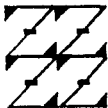
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

ESTUELA DE PSICOLOGIA  
PROFESIONALES  
SERVICIO SOCIAL  
PSICOLOGIA

**TERAPIA BREVE ESTRATEGICA:  
UN ESTUDIO DE CASO**

**REPORTE DE SERVICIO SOCIAL  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A  
RAUL ERNESTO MONTIEL BALLINAS**

U N A M  
DE  
ZARAGOZA



LO HUMANO  
ES  
DE NUESTRA REFLEXION

ASESOR: LIC. ALBERTO PATIÑO RAMIREZ

MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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 está 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.

## INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	5
1.1 ORIGEN Y DESARROLLO DE LA TERAPIA ESTRATEGICA	5
1.2 EL MODELO ESTRATEGICO	15
1.3 PERSISTENCIA Y CAMBIO	23
1.4 LA TECNICA DE LA TERAPIA ESTRATEGICA	31
CAPITULO II	
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	46
2.2 HIPOTESIS	46
2.3 OBJETIVOS	46
2.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO	47
CAPITULO III	
3.1 ESTUDIO DE CASO	48
3.2 INDAGACION	60
3.3 EVALUACION DEL CASO	70
3.4 OPERACION	71
ANALISIS DE RESULTADOS	73
CONCLUSIONES	81
BIBLIOGRAFIA	84

## INTRODUCCION

En el programa "SERVICIO SOCIAL EN LA DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS DE LA U.N.A.M.", se realizo el Servicio Social, atendiendo terapéuticamente en las instalaciones del servicio de medicina y psicología de la E.N.E.P. Aragon; la posibilidad de brindar tratamiento psicológico a un sector de la poblacion estudiantil, marca el contexto para desarrollar un estudio de caso, desde la terapia breve estratégica.

El proposito de esta investigación es presentar una versión integrativa de la terapia breve estratégica, como opción de praxis clínica, que puede ser retomada por alumnos del Servicio Social, que tengan la posibilidad de atender terapéuticamente; esta dirigida a la comunidad de investigadores en psicología clínica para mostrar elementos conceptuales y técnicos de la orientación estratégica. Además, de los elementos anteriores, la investigación es una propuesta de atención psicológica para las personas que presenten problemas en el área socio-afectiva y de comportamiento, permitiéndoles una opción de cambio para solucionar sus problemas o crisis, en su medio familiar y/o social.

Si bien es cierto que existen diversas perspectivas de atención psicológica, como el modelo de aprendizaje social y el modelo psicoanalítico (como escuelas más representativas), también se han desarrollado otras perspectivas de tratamiento psicológico. Entre estos enfoques se encuentra la escuela de Milán, que tiene como principales -

expositores a Mara Selvini Palazzoli, Guliana Pratta, Gian Franco -- Cecchin y Luigi Boscolo (1986), expositores de la terapia sistémica, la cual se caracterizó en una primera etapa, por la prescripción magistral de la paradoja; la escuela denominada estructural, esta representada por Salvador Minuchin (1974), terapeuta que utiliza la -- "coparticipación" con el objetivo de modificar la estructura familiar, de tal forma que ocurrirá un cambio en las posiciones de los -- miembros del grupo, así como se modificarán las experiencias de cada individuo.

El enfoque estratégico, es otra vertiente de atención psicológica, donde la obra de Milton H. Erickson, influye considerablemente en la conformación de esta escuela terapéutica. De tal forma O'Hanlon -- (1987) indica que, en una publicación de Jay Haley de 1967, se reseñan algunos elementos del trabajo de Erickson, que son retomados por -- la orientación estratégica: la aceptación de lo que el paciente ofrece, el bloqueo de la conducta sintomática, el empleo de anécdotas, la disposición a dar de alta, etc., son entre otros los elementos que se retoman para configurar esta orientación. Hoffman (1981) indica que -- Jay Haley es el primer terapeuta en utilizar la denominación estratégico; sin dejar de mencionar también a Watzlawick, Weakland y Fish -- como exponentes de la escuela estratégica. De esta forma, el procedimiento general de este enfoque, consiste en la identificación del -- problema, basado en preguntas que delimitan las pautas secuenciales de interacción entre los diferentes elementos que producen el sintoma.

Este tercer bloque de modelos terapéuticos (sistémico, estructural y estratégico), mantienen un amplio nexo con la epistemología cibernética, que de acuerdo con Keeney (1983), se desarrolla con el trabajo intelectual de Ashby, McCulloch, Maturana, Varela, von Foerster y Wiener. Así como en las investigaciones de Gregory Bateson (1972), Don D. Jackson, Jay Haley y John Weakland, acerca de los procesos comunicacionales en familias con miembros esquizofrénicos. De estas raíces comunes, se desprende una concepción del mundo que versa sobre los fenómenos recursivos de las interacciones.

Este movimiento de escuelas y modelos en psicoterapia, es de gran interés, y en particular es una opción de atención psicológica que permite una dimensión óptima a la terapia breve. De esta forma en el presente trabajo se utilizará el enfoque estratégico que permite desarrollar la terapia hacia la solución de problemas.

El marco teórico presentado en el capítulo uno, se caracteriza por ubicar el origen de la terapia estratégica y su desarrollo, a través de dos vertientes. Una de ellas definida por Jay Haley en relación a las jerarquías incongruentes en el sistema familiar. La otra vertiente, la del Instituto de Investigaciones Mentales, de Palo Alto California, se caracteriza por considerar que el sistema de solución del problema que desarrolla el individuo, es el problema mismo. Se finaliza este capítulo al mostrar la técnica de la terapia estratégica.

En el segundo capítulo, se considera cómo las crisis emocionales de los individuos en su contexto familiar, se pueden caracterizar por

una serie de síntomas, que al ser atendidos desde la terapia estratégica, se crea un contexto de interacción que ayude a disminuir o desaparecer tales síntomas. Los elementos anteriores, permiten mostrar el planteamiento del problema, que vinculado a la hipótesis, objetivos y a la importancia del estudio, crean el puente de recorrido para el presente reporte de titulación.

En relación al capítulo tres, se gira en torno a un estudio de caso, analizado mediante un proceso de indagación, evaluación y aplicación de técnicas terapéuticas. Este trabajo se aborda utilizando la orientación estratégica.

En la última sección se presenta el análisis de los resultados y las conclusiones de acuerdo al estudio de caso.

## CAPITULO I

### MARCO TEORICO

#### 1.1 ORIGEN Y DESARROLLO DE LA TERAPIA ESTRATEGICA

Gregory Bateson y la investigación sobre comunicación y paradoja

La conformación de la terapia estratégica se debe en forma indirecta a un hombre de ciencia, como Lipset (1982) ha llamado a Gregory Bateson. Es él quien a partir de sus investigaciones en antropología, cibernética, etología y finalmente en comunicación humana, adquiere un gran valor en el plano de la psicología.

Como se indica en algunos estudios (Winkin, 1981; Lipset, 1982), en 1948, el doctor en psiquiatría de origen suizo, Jurgen Ruesch, invita a G. Bateson a colaborar en investigaciones de comunicación humana en psicoterapia. De esta forma el antropólogo inicia un largo trayecto en el mundo de la psiquiatría que no dejará hasta la década de los sesentas.

Gregory Bateson se introduce poco a poco en el campo de la psicología, primero instalándose en la clínica Langley Porter de San Francisco, donde desarrolla actividades que le permiten conocer las inquietudes de los estudiantes de medicina, de los médicos residentes y de los psiquiatras. Con Jurgen Ruesch formula conjeturas acerca del desarrollo de la comunicación humana.

En 1949, Bateson, se dirige a Palo Alto California donde permanece como profesor de antropología en la Universidad de Standford, manteniendo lazos estrechos con el Hospital de Administración de Veteranos de Guerra en Menlo Park. El director del hospital, John Prus-



mack, otorga el nombramiento de etnólogo titular a Bateson, elemento\_ que le permite estudiar todo aquello que le pareciese interesante. - En sus trabajos posteriores G.B. (Gregory Bateson), atiende temas re- lacionados con el alcoholismo, la psicoterapia y la psiquiatria. Con- tinuando con sus investigaciones, llega a elaborar una compleja re- flexión sobre la Teoria de los Tipos Lógicos, de Alfred Whitehead y - Bertrand Russell.

En el Hospital de Veteranos, en 1952 (Winkin, 1981), G.B. ha - llegado a una etapa importante en el campo de la investigación. Al -- solicitar una subvención a la Fundación Rockefeller, ésta le es -- otorgada para estudiar las "paradojas de la comunicación". Es así como invita al Ingeniero Químico, John Weakland, a un estudiante de -- comunicación social, Jay Haley, y al psiquiatra William Fry, para -- formar un equipo que investigue las paradojas en la comunicación. Así como tiene la libertad suficiente para desarrollar un seminario, con\_ los estudiantes de medicina que realizan sus prácticas psiquiátri-- cas, G.B. le otorga la misma libertad de investigación a su equipo de trabajo. Solo existe un requisito: implementar el razonamiento de -- Whitehead y Russell de las paradojas, al mayor número de situaciones\_ posibles. El equipo de G.B. efectúa diversos análisis: pláticas con - psiquiatras poco convencionales, como M.H. Erickson, el análisis de - los diálogos entre un ventrilocuo y su marioneta, así como el regis-- tro de discursos esquizofrénicos, entre otras cosas.

El planteamiento que es retomado de la Teoria de los Tipos Lógi- cos, propone que existe una discontinuidad conceptual entre la clase\_

y sus miembros. Se puede considerar que la clase no puede ser miembro de sí misma y el concepto miembro no puede elevarse a la categoría de clase. De tal forma ocurre la discontinuidad conceptual, como lo ha señalado en su momento Bateson (1972) y Selvini y cols. (1986). En el terreno de la comunicación humana, esta discontinuidad se pasa por alto constantemente, y en algunas situaciones repercute en el posible desarrollo de patologías de interacción, esto al presentarse determinados patrones formales de relación humana.

De esta forma, el estudio de Bateson, Jackson, Weakland y Haley\_ (citado en Bateson, 1972) plantea una hipótesis, que se refiere al tipo de relación que establece la persona llamada "esquizofrénica" con su medio social. La relación que establece el esquizofrénico se caracteriza por 3 elementos: 1) Esta persona tiene dificultad en identificar adecuadamente el código comunicacional emitido por otras personas. 2) Los mensajes que él emite, de forma no verbal, no son ubicados en el código adecuado de comunicación y 3) Sus propios pensamientos, percepciones y creencias, no tienen una asignación adecuada en su código de comunicación.

Esto permite definir, los pasos de las interacciones en la familia que repercutirán en la conformación del cuadro sintomatológico del esquizofrénico. Además, también es necesario retomar lo ya señalado por Bateson (1972), acerca de la necesidad de utilizar la teoría del aprendizaje, la cual enuncia a los contextos como el elemento que guiará la adecuada discriminación del código comunicacional entre las personas. Así, en determinado contexto se establecen las secuencias -

de experiencias no resueltas para el "esquizofrénico junto con su familia". Tales secuencias definirán la conducta del individuo en relación a su familia y de su familia en relación a la persona, configurándose de esta forma el "doble vínculo".

Las características generales del doble vínculo desarrolladas -- por el equipo de G.B. (Bateson, 1972) se pueden comentar en tres apartados:

- 1) Existe una relación vital entre dos o más personas. Un vínculo que se considera de gran importancia, donde es indispensable que el individuo discrimine adecuadamente el tipo de mensaje que le envía para responder acertadamente.
- 2) En esta situación el sujeto queda envuelto en una contradicción de mensajes que le envían las otras personas. Mensajes que mantienen dos órdenes en contradicción, pues una de las órdenes pertenece a un nivel lógico superior.
- 3) El individuo no puede enunciar una corrección a los mensajes contradictorios que ha recibido. No es capaz de metacomunicarse.

Es importante señalar que al equipo de Bateson se incorpora el psiquiatra Don D. Jackson, en el año de 1954. Jackson se presenta en el Hospital de Veteranos con la investigación "El problema de la homeostasia familiar". A esta presentación acude G.B. y con agrado mira que este psiquiatra desarrolla sus ideas en el campo de la terapia.

Para el año de 1959, paralelamente a la creación del Mental Research Institute por Don D. Jackson, se comienzan a vislumbrar diferencias intelectuales en el grupo de G.B.. Winkin (1981), indica --

que Jay Haley, William Fry, John Weakland y Don D. Jackson enfocan su trabajo de investigación al campo de la psicología clínica. Por otra parte, Bateson continúa sus investigaciones relacionadas con la comunicación animal. Se interesa por el estilo de interacción en nutrias, pulpos y posteriormente por el tipo de comunicación en los delfines. Para estudiar a estos últimos, en 1962, G. Bateson deja el Hospital de Veteranos y realiza sus investigaciones en las Islas Virgenes. El resto de su grupo de investigación continúa en Palo Alto - California dedicado al trabajo terapéutico.

Principales teóricos que siguen la línea de investigación de Bateson en la terapia sistémica

Las investigaciones del "Grupo Bateson" sobre comunicación y paradoja, apoyadas en la Teoría de los Tipos Lógicos de Russell, así como en el desarrollo de la hipótesis de doble vínculo en el sistema familiar, influyen considerablemente en el campo fértil de la terapia. En 1959, Don D. Jackson funda el Mental Research Institute, acompañando su labor terapéutica con el psiquiatra Jules Riskin, y contratando a Virginia Satir como psicóloga. Este equipo terapéutico se amplía con la incorporación de Paul Watzlawick en 1961, de Jay Haley y John Weakland en 1962. En 1967, el M.R.I. se constituye como una clínica psicoterapéutica.

El trabajo de investigación y tratamiento terapéutico, se basa en el análisis de las interacciones verbales y no verbales en el seno de la familia, así como de sesiones grabadas. Esta labor también se diversifica en el área de formación de terapeutas.

Al tiempo en que se desarrolla el M.R.I. en Palo Alto California, otros investigadores estudian la vinculación entre esquizofrenia y contexto familiar. Es Mara Selvini Palazzoli, según Hoffman (1981), quien desde Milan, Italia, adopta la conceptualización sistémica en terapia familiar, retomando los conceptos del M.R.I. y de Gregory Bateson.

La conceptualización sistémica desarrollada en el trabajo con familias, retoma el término sistemas de los trabajos de Bertalanffy (1968), considerando en el terreno de la terapia, que un sistema es un conjunto de elementos que se relacionan por sus propiedades (numéricas, de especie y de relación). Al efectuarse un movimiento en las propiedades de un elemento, esto repercutirá en el desenvolvimiento de los demás componentes. Lo cual implica que el funcionamiento de los comportamientos sintomáticos en una persona contribuyen al equilibrio y/o desequilibrio de la familia.

1968 fué un año de importantes cambios en el M.R.I.; Don D. Jackson muere y en el mismo año Virginia Satir es nombrada como la primera directora del Instituto Esalen. En tanto Jay Haley deja el M.R.I. y se une a Salvador Minuchin en el Child Guidance Clinic, de la Universidad de Pennsylvania en Filadelfia.

Finalmente es oportuno señalar, que el grupo conformado por Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fish y Jay Haley, no sólo fué influenciado por las complejas ideas de G. Bateson, pues para el desarrollo de la terapia estratégica retoman las técnicas innovadoras de Milton H. Erickson.

## La influencia de M.H. Erickson en la Terapia Estratégica

Milton H. Erickson nació el 5 de diciembre de 1901, pasando su niñez y parte de su juventud en las zonas rurales de Nevada y Wisconsin, E.U.A.. Estos orígenes le otorgaron características propias de la gente dedicada a las granjas (Zeig, 1980). Sus actitudes le permiten tener una visión real de diversos acontecimientos. Al concluir sus estudios en psicología y psiquiatría, Erickson muestra un interés especial. Asiste a una demostración de hipnosis del psicólogo conductual Clark Hull (D'Hanlon, 1987). Este acontecimiento lo introduce al mundo de la hipnosis, la cual practica experimental y clínicamente, tanto en hospitales psiquiátricos como de manera privada. Esta práctica terapéutica lo hace establecerse en Phoenix, Arizona, desde el año de 1948. A esta ciudad concurren diferentes personas que solicitan atención terapéutica de Erickson, así como de profesionales en el campo de la salud mental que solicitan seminarios y talleres para su formación profesional (Haley, 1973). De esta forma, el mismo M.H. Erickson viaja constantemente por E.U.A. con el fin de impartir seminarios y/o talleres.

Diversos autores, entre los que destacan Hoffman (1981), Haley (1973) y Zeig (1980), reconocen a Milton H. Erickson como el maestro fundador del enfoque estratégico. Su personalidad terapéutica le es otorgada a partir de la gran capacidad creativa, de la sagacidad e ingenio que desarrollaba en los tratamientos, poco ortodoxos para la época en que vivió. De esta forma, Erickson promovía un estilo singular, alejado del encasillamiento y rigidez terapéutica, aunado a es-

tos procedimientos, este singular personaje careció de una teoría que explicara la personalidad, pues considero que articular una teoría -- limitaría el accionar del terapeuta. Y como señala Hoffman (1981), -- aun cuando Erickson se caracterizaba por una amplia gama de alternativas de intervención, que fomentaba la resistencia, para crear las -- bases de una paradoja como técnica terapéutica. Este elemento clínico no representa la totalidad de la obra ericksoniana, es tan sólo una -- muestra de un amplio repertorio terapéutico.

Al difundirse la fama de Erickson como hipnólogo, como lo señalan Lipset (1982) y Haley (1973), Margaret Mead y G. Bateson lo consultan para el estudio de algunos episodios de trance, que los antropólogos habían filmado en una tribu de Bali. Posterior a este encuentro, del grupo dirigido por G.B., es Jay Haley quien muestra un singular interés por las técnicas de hipnosis, y en enero de 1953, al -- tener plena libertad de investigar todo lo relacionado con el proceso de la comunicación paradójica, Haley, solicita a Bateson asistir al -- seminario de hipnosis de Erickson, en Palo Alto, California. Después -- de asistir a este seminario, el trabajo de investigación de Haley se -- avoca a los aspectos comunicacionales del proceso de hipnosis, en este trayecto John Weakland se une, comenzando a visitar continuamente -- a Erickson en Phoenix, Arizona. El interés de Jay Haley y John -- Weakland, por las técnicas hipnóticas se incrementa, desplazando su -- atención al estilo terapéutico ericksoniano, aspecto que estará presente en el desarrollo de la teterapia estratégica.

### El desarrollo de la Terapia Estratégica

Cuando el terapeuta diseña un plan específico para resolver el problema que presenta una persona, una pareja o una familia que acude al servicio de psicología, y el psicólogo incorpora la definición del problema en términos solubles, planteando los objetivos de la terapia, diseñando la intervención específica para el problema en particular, y evaluando las sesiones para retroalimentar el rumbo del tratamiento (Madanes, 1981), entonces se puede considerar que la terapia tiene una orientación estratégica.

El surgimiento de un síntoma en una persona implica un acto que no es controlado a voluntad por el individuo, se constituye en una metáfora acerca del mal funcionamiento del sistema familiar, y los intentos frustrados por resolver el síntoma, se tornan un sistema redundante de interacción, en la o las personas que participan. La presencia de una joven anoréxica, un fóbico, una persona alcohólica, etc., implica una familia, una pareja o un individuo en crisis, que se conducirá de manera errónea en forma continua. Esta situación implica en el contexto clínico, un área propicia para producir cambios, los cuales se darán al utilizar la flexibilidad y creatividad del arte del cambio. De esta forma, de acuerdo con O'Hanlon (1987), se comenta que en un estudio efectuado por Gordon y Meyers, en 1981, M.H. Erickson sugiere que al tratar a una persona terapéuticamente, lo mínimo que se requiere es un cambio breve en la pauta que gira alrededor del síntoma, este pequeño cambio será aceptado por el paciente, de acuerdo a sus propias necesidades de crecimiento.



Como se ha señalado en la sección anterior, Milton H. Erickson es reconocido como el maestro fundador de la terapia estratégica. El desarrollo de este estilo terapéutico tiene diversas vertientes, pues como lo indica Hoffman (1981), la escuela estratégica esta representada por John Weakland, Paul Watzlawick y Richard Fish, grupo establecido en el Mental Research Institute. En tanto Madanes (1981) indica a Jay Haley, como el precursor de este modelo. Acerca de estas dos corrientes se retoma un estudio reciente "en ambos modelos, procedimientos terapéuticos iguales, típicos del planteamiento estratégico de la terapia se orientan ... a centros de interés diverso" -- (Nardone, y Watzlawick, 1990, p. 69). En este sentido, de acuerdo a las necesidades de práctica clínica, se retoman aspectos fundamentales de las dos vertientes terapéuticas, considerando también los fundamentos metodológicos de la presente investigación.

## 1.2 EL MODELO ESTRATEGICO

Una vez que se ha presentado el desarrollo historico del origen de la terapia estrategica, en esta seccion se presentara su modelo -- teorico, desde la optica de Jay Haley, tomando en cuenta que es uno de los clinicos que desarrolla mas ampliamente este enfoque.

### Comunicacion

La comunicacion es el vehiculo que permite cualquier tipo de relacion entre los seres humanos. En el plano de la psicologia clinica, el terapeuta debe seleccionar las variables mas importantes que se -- presenten, y actuar para efectuar un cambio terapeutico. En este sentido de acuerdo con Haley (1976), se abordan dos tipos de comunicacion: la analogica y la digital.

Respecto a la comunicacion digital y analogica, diversos autores en el campo de la terapia se han referido a estos dos niveles de expresion (Andolfi y Zwerling, 1980; Campanini y Luppi, 1988; Haley, - 1976; Watzlawick, Jackson y Beavin, 1967). La comunicacion digital se caracteriza por integrar una serie de mensajes que al ser expresados, tienen una connotacion especifica. Existe la posibilidad de otorgar -- un nombre a una cosa utilizando la palabra, de esta forma se posibilita intercambiar mensajes y conceptos, incluso de una epoca a otra. Es el lenguaje verbal, el texto del mensaje, aquello que caracteriza a la comunicacion digital. Este tipo de comunicacion no posee la -- particularidad de la semantica, de los significados en las relaciones, ya que carece de calidad emotiva, pues no permite apreciar las -- diferentes graduaciones y los matices sutiles de expresion. La comu--

nición analógica, tiene la posibilidad de expresar todos los matices de calidad emocional: la forma en que se dice una palabra, el tono de voz, los gestos faciales, los movimientos corporales, etc.. De esta forma, se le torga al lenguaje analógico la capacidad de establecer el tipo de relación entre los interlocutores, además, nos indica de que manera se debe interpretar la comunicación digital. En pocas palabras, todo aquello que no sea comunicación verbal, es material analógico.

Finalmente se puede considerar, que toda la conducta, verbal, -- escrita, tonal, gestual, postural etc., es comunicación, que limita el significado de los siguientes movimientos de comportamiento, los cuales informan acerca del tipo de relación o vínculo establecido por las personas que interactúan de forma continua. La actividad o el silencio, las palabras o la inactividad, poseen el valor de transmitir un mensaje, que puede referirse al tipo de jerarquía y organización de un sistema familiar.

#### Jerarquía y Organización

Para Simon, Stierlin y Wynne (1984), existen tres posibles significados del concepto jerarquía en terapia. El primero se refiere al tipo de estructuras que definen la capacidad de influencia que tiene un miembro de la familia en relación a otro, estableciéndose los diferentes roles y posiciones que pueden ocupar los miembros del sistema familiar. En segundo lugar, están las jerarquías de tipos lógicos, y finalmente se encuentra las jerarquías de los sistemas.

En esta sección se retoma el primer significado, de acuerdo a --

los conceptos vertidos por Haley (1976), Madanes (1981) y Minuchin -- (1974). La concepción de Jerarquía, es una tesis central que se encuentra totalmente ligada a la idea de organización social (Keeney, -- 1985). Por lo anterior, se puede considerar que el sistema de relación que establecen los integrantes de una familia, están caracterizados por la generación a la que pertenecen. Los ingresos que perciben, de forma individual o colectiva delimitarán muchos comportamientos, tanto al interior como al exterior de la familia. La apariencia física, el talento, la destreza física, son características que estarán delimitando que se establezca determinada organización jerárquica.

Se puede considerar que los sistemas de relación entre las personas (incluso los animales), se establecen en sistemas organizados. Las organizaciones otorgan posiciones, status, funciones a los diferentes elementos que componen un sistema, de tal forma, los mismos integrantes se encargarán de mantener las posiciones, las funciones y las jerarquías correspondientes. Son permitidas por una serie de repeticiones de secuencias de comportamiento, lo cual implica que en una organización jerárquica, se intercambian una serie de mensajes que definen y mantienen posiciones.

Para Haley (1976), la posibilidad de observar con nitidez una jerarquía, se encuentra en las familias de tres generaciones. Donde los límites generacionales muestran claramente el funcionamiento jerárquico de la familia. El asignar mucha importancia al concepto de jerarquía se debe en parte, a que un síntoma se presenta al existir una jerarquía incongruente en el sistema de relación familiar, es por

esto, que se debe efectuar un rastreo de las secuencias de comportamiento de las personas implicadas en la aparición del sintoma. En una investigación realizada por Elkaïm (1985), refiriéndose a Haley, comenta que la capacidad del terapeuta para detectar un problema de disfunción jerárquica en la organización del sistema familiar, permitirá dar solución al sintoma por el que asiste la familia, la pareja, o el individuo, a las sesiones terapéuticas.

Una característica común que se presenta con la aparición de un sintoma en algún miembro de la familia, es la creación de coaliciones entre miembros de generaciones diferentes, contra un tercero que pertenece a cualquiera de las generaciones de sus familiares. En otras palabras, el padre y la hija, por ejemplo, forman una coalición en contra de la madre. De acuerdo con Zuk y Boszormenyi (1967), es Jay Haley quien comenta que esta relación en la que intervienen tres personas es un "triángulo perverso", pues cuando el terapeuta investiga los comportamientos que implican una coalición, esta es negada por sus participantes. La aparición de un sintoma en un individuo implica una organización familiar que mantiene jerarquías incongruentes.

#### Secuencias y Redundancia

El concepto de secuencias, está regido por el rastreo de quién hace-que-a-quién-cuándo. El análisis de este punto lleva a observar la manera en que se va presentando una serie de actos, que involucra determinados comportamientos, así como la presentación repetitiva de estos acontecimientos. Se puede notar el tipo de organización familiar, en el momento en que se representan los comportamientos de un

integrante de la familia en relación al otro, ocupando jerarquías diferentes, su sistema de relación puede estar caracterizado por lo que llama Watzlawick et al. (1967), relación complementaria, y/o relación simétrica, donde la primera se define por la diferencia de jerarquías y la segunda se presenta por la similitud de posiciones. En este sentido, los actos reiterados de relación entre dos personas o más, configuran las secuencias de comportamiento.

Cuando se presenta una serie de actos de conducta, que tiende a mantenerse por los participantes, se van delimitando estereotipos de relación, los cuales tienden a ser redundantes, esto es, implica la posibilidad de que se presenten continuamente. Al momento en que una persona deja de actuar como lo hacía regularmente, dejando entrever una jerarquía distinta a la que pertenece, ocurrirá, como lo ha señalado Haley (1976), que las demás personas, tratarán de mantener la misma secuencia de comportamientos, evitando así una jerarquía diferente. Madanes (1981), menciona que un problema debe ser abordado por las secuencias de comunicación entre varias personas. Así que la posibilidad del terapeuta para discernir secuencias de comunicación, y para efectuar determinadas predicciones, se debe en parte a la teoría de los sistemas (Haley, 1980).

Efectuar cambios en las secuencias redundantes de comportamiento alrededor de un síntoma, permite al terapeuta estratégico, definir el cambio terapéutico en términos solubles. Pues cuando una secuencia de interacciones cambia, la organización jerárquica que mantenía el problema tiende a ser más flexible y por lo tanto a disminuir o desaparecer el síntoma.

Si bien es cierto que la aparición de un síntoma involucra un -- proceso de desorganización jerárquica, también es necesario retomar -- al ciclo vital de la familia, como el contexto de relación.

#### El ciclo vital de la familia

Diversos estudios que abordan el tema del desarrollo de la familia desde la década de 1950, tienen como tesis central el ciclo vital de la familia. Algunos autores (Campanini y Luppi, 1988), comentan que estos estudios mantienen una visión interdisciplinaria, estudiando evolutivamente a la familia. En tanto Simon et al. (1984), se refieren al concepto de ciclo vital de la familia formulado desde la sociología. En la práctica de la psicología clínica este concepto comienza a tener más relevancia en la década de los setentas.

Haley (1973), refiriéndose a M.H. Erickson, menciona que la importancia de tener en cuenta el ciclo vital de la familia, permite -- contextualizar el trabajo terapéutico de acuerdo a las etapas de desarrollo en el individuo (la pareja o la familia). De esta forma el clínico debe captar las etapas críticas por las que una familia atraviesa. Pues existe la posibilidad del surgimiento de un síntoma en -- algún miembro de la familia, o en su defecto en varios elementos de -- la familia. La aparición de un síntoma en el ciclo vital familiar, es el botón que muestra la interrupción del curso natural de crecimiento en el sistema familiar, y se constituye como el signo de las dificultades de los integrantes de la familia para avanzar al siguiente nivel.

Las etapas constitutivas del ciclo vital de la familia de acuerdo con Haley (1973), son las siguientes:

- 1) Periodo de noviazgo.
- 2) Primeros tiempos del matrimonio.
- 3) Nacimiento de los hijos y trato con ellos.
- 4) Periodo intermedio del matrimonio.
- 5) "Desprendimiento" de los padres respecto a sus hijos.
- 6) Retiro de la vida activa y vejez.

Si bien es cierto que existe la posibilidad del surgimiento de un sintoma en alguna de las etapas del ciclo vital, el mismo sintoma expresa una metáfora.

#### El sintoma como metáfora

La metáfora es una manera de comunicarse en forma figurada. Como lo ha sugerido Simon et al. (1984), una metáfora es una "figura del lenguaje", con la cual se expresan conceptos, palabras, sentimientos, que no se expresan en forma literal. Esta posibilidad de comunicación se presenta a nivel analógico. Pero, para Ackermans y Andolfi (1987), la metáfora es un elemento de comunicación verbal y no verbal, no sólo del paciente identificado, sino también del terapeuta.

En la presente investigación se retoma el concepto de metáfora como un nivel de comunicación analógico, que incluye la expresión de síntomas. Así, en diversas investigaciones (Ackermans y Andolfi 1987; Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolo, 1982; Fishman y Rosman, 1986; Haley, 1976), se concuerda que el sintoma expresa una metáfora que revela estados de ánimo, malestar por un determinado tipo de rela--



ción, incongruencia de jerarquías, así como revela la imposibilidad de la persona para controlar su malestar. Esta serie de mensajes, se deben observar teniendo como referencia el contexto en que se desenvuelve un intercambio comunicacional (Madanes, 1981).

Una vez que se han considerado los diferentes niveles de comunicación, el ciclo vital de la familia y otorgado especial interés en la expresión metafórica del surgimiento de un sintoma, en el siguiente capítulo se presentan algunos sistemas de solución de problemas, que de acuerdo con Watzlawick (1974), constituyen un sistema de interacción que mantiene el problema mismo.

### 1.3 PERSISTENCIA Y CAMBIO

#### Cambio Tipo I

En este apartado se efectuara un analisis de los elementos que constituyen el sistema de acciones que perpetúan un problema, haciendo distincion entre los diferentes niveles que permiten lograr un cambio.

En la vida cotidiana, se promueven constantemente cambios. Por ejemplo, cambios del tipo de clima que impera en el ambiente, los cuales, repercuten en el tipo de ropa que utiliza el común de la gente. Si comienza la temporada de verano, es indudable que la temperatura ambiente aumentará, provocando un clima más cálido y las personas portarán ropa hecha de tela más confortable. Así, en las casas con clima artificial se requiere un cambio en la temperatura, esto es, aplicar lo contrario al calor, el aire frío del clima artificial. Este tipo de modificación se le denomina Cambio de Tipo I. Watzlawick, Weakland y Fish (1974), lo conceptualizan como los cambios que ocurren dentro de un determinado sistema, así, cuando una persona está soñando, en este proceso acudirán imágenes como el correr, pararse, nadar, saltar, etc. y ninguno de estos comportamientos en el sueño modificará el sistema. En el Cambio de Tipo II, en este caso, el despertar, ya no será un elemento del soñar, pertenece a un sistema diferente, al de la actividad consciente, esto es el cambio del cambio.

En las relaciones humanas, se presentan problemas en la interacción mutua, y estas situaciones-problema, pueden mantenerse igual, --

obteniendo la posibilidad de aumentar y perpetuarse durante mucho -- tiempo. Si la solución intentada es impropia, aplicar una "rece-- ta", paradójicamente, contribuirá al mantenimiento del problema. Este tipo de formación de problemas (depresión, enuresis, insomnio, etc.)\_ tienen la "cualidad" de surgir en diversos niveles de funcionamiento\_ humano.

Es necesario establecer una distinción entre dificultad y pro-- blema (Watzlawick et al., 1974). El primer concepto se refiere a un - momento indeseable, que puede ser modificado con un acto de sentido - común. Se utiliza un Cambio de Tipo I, si por ejemplo, una persona -- tiene hambre, solucionará esta dificultad ingiriendo alimentos. Ha-- blar de problemas lleva a concebir situaciones que se mantienen du-- rante un tiempo prolongado, estableciendo situaciones insolubles que no alteran, ni modifican el sistema de interacción.

En los siguientes tres apartados, se aborda de acuerdo con Watz-- lawick et al. (1974), los métodos que se utilizan cotidianamente para enfocar una determinada dificultad. Así el procedimiento que se de-- sarrolla para enfrentar las dificultades, se torna el problema mismo.

Las terribles simplificaciones.

¿Cuál es el problema?, ¿Dónde está?, ¡No existe dificultad algu-- na!, son expresiones que se pueden escuchar cotidianamente, y a la -- persona que anuncia, u observa algún tipo de dificultad, que se está\_ convirtiendo en un problema, se le tacha de injusto, loco, o bien que actúa de mala voluntad. Se presentan dos elementos, negación de pro-- blemas y ataques a las personas que los enuncian, dualidad que se --

encuentra en función de las simplificaciones sobre el complejo tipo de interacción en los niveles de relación: individual, de pareja, en la familia, la escuela, en las organizaciones, etc..

Watzlawick y cols., (1974), comentan la existencia de diversos estudios acerca de la negación de problemas en familias disfuncionales. Los estudios señalan que en estas familias existe una gran necesidad por dar una imagen adecuada a la sociedad. Se mantienen los llamados "secretos a voces", que implican a todos los integrantes de una familia en el conocimiento de un hecho, el cual supuestamente no es conocido. Retomando a Ferreira, (Watzlawick et al., 1974), indica que el individuo, integrante de una familia, sabe que tiene que seguir una línea de partido en casa, pero esta línea la mayoría de las veces es falsa. Las características patógenas se observan cuando se niega un problema, y más aun, se niega la existencia de la negación.

Ahora bien, es común que las personas utilicen el mismo sistema de soluciones para resolver un problema (Watzlawick, 1983). Pero al aplicar el mismo método, se tiende a calificar estas actitudes como neuróticas o infantiles. Esto en sí, no es inadecuado, pues resulta "fácil" y "cómodo", poner en práctica lo que ha dado resultado en ciertas circunstancias, solo que al paso del tiempo, cambian las circunstancias y los contextos de relación. Cuando esto ocurre, y se desarrollan las mismas soluciones, estas se tornan "terribles simplificaciones" pues se han modificado los sistemas de relación, así como las circunstancias no son las mismas.

De lo anterior se desprenden dos elementos a manera de conclusión: 1) La posibilidad de reconocer un problema, adquiere dimensio-

nes de maldad o de locura. 2) Al desarrollar un método de solución -- del problema, este mismo método complica aún más la situación a re-- solver.

#### El síndrome de la utopía

En términos generales este síndrome actúa cuando se habla de una vida ideal, y más aún de las consecuencias que acarrea encontrar la -- "solución última y absoluta". Este síndrome puede adoptar tres parti-- culares formas (Watzlawick, et al., 1974):

A) La persona que se plantea un objetivo, tiende a construirlo de la forma más irreal y utópica (Watzlawick, 1986). Cuando tal objetivo no se alcanza, el sujeto no observa lo irrealizable de la meta que desea alcanzar, mira a su interior y se culpa de lo inepto e inútil para -- llegar a tal fin. Las consecuencias de tal planteamiento de objetivos ("soy incapaz de vivir para alcanzar la riqueza total"), se presentan en conductas de retraimiento, depresión, abuso del alcohol y/o dro-- gas, entre otras. Los posibles lapsos de alegría, son efímeros y van\_ acompañados de momentos de mayor desesperanza.

B) En esta categoría están aquellas personas que se demoran en alcan-- zar los objetivos (más reales, más objetivos), y al estar a punto de\_ conseguir la meta anhelada, fracasan, se demoran aún más. Watzlawick\_ (1983), se refiere a este punto como el tener cuidado con la llegada, pues lo preferible a llegar es caminar lleno de esperanzas. Encontra-- mos al eterno estudiante, al perfeccionista, a la persona que al es-- tar a punto de obtener todas aquellas cosas que se ha planteado como\_ metas, fracasa.

C) Finalmente se encuentran las concepciones de las personas que --  
 tienden al puritanismo, al moralismo rígido. Se caracterizan por pro-  
 curar el bienestar de la humanidad, y aquellas personas que osen con  
 no seguir sus "consejos" es justificado que desaparezcan por el bien  
 del prójimo.

Las premisas del síndrome de la utopía, implican el cómo debe--  
 rían ser las cosas y el cómo son en realidad. Teóricamente, se puede\_  
 cerrar esta brecha, solo que, surgen diversas situaciones en las que  
 no es posible aplicar ciertos cambios. Si el debería ser, se torna --  
 más real, de lo que en realidad es, entonces puede ocurrir que se --  
 quieran efectuar cambios donde no es factible que se realicen. Para -  
 este síndrome lo más aconsejable es un cambio de Tipo II, más que el\_  
 utilizado Cambio de Tipo I.

#### Las paradojas

Las paradojas son la tercera forma para abordar inadecuadamente\_  
 los problemas que se presentan en las relaciones humanas. Se resalta\_  
 que los efectos de la paradoja de la comunicación, se encuentran en -  
 la construcción de callejones sin salida.

A continuación se explica brevemente la estructura de una para--  
 doja, retomando el enunciado "sé espontáneo". Se pide que la persona\_  
 actúe por iniciativa propia, como un acto voluntario, pero este acto\_  
 voluntario queda invalidado cuando se exige desde el exterior un de--  
 terminado tipo de comportamiento, por lo tanto, la persona que reciba  
 la instrucción para comportarse espontáneamente, ya no lo hará, pues  
 obedece a una orden exterior, no interior. En términos de Watzlawick\_

et al. (1974) se retoma la siguiente explicación:

"Esta orden afirma, por lo tanto, que la obediencia a una orden emanada del exterior es un comportamiento inaceptable, ya que dicho comportamiento ha de estar libremente motivado desde el interior. Pero esta orden básica, que comprende a todas las ordenes (a la clase de todas ellas) es en sí misma una orden, es un miembro de la clase y se aplica a sí misma. ... que cuanto comprende a toda una colección -- (clase) no puede ser miembro de la colección. El resultado es una -- paradoja".

Los problemas en que se ve envuelta una buena cantidad de personas, son de índole paradójica (Watzlawick, 1976). En el momento en que una persona muestra cierta tristeza, por la razón que fuere, recibirá constantes "sugerencias" para que recobre su alegría cotidiana. De esta manera, un momento de tristeza puede convertirse en una situación depresiva, el sujeto al no salir rápidamente de ese pequeño mal momento, quedará atrapado en una situación paradójica, pues se mezclarán sentimientos de tristeza, con sentimientos de desagrado, por no seguir las recomendaciones de las personas que se preocupan por su felicidad. Nuevamente, Watzlawick (1983), indica las más diversas formas en que la gente queda atrapada en situaciones paradójicas, como los clásicos enunciados "sé feliz", "si me amases de veras, comerías ajo de buen agrado", y otros tantos que se dan en los sistemas familiares, en los de pareja o bien a nivel individual.

De esta forma se han revisado ciertas técnicas comunes que utiliza la gente para enfrentar los problemas cotidianos, señalando que son Cambios de Tipo I, y que regularmente no alteran el sistema de --

relación. En el siguiente apartado se presenta el Cambio de Tipo II, que altera la clase de intentos por solucionar una situación problema.

#### Cambio Tipo II

Se puede considerar al Cambio de Tipo II, como un sistema de soluciones poco usual, y que sale de las normas convencionales de enfrentamiento a los problemas. Cambia en si el sistema de soluciones que se venia utilizando, en cuanto a las estructuras que mantenian el orden interno del sistema para afrontar el problema.

Ahora se enunciarán, de acuerdo con Watzlawick et al. (1974) las cuatro caracteristicas básicas de este nivel de cambio:

- 1) Se utiliza como una alternativa al intento de solución de problemas del Cambio Tipo I.
- 2) Está caracterizado como una novedad, como algo extraño, diferente a lo convencional (Cambio Tipo I), es un producto innovador y creativo.
- 3) Es aplicado al aquí y ahora, dando mayor relevancia al ¿Qué? de los efectos de la situación.
- 4) Posibilita una visión diferente de los sucesos que hasta ese momento eran un problema. Desata el nudo que mantenía la trampa.

Aborda la situación fijando preguntas en torno al ¿qué? ¿qué elementos posibilitan la manutencion del problema? ¿aquí y ahora, qué es posible hacer?. De esta manera se desechan los elementos de historias personales, acerca del origen del problema.



En la siguiente sección, se abordan específicamente las técnicas de intervención de la terapia breve estratégica, que constituyen el camino hacia el Cambio de Tipo II.

#### 1.4 LA TECNICA DE LA TERAPIA ESTRATEGICA

##### La entrevista inicial

Se debe tener presente que uno de los objetivos básicos de la entrevista inicial, es recabar información del paciente acerca de la naturaleza del problema por el que asiste a las sesiones terapéuticas. El reporte de la persona comúnmente se da en términos generales y recapitulando diversos temas al mismo tiempo. La información que se obtiene debe ser clara, especificando conductas, acerca de quién hace y dice que, a quién, en los momentos que se presenta el problema, así como el procedimiento que tiene la persona para enfrentar el problema. Esto permite establecer los objetivos de la terapia, para que el tratamiento sea breve. El trabajo de Fish, Weakland y Segal (1982), sugiere que la investigación acerca del tipo de problema que se presenta debe abarcar una secuencia de quién, qué, a quién y cómo, para definir con la mayor claridad posible el tipo de dolencia en términos del comportamiento de las personas involucradas. Para estos autores las preguntas esenciales de la entrevista inicial, son las siguientes:

- 1.-¿Cuál es el problema por el que asiste?
- 2.-¿Quién está haciendo que esto (lo que sea) represente un problema?
- 3.-¿Para quién y cómo constituye tal conducta un problema?
- 4.-¿En qué forma le puedo ayudar a usted, para afrontar este problema?
- 5.-¿Por qué me ha llamado usted en este momento, y no antes o después?

6.-¿Qué es lo que las personas hacen y dicen en sus intentos de evitar que se plantee el problema, o de hacerle frente cuando se presenta?

7.-¿Qué es lo que usted consideraría como una primera señal, de que ha ocurrido un cambio significativo, por mínimo que fuese?

Bergman (1985) apunta que la formulación de preguntas al paciente, permite obtener una serie de datos acerca de la forma en que se organiza la familia en torno al síntoma, considerando que es una metáfora acerca de la organización familiar en general.

#### Definición del problema

Es necesario contar con una descripción clara y concreta del problema y de las metas a obtener. Es necesario indagar, incluso en términos numéricos (Haley, 1976), cuántas veces por día ocurre el problema, así como cual es el tiempo de duración del mismo. De esta manera se declara el síntoma en términos más concretos, evitando la vaguedad de la información. El problema se debe plantear de forma tal que lo haga resoluble.

Los datos que el terapeuta obtiene, también son utilizados para tener una visión clara acerca de los intentos diseñados para resolver el problema. Comúnmente se observa en las personas el desarrollo de sistemas de solución, que implican dos elementos: 1) los intentos de solución del problema y 2) la forma en que se organiza la familia en torno al síntoma. El desarrollo terapéutico de Bergman (1985) y de Fish et al. (1982), sugiere que el terapeuta al recabar información, encontrará similitud entre la interacción de la familia en torno al

sintoma, así como en las pautas que existen para resolver el problema.

#### Formulación de objetivos

Diversos autores, entre ellos Bergman (1985), Fish et al. (1982) y Haley (1976), concuerdan en la necesidad que surge, para definir los cambios a los que desea llegar la persona que asiste a la terapia.

La meta básica de la terapia breve, debe consistir en la disminución o en la eliminación de la dolencia en el paciente, la claridad en este punto es significativo para el desarrollo de la terapia. A las personas que asisten a las sesiones terapéuticas, se les comunica que el tratamiento es breve y no se persigue el objetivo de reunirse por tiempo indefinido. Es así como se definen los puntos de un contrato terapéutico, donde el alcance de los objetivos indicaría el posible éxito de las sesiones.

De acuerdo con Watzlawick, Weakland y Fish (1974), existe un interés general en los tratamientos breves, por establecer con claridad la meta a seguir, pues protege al terapeuta de la posibilidad de quedar encerrado en soluciones ya intentadas.

#### Planificación del caso

Desde el momento en que se inicia la primera entrevista, planteando el problema en forma resoluble y estableciendo los objetivos terapéuticos, se está planificando el caso clínico. En un estudio de Elkaim (1985), se sugiere que es necesario diseñar el plan de la en-

trévista, antes que ésta comience, y cuando se observa en la sesión que las personas mantienen un comportamiento diferente al esperado, es necesario efectuar un cambio en el plan de trabajo. El terapeuta que siga una orientación estratégica debe abordar el problema presentado en función de dos, tres, o de cinco personas, según sea el caso, desarrollando técnicas de intervención propias para la organización familiar que trate.

La planificación del caso terapéutico debe tener como característica, evaluar sesión a sesión los avances o retrocesos terapéuticos, permitiendo rectificar el rumbo del tratamiento.

Decidir que se debe evitar

Son todos aquellos intentos y esfuerzos del paciente y de otras personas, para hacerle frente al problema, de lo que es necesario que el terapeuta se aleje. De esta forma el psicólogo no colaborará para mantener la situación problema, y así se permitirá efectuar estrategias que tengan el sello de "menos de lo mismo".

Formular un enfoque estratégico

El psicólogo tiene la responsabilidad de presentar una recomendación o sugerencia al paciente en términos de no efectuar las mismas tácticas de solución. De esta manera se puede llegar a incorporar una acción sencilla, que efectúe cambios en las secuencias de comportamiento del paciente, obteniendo así un impacto estratégico, pues se da una mínima alteración en la rutina del sujeto. Lo cual representa, -- que la persona, comience a distanciarse de la actitud que presentó al

no solucionar el problema. Y por continuidad, la estrategia terapéutica estará funcionando y se deberán seguir planificando acciones que mantengan los cambios hasta llegar a la meta terapéutica.

#### Encastrar la sugerencia en un contexto

Si bien es cierto que el terapeuta debe sugerir una actividad al paciente, en diversas ocasiones el paciente no llega a realizar la tarea impartida. Para el cumplimiento de la tarea estratégica, es necesario que el terapeuta utilice el marco de referencia de la persona y ésta encuentre sentido, o tal vez poco sentido, para que efectúe tal directriz. El enmarcamiento de una tarea como un consejo especializado (Minuchin y Fishman, 1981) permite crear las condiciones necesarias para su cabal cumplimiento. Así la intervención no será escuchada como algo inaccesible o imposible de efectuar; la explicación del terapeuta que acompaña la intervención otorga credibilidad para el desarrollo de cambios en la persona.

#### Formas de intervención

En esta sección se presenta una descripción de las estrategias más representativas de intervención, que apoyan en forma constante el trabajo terapéutico, encaminado a la obtención de los objetivos fijados al inicio de las sesiones.

Varios autores (Selvini P., Cirillo, Selvini M. y Sorrentino, 1988), consideran que la técnica estratégica es intervencionista y pragmática, el autor de la presente investigación, está de acuerdo con ellos, pues la intención de la terapia es, que de manera breve, -

se incidan en cambios que reporten resultados para el bienestar de -- las personas.

Se puede considerar que las intervenciones, son procedimientos - que están orientados a cambiar las secuencias de conducta en torno al síntoma, para que de esta manera disminuya o desaparezca la incidenci- cia del mismo.

### Reestructuración

"no son las cosas mismas las que nos inquietan, sino las opinio- nes que tenemos de ellas"

#### Epicteto

Esta premisa es útil cuando se dan descripciones que expliquen - los problemas humanos. Pero también es útil para encontrar Cambios de Tipó II.

Es común que al interactuar con la vida cotidiana se tengan de-- terminadas concepciones e interpretaciones de la realidad. Aún cuando se pueden considerar diversas explicaciones del mundo, la persona -- utiliza una sola premisa, como único razonamiento válido y capaz de - tomarse en cuenta para alcanzar sus objetivos fijados.

La posibilidad de otorgar un significado nuevo y diferente, a -- una determinada situación, permite el accionar de la reestructura- ción. Cuando la persona tiene presente una sola visión del mundo, es- ta técnica terapéutica, brinca esa única premisa, mostrando la posi- bilidad de tener una diferente. En este sentido, dos investigaciones\_ del grupo terapéutico de Palo Alto, California, (Watzlawick et al., -- 1974; y Watzlawick, 1977), explican la reestructuración, como el cam-

bio del marco conceptual y/o emocional de la persona, encuadrando la misma situación, en un marco de referencia que aborda los hechos de manera más útil e inclusive mejor para el paciente.

Retomando los conceptos de clase y miembro, se puede considerar que la mayor parte de las opiniones (miembro), que la persona tiene del mundo, pertenecen a una categoría (clase) única de ver la realidad. Es por esto que el trabajo de la reestructuración, es introducir una explicación diferente e innovadora, que pertenezca a una categoría diferente, pero igualmente válida de la concepción del mundo, teniendo como efectos, la disminución del problema que aqueja a la persona, aún cuando se siga presentando el "problema" éste ya no será considerado como tal, ahora se le resta importancia y credibilidad.

#### Ilusión de alternativas

En el campo de la comunicación esquizofrénica, Weakland y Jackson (Watzlawick, 1977), identifican por primera vez la ilusión de alternativas, caracterizada por la existencia de una presión comunicacional, para que el individuo seleccione entre dos alternativas únicamente, y que por cierto, al seleccionar una u otra opción, cualquiera de ellas es inadecuada.

En la vida cotidiana continuamente se presenta la ilusión de alternativas (del latín alter, lo uno o lo otro), pues la mayoría de las personas se debaten entre la selección de dos opciones, donde una de ellas es acertada y la otra no.

Terapéuticamente, se utiliza la ilusión de alternativas como elemento que contextualiza la mejoría del paciente, sin dejar espacio



a que la persona seleccione como opción una recaída. La fórmula general de esta técnica, se puede enunciar de la siguiente manera: ¿Desea usted controlar su problema en esta semana o en la siguiente?. Este método general anuncia el dominio sobre el problema, en dos únicas posibilidades de selección. Si el psicólogo no construye el marco de la elección ilusoria, es muy posible que el desarrollo de la terapia se vea afectado.

#### Directivas

Es oportuno indicar que las directivas y las tareas, de acuerdo con Haley (1976), son conceptos diferentes que se refieren a un mismo procedimiento: la intervención estratégica.

En la terapia breve estratégica, es común la utilización de las directivas en la relación terapéutica. Andolfi (1977) menciona que la directividad es innegable en el contexto estratégico, así mismo, considera esta técnica como un elemento tan antiguo como el concepto de curación.

Las directivas (Haley, 1976), son las acciones del terapeuta, a nivel de comunicación analógica y/o digital, para que el paciente efectúe alguna actividad diferente a las secuencias que anteriormente presentaba.

Haley (1976) y Papp (1983), coinciden en la categorización de -- las directivas: 1) basadas en el cumplimiento y 2) basadas en la oposición. La primera categoría se subdivide en dos aspectos: a) solicitar al paciente que deje de hacer algo; el psicólogo intenta modificar el comportamiento del paciente indicándole de manera directa que no lo --

haga. Indudablemente esta directiva es difícil de cumplir por parte del paciente; b) pedir que haga algo diferente. Las indicaciones correspondientes, se establecen para cambiar los hábitos acostumbrados, y que adopten conductas que modifiquen roles y reglas familiares.

Las intervenciones basadas en la oposición, tienen la cualidad paradójica de enviar dos mensajes opuestos al mismo tiempo para que el individuo alcance los objetivos terapéuticos por vía de la rebelión. Mediante el uso de la comunicación digital, se envía el mensaje "no cambies" y utilizando el nivel de comunicación analógico se da el mensaje "cambia", de esta forma el individuo, la pareja o la familia, cambia por vía del desafío a la directiva del terapeuta.

Las directivas, según las condiciones de la terapia, deben ser enunciadas de manera clara y precisa, o bien basta con sugerir o deslizar una idea terapéutica en la conversación, para que el paciente efectúe la tarea en forma "espontánea".

La finalidad de las directivas (Haley, 1976) tiene tres características:

- 1) Hacer que las personas que acuden a la terapia, se comporten de manera diferente y tengan experiencias subjetivas distintas a las comunes.
- 2) Es una manera de establecer vínculos importantes y significativos para el paciente en relación al terapeuta.
- 3) Permite tener información, acerca de los sistemas de organización jerárquicos en el paciente, y de su sistema de solución de problemas.

### Tareas metafóricas: el uso de analogías

Haley (1976) plantea que "La metáfora es una formulación de una cosa que se parece a otra; es la relación de analogía entre una cosa y otra" (p. 62). Este es el significado básico de la metáfora en el presente estudio.

Ahora bien, la función de las metáforas es, según O'Hanlon (1987), conducir el conocimiento más allá de su contexto de origen, hacia un nuevo plano de experiencia. De esta forma, dada la naturaleza de su mensaje primario y analógico (Ackermans y Andolfi, 1987), tiene la capacidad de promover el cambio, ante la ausencia de intelectualización en la persona que recibe la tarea metafórica. De esta forma el abordaje terapéutico puede ser más efectivo, dado que la gente se puede encontrar más predispuesta a cumplir con una tarea si no tiene conciencia de haber recibido un mensaje de cambio.

Para Robles (1990), la metáfora tiene características simbólicas y totalizadoras, de una situación determinada o un problema específico. Al trabajar con metáforas se hacen recorridos de senderos únicos que paralelamente tienen un orden universal.

Ackermans y Andolfi (1987) mencionan que entre los más reconocidos terapeutas que utilizan la metáfora, se encuentran Carl Whitaker y M.H. Erickson, quienes señalan la necesidad de no explicar el sentido de la metáfora, ya que puede resultar ridículo y en la mayoría de las ocasiones perjudica a las personas.

Aun cuando se reconoce que existen diferentes percepciones del significado de la metáfora, en un nivel básico se puede considerar

que el uso de metáforas implica trabajar con analogías, esto es, establecer una relación de similitudes entre dos cosas aparentemente -- opuestas. En un segundo nivel de apreciación del trabajo metafórico, se puede ubicar en cuanto a la función que desempeña. Lo anterior se refiere a la conducción del conocimiento a un nuevo plano de experiencia. Finalmente, un tercer nivel de apreciación acerca del trabajo metafórico, implica reconocer sus características simbólicas y -- universales. Como se dijo al principio de esta sección, en este trabajo, se utiliza la metáfora vista como analogía terapéutica.

#### Tareas paradójicas

La presentación de una tarea paradójica implica transmitir dos -- mensajes a diferentes niveles, "efectúa un cambio" y "no efectúes un cambio". Es el terapeuta quién al diseñar la estrategia paradójica -- incurre en la promoción del cambio. Cambio que tiene la cualidad de -- interrumpir un círculo vicioso. De acuerdo con Andolfi (1977), la -- práctica de la paradoja se equipara con la prescripción del síntoma, donde el psicólogo aconseja al paciente a continuar con el comporta-- miento perturbado, esto es, que se incite una recaída, alentando el -- agravamiento del síntoma, con el objetivo de prevenirlo. De esta manera a la persona que se encuentra ante la imposibilidad de hacer algo, o con la necesidad urgente de encontrar una solución, se ofrece -- el principio homeopático, aplicado a la terapia breve, "similia similibus curantur" que Watzlawick (1977) ha sugerido.

### Tareas de ordalia

El término ordalia, significa experiencia penosa, prueba de fuego. En la terapia estratégica esta técnica es iniciada por Erickson y desarrollada por Haley (1984). La intervención, básicamente consiste en implantar una situación aún más difícil que el mismo problema, por el que asiste el paciente a la terapia.

Una característica básica de las tareas de ordalia, es que aún cuando resulte sumamente difícil de realizar, debe traer una experiencia que beneficie a la persona. También debe tener la cualidad de provocar igual o mayor angustia que la ocasionada por el mismo sintoma, el cual si no disminuye, existe la posibilidad de aumentar la rigurosidad de la ordalia. Tomando en cuenta que las implicaciones de esta intervención no debe causar daño a ninguna persona, incluida -- claro está, a quién se le infringe la ordalia. Dependiendo del sintoma y de la persona, es necesario que pase continuamente por una ordalia o bien con la simple mención de ella, para que el paciente se recupere.

Las etapas de la ordalia (Haley, 1984) son:

- 1) Establecer claramente el problema. La ordalia se aplica inmediatamente después de la aparición del sintoma.
- 2) El paciente se compromete a resolver el sintoma. Para que la persona lo haga, el terapeuta debe señalar continuamente los errores de la persona para superar el problema y presentar un desafío que sea -- aceptado para enfrentar la tarea impuesta por el terapeuta.
- 3) Se selecciona una ordalia lo suficientemente difícil, para que el -- sintoma disminuya. Si existe la posibilidad de que el paciente cola--

bore en la selección de la orfalia, existen mayores posibilidades de éxito.

4) Se otorga al paciente una explicación lógica, encuadrada en un contexto, para la aplicación de la orfalia. La tarea debe ser clara y precisa, estableciendo dónde, cuando y en presencia de qué personas debe ser desarrollada la orfalia.

5) Se mantiene la prueba de fuego hasta que disminuya o desaparezca el síntoma.

6) Esta tarea se desarrolla en un contexto social, esto es en la organización familiar, que mantiene jerarquías incorrectas. Así la implementación de una orfalia debe tomar en cuenta la posición jerárquica del cliente y de su familia.

#### Rituales

Watzlawick (1977), se refiere a los rituales como la síntesis universal, que combina las más diversas intervenciones terapéuticas, manteniendo un amplio significado arquetípico. Considera a Selvini Palazzoli como la terapeuta que introduce los rituales de manera detallada y planificada en el trabajo terapéutico. Esta psicóloga italiana considera que la comunicación familiar (patogena), mantiene esquemas de comunicación ritualistas, elemento que Watzlawick cataloga propio para la utilización del principio *similia similibus curantur*, un ritual cura otro ritual.

De acuerdo con las investigaciones de Selvini et al. (1986), coinciden en que los rituales son una serie de acciones, que combinan comunicaciones digitales y analógicas, donde todos los integrantes de

una familia participan. Es la puesta en escena de la actuación de los elementos de la familia acerca de una vivencia particular, relacionada con momentos clave (enfermedad, decesos, divorcios, fiestas) del ciclo vital familiar.

Poner en practica un ritual (Selvini et al., 1986) significa:

- 1) La prescripción ritualizada de un juego cuyas nuevas normas, van sustituyendo a las anteriores.
- 2) Se necesita un gran esfuerzo para la invención y creación del ritual, por parte de los terapeutas.
- 3) Los rituales se diseñan basados en la observación de las características de la familia. De esta forma se planean diferentes rituales, para el tipo específico de familia y/o persona.

#### Evaluación terapéutica

Se efectúa una evaluación terapéutica de los procedimientos y técnicas, así como del alcance de los objetivos en las diferentes etapas de la terapia estratégica.

La muestra mas evidente de la obtención de los objetivos terapéuticos, es el informe del paciente que se reporta satisfecho por el tratamiento. Esta situación se da por dos elementos:

- 1) la conducta sintoma ha disminuido o bien ya no se presenta y 2) porque aún cuando se siga presentando la conducta problema, la persona adquiere otra visión que le permite considerar ese "problema" como un elemento que ahora es irrelevante y carece de significado.

Una vez que se han desarrollado las estrategias terapéuticas correspondientes durante la terapia, y el paciente reporta conductas,

que demuestran beneficios para él, es posible evaluar que los procedimientos terapéuticos se han planificado adecuadamente. Keeney (1985) refiriéndose a los métodos de evaluación de Haley, menciona la utilidad de tomar como puntos de referencia el problema y las metas del contrato terapéutico, poniendo énfasis en los cambios de la organización secuencial del problema, así como en las coaliciones y alianzas que se van reconstituyendo en el transcurso de la terapia.

Una vez que se ha desarrollado el marco teórico de la terapia estratégica, en el siguiente capítulo se presenta el planteamiento del problema, la hipótesis de trabajo y los objetivos de la presente investigación.



## CAPITULO II

### 2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los desequilibrios o crisis emocionales de los individuos, son el resultado de una serie de eventos relacionados con la etapa del ciclo vital de la familia, y de las pautas redundantes de comunicación del individuo. Estas crisis se reflejan, en síntomas tales como la falta o exceso de apetito, alta ingesta de alcohol y/o tabaco, agresividad social, llanto excesivo, etc.. De acuerdo con lo anterior, los síntomas al formar parte de las secuencias de relación del individuo con su medio, se tornarán redundantes, creándose un círculo problema de interacción. Por lo tanto, el problema de investigación es el siguiente: ¿Al utilizar la intervención estratégica, disminuirá o desaparecerá la secuencia-síntoma del individuo, al término de 6 a 8 sesiones de terapia individual?.

### 2.2 HIPOTESIS DE TRABAJO

Al realizar una intervención terapéutica estratégica, para el caso clínico en particular, el paciente mostrará una disminución o desaparición de la secuencia-síntoma.

### 2.3 OBJETIVOS

Determinar la secuencia-síntoma del paciente atendido terapéuticamente.

Proporcionar al individuo una opción terapéutica para solucionar los síntomas que le aquejan.

Posibilitar a la persona un cambio que le permita mantener en equilibrio su sistema de relacion interpersonal.

Presentar a la comunidad de investigadores en psicologia clinica, - elementos conceptuales y técnicos para el desarrollo e implementación de la terapia breve estratégica.

#### 2.4 IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La investigación representa una propuesta de atención psicológica a las personas que presenten una serie de problemas en el área socio-afectiva y de comportamiento, posibilitándoles con el cambio terapéutico una alternativa de solución a sus problemas, o crisis con su medio familiar y/o social. De esta manera, la terapia breve estratégica se propone como una alternativa útil de atención psicológica a la comunidad.

En el área de clinica los grupos que potencialmente se pueden beneficiar con la presente investigación, es la comunidad estudiantil de psicología, pues orientará los trabajos de investigación acerca de la terapia breve. Los egresados de la licenciatura en psicología que tengan la posibilidad de laborar en el área clinica, atendiendo terapéuticamente. A los psicólogos clinicos que tengan como objetivo consultar y utilizar investigaciones sobre terapia breve en México.

## CAPITULO III

### 3.1 ESTUDIO DE CASO

Esta sección describe el trabajo terapéutico de la perspectiva -  
estratégica, mediante un estudio de caso.

De acuerdo con el documento elaborado por Aguilera y Blanco (19-  
87), el estudio de caso, es un método de investigación en acción, que  
tiene como objetivo estudiar los procesos, más que los productos. Sus  
características son:

- 1.- Identificar y comunicar el carácter de los fenómenos a estudiar -  
a través de la descripción.
- 2.- Los datos se obtienen describiendo situaciones y actividades de -  
las personas.
- 3.- Un solo caso puede permitir discusiones de elementos generales.

De acuerdo con Adelman (Aguilera y Blanco, 1987), un estudio de\_  
caso es una instancia en acción, de casos particulares, donde el in--  
vestigador capta y retrata los elementos más significativos, que al -  
mismo tiempo dan significado y posibilitan el entendimiento de la si--  
tuación a investigar. Utilizando como herramientas, la entrevista, la  
observación y la creación de categorías para el análisis de la infor-  
mación que se obtiene.

Winkler (s.f.) menciona que la psicología clínica, estudia al --  
hombre en un contexto, para captar determinadas variables que posibi-  
liten al paciente, conductas modificadoras de la situación que vive.\_  
De esto se desprende la existencia de una situación clínica, caracte-  
rizada por: 1) un requerimiento, una demanda, motivada por la presen--  
cia de desequilibrio, insatisfacción, síntomas; 2) una relación asi--

métrica, el consultado no es mirado clínicamente. No se da un intercambio de información igualitario; 3) está pautada por un encuadre y 4) una o varias personas participantes actúan de acuerdo a la unidad de operación.

El método clínico (Winkler, s.f.) en los tratamientos psicológicos, es una manera de proceder por parte del psicólogo, en un contexto de interacción, donde existe un consultante y un consultado, reunidos por el imperativo de la demanda del consultante y por la oferta del consultado. Este método se caracteriza la actividad clínica de un encuadre, el cual mantiene tres elementos constantes:

- A) TEMPORAL (se da una invariabilidad en el tiempo de cada encuentro, entrevista o sesión clínica)
- B) GEOGRAFICO (existe también, una invariabilidad en el contexto: gabinete, despacho, institución, consultorio)
- C) CLARIDAD DE PAPELES ASIGNADOS (se mantiene una definición de roles, el psicólogo clínico es el profesionalista consultado, en tanto que la persona que solicita atención terapéutica es el consultante)

Además de mantener un encuadre, el método clínico presenta una unidad de operación, la cual se define por:

- A) INDAGAR (el clínico, desde el marco teórico que maneje, utilizará diversas técnicas para obtener datos que orienten su labor terapéutica)
- B) EVALUAR (se elabora una selección de datos, que se presenta como una configuración privilegiada, según el modelo psicológico aprendido)

C) OPERAR (esta fase responde a aquellos esquemas operativos que son coherentes con el marco teórico)

El proceso de la terapia estratégica, se presenta mediante un estudio de caso. Describiendo los elementos de la situación clínica, a través de la entrevista, la observación y categorías de análisis. El método clínico, definido por un encuadre y una unidad de operación propio de este enfoque terapéutico, se describe resaltando los elementos que son más significativos. De esta forma, se indica cuál es el tiempo de cada sesión, su lugar geográfico, la definición de los papeles asignados, así como las herramientas para indagar. Los criterios de evaluación al paciente y el estilo de intervención, para posibilitar conductas modificadoras en el consultante, también son presentados, para el análisis del caso clínico.

ESTUDIO DE CASO. Por iniciativa propia, un estudiante solicitó una consulta de psicología, a través de la enfermera del servicio médico de la E.N.E.P. Aragón. Una vez programada la sesión, el psicólogo acudía a la recepción del servicio médico y conducía al consultante al espacio asignado para el servicio de psicología. Una vez instalados, el terapeuta procedía a preguntar los datos generales del estudiante:

A) Nombre: Elisa D. V. \*

B) Edad: 20 años

C) Escolaridad: 4o. Semestre de la Lic. en Pedagogía

La siguiente fase consistió en preguntar al paciente cuál era el motivo de haber solicitado el servicio de psicología. Comenzando así\_

la entrevista inicial, según el formato señalado por Fish et al. (1982). Considerando esta primera entrevista como la primera sesión.

Sesión No. 1

Terapeuta-T

Paciente-P

T- ¿Cuál es el motivo por el que asistes?

P- Desde hace 3-4 años me da una histeria. Ni yo misma me conozco. Le pego a mis hermanos. Es inconsciente.

T- ¿Qué haces cuando estás histérica?

P- Me desespero, le pego a mis hermanos. Lloro, grito, no me contro--  
lo.

T- ¿Sólo para ti, esta situación es un problema?

P- También para mis padres, pero le afecta más a mi mamá, y a mis --  
hermanos, pues les grito.

T- ¿En qué forma te puedo ayudar para afrontar esta situación?

P- Que me diga qué tengo que hacer para ya no ponerme histérica.

T- Y por cierto ¿Por qué asistes en este momento al servicio de psi--  
cología?

P- Es que estoy desesperada, no me siento bien, quiero que me ayude.

T- Entiendo, ahora dime ¿qué cosas tratas de hacer o decir para evi--  
tar entrar en discusión con tus hermanos?

P- Me digo, Elisa cálmate, no te aceleres, no grites, y de repente --  
sucede todo lo contrario.

T- ¿Tu mamá que te dice?

P- Les grita a mis hermanos, no les pega, y me dice que me calme que\_  
no tengo por qué ponerme así.

T-¿Cuál sería una primera señal?, por pequeña que fuera, de que están ocurriendo cambios, que te permiten considerar que las cosas marchan mejor.

P- Yo creo que no me tendría que poner histérica.

T- ¿En qué momentos consideras que no te pones histérica?

P- Cuando platico con mis hermanos, y ellos me obedecen, al hablar -- con mi mamá tranquilamente.

T- Entonces un cambio sería no gritar.

P- También que no les pegara a mis hermanos.

T- Puedo considerar que si dejases de gritar, llorar y pegarles a tus hermanos llegaríamos a la meta de la terapia.

P- Exacto.

Esta entrevista permitió configurar el encuadre terapéutico, y - obtener datos básicos acerca del sistema de interacción para mantener el problema. Por otra parte se recabó información para definir el fami-  
liograma de la paciente.

Familia: D. V. \*

#### SISTEMA PARENTAL

Nombre: Isac D.

Nombre: Esther V.

Edad: 42 años

Edad: 41 años

Actividad: Elabora pan

Actividad: Ama de casa

#### SISTEMA FRATERNO

Nombre: Elisa D. V.

Nombre: Iván D. V.

Edad: 20 años

Edad: 19 años

Actividad: Estudiante

Actividad: Trabajador asalariado

Nombre: Inés D. V.

Nombre: Germán D. V.

Edad: 14 años

Edad: 11 años

Actividad: Estudia 3o. de sec.

Actividad: Estudia 6o. de primaria

Nombre: Elvia D. V.

Edad: 8 años

Actividad: Estudia 3o. de prima-  
ria

\* Los datos personales de la paciente y sus familiares, se modificaron para mantener la confidencialidad del contrato terapéutico.

Al término de la primera sesión se estableció un contrato terapéutico de 6 a 8 sesiones, una vez a la semana, con una hora de duración cada consulta. Se planteó como objetivo terapéutico el que la paciente dejase de llorar, gritar, así como el dejar de pegarle a sus hermanos. Mencionando que el estilo terapéutico se basaba en presentar tareas terapéuticas que la paciente tenía que efectuar.

Se comentó a la paciente, que una vez concluidas el número de sesiones acordadas, se evaluaría el alcance de los objetivos. De esta forma, se concluyó la sesión invitando a la paciente a dos sesiones de seguimiento, posterior al tratamiento.

#### Sesión No. 2

La paciente relata que la más mínima situación provocada por sus hermanos, Inés y Germán, le provoca histeria. En el momento en que manda a sus hermanos a realizar alguna actividad, y ellos tardan en realizarla, Elisa se enoja por la tardanza, comenzando a gritar e incluso a



pegarles a sus hermanos. Esto para ella es algo que no puede controlar, considerando que son actos inconscientes.

A su madre continuamente le recrimina el cambio de actitud hacia sus hermanos, a los cuales, actualmente, no les pega, en tanto que a ella y a su hermano Iván, les llegaba a golpear muy fuerte. Ante la actitud de Elisa, de gritar y golpear a sus hermanos, su madre le indica que se calme, que no tiene por que estar haciendo eso. En algunas situaciones el señor Isac D., recrimina a Elisa por pegarle a sus hermanos, ante esto Elisa, le recrimina por tener otra familia. En esos momentos la señora Esther les pide que no peleen.

El señor Isac, actualmente se dedica a la elaboración de pan, actividad que difícilmente le permite cubrir los gastos de dos familias. Aún cuando actualmente el señor Isac es un tanto callado, ya que no participa en las pláticas familiares, continuamente tiene dificultades con Elisa y con su esposa Esther, el motivo: la manutención económica a otra familia. A Elisa le gustaría enfrentar a su padre sin llorar, ya que le haría sentirse bien.

El terapeuta efectuó la siguiente intervención terapéutica:

"En ocasiones al estar en un lado del río, no vemos de que manera podemos cruzarlo para llegar al otro extremo. No vemos que en la orilla del río existen varias piedras, las cuales podemos ir colocando una y otra, y otra, y otra más para que así utilicemos las piedras y logremos llegar al otro lado del río. Seguramente, todavía en esta semana, y en otras más, te vas a seguir desesperando, pues no tienes las herramientas suficientes para dominar esos momentos".

### Sesión No. 3

Elisa no asistió en la sesión número 3.

Esta situación produjo varias hipótesis sobre los efectos de la intervención de la sesión número dos:

- 1.- Elisa ya no quería asistir al servicio de psicología. No había encajado la intervención terapéutica.
- 2.- El terapeuta no había realizado adecuadamente el trabajo de consulta.
- 3.- El terapeuta consideraba que los efectos terapéuticos de la sesión número 2 estaban rindiendo frutos. Posiblemente la interacción del individuo en el marco familiar estaba cambiando, comenzando a disminuir el síntoma (llorar, pegar y gritar), ante la interacción de la paciente con sus hermanos.

### Sesión No. 4

Elisa asiste a la sesión bien vestida, su arreglo personal luce impecable, a diferencia de la primera ocasión en que asistió sin un aseo personal adecuado. Se le inquirió el motivo por el cual no asistió a la sesión anterior, a lo que respondió que había tenido gripe y prefirió no asistir a la escuela, y por lo tanto a la consulta de psicología. Posteriormente se le preguntó que había sucedido en esos 15 días, Elisa mencionó que estaba bien, que se había sentido mejor, y estaba controlándose contando hasta cinco cada vez que sus hermanos, (Inés, Germán y Elvia), juegan en lugar de efectuar el quehacer doméstico que les manda realizar. No había tenido muchas dificultades, esto se debía a que estaba pensando mejor las cosas, con más calma.

Elisa menciona que escuchó un programa de radio, en el cual se informaba que el trato que una persona ha tenido con su padre o madre, según sea el caso, definirá el trato posterior de la persona con el resto de la gente. La paciente considera que no tiene la confianza suficiente al platicar con hombres jóvenes y/o maduros. En tanto que con señoras grandes de edad sí siente esa confianza para poder platicar con seguridad.

En esta parte de la sesión, se realizó un cambio en la dirección de la terapia, por considerar que se estaba cumpliendo el objetivo -- básico de la terapia (disminución de la conducta problema) y se continuaría trabajando con la disminución o desaparición del síntoma en la paciente. De esta forma, se toma como objetivo, trabajar con la -- imposibilidad (en la paciente) para mantener conversaciones con hombres jóvenes y/o maduros. Sin descuidar el trabajo terapéutico para -- disminuir o desaparecer el síntoma por el que la paciente asiste a -- las sesiones.

Se hipotetizó que la paciente al escuchar el programa de radio, encontró una explicación acerca de su rígida relación con su padre, dándose cuenta que mantiene poca confianza en las relaciones afectivas (amistad o noviazgo) con personas de sexo masculino. Elisa al observar las continuas agresiones entre sus padres, se ha dado a la tarea de no repetir esos patrones de comportamiento (como único modelo de relación), planteándose la situación de interacción con amigos jóvenes o maduros sin ser definidas, esto es, la paciente no desea involucrarse, afectiva o intelectualmente con los hombres que -- llega a conocer.

Al existir esta posibilidad, se construyó y envió la siguiente intervención terapéutica:

"Por el momento, no hagas absolutamente nada por entablar una -- plática con tus compañeros, amigos o maestros, o bien con aquellas -- personas, varones, que no te den la suficiente confianza para conversar. Es necesario que sólo saludes como lo haces a diario, pero no -- trates de hacer nada, pues yo como terapeuta, no conozco realmente que está ocurriendo. No hagas nada por agradar a los demás. Además no sé -- si puedes seguir así de controlada con tus hermanos, si no lo puedes -- hacer entonces cuenta del uno al diez."

#### Sesión No. 5

La paciente luce contenta, ante esto, el terapeuta la pregunta el motivo de su alegría. Elisa sonriendo contestó que en un exámen oral -- fué la única alumna que logró aprobar el exámen. Comentó que durante -- la semana, no había tratado de agradar a nadie, sólo que había pre-- sentado un exámen con un profesor y logró contestar la mayoría de las preguntas. Menciona que el día del exámen, todos sus compañeros le -- decían que no entrara a realizar la prueba, pues reprobaría. Elisa -- entro al salón, y en un principio se sentía nerviosa, y conforme el -- maestro le preguntaba, ella se sentía mejor y más segura de sus res-- puestas. Llegó a contestar la pregunta más difícil del exámen, aque-- lla que nadie había resuelto, Elisa la contestó acertadamente, ante -- la sorpresa del profesor, continuó haciendo preguntas más complejas, -- situación que originó cierto nerviosismo en Elisa. Finalmente el pro-- fesor comentó que había aprobado el exámen.

Se felicitó a la paciente por pasar el exámen oral. Ante esto, - Elisa mencionó que era muy extraño, pero había platicado con varios - de sus compañeros (varones), sin sentir esa presión o malestar de no - querer platicar al no tener la suficiente seguridad. De esta manera, - para dar continuidad al trabajo clínico, la intervención terapéutica - se basó en felicitar a la paciente por su comportamiento en el exá-- men, ante el profesor y por mantenerse sin presión al conversar con - sus compañeros de escuela.

La sesión finalizó, cuando el psicólogo mencionó que la siguien - te sesión se evaluaría, si se habían obtenido los objetivos terapéuti - cos.

#### Sesión No. 6

Esta sesión permitió evaluar los alcances de la terapia breve estra-- tégica. Se cuestionó a la paciente, si actualmente continuaban los - comportamientos (llorar, gritar y pegar), por los que había asistido - hace cinco sesiones al servicio de psicología. Elizabeth respondió, - que afortunadamente no, pero se daba cuenta que le desespera más la - situación de sus padres, optando por salirse de su casa, cada vez que - surge un problema entre ellos. De esta situación el psicólogo señaló - que existía la posibilidad de continuar con otras sesiones terapéuti - cas, después de dos sesiones de seguimiento. La paciente aceptó el -- convenio. La primera consulta de seguimiento sería después de dos se - manas, respetando el horario y día asignado.

Sesión No. 7 (seguimiento)

Se plantearon dos preguntas básicas:

1.- ¿Se presentan actualmente las conductas por las que asistias al servicio de psicología?

2.-¿Cómo es la relación actual con tus familiares?

Ante el cuestionamiento, la paciente indicó que ya no le pegaba a sus hermanos, y en el momento en que no la obedecían no gritaba, ahora les decía que no les ayudaría a realizar su tarea, situación que permitió sobrellevar la relación con sus hermanos. Mencionaba que los problemas con su padre continuaban, por el mantenimiento económico a otra familia. En tanto con su madre la relación afectiva era mejor y más agradable.

El terapeuta hizo énfasis en las metas obtenidas en el espacio del servicio de psicología, mencionando a Elisa que en el momento en que surgiera nuevamente una situación apremiante, podía solicitar atención psicológica, haciendo notar que, el controlarse, presionar a sus hermanos con no ayudarles a realizar la tarea, así como el crear nuevas amistades con varones, eran signos de crecimiento, madurez y confianza en lo que estaba realizando. Se le volvió a citar 15 días después, manteniendo el horario asignado.

Sesión No 8 (seguimiento)

La ex-paciente ya no asistió al servicio de psicología. Se considera que Elisa deja de asistir a consulta por no necesitar del mismo servicio, pues los objetivos por los que había asistido se cumplieron en el tiempo pactado.

Después de haber presentado la descripción del caso clínico, en la siguiente sección se presentan los elementos más relevantes del análisis de caso, mediante la unidad de operación (Indagación, Evaluación y Tratamiento), del enfoque estratégico

### 3.2 INDAGACION

#### Instrumentos:

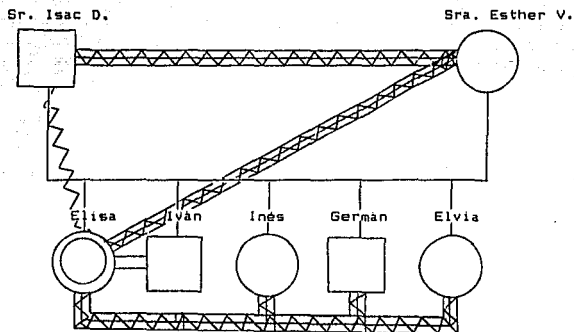
A) Entrevista inicial; preguntas que permitían obtener datos relevantes para la configuración del diagnóstico. En este caso la secuencia de preguntas y respuestas permitió comenzar a vislumbrar los elementos que se debían evitar para solucionar el problema presentado. Se detecta el sistema de interacción familiar que es desarrollado para resolver la conducta sintomática, esto es, los mensajes del tipo "se debe mantener la calma, no grites" que la misma paciente en interacción con su madre reproducen redundantemente, al surgir indicios de conflictos entre los hermanos, es una secuencia redundante para tratar de solucionar (y al mismo tiempo mantener) el problema.

B) Familiograma. Es utilizado para identificar la etapa actual del individuo en su ciclo vital familiar, y para reconocer el tipo de interacciones en el sistema familiar de la paciente. Se presentan los familiogramas de la primera, segunda y séptima sesión terapéutica, por considerar que son los diagramas más ilustrativos del proceso familiar de la paciente.



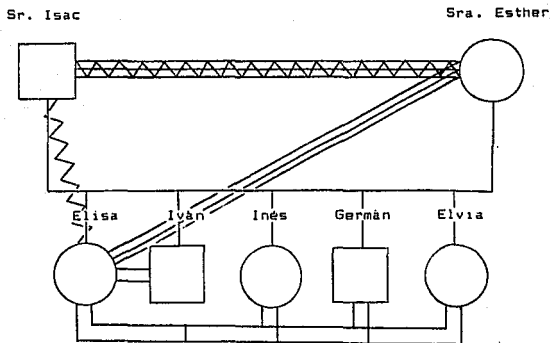


## Sesión No. 2



El famiogramama permite establecer el tipo de interacciones en el -- sistema familiar de la paciente. Elisa mantiene una relación fusionada y conflictiva con su madre, en tanto que el tipo de interacción -- con su padre es pobre y conflictiva. El sr. I. y la sra. E. mantie-- nen una relación fusionada y conflictiva. De lo anterior se desprende una coalición formada por la paciente y su mamá, la señora Esther ante el señor I.. Se observan a dos elementos de generaciones diferentes (1a. y 2a. generación), unidos para confrontar a un elemento de -- la 1a. generación. Mientras que la relación de Elisa con sus hermanos menores se caracteriza por lo fusionado y conflictivo de la interacción. Por último se indica que la relación de Elisa y su hermano Iván tiende a la unión.

## Sesión No. 7



Este mapa muestra cómo la relación familiar de Elisa ha cambiado. Ahora la paciente se muestra muy unida ante su madre, y respecto a todos sus hermanos, la interacción se caracteriza por la unión. Aún cuando la vinculación con su padre es conflictiva, y la relación del sr. Isaac y la sra. Esther se mantiene unida y conflictiva, el sistema familiar de Elisa ha sufrido cambios que muestran la desaparición de síntomas en la paciente.

## SIMBOLOGIA \*

Masculino



Femenino



Paciente identificado

masculino

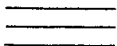


Paciente identificada

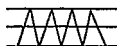
femenina



Muy unidos o fusionados



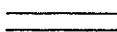
Fusionados y conflictivos



Pobre o conflictivo



Unidos



Conexiones por matrimonio



\* Elaborado de acuerdo a McGoldrick y Gerson (1985).

C) Cuadro para el análisis de la comunicación. Permite obtener datos para el reconocimiento de secuencias de jerarquías incongruentes, y de la secuencia de interacción para solucionar la conducta sintoma.

Sesión No. 1

CATEGORIA No. 1

Conducta problema Pegar, llorar y gritar.

CATEGORIA No. 2

Secuencia de interacción Elisa les pega y grita a sus herman--  
de dos o más personas.-- nos menores, momentos después comienza  
Alianza y/o Coalición. a llorar.

CATEGORIA No. 3

Secuencia de interacción - Elisa piensa en tranquilizarse. La se--  
para solucionar el proble- ñora E. le grita a sus hijos, e indica\_  
ma. a Elisa que se calme.

Los datos anteriores muestran la definición de la conducta-problema, y cómo se presenta una secuencia de interacción alrededor del mismo, involucrando a Elisa y a sus hermanos, situación que finaliza en otra secuencia de interacción que tiende a resolver el problema, donde se localiza un mensaje básico: pedir "tranquilizarse" y "calmarse" mensajes generados por la misma paciente y por la señora Esther.

Sesión No. 2

CATEGORIA No. 1

Conducta problema Gritar, pegar y llorar.

## CATEGORIA No. 2

Secuencia de interacción -  
de dos o más personas. A--  
lianza y/o coalición.

Elisa manda a sus hermanos a realizar\_ una actividad doméstica, Inés, Germán\_ y Elvia, tardan en realizar tal acti-- vidad. Acto seguido, se presenta la -- conducta problema en la paciente, pues comienza a desesperarse, gritándole a\_ sus hermanos, llegando al extremo de - de pegarles y como última fase de la - secuencia, Elisa llora ante la imposi- bilidad de controlar su conducta. Los\_ hermanos menores hacen alianza frente\_ a E.D.V., al no efectuar la actividad\_ doméstica señalada.

## CATEGORIA No. 3

Secuencia de interacción -  
para solucionar el proble-  
ma.

Elisa recrimina a su madre el por qué\_ no les pega a sus hermanos menores al\_ no realizar el quehacer. La señora E.\_ y el señor I. indican a Elisa que se\_\_ controle, al mencionar esos mensajes,- la paciente recrimina a su padre por \_ tener otra familia a la que mantiene - económicamente.

La conducta problema se encuentra rodeada por la secuencia de inte-- racción de Elisa, y sus hermanos menores. Se observa que la conducta\_ problema en la paciente es gritarle a sus hermanos al no ser escucha-

da, optando por pegarles; cuando observa que no ha controlado su conducta, comienza a llorar. Esta secuencia de comportamiento queda incluida en una alianza de los hermanos menores ante su hermana mayor, para no efectuar la actividad doméstica. Esta situación impide que Elisa ejerza su papel de hermana mayor, manifestándose la conducta sintomática que implica una incongruencia en la jerarquía familiar. La solución que se desarrolla aplica una receta, que paradójicamente contribuye al mantenimiento del problema. Los padres de Elisa, le piden que actúe por iniciativa propia para que se calme y controle, pero este acto voluntario queda anulado al exigirse desde el exterior. Cuando la paciente recibe la instrucción para comportarse espontáneamente, ya no lo hace, pues obedece a una orden exterior.

Sesión No. 4

CATEGORIA No. 1

Conducta problema

No aparece la conducta sintomática en la paciente.

CATEGORIA No. 2

Secuencia de interacción - de dos o mas personas. Alianza y/o coalición.

E.D.V. al observar que sus hermanos menores juegan, en lugar de efectuar el quehacer doméstico, se comporta con calma. Aun cuando hacen alianza los tres hermanos menores ante Elisa, esta comienza a establecer su jerarquía familiar.

## CATEGORIA No. 3

Secuencia de interacción - No se presenta el mismo sistema de interacción para perpetuar el problema. -  
 para solucionar el problema. - Ahora la paciente efectúa un conteo --  
 má. - numérico, que le permite controlarse.

La paciente no mostró la conducta sintomática, presentándose una secuencia de interacción diferente. Aún cuando los hermanos menores no realizaron la actividad doméstica encomendada, la paciente se comportó con más calma, esto permite considerar que Elisa comienza a establecer su jerarquía de hermana mayor. Finalmente, esta situación deriva en un sistema de solución del problema, que le permite controlarse. Es justo observar cómo la jerarquía familiar comienza a ser -- congruente con su organización interna, además se rompe con la estructura que mantenía el orden interno del sistema para afrontar el problema.

## Sesión No. 7

## CATEGORIA No. 1

Conducta problema No aparece la conducta sintomática en la paciente.

## CATEGORIA No. 2

Secuencia de interacción - E.D.V. ha logrado que sus hermanos menores desarrollen las actividades que ella les encomienda. La jerarquía de -  
 de dos o más personas. A-- lianza y/o coalición. - Elisa se torna congruente en relación con sus hermanos menores y con su madre, la señora Esther. No obstante, -

se mantuvo la coalición de Elisa y la señora Esther, ante el señor Isac. De esta situación se desprende una organización familiar más aceptable para la paciente.

### CATEGORIA No. 3

Secuencia de interacción para solucionar el problema.

La paciente desarrolla nuevas tácticas para ejercer influencia hacia sus hermanos, los presiona con no ayudarlos a realizar su tarea, obteniendo buenos resultados. De tal forma, Elisa puede sobrellevar la relación afectiva con sus hermanos menores.

De acuerdo con los datos que se obtienen, Elisa logra que sus hermanos menores realicen las actividades domésticas que ella les indica. La jerarquía familiar de Elisa se torna congruente en relación con sus hermanos menores y con la señora Esther. La organización familiar se torna más aceptable para la paciente, y aún manteniéndose la coalición de Elisa y la señora Esther, frente al señor Isac, la conducta problema, sigue sin presentarse. Se observa que cambia en sí el sistema de soluciones que se venía utilizando, pues en el sistema de relación de la paciente se posibilita una visión distinta de los sucesos que hasta ese momento sostenían el problema.



### 3.3 EVALUACION DEL CASO

El diagnóstico del presente estudio de caso, se basa en la categoría de sistemas jerárquicos perturbados, y en la clase de soluciones creadas para afrontar la conducta sintomática.

En el sistema familiar de la paciente, se manifiesta una jerarquía incongruente. La poca o nula influencia de Elisa para ejercer su rol como hermana mayor ante la alianza de sus hermanos, se ha tornado una secuencia redundante de interacción, derivándose al mismo tiempo, en el tipo de organización familiar. El desarrollo y mantenimiento de síntomas en la paciente, expresan metafóricamente el desequilibrio de jerarquías. La secuencia de interacción se torna más amplia, cuando se incluyen en el juego familiar los padres de la paciente. Los cuales, hacen frente común ante Elisa, para que ésta controle su comportamiento. Ahora el ciclo de interacción cambia de rumbo. La alianza de los padres, se rompe cuando surge la comunicación redundante, en torno a la vinculación afectiva y manutención económica del señor Isac a otra familia, situación que genera la coalición de Elisa y la señora Esther ante el señor Isac. Esta secuencia de interacción manifiesta nuevamente el desequilibrio en la organización jerárquica familiar, expresándose a través de problemas conyugales que incluyen a la hija mayor.

El sistema de interacción familiar que trata de resolver la conducta sintomática en la paciente, se activa cuando la misma Elisa y sus padres generan un círculo de comunicación, con mensajes que tratan de inducir un comportamiento moderado y controlado en la pacien-

te. Este acto de conducta voluntaria, se anula al exigirse desde el exterior. Cuando Elisa recibe la instrucción de comportarse con más calma y tranquilidad ante sus hermanos, no lo puede hacer, pues obedece a una orden exterior, creándose así una secuencia de relación paradójica. Entre más se le indica a Elisa que se calme y controle, para no gritar, esta conducta se sigue presentando. Así, la clase de soluciones creadas para afrontar el problema, son el problema mismo.

### 3.4 OPERACION

#### Técnicas de intervención de la terapia estratégica

Los esquemas de intervención se presentan de acuerdo al número de cada sesión terapéutica:

#### Sesión No. 2. Intervención Metafórica-Paradójica

Metafóricamente se incorpora a la paciente en un contexto donde se vislumbra su imposibilidad para manejar y sobrellevar la relación afectiva con sus hermanos. Al tiempo en que se le indica que puede emplear diferentes alternativas, y así obtener resultados provechosos en su relación familiar. La segunda parte de la intervención (paradójica), asevera que la paciente actuará sin control por un número determinado de semanas, de esta forma se induce a que la paciente se rebelde contra la intervención terapéutica, y busque controlarse en los momentos en que se desespera.

#### Sesión No. 4. Intervención paradójica.

El contenido de la intervención paradójica, explicitaba que la paciente saludara como siempre lo hacía con sus compañeros, amigos

y/o maestros varones, "sin tratar de hacer algo para agradarles". Esta última instrucción, implica desafiar a la paciente para que busque formas de relación con los varones, así se posibilita a Elisa a un -- acceso real de intercambio comunicacional, con sus amigos, compañe-- ros, y/o maestros, definiendo así su interacción. Para continuar con-- figurando la jerarquía de Elisa ante sus hermanos, se utilizó un bre-- ve mensaje paradójico, "no sé si puedas seguir así de controlada con-- tus hermanos", donde nuevamente se plantea un desafío a la paciente, -- para que se oponga al mensaje del psicólogo, y así continúe mante-- niéndose con calma frente a sus hermanos. De esto se desprende mante-- ner una diferenciación de funciones en el sistema familiar. Finalmen-- te se instruye a la paciente a continuar empleando su sistema de con-- trol basado en el conteo numérico.

#### Sesión No. 5. Intervención basada en el cumplimiento.

La estrategia terapéutica consistió básicamente en felicitar a -- la paciente por sus logros obtenidos, al desenvolverse aceptablemente en un exámen, ante un profesor y respecto a sus compañeros de escue-- la, contextualizando así la intervención terapéutica.

#### Sesión No. 7. Configuración del trabajo terapéutico.

El psicólogo felicitó a Elisa por sus logros obtenidos, presen-- tando esta felicitación en el contexto de sus relaciones familiares y sociales, como signos de crecimiento, madurez y confianza, en aque-- llas actividades que realiza.

## ANALISIS DE RESULTADOS

En la primera sesión se efectuó la entrevista inicial, que permitió obtener información para definir el problema clínico, el cual se caracterizó por la conducta sintomática de gritar, pegar y llorar de la paciente hacia sus hermanos menores. Se acordó como metas terapéuticas el que la paciente dejase de presentar la conducta-sintoma. Esta fase permitió comenzar a planificar el caso, en cuanto a los elementos que se debían evitar para solucionar el problema presentado. El sistema de interacción que se ponía en marcha para resolver la conducta sintomática, son los mensajes del tipo "se debe mantener la calma, no grites", que la misma paciente y su madre reproducían redundantemente, al surgir indicios de conflictos entre los hermanos. De esta forma se planteó evitar cualquier mensaje terapéutico, que explicitará mantener la calma en la paciente. Por otra parte, se vislumbró que la conducta sintomática en Elisa era una metáfora que expresaba la incongruencia de la jerarquía familiar, particularmente en la relación de la paciente identificada hacia sus hermanos, quienes efectuaban una alianza para confrontar la autoridad de Elisa como hermana mayor.

En la segunda sesión, el objetivo del terapeuta giró en torno a la obtención de más información, que permitiera un panorama más amplio acerca de la secuencia de comportamiento alrededor del síntoma, en el contexto familiar de la paciente. De esta forma se estableció que el surgimiento de las conductas sintomáticas en la paciente se desarrollaba en el proceso de relación hacia sus hermanos, al momento en que la paciente definía su posición como hermana mayor ante sus

hermanos, mediante la solicitud de efectuar determinadas actividades domésticas, esta definición de la relación quedaba anulada al no ser ejecutada tal actividad. En el sistema de interacción familiar, la conducta sintomática de la paciente perdura por espacio de 3-4 años - aproximadamente, situación que se tornó redundante, pues la solución aún sin contar con el éxito esperado, se implementaba reiterativamente. Los padres de Elisa le solicitaban que actuara por iniciativa propia para controlarse, pero este acto voluntario se anulaba al exigirse desde el exterior. Cuando la paciente recibía la instrucción de comportarse espontáneamente, ya no lo podía hacer, pues obedecía a una orden exterior. El caso en que la misma paciente creaba un sistema de pensamientos para controlarse, este mensaje también producía el efecto contrario, Elisa comienza a desesperarse gritando a sus hermanos, llegando al extremo de pegarles, para que finalmente llorara ante la imposibilidad de controlar su conducta. Al observar este proceso de interacción en la familia de la paciente, se crea una estrategia terapéutica (mensaje metafórico-paradójico), que permita romper con la secuencia de comportamiento alterado. Se incorporó a la paciente en un contexto en el cual está imposibilitada para emplear diferentes alternativas que le permitieran manejar y controlar su conducta con sus hermanos, y así definir su papel como hermana mayor. Se le sugirió que tales alternativas estaban presentes, aún cuando no llegara a observarlas. Esas posibilidades le permitirían obtener el respeto de sus hermanos, al ejecutar la tarea asignada. Al crear metafóricamente este nuevo contexto de relación en la paciente, el terapeuta también empleó el siguiente mensaje paradójico "seguramente te vas a seguir -

desesperando no tienes las herramientas para dominar esos momentos", resaltando la imposibilidad de la paciente para controlarse, poniendo en duda su capacidad para estar tranquila. Se coloca a Elisa en un contexto en el cual debe buscar la posibilidad del cambio en su comportamiento. De esta forma, el terapeuta alienta estratégicamente a Elisa a controlar el comportamiento perturbado. La paciente contrariamente a la instrucción del terapeuta, por vía de la contraposición, se rebelará ante la instrucción y comenzaría a buscar los elementos que le permitieran no presentar la conducta sintomática mediante un nuevo sistema de relación con sus hermanos. En esta sesión, se detectó una coalición formada por la señora Esther y su hija Elisa, ante el señor Isaac.

Para la tercera sesión terapéutica, se pretendía efectuar una breve evaluación acerca de los efectos de la intervención metafórica-paradójica de la sesión anterior, contemplando la posibilidad de que el trabajo estratégico rendía frutos al disminuir el problema por el que asistía la paciente. En esta sesión Elisa no se presentó a la cita programada. Esta situación planteó las siguientes hipótesis:

- 1.- No se había conectado adecuadamente la intervención terapéutica.
- 2.- Se consideró que los efectos terapéuticos de la sesión número dos estaban rindiendo frutos. Era muy posible que la interacción del individuo con el marco familiar estaba cambiando, comenzando a disminuir el síntoma (gritar, pegar y llorar), ante la interacción de la paciente con sus hermanos.

Ante estas dos posibilidades se consideró pertinente esperar la siguiente cita programada, teniendo como estrategia terapéutica evaluar

los efectos de la intervención metafórica-paradojica, en el sistema de interacción de la paciente. Si se confirmaba la primera hipótesis se cambiaría la estrategia terapéutica. Pero si era confirmada la segunda hipótesis se continuaría evaluando el proceso de relación de la paciente. Y para alcanzar los objetivos planteados al inicio del tratamiento se continuaría utilizando técnicas de intervención paradójica.

En la cuarta sesión, la estrategia de consulta se orientó a confirmar o desechar cualquiera de las hipótesis planteadas en la sesión número tres. Síntomas gripales en la paciente impidieron que asistiera a la escuela y por lo tanto a la consulta de psicología. Ahora -- bien, se considera que el sistema de relación de la paciente cambió. Se evaluó la presencia de la conducta problema, la cual no apareció -- en los 15 días anteriores. La secuencia de interacción que involucra -- a E.D.V. y a sus hermanos se presentaba nuevamente, la diferencia es -- tribó en que no surgió la conducta sintomática en la paciente, esto -- es, E.D.V. al observar que sus hermanos menores jugaban en lugar de -- hacer el quehacer doméstico, se comportó con más calma; aún cuando -- hacen alianza sus tres hermanos menores ante ella, esta comienza a -- mantener su jerarquía como hermana mayor, pues ahora desarrolla un -- sistema de solución del problema diferente, efectuó un conteo numé -- rico que le permitió controlarse. Una vez que se realizó la evalua -- ción de los efectos de la intervención terapéutica, la entrevista se -- orientó hacia un nuevo problema en la paciente: la imposibilidad de -- mantener conversaciones con hombres jóvenes y/o maduros. El cambio -- terapéutico se presentó por considerar que se estaba obteniendo el --

objetivo terapéutico, y se continuaría trabajando para que disminuyera o desapareciera el síntoma por el que la paciente asistía a las sesiones; así, una vez definido el problema, basándose en la información de la entrevista, se hipotetizó que E.D.V. al escuchar un programa de radio encontraba una explicación a su rígida relación con su padre, situación que había marcado la poca o nula confianza de relación en la paciente con hombres jóvenes o maduros. A lo anterior se agregó la posibilidad de que Elisa al observar las continuas agresiones entre sus padres, y las discusiones de ella con sus hermanos, se dio a la tarea de no repetir esos patrones de relación ante posibles amigos. Se planteó que Elisa no quería definir las relaciones afectivas con hombres jóvenes y/o maduros. Esta posibilidad permitió explicar el comportamiento de la paciente, por lo que se optó seguir una estrategia terapéutica paradójica. El contenido del mensaje (ver análisis de caso) explicitó que la paciente saludara como siempre lo hace, hacia sus compañeros, amigos y/o maestros y no debía hacer nada para tratar de agradar a los varones. Implícitamente el mensaje tiene un efecto paradójico, pues por vía de la oposición a la instrucción terapéutica, se permite a la paciente definir su interacción con amigos, compañeros o maestros, en términos de posibilitar a la paciente un acceso real de intercambio verbal y no verbal, que le permitiera actuar con seguridad ante los hombres. Continuando con el trabajo terapéutico inicial (disminución de la conducta síntoma), se entregó un breve mensaje paradójico a la paciente, "no se si puedas seguir así de controlada con tus hermanos", situación que plantea un nuevo desafío a la paciente, para que se oponga al mensaje del psicó-



logo, y así continúe manteniéndose con calma ante sus hermanos. De -- esto se desprende mantener una diferenciación de funciones en el sistema fraternal. Se finalizó instruyendo a la paciente a continuar -- empleando su nuevo sistema (seguir contando, incluyendo cinco números más) de solución del problema, permitiendo así mantener su propio -- control.

La estrategia terapéutica para la sesión número cinco, consistió en evaluar los posibles cambios en la paciente, en relación a sus -- compañeros, amigos y profesores (varones), con quienes no obtenía la suficiente confianza para entablar (definir) una conversación. De esta forma, la paciente explicó sus avances, señalando que había sido -- la única persona de su grupo académico, que logró pasar el exámen oral en una materia de la licenciatura que cursa, exámen que por cierto lo realizó un profesor. Se felicitó a la paciente por su capacidad académica, por su seguridad mostrada ante el exámen oral y ante -- el profesor de la asignatura. Sin ser cuestionada directamente, Elisa V. mencionó con cierta extrañeza y agrado que durante la semana -- continuamente se había sentido tranquila al estar platicando con varios -- de sus compañeros (varones). Ante esta información se valoró que el -- proceso de interacción terapéutica, permitió a la paciente definir -- nitidamente su relación afectiva e intelectual con sus compañeros y -- profesores (varones), de tal forma que la intervención directa de felicitar a Elisa por sus logros, establece la contextualización en -- la paciente de su proceso natural de interacción con hombres jóvenes, -- y maduros.

Para la sesión número seis, se procedió a evaluar en forma espe-

cifica, el alcance del objetivo terapéutico, esto es, que la paciente dejase de mostrar las conductas "histéricas", de gritar, llorar y pegarle a sus hermanos. Al realizar la entrevista, la paciente confirmó que había alcanzado las metas terapéuticas, pues señalaba que esas conductas afortunadamente ya no aparecían. Por otra parte, considera que es diferente su manera de comportarse cuando observa a sus padres reñir. Aunque se sigue desesperando, Elisa opta por salir de casa. Esta última actividad es la diferencia que observa en su conducta. La sesión finaliza invitando a la paciente a dos sesiones de seguimiento.

El resultado del trabajo terapéutico realizado en las sesiones siete y ocho, es el siguiente. La paciente deja de asistir a la sesión número ocho, es posible que se dé por dos razones: primero por ser una consulta de seguimiento y segundo por el cumplimiento de los objetivos terapéuticos. De tal forma se describen los resultados y el procedimiento estratégico, de la sesión número siete. Se evaluó la presencia o desaparición de las conductas sintomáticas, así como el tipo de relación de la paciente con su entorno familiar. La conducta sintomática desapareció en Elisa, por lo que se considera, que la metáfora que expresaba incongruencia en el sistema familiar deja de presentarse. Tomando su lugar una nueva configuración de relaciones que permitían a la paciente adoptar realísticamente su función como hermana mayor ante sus hermanos; la jerarquía familiar se torna congruente en la medida en que Elisa no presenta la conducta sintomática, y al mismo tiempo desarrolla una serie de nuevas tácticas para ejercer influencia hacia sus hermanos. Un cambio se podía vislumbrar,

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

en el sistema de solución de problemas de la paciente, obteniendo resultados satisfactorios. La relación de Elisa con sus hermanos la podía sobrellevar más efectivamente (ahora los hermanos de Elisa, -- realizan las actividades domésticas, ante la presión de no ser ayudados a realizar su tarea). La relación de la paciente con su madre es mejor y más agradable, en tanto que la vinculación con su padre se -- volvió a caracterizar por constantes discusiones, motivadas por la -- manutención económica del señor I. a otra familia. La coalición de -- Elisa y la señora Esther. se mantuvo ante el señor Isac. Para redondear el trabajo terapéutico, el psicólogo felicitó a Elisa por los -- logros obtenidos, presentando esta felicitación en el contexto de sus relaciones familiares y sociales, como signos de crecimiento, madurez y confianza en aquellas actividades que realiza.

## CONCLUSIONES

Las investigaciones de comunicación humana y paradojas, de Gregory Bateson y su equipo de trabajo, sirven como base teórica para el desarrollo de la terapia sistémica. Vertiente clínica que es retomada por diversos personajes que estudian los procesos de relación humana en crisis. Se crean así, varias orientaciones terapéuticas desde la perspectiva sistémica. La escuela estratégica, es una de ellas, orientación representada por John Weakland y Jay Haley, terapeutas que reconocen a M.H. Erickson como el precursor de esta línea de atención psicológica. Aún cuando Weakland y Haley permanecen en el mismo centro de trabajo (M.R.I.) hasta 1967, posteriormente Haley inicia un camino diferente en el campo clínico, situación que repercute en el establecimiento de dos escuelas estratégicas para el trabajo terapéutico. La orientación representada por John Weakland, Richard Fish y Paul Watzlawick, tiene como premisa encontrar la solución que se aplica al problema, por considerar que este accionar es el sistema que mantiene al problema mismo. En tanto Jay Haley y Cloé Madanes, representan a la segunda vertiente estratégica. Este modelo dirige su atención hacia el reconocimiento de la incongruencia de jerarquías familiares, que son expresadas metafóricamente por un síntoma. Ubicando este último trabajo en el contexto del ciclo vital de la persona.

De lo anterior se reconocen diferentes perspectivas de trabajo, pero encaminadas a un mismo fin, la solución del problema presentado en el menor tiempo posible. En este sentido, se advierten puntos de interés común en las dos escuelas terapéuticas. Por ejemplo, en la

táctica de planificar un caso clínico, en formular directivas, rituales y/o tareas al sujeto en crisis y a sus familiares. La creación -- de intervenciones paradójicas, es otra característica común de las -- dos vertientes clínicas.

De esta forma, en el presente trabajo, se integraron las dos escuelas terapéuticas, desarrollando así, una orientación integrativa -- de la praxis estratégica en el área clínica.

En el estudio de caso, al utilizar como marco teórico el modelo -- estratégico de terapia breve, se posibilita acceder a un proceso de -- atención psicológica, que permite obtener resultados aceptables. A -- través del reconocimiento de la secuencia de interacción familiar que organiza el problema, 1) a nivel de jerarquías incongruentes y 2) a -- nivel del sistema de solución que perpetúa el problema. Se logra de -- sarrollar la estrategia terapéutica, que permite alcanzar el objetivo de atención clínica: desaparecer la conducta sintomática en la pa -- ciente. Comportamiento que -- fué la expresión metafórica de la incon -- gruencia en las relaciones de jerarquía familiar, y conjuntamente, la solución que se utilizaba para afrontar la conducta problema, creaba -- una relación paradójica, procedimiento que perpetuaba el problema -- mismo. Una vez que se implementaron las estrategias terapéuticas en -- el momento oportuno, se posibilitó a la paciente para que se involu -- crará aceptablemente en su contexto familiar y escolar, continuando -- con su proceso natural de desarrollo, según su etapa de ciclo vital -- familiar. La jerarquía familiar se tornó congruente en su organiza -- ción, y se rompió con el orden interno de la interacción que soste -- nía el problema, creando una visión distinta en la paciente, situa --

ción que le permitió manejar la relación con su entorno familiar.

Los resultados del caso clínico se consideran como aceptables, a nivel de Cambio Tipo I pues cumplen con el objetivo de las sesiones terapéuticas: desaparecer los síntomas que presenta la paciente. El desarrollo de este trabajo no sólo incide en cambios a nivel individual, también se dan modificaciones a nivel de secuencias de comportamiento familiar.

La terapia breve estratégica, se presenta como una opción útil para el tratamiento de crisis en los individuos, procurando que en el menor tiempo posible, el sujeto salga de ese proceso de inestabilidad, y pueda continuar con sus actividades cotidianas en su entorno familiar, educativo y social.

Por otra parte, para mejorar el procedimiento de atención psicológica, se sugiere:

- 1) Crear diversas estrategias terapéuticas, para configurar un repertorio clínico particular.
- 2) Desarrollar una capacidad de observación terapéutica, ante las diferencias de comunicación en el paciente, que impliquen cambios positivos en la persona, durante el proceso de atención psicológica.
- 3) Crear un sistema de recolección de datos, utilizando categorías de información acerca del proceso terapéutico.
- 4) Tener un supervisor para el desarrollo del trabajo clínico.
- 5) Desarrollar un trabajo de seguimiento terapéutico, considerando que los cambios de comunicación en el paciente, se pueden observar con mayor claridad en amplios intervalos de tiempo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackermans, A. y Andolfi, M. (1987). La creacion del sistema terapéutico. Buenos Aires: Paidos.
- 2.- Aguilera, M.J. y Blanco, M.S. (1987). Investigacion cualitativa, características, métodos y problematica. Madrid: Centro Nacional de Recursos para la Educacion Especial.
- 3.- Andolfi, M. (1977). Terapia familiar. México: Paidos.
- 4.- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, A.M. y Nicolo, A.M. (1982). De--trás de la mascara familiar. Buenos Aires: Amorrortu.
- 5.- Andolfi, M. y Zwerling, I. (1980). Dimensiones de la Terapia Familiar. Barcelona: Paidos.
- 6.- Bateson, G. (1972). Pasos hacia una ecologia de la mente. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- 7.- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. y Weakland, J. (1972). Hacia una teoria de la esquizofrenia. En: G. Bateson, Pasos hacia una ecologia de la mente. Buenos Aires: Carlos Lohlé.
- 8.- Bertalanffy, L.V. (1968). Teoria General de los Sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- 9.- Bergman, J. (1985). Pescando Barracudas. Buenos Aires: Paidos.
- 10.- Campanini, A. y Luppi, F. (1988). Servicio social y modelo sistémico. Barcelona: Paidos.
- 11.- Elkaim, M. (1985). Formaciones y prácticas en terapia familiar. Buenos Aires: Nueva Vision.
- 12.- Fish, R., Segal, L. y Weakland, J. (1982). La táctica del cambio. Barcelona: Herder.

- 13.- Fishman, H.C. y Rosman, B.L. (1986). El cambio familiar: desarrollo de modelos. Barcelona: Gedisa.
- 14.- Haley, J. (1973). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu.
- 15.- Haley, J. (1976). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
- 16.- Haley, J. (1980). Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu.
- 17.- Haley, J. (1984). Terapia de ordalia. Buenos Aires: Amorrortu.
- 18.- Hoffman, L. (1981). Fundamentos de terapia familiar. México: Fondo de Cultura Económica.
- 19.- Keeney, B. (1983). Estética del cambio. Barcelona: Paidós.
- 20.- Keeney, B. y Ross, J. (1985). Construcción de terapias sistémicas. Buenos Aires: Amorrortu.
- 21.- Lipset, D. (1982). Gregory Bateson. El legado de un hombre de ciencia. México: Edit. Fondo de Cultura Económica.
- 22.- Madanes, C. (1981). Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.
- 23.- McGoldick, M. y Gerson, R. (1985). Genogramas en la evaluación familiar. Buenos Aires: Gedisa.
- 24.- Minuchin, S. (1974). Familias y terapia familiar. Buenos Aires: Gedisa.
- 25.- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). El arte del cambio. Barcelona: Herder.
- 26.- O'Hanlon, W. (1987). Raíces profundas. Buenos Aires: Paidós.
- 27.- Papp, P. (1983). El proceso del Cambio. Buenos Aires: Paidós.



- 28.- Selvini, M.P., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). Paradoja y Contraparadoja. Barcelona: Paidós.
- 29.- Selvini, M.P., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, M. (1988). Los Juegos psicóticos de la familia. Buenos Aires: Paidós.
- 30.- Simon, F.B., Stierlin, H. y Wynne, L.C. (1984). Vocabulario de - Terapia Familiar. Buenos Aires: Gedisa.
- 31.- Robles, T. (1990). Concierto para cuatro cerebros. México: Instituto Milton H. Erickson.
- 32.- Watzlawick, P. (1976). ¿Es real la realidad?. Barcelona: Herder.
- 33.- Watzlawick, P. (1977). El lenguaje del Cambio. Barcelona: Herder.
- 34.- Watzlawick, P. (1983). El arte de amargarse la vida. Barcelona: Herder.
- 35.- Watzlawick, P. (1986). Lo malo de lo bueno. Barcelona: Herder.
- 36.- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D.D. (1967). Teoría de la comunicación humana. Barcelona: Herder.
- 37.- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R. (1974). Cambio. Barcelona: Herder.
- 38.- Winkin, Y. (1981). La nueva comunicación. Barcelona: Kairos.
- 39.- Winkler, J. (Manuscrito no publicado). El método clínico: descripción.
- 40.- Zeig, J. (1980). Un seminario didáctico con Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu.
- 41.- Zuk, G. y Boszormenyi, I. (1967). Terapia familiar y familias en conflicto. México: Fondo de Cultura Económica.