

19
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

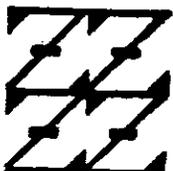
ANALISIS DE LA FUNCION DEL TERAPEUTA EN EL ENFOQUE INTERACCIONAL (PAUL WATZLAWICK)

DE ESTUDIOS
FACULTAD SUPERIORES



ZARAGOZA
SECRETARIA
TECNICA
PSICOLOGIA

UNAM
FES
ZARAGOZA



LO HEMOS HECHO
EN NUESTRA DEFENSA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LOPEZ SUASTEGUI MARTHA BEATRIZ

DIRECTOR: MTRO. ELIUD ESCOBEDO ESCOBEDO,

MEXICO D. E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

259254

1998



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.

DEDICATORIAS

- *A **DIOS**, por caminar conmigo en los instantes más difíciles y por cobijarme en todo momento.*
- 📖 *A la **U.N.A.M.**, por ser participe en mi formación profesional y por haber fomentado en mí la perseverancia y la responsabilidad; así como el de compartir tanto el fracaso como el éxito.*
- Ψ *A la **FES ZARAGOZA**, por brindarme una base sólida en mi formación; pero sobre todo por enseñarme como profesional a actuar por convicción, más no por imposición.*
- 👤 *Al **Maestro Eliud Escobedo**, por la importancia que le diste a este trabajo, porque me alentaste en las dificultades, por el espíritu de lucha que me contagiaste; y porque en cada una de estas palabras estuviste inmerso: paciencia, preocupación, experiencia, conocimiento e interés; pero sobre todo por tú confianza y tú amistad.*
- 📄 *A la **Lic. Bertha Ramos**, por sus intervenciones tan precisas, así como su tiempo, su constancia y su confianza.*
- 📖 *A la **Lic. Patricia Bañuelos, Lic. Carlos Figueroa y Lic. Alberto Patiño**, por todos aquellos comentarios que me permitieron reflexionar sobre este trabajo, y por el conocimiento que me transmitieron a lo largo del mismo.*
- 👤 *A todos mis **profesores**, por su dedicación y conocimiento.*
- 😊 *A todos mis **compañeros** a quienes tal vez no vuelva a ver, los cuales fueron una parte importante en mi desarrollo personal y profesional.*

A mis **PADRES**:

por apoyarme cuando lo necesite,
reprenderme cuando lo merecía,
felicitarme en mis logros
y llorar en mis derrotas.

Por estar conmigo en los momentos
y lugares adecuados con la mejor
disposición de enseñarme que la vida
es un trabajo permanente.

Porque siempre tuve
un hombro para llorar,
y una mano para continuar.

Por todo esto y más.

LOS QUIERO.

A mis **HERMANOS: VERO, PILY Y
DANY**, por su apoyo, comprensión y cariño,
pero sobre todo por tratar de entenderme
y por estar siempre, siempre conmigo.
LOS QUIERO.

☺ A **EVELYN** por la valentía que mostraste al desafiar a la vida.
LUIS, por la fortaleza que mostraste ante las adversidades.
Por todo aquello que me enseñaron. **LAS QUIERO.**

A **ALMA**, por tu valiosísima amistad y
estar siempre conmigo en todo lugar.
Y por la paciencia, la lealtad y la
confianza que me has tenido.
Espero Siempre Contar Contigo.

*A **PEDRO**, Por los altibajos que tuvimos,
por la amistad que ha prevalecido en
todo momento, la cual deseo conservar
por sobre todas las cosas.
Espero Siempre Contar Contigo.*

*A **MADE** y **SARA**, por todo el apoyo
que me brindaron, y por estar conmigo
en los momentos de flaqueza;
así como el compartir tantas
y tantas cosas, en las cuales
pude ver el significado de
su valiosa amistad.*

*A **ISABEL** y **YESI**, por el apoyo que
me han brindado, y por estar a mi lado.*

*A **ADA, DANIA, ESTELA, MIRYAN,
NORA SOFÍA Y SUSI.** por
el tiempo compartido y porque
en diferentes momentos hemos
estado juntas mostrandonos
confianza y amistad.*

*Y a todos aquellos que no menciono de viva voz **GRACIAS.***

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

CAPITULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA.

Cibernética.....	3
Pragmática de la comunicación humana	3
Información.....	3
Retroalimentación:	
Retroalimentación positiva.....	4
Retroalimentación negativa.....	4
Nociones básicas.....	4
Sistemas:	
Sistemas abiertos.....	8
Sistemas cerrados.....	8
Totalidad.....	8
No sumatividad.....	8
Equifinalidad.....	8
Axiomas de la comunicación:	
No es posible no comunicarse.....	10
Toda conducta tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional.....	10
La naturaleza de una relación depende de la puntuación, de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.....	11
Nivel analógico y nivel digital.....	12
Paradojas lógico-matemáticas.....	13
Definicionesparadójicas.....	13
Paradojas pragmáticas.....	13
Instruccionesparadójicas	14
Doble vínculo.....	15
Predicciones paradójicas.....	16
	17

CAPITULO II

FORMACIÓN DE PROBLEMAS

Dificultades.....	20
Problemas.....	20
Categoría de la formación de problemas:	
Más de lo mismo o cuando la solución es el problema.....	21
Las terribles simplificaciones.....	22
El síndrome de utopía.....	23
Paradojas.....	25
Teoría de los tipos lógicos.....	27
Teoría de grupos.....	27
Cambio:	
Cambio1.....	27
Cambio2.....	27
Reestructuraciones.....	28

CAPITULO III

FUNCIONES DEL TERAPEUTA.

Entrevista inicial.....	33
Postura del paciente.....	35
Capacidad de maniobra.....	36
Marcos semánticos de referencia.....	37
Marcos políticos de referencia.....	37
Comunicación múltiple en terapia sistémica.....	38
Ruido significativo.....	40
Estrategias para la organización de la terapia.....	44
Connotación positiva.....	48
Planificación del caso.....	48
Intervenciones.....	50
Intervenciones principales:	
El intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.....	51
El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.....	53
El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.....	54
El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.....	54
La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.....	55
Intervenciones generales:	
No apresurarse.....	56
Los peligros de una mejoría.....	57
Un cambio de dirección.....	57
Como empeorar el problema.....	58
La terminación del tratamiento.....	59
La terminación del tratamiento cuando el problema ha sido resuelto.....	59
La terminación del tratamiento sin que el problema haya sido resuelto.....	62

CAPITULO IV

CASO CLÍNICO.

Ficha de identificación.....	67
Primera sesión.....	68
Segunda sesión.....	69
Tercera sesión.....	72
Cuarta sesión.....	74
Análisis de las sesiones de trabajo.....	75

CONCLUSIONES.....	77
-------------------	----

DISCUSION.....	79
----------------	----

ANEXO.....	80
------------	----

BIBLIOGRAFÍA.....	82
-------------------	----

INTRODUCCIÓN

Hoy en día es común hablar de sistemas. La tendencia general de las ciencias, de la computación a la sociología y la historia, pasando por la ecología y la genética, es a conceptualizarse no ya desde un punto de vista mecanicista de causa y efecto (pensamiento lineal), sino desde una perspectiva que abarque las relaciones múltiples entre los elementos y factores involucrados en cada disciplina (pensamiento circular).

Sin embargo, aunque bien podría pensarse que esto es solamente producto de la tecnología y los avances del siglo XX, los orígenes de la teoría de sistemas se remontan muy atrás; Ludwing von Bertalanffy (1928) menciona que ya la psicología estática griega concibe un alma corporal armónica cuyas partes de acuerdo con Platón (427-347 A. C.) son: la razón (Logistikon), la emoción (Thimoxidis) y la catexia (Epithimidikon), y que autores tales como Nicolás de Cusa, Giovanni Battista Vico, Marx y Hegel entre otros, lo antecedieron con sus teorías para llegar a la conceptualización de la Teoría General de los Sistemas, en el sentido más estricto procura derivar, partiendo de una definición general de "sistema" como complejo de componentes interactuantes, conceptos característicos de totalidades organizadas, tales como interacción, suma, mecanización, centralización, competencia, finalidad, etcétera; y aplicarla entonces a fenómenos concretos. Nicolás de Cusa con la postulación "Con la coincidencia de los opuestos en Dios en tanto que infinito", Vico con su "doctrina de los ciclos culturales de apogeo y decadencia en constante retorno" y Marx y Hegel con su "dialéctica materialista".

Así también, dentro de la psicología, el modelo sistémico de terapia familiar surge de una nueva forma de apreciar una conducta patológica o mal sintomático con respecto al modelo psicodinámico y al modelo médico que consideran al mal sintomático de una persona como una mal función debida a causas biológicas o fisiológicas, o a un acontecimiento reprimido del pasado (etiología lineal). Este modelo sienta sus bases teóricas en la cibernética que es el principio de retroalimentación o de líneas causales circulares, que proporcionan mecanismos para la persecución de metas y el comportamiento autocontrolable. (Hoffman, L., 1987).

El cambio epistemológico del enfoque sistémico a las demás ciencias (la visión mecanicista-causal de los fenómenos) cambia para adquirir una

visión sistémica, circular y recurrente. Esto significa que el terapeuta debe ser capaz de considerar a los miembros de la familia como elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional alguno sobre el conjunto. Es decir; que la conducta de un miembro de la familia influye inevitablemente sobre la de los otros y este a su vez es influido por los demás, actúa sobre el sistema pero es influido por las comunicaciones que provienen del mismo sistema. (Maruyama, 1963). Y es con Gregory Bateson (1958) y su metáfora tras el espejo que apoyaron el creciente desencanto de la visión lineal e histórica de los males sintomáticos. Si alguien veía una persona con una aflicción psiquiátrica en una clínica, fácil sería suponer que esa persona padecía un desorden intrapsíquico surgido de su pasado. Pero si se veía a esa misma persona con su familia, en el marco de las relaciones diarias se empezaba a ver algo totalmente distinto. Empezaban a verse las comunicaciones y comportamientos de todos los presentes, componiendo muchos rizos causales circulares que avanzaban y retrocedían, siendo el comportamiento de la persona afligida tan solo una parte de una danza general recurrente. (Hoffman, 1987).

La idea central de esa hipótesis es que cada grupo natural con historia, en los que la familia es fundamental, forma un cierto lapso mediante una serie de ensayos, intercambios y retroalimentaciones correctivas, experimentando así lo que está y no está permitido en la comunicación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que sostiene por medio de reglas que le son peculiares. Estas reglas se refieren a los intercambios que se suceden en el grupo natural, y que tienen el carácter tanto de nivel verbal como de no verbal. Siguiendo esta hipótesis se llega a otra: Las familias que presentan conductas tradicionalmente diagnosticadas como patológicas en uno o más de sus miembros se rige por un tipo de relaciones y por ende, de normas peculiares de ese tipo de patologías y, por tanto, las conductas comunicación como las conductas-respuesta tendrán características tales que permiten mantener las reglas así como las relaciones patológicas. (Kenney y Ross, 1985).

Existen tres modelos en los que se encuadran a diferentes aproximaciones de la Terapia Familiar Sistémica:

- 1.- **Conductual:** Teoría de la Comunicación.
Terapias Breves Mental Research Institute (MRI)
trabaja con el sintoma problema sin atender el

sistema.
Terapia de tipo Ericksoniano.

2. -**Estructural:** Estructural (Minuchin, S.) Atiende la estructura de la familia.
Estratégico (Haley, J.) Atiende la función de las jerarquías.
Roma (Desafíos y Mitos Familiares)
Atiende la paradoja que interviene en el problema.
Atiende el juego familiar.
3. - **Contextuales:** Milán (Paradoja y Juegos Familiares)
Ackerman (Papp, S., Silvertini)
Andolfi Atiende el desafío que mantiene el sistema.
- Brúcelas (Historia) Mapas del mundo que ha trazado y el mapa oficial que la familia ha trazado.
- Oslo Sistema Unido (Sistema familiar y terapéutico).

De esta manera el presente trabajo se analiza el enfoque Interaccional el cual tiene sus orígenes en campos tales como la ingeniería de comunicaciones, la cibernética además de la antropología y la teoría de los sistemas.

A partir de 1945 año en el cual se publicaron los primeros trabajos de Wiener y Rosenblueth, de Shannon y Weaver, y de von Bertalanffy proliferó una producción científica vasta y multifacética. Por una parte se desarrollo la teoría de la información centrada en el estudio de las condiciones ideales para la transmisión de información y las perturbaciones de los sistemas artificiales de comunicación. Por otra parte, se expandió el campo de la comunicación de masas centrada en el estudio de las características y los efectos de los medios de comunicación masivos. Finalmente y nutriéndose de las contribuciones del antropólogo Gregory Bateson y de diversos investigadores

del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California, USA; se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional centrado ya no en el estudio de las condiciones ideales de comunicación, sino en el estudio de la interacción tal como se da entre los seres humanos.

Estos últimos desarrollos presentan un curso comparativamente tortuoso. Y no es extraño que haya sido así; cuando se aprende un lenguaje nuevo cuya estructura es cualitativamente distinta, la que se conoce se debe reemplazar no sólo de vocabulario sino también un conjunto de reglas de construcción que en muchos casos importa una modificación de las operaciones perceptuales y conceptuales.

Comenzar a estudiar los fenómenos de la comunicación humana desde el punto de vista pragmático significa no solo la apertura de un nuevo campo, sino también la dura tarea de "desaprender" mucho de lo aprendido: El observar desde una nueva perspectiva y pensar con una nueva lógica los fenómenos ya estudiados por la psicología tradicional exige el esfuerzo simultáneo de luchar en contra de la contaminación por parte de los hábitos previos de pensar y percibir. (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1991).

En este cambio de visión la **función del terapeuta** es importante ya que es éste el que va a marcar la pauta para el cambio terapéutico.

La razón general de esta investigación se centra en el compromiso profesional de introducir un posible acercamiento sobre las funciones que deben realizarse en las sesiones de terapia y ¿cómo? es que el terapeuta debe considerar el "problema", para la búsqueda de "soluciones". Así como también el de obtener una formación teórica, para posteriormente llevar a cabo la psicoterapia y poder fusionar la teoría con la práctica. Esta investigación no pretende ser exhaustiva, ni pretende ofrecer una visión epistemológica de la aproximación terapéutica; sino cambio ofrecer una perspectiva filosófica que permita entender de manera general las bases teóricas propias del enfoque.

La razón general de esta investigación se centra en el compromiso profesional de introducir un posible acercamiento sobre las funciones que deben realizarse en las sesiones de terapia y ¿cómo? es que el terapeuta debe considerar el "problema", para la búsqueda de "soluciones". Así como también el de obtener una formación teórica, para posteriormente llevar a

cabo la psicoterapia y poder fusionar la teoría con la práctica.

En el **Capítulo I** se analizan los **Fundamentos Teóricos** de la **Terapia Familiar Sistémica**, así como lo propio del **enfoque Interaccional**; el cual pretende acercarse a la fundamentación filosófica que enmarque la posición interaccional de la aproximación, de Paul Watzlawick.

En el **Capítulo II** se analiza la **Formación de Problemas**, en el cual se plantea la interdependencia de la persistencia y el cambio; haciendo una diferenciación entre dificultades y problemas. A su vez, plantea algunas interrogantes para definir el "problema" y poder abordarlo terapéuticamente.

En el **Capítulo III** se analizan las **Funciones del Terapeuta**; que ofrece un bosquejo de los elementos fundamentales para la construcción de la terapia y algunas de las posibles intervenciones que el terapeuta pueda emplear en sus sesiones de trabajo.

En el **Capítulo IV** se analiza un **Caso Clínico**, de únicamente cuatro sesiones de trabajo; bajo los lineamientos de Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono (Saptel), que pretende ilustrar el acercamiento teórico y práctico entre la teoría y la práctica, haciendo un somero análisis sobre algunos de los conceptos que se desarrollarían a lo largo de los tres primeros capítulos.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

*La terapia familiar
ha sido, y sigue
siendo, una asombrosa
Torre de Babel; las
personas que están en
ella hablan muchas lenguas
diferentes.
Lynn Hoffman.*

El Modelo Sistémico de Terapia Familiar surge de una nueva forma de apreciar una conducta patológica o un mal sintomático con respecto al modelo psicodinámico, el cual es una teoría de los procesos intrapsíquicos que deja de lado las interdependencias entre el individuo y su medio.

El enfoque Interaccional, al cual pertenece Paul Watzlawick tiene sus fundamentos en la teoría general de los sistemas (Ludwing Von Bertalanffy, 1968), en la cibernética (Norbert Wiener, 1948) y en la antropología cultural sistémica (Gregory Bateson, 1979).

La idea general de sistemas fue introducida por Bertalanffy (1968), autor de la cibernética, la ingeniería de sistemas y el surgimiento de campos afines. Si bien al término "sistema" no se le hizo mucho hincapié en lo que respecta a la historia del concepto. Hubo una que otra obra preliminar en el terreno de la Teoría General de los Sistemas. Los "Gestaltens Físicas" de Köhler (1924) apuntaban en ésta dirección pero no encaraban el problema en generalidad plena y restringía el tratamiento a Gestaltalten en física. En una publicación posterior Köhler (1927) planteo el postulado de una teoría sistémica encaminada a elaborar las propiedades más generales de los sistemas inorgánicos. No obstante la necesidad y factibilidad de un enfoque de sistemas resulto por necesidades del hecho de que el esquema mecanicista de vías causales son aislables y el

tratamiento mecanicista resultaba insuficiente para enfrentarse a problemas teóricos, y a los problemas prácticos planteados por la tecnología moderna. Su factibilidad quedó en claro gracias a distintos adelantos teóricos, epistemológicos, matemáticos, etcétera, que aún que diferentes balbuceos, los volvieron progresivamente realizables.

Cybernetics de Norbert Wiener apareció en 1948, como resultado de los adelantos entonces recientes en la tecnología de las computadoras, la Teoría de la Información y las máquinas autorreguladoras. Aparecieron casi al mismo tiempo tres contribuciones fundamentales. La cibernética de Wiener (1948), La Teoría de la información de Shannon y Weaver (1949) y la teoría de los Juegos de von Newman y Morgenstern (1947).

Wiener llevó los conceptos de cibernética, como retroalimentación e información mucho más allá de los campos de la tecnología generalizándolos en los campos biológicos y sociales.

Y es con los estudios de Gregory Bateson en donde se empieza a dar una visión diferente a la lineal causa-efecto (C-E), ocasionando un cambio epistemológico del enfoque sistémico a las demás ciencias (mecanicista-causal), cambia para adquirir una visión sistémica y circular basada en la epistemología cibernética. Entendiendo epistemología como una teoría general que se ocupa de las reglas de la cognición humana, procura establecer de que manera los organismos piensan y deciden, la idea central de la epistemología es de circularidad. Bateson arguye que es necesario un nuevo lenguaje, un cambio epistemológico para describir lo que ocurre en el mundo de las formas vivas, ya que en el no sólo la fuerza actúa, sino también la información y las relaciones no importantes, este cambio epistemológico significa transformar la propia manera de vivenciar el mundo; así también introduce la idea de que la familia puede ser análoga a un sistema homeostático cibernético, basándose en la analogía cibernética. (Hoffman, L., 1987).

"La lectura cuidadosa de la obra de Bateson indica a las claras que a su juicio, la cibernética podría proporcionar una base epistemológica y un lenguaje apropiado para referirse al cambio personal y social. Así pues, comprender a Bateson exige comprender la cibernética; y esto es con frecuencia difícil, ya que la ciencia social (incluida la terapia familiar) ha

sido corrompida por múltiples interpretaciones erróneas de ésta disciplina". (Keeney, B., 1991).

Un análisis epistemológico muestra que la noción epistemológica dominante en el campo de la terapia familiar ha sido la lineal progresiva, una epistemología recurrente (recursiva), pone acento en la relación y los sistemas totales, se propone ser congruente con la interrelación, la complejidad y el contexto. De tal manera que desde esta perspectiva el síntoma forma parte lógica organizativa. El terapeuta que trabaja con este enfoque "habla el lenguaje del cliente", su particular modalidad de comunicación sintomática, de modo que la comunicación sintomática siempre modifica el rumbo del cambio terapéutico. (Keeney, B., 1991).

En este contexto la cibernética se ha convertido en el principal instrumento para el estudio de cuestiones epistemológicas.

La Cibernética se debe entender como el propósito de desarrollar una lengua y unas técnicas que permitan no solo encarar los problemas más generales de comunicación y regulación, sino además establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares por conceptos. (Bateson, G., 1982).

Epistemología Cibernética: pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías. En la cibernética cualquier cosa es "real". Las descripciones que se hacen de la pauta no pueden designarse como metáforas derivadas de un mundo material.

Pragmática de la comunicación humana: La ciencia de los modos como cada persona influye en los otros mediante el carácter del mensaje de su propio comportamiento, los modos como cada uno confirma o descalifica a otro en su relación con él.

Las nociones básicas que propone este enfoque son las de **función y relación:** En el que la función es la relación entre variables de modo que a cada valor de una de ellas corresponda determinado valor de la otra.

La **información**: se da a través de un proceso de energía a información; la **retroalimentación**: se define como el retorno de la información para formar un lazo de control cerrado Wiener (1954-1967) lo definió así: "La retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño pasado". (Wiener, 1981).

Existen dos tipos de retroalimentación:

1. La **retroalimentación positiva** que lleva al cambio; es decir, a la pérdida de estabilidad y equilibrio. En este caso la misma información actúa como medida para aumentar la desviación de la salida y resulta positiva en relación con la tendencia hacia la inmovilidad o la **desorganización**.
2. La **retroalimentación negativa** caracteriza la homeostasis (estado constante) por tanto, desempeña un papel importante en el logro en el mantenimiento de la estabilidad de las relaciones. En esta retroalimentación, la información se utiliza para disminuir la desviación de la salida con respecto a una norma establecida de ahí el adjetivo de negativa. "Sucesión circular de acontecimientos causales, con un eslabón en cierto lugar de esa cadena, en virtud del cual cuanto mayor cantidad de determinada cosa hay en el circuito menor habrá de la siguiente" (Hoffman, L., 1987).

La retroalimentación negativa mantiene la estabilidad de las relaciones.

Homeostasis: es el término utilizado para analizar de que manera los procesos de cambio llevan a la estabilidad. Conviene aclarar ahora que es inexacto concluir que la retroalimentación negativa es deseable y la positiva desorganizante.

En los sistemas familiares se da la **homeostasis** que plantea dos definiciones:

1. Como fin o estado, específicamente la existencia de cierta constancia frente al cambio (externo) y
2. Como un medio: los mecanismos de retroalimentación negativa que

intervienen para minimizar el cambio.

En la actualidad resulta más claro referirse al estado constante o a la estabilidad de un sistema, que en general se mantiene mediante mecanismos de retroalimentación negativa". (Watzlawic, P., Beavin, J., Jackson, D., 1991).

El proceso de **morfostásis**, significa que el sistema debe mantener constancia ante las contingencias ambientales. Los cambios en la morfostasis pretenden mantener la estructura del sistema; y esto se logra por medio del proceso activado por error, conocido como retroalimentación negativa.

El proceso de **morfogénesis**, según el cual a veces un sistema debe modificar su estructura básica; es decir, los cambios para mantener la estabilidad alteran la estructura del sistema este proceso abarca la retroalimentación positiva o secuencias que actúan para amplificar la desviación. Un ejemplo de este proceso se encuentra en los casos de mutaciones que permiten a una especie adaptarse a condiciones ambientales modificadas. (Haley, 1980).

Los procesos **morfostáticos** y **morfogénicos** conllevan nuevamente a los procesos de retroalimentación positiva y negativa. Tal como se han descrito aquí los tipos de retroalimentación -la que favorece y la que inhibe el cambio- parecieran tener funciones opuestas. La retroalimentación negativa es conservadora y promueve el status quo; la positiva es radical y promueve la novedad. A este respecto Buckley (1968) hace una aclaración importante, dice que "no sabemos a ciencia cierta si la resultante mantendrá, cambiará o destruirá al sistema dado o a sus estructuras particulares" (Hoffman, L., 1987).

Metacomunicación: Es la comunicación sobre la comunicación. La confusión entre comunicación y metacomunicación producen inevitablemente paradojas, porque estas dos modalidades de la comunicación pertenecen a tipos lógicos diferentes. En la esfera de la interacción personal, la metacomunicación sirve siempre para señalar el contexto, este contexto determina como debe entenderse y evaluarse la conducta. Sólo mediante la metacomunicación puede clasificarse si dos

partes interactuantes están simplemente representando el rol de adversarios o si lo asumen en serio y la situación puede implicar un posible combate de vida o muerte. Todos los modos existentes de comunicación pueden utilizarse como modalidades de metacomunicación en el nivel interpersonal. Esto significa que cualquier tipo de conducta comunicativa, (el gesto, el lenguaje, la expresión del rostro, etcétera) tiene la capacidad de comentar la información que se está transmitiendo. Bateson y cols., (1955). "Destacaron por primera vez la enorme importancia de diferenciar la comunicación de la metacomunicación en la interacción personal. (Hoffman, L., 1987).

Redundancia: Se refiere a la reiteración de determinados hechos, fenómenos o conductas. La totalidad de la redundancia, en otras palabras, todas las conductas familiares que se repiten con regularidad presentan una estructura, es decir, una configuración dentro de la dimensión del tiempo. La observación de las redundancias que se manifiestan en la interacción familiar permiten reconocer relaciones recíprocas específicas (reglas) entre las partes interactuantes, por ejemplo siempre que **A** actúa de determinada manera, **B** reacciona de determinada manera. Esto no debe verse como una cadena causal en la que **A** es la "causa" de que **B** reaccione de ese modo sino, como un enlace de conductas en el contexto de una configuración o estructura más amplia, en la teoría de los sistemas y la teoría de información, el concepto de redundancia se define de un modo un tanto diferente. En estas teorías la redundancia se refiere al total de unidades informativas de un mensaje que no alteran el contenido de este y a las estructuras de un sistema dinámico que no influyen en el funcionamiento del sistema en su conjunto. La redundancia sirve para reducir la entropía y asegurar la función específica de los conductores de información (por ejemplo, la transmisión de información por medio de dos canales), de modo que a pesar de la existencia de perturbación en la transmisión de información, el receptor puede igual descifrar el mensaje. (Hoffman, L: 1987).

Entropía: Es una medida aproximada de la desorganización y el desorden, o la falta de un modelo en la estructuración de un sistema. La entropía negativa, o negentropía se refiere al grado de orden u organización de un sistema cerrado. (Bateson, G., 1982).

Sistema: es la unidad formada por elementos en constante interacción que se autorregulan dentro de una circularidad una totalidad que incluye el crecimiento y la diferenciación, organización coherente y generalizada por relaciones recursivas.

En el modelo interaccional Hall y Fagen (1967) definen un sistema como:

"Un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos".

En él los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades del objeto y las relaciones o pautas que mantienen unido al sistema.

Teniendo en cuenta que el medio es importante: Hall y Fagen (1956), definen "Para un sistema dado, el medio es el conjunto de todos los objetos cuyos atributos al cambiar afectan al sistema y también aquellos objetos cuyos atributos son modificados por la conducta del sistema". (Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson. D., 1991).

Esto sugiere la pregunta: ¿Cuándo un objeto pertenece al sistema y cuándo al medio?.

En cierto sentido, un sistema junto con su medio conforma el universo de todas las cosas de interés en un contexto dado. De tal manera que la subdivisión da ese universo en dos conjuntos, sistema y medio, pueden afectarse de muchas maneras arbitrarias. La definición de sistema y medio hace evidente que cualquier sistema dado puede ser subdividido a su vez en sistemas.

Esta manera de concebir al sistema y el medio ambiente forman parte de la epistemología cibernética donde la distinción entre sistema y subsistema está dada por un modo particular de puntuar los fenómenos; el modo particular en el que el observador interprete las secuencias de sus hechos y su manera de trazar las distinciones será la que delimite lo que forma el sistema y el medio.

La flexibilidad de este concepto de sistema-medio, o sistema-subsistema explica en considerable medida la eficacia de la teoría de los sistemas generales para estudiar los sistemas vivos (orgánicos), ya sean biológicos, psicológicos o interaccionales. (Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D., 1991).

Existen dos tipos de **sistemas abiertos y cerrados**:

Los sistemas **abiertos** son orgánicos, puesto que intercambian materiales, energía o información con su medio.

Un **sistema cerrado** no importa o exporta energía en cualquiera de sus formas (información, calor, etcétera) por lo cual no hay cambio de componentes.

Esta distinción entre sistemas cerrados y abiertos ha permitido deshacerse de las teorías basadas en la física o la química clásica. Ya que los sistemas vivientes tienen tratos cruciales con su medio, las teorías explicativas que pretendían describirlos como sistemas cerrados son inoperantes. (Hoffman, L., 1987).

Como los sistemas familiares son los que pretenden describirse aquí, se mencionaran a continuación las propiedades de los sistemas abiertos, tal como se aplican en la interacción.

La categoría de **totalidad** indica que cada una de las partes del sistema está relacionada de tal modo con las otras, que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total. "Un sistema no solo se comporta como un simple compuesto de elementos independientes sino como un todo inseparable y coherente". (Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D., 1991).

De tal manera que debe quedar clara la característica de **no sumatividad**. Ya que si las variaciones de una de las partes no afecta a las otras o la totalidad, entonces dichas partes son independientes entre sí. En consecuencia no puede entenderse como la suma de sus partes porque el análisis formal de segmentos del sistema destruiría al sujeto mismo del

estudio.

Desde la perspectiva de la cibernética se ha comprobado que la relación circular altamente compleja constituye un fenómeno distinto de las nociones causales de la relación. Así que la manera en que se relacionan los elementos de un sistema es mediante la retroalimentación.

En el principio de **equifinalidad**, el cual mantiene la estabilidad de los sistemas abiertos esta basado en su independencia con respecto a las condiciones iniciales, entonces "no sólo condiciones iniciales distintas pueden llevar a un mismo resultado final sino que diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas causas". (Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D., 1989).

Dentro de los sistemas abiertos se puede considerar a la familia que esta constituida por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y el exterior, que van a llevar a una transformación ya que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extra familiar adaptándose a las diferentes etapas de desarrollo que enfrenta.

Después de la revisión que se dio acerca de las nociones básicas de los planteamientos del modelo interaccional, a continuación se revisará el estudio de la interacción, tal como se da entre los seres humanos.

La importancia fundamental del contexto en que tiene lugar toda comunicación humana es una adquisición reciente de la indagación social y psicológica. Frases, relaciones, actitudes, estados de ánimo, asumen un significado respecto de una situación específica, o sea, de las circunstancias particulares que en un preciso momento circunden a una o más personas van a influir en su comportamiento, dando un significado totalmente distinto, hasta llegar a considerarse anormal, insensato, malvado, absurdo, delictivo, etcétera. (Kriz, J., 1990).

Se ha establecido que los individuos en su lapso social, en su interacción con otros seres humanos utilizan como vehículo de esa interacción la comunicación. De tal manera que se explicitan a continuación los axiomas pragmáticos y perturbaciones de la comunicación; con el fin de

comprender más cabalmente de que modo los sistemas humanos interactúan entre sí.

AXIOMAS DE LA COMUNICACIÓN

NO ES POSIBLE NO COMUNICARSE

Este axioma se basa en la propiedad básica de la conducta la cual indica que es imposible no comunicarse. Una conducta dentro de una relación interhumana es comunicación. Guardar silencio ante una pregunta puede ser muy elocuente: Puede significar diversas cosas pero siempre significa comunica algo.

Las **perturbaciones** de la comunicación, basadas en este axioma se encuentran sobre todo en el terreno de la esquizofrenia (autores como: Bateson et al; 1956; Haley, 1978; Laing, 1977) coinciden con Watzlawick et al, en que el esquizofrénico se comporta como si intentara no comunicarse.

Pero el comportamiento de cada individuo como ya se indicó, implica una comunicación, ya que el sinsentido, el sentido, el silencio, la inmovilidad, constituyen una forma de comunicación.

Por ejemplo, para sustraernos de una situación apremiante en que otro procura interrogarnos o reinterpretar nuestros propios enunciados no tenemos más salida que alejarnos, declarar de manera explícita que no queremos seguir hablando, desvalorizar los enunciados, "generar síntomas".

TODA CONDUCTA TIENE UN ASPECTO DE CONTENIDO Y UN ASPECTO RELACIONAL

El aspecto **relacional** de un mensaje transmite información y por ende, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Puede referirse a cualquier cosa que sea comunicable al margen de que la información sea verdadera o falsa, válida, no válida o indeterminable.

El aspecto **conativo** se refiere a que tipo de mensaje se refiere que es, y por ende, en última instancia a la relación entre los comunicantes. (Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D., 1991)

Las **perturbaciones** de la comunicación que se basan en este axioma se producen a menudo como contaminación de los niveles contextual y de contenido. Para sobrellevar una controversia sobre una cuestión objetiva, por ejemplo, es preciso estar de acuerdo en el nivel contextual, o sea, que uno tiene que estar de acuerdo en estar en desacuerdo. Si una de las partes o las dos cuestionan esto, el resultado puede ser una gran confusión. Otras perturbaciones se generan cuando los comunicadores no se confirman entre sí las definiciones contextuales que van implícitas en cada enunciado, sino que atribuyen al otro, por motivos diferentes. Laing, Phillipson y Lee (1971), se ocuparon del aspecto de "percepción interpersonal" proporcionan un ejemplo el cual pone en evidencia la complejidad de las estructuras de expectativa de interpretación recíproca:

"Un hombre siente que su esposa no lo comprende ¿qué significa esto?" Tal vez que él piensa...que ella piensa que él es cruel, cuando sólo pretende mostrarse firme, o que es egoísta, cuando en definitiva es que no quiere ser explotado como un individuo débil. Tal vez su esposa perciba que él piensa que ella piensa que él es egoísta cuando todo lo que ella quería es moverlo a ser un poquito menos reservado. Posiblemente ella piensa que él piensa que ella piensa que él es cruel, porque ella percibe que el recibe siempre como un reproche todo lo que ella dice...". (Kriz, J., 1990).

LA NATURALEZA DE UNA RELACIÓN DEPENDE DE LA PUNTUACIÓN DE LAS SECUENCIAS DE COMUNICACIÓN ENTRE LOS COMUNICANTES

Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una **secuencia** interrumpida de intercambios. De tal manera que él puede describir los hechos según su percepción y experiencia, asignando un hecho a una u otra categoría de acciones. La **puntuación** organiza los hechos de la conducta y resulta vital para las interacciones en marcha. La puntuación es el modo en que un individuo interpreta una secuencia de

hechos.

Tomando en cuenta el axioma 1 en toda situación producen conductas los dos o más participantes de una comunicación. Por eso para una conducta *a* de *A* se puede descubrir una conducta *b* de *B* que la precede (y a la inversa). Se introduce una puntuación cuando esta serie infinita de conductas es descompuesta en partes y es, así, estructurada de un modo determinado. La "secuencia" *...a-b-a-b-a-b-a...* se puede articular en *...a-b/a-b/a-b/a...*, pero también en *...a/b-a/b-a/b-a/...* adquiere importancia cuando estas articulaciones son objeto de interpretación causal: en la primera puntuación, *b* aparece causado por *a*, en la segunda *a* causado por *b*. Eligen como ejemplo de al refunfuño de una esposa *A*, mientras que *b* es el retraimiento de su marido *B*, *A* explica como reacciona a *b*, y *B* explica como reacciona a *a*.

Las **perturbaciones** de la comunicación que se basan en este axioma, se pueden observar en el ejemplo anterior. Además de la interpretación causal existe otro fenómeno que puede dar lugar a perturbaciones, "la profecía que crea las bases para su propio cumplimiento", por ejemplo, si una persona cree que otros le tienen coraje, las tratará con tanta desconfianza, que estos se comportaran de manera "sospechosa", Y la persona lo tomara como confirmación de su conjetura. (Kriz, J., 1990).

EXISTE UN NIVEL ANALÓGICO Y DIGITAL EN LA COMUNICACIÓN

El lenguaje **digital** cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones. La comunicación **analógica** es la comunicación no verbal, lo que viene siendo la postura, la expresión, el ritmo, los gestos, entre otras manifestaciones no verbales de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción; en tanto que la comunicación digital se va a dar a través de la palabra (lenguaje). (Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D., 1991).

Las **perturbaciones** de la comunicación que dan lugar en este axioma responden con frecuencia a los problemas de traducción. En un trabajo sobre perturbaciones de la comunicación Bateson y Jackson (1964) formularon la hipótesis de que los síntomas histéricos serían una retraducción de material digital en analógico, por ejemplo, un dolor de cabeza que se adujo verbalmente para librarse de un requerimiento, pasa a ser después una realidad subjetiva y se produce en efecto. (Kriz, J., 1990).

Estos axiomas por así decirlo constituyen la base de la teoría de doble vínculo la cual se revisará posteriormente.

Una **paradoja** se puede definir como "una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes".

Watzlawick divide a las paradojas en tres tipos:

1. Paradojas lógico-matemáticas (antinomias)
2. Definiciones paradójicas (antinomias semánticas)
3. Paradojas pragmáticas (instrucciones paradójicas y predicciones paradójicas)

Las cuales corresponden a la sintaxis lógica, a la semántica, a la pragmática.

PARADOJAS LÓGICO MATEMÁTICAS

Las "**antinomias**" se utilizan a veces como equivalente de "paradoja", pero su empleo se limita a las paradojas que surgen en sistemas formalizados tales como la lógica y las matemáticas. La paradoja más famosa en este grupo se refiere a "La clase de todas las clases que no son miembros de sí mismas". La cual se basa en las premisas siguientes: Una clase es la totalidad de todos los objetos que poseen una determinada propiedad; cualquier aseveración según la cual un objeto pertenece simultáneamente a ambas clases constituirá una simple contradicción, pues nada puede ser un objeto y no serlo al mismo tiempo. La existencia de esta

contradicción demuestra simplemente que se ha violado una ley básica de la lógica. Pasando un nivel lógico superior en la cual vemos que clases pueden ser miembros de sí mismos o no. Por ejemplo: "La clase de todos los conceptos es evidentemente un concepto en sí misma, mientras que en nuestra clase de gatos no es en sí misma un gato".

Vemos en este segundo nivel, que el universo se puede dividir en dos clases, las que son miembros de sí mismas y las que no lo son. "Toda aseveración según la cual una de estas clases es y no es miembro de sí misma implicaría una simple contradicción, que puede dejarse de lado sin mayores complicaciones". (Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D., 1991).

DEFINICIONES PARADÓJICAS

El ejemplo de la clase de todos los conceptos constituye un puente que permite pasar de las paradojas lógicas. Tenemos entonces que: "concepto" en el nivel inferior (miembro) y "concepto" en el nivel superior siguiente (clase) no es idénticos. El mismo nombre "concepto", se utiliza en ambos casos creando una ilusión lingüística de identidad para evitarlo se deben emplear los indicadores de tipo lógico cada vez que surja una confusión de niveles.

PARADOJAS PRAGMÁTICAS

Las paradojas pragmáticas se originan de las paradojas lógico-matemáticas y de las definiciones paradójicas y son su traducción relacional. Lo más frecuente es una orden, una imposición que exige una conducta espontánea por naturaleza. El que recibe un mensaje como "se espontáneo" no puede obedecer sin perder, precisamente, esa espontaneidad que se prescribe y los efectos pragmáticos pueden variar de intensidad desde una ligera molestia hasta verdaderas y trágicas trampas relacionales, según la importancia de la necesidad que expresen.

La posición insostenible es clara en estos ejemplos: "Debería amarlos más" "De vez en cuando, deberías decirme espontáneamente alguna frase simpática", "Tendría que sentir más a menudo el deseo de verte".

La orden paradójica no se dirige necesariamente a otra persona, el mensaje puede ser enviado por el sujeto a sí mismo, sin que tenga conciencia de ello.

El que sufre de insomnio o de trastornos sexuales, se encuentra a menudo en esta situación cuando intenta provocar voluntariamente un fenómeno espontáneo por naturaleza.

INSTRUCCIONES PARADÓJICAS

En la vida cotidiana se pueden dar indicaciones paradójicas. Es decir, insostenibles lógicamente. Un ejemplo puede ser: Que se le pide a la persona A "¡se espontánea!". La espontaneidad se define en principio por el hecho de no ser deliberada, aquella petición no puede ser acatada, por que sí A lleva a cabo la petición, no es espontánea. En el momento en que la persona A acata o acepta llevar a cabo la petición ya ha perdido.

Los efectos de la paradoja en la interacción humana fueron descritos por vez primera por Bateson, Jackson y Weakland en 1956. Este grupo de investigadores enfoca el fenómeno de la comunicación esquizofrénica diferente a las hipótesis anteriores que consideraban a la esquizofrenia como un trastorno intrapsíquico, que afecta secundariamente las relaciones del paciente con las demás personas, y eventualmente las de éstas con él. Bateson et al, (1956) adoptaron el enfoque contrario y se preguntaron que secuencias de la experiencia interpersonal provocarían una conducta capaz de justificar el diagnóstico en la esquizofrenia supusieron que el esquizofrénico "debe vivir en un universo donde las secuencias de hechos son de tal índole que sus hábitos comunicacionales no convencionales resulten en cierto sentido adecuados". Esto los llevó a postular e identificar ciertas características esenciales de tal interacción, creando el término doble vínculo. El doble vínculo se da cuando:

- Dos o más personas mantienen entre ellas una relación que para una o para todas tiene una elevada importancia vital psíquica y/o física. Las situaciones en las que las relaciones intensas no se limitan a la vida familiar; sino que se extienden a situaciones de amor, enfermedad, etcétera.

- En este contexto, se da un mensaje que esta estructurado de tal modo: a) afirma algo; b) afirma algo de su propia afirmación y c) ambas afirmaciones son mutuamente excluyentes. Así si el mensaje es una instrucción es necesario desobedecerlo para obedecerlo, en el caso de una definición de "yo" o "tú" la persona definida es sólo si no es, y a la inversa.
- Se impide que el receptor del mensaje se evada del marco establecido de ese mensaje, sea metacomunicándose (comentando) sobre el o retrayéndose. Aunque carece de sentido lógico, la comunicación es una realidad pragmática. Es imposible no reaccionar a ella, pero es imposible también dejar de comportarse de manera paradójica porque la comunicación misma es paradójica. (Campanini, A., Luppi, F., 1991).

Un **doble vínculo** da lugar a una conducta paradójica, entonces esa misma conducta, crea a su vez un doble vínculo para quien lo estableció. Establecido este patrón no tiene sentido preguntarse el cuándo, cómo y por qué se estableció, ya que se sostiene que el problema de la patogenicidad del doble vínculo no puede resolverse en términos de causa-efecto, el doble vínculo no causa esquizofrenia. Se argumenta que "cuando el doble vínculo se ha convertido en el patrón predominante de comunicación, y cuando la atención diagnóstica esta limitada al individuo manifiestamente más perturbado, la conducta de éste individuo, según se comprobará, satisface los criterios diagnósticos de la esquizofrenia. Sólo en este sentido puede considerarse el **doble vínculo** como agente causal y, por ende patógeno". (Watzlawick, 1989).

El doble vínculo y su conexión , se presenta si: con la esquizofrenia.

1. Un doble vínculo persistente, posiblemente crónico, induce a expectativas habituales con respecto a la naturaleza de las relaciones humanas; expectativas que a partir de cierto momento no necesitan de ulterior refuerzo.
2. La conducta paradójica impuesta por el doble vínculo es, a su vez, un doble vínculo y lleva a un patrón de comunicación autoperpetuador. Si se examina de forma aislada la conducta del comunicante más perturbado

satisface los criterios clínicos de la esquizofrenia.

Los dobles vínculos no son tan solo instrucciones contradictorias; sino verdaderas paradojas, la principal distinción entre las instrucciones contradictorias, y las paradójicas consisten en que frente a una instrucción contradictoria se elige y se pierde, o se sufre la otra alternativa, el resultado no es feliz, puesto que: Es imposible comer un pastel y mantenerlo intacto simultáneamente, y el menor de dos males sigue siendo un mal. Frente a una instrucción paradójica impide la elección misma, nada es posible, y se pone así en marcha una serie oscilatoria que durará. (Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, d., 1991).

PREDICCIONES PARADÓJICAS

Watzlawick (1991), ilustra la predicción paradójica como:

"El director de una escuela anuncia a sus alumnos que tomará un examen inesperado durante la semana siguiente, esto es, cualquier día entre el lunes y el viernes. Los estudiantes, que parecen constituir un grupo insólitamente ingenioso, le señalan que, a menos que viole los términos de su propio anuncio y no se proponga tomar un examen inesperado algún día de la semana siguiente, tal examen no puede tener lugar. Argumentan que, si hasta el jueves no se ha tomado el examen, entonces es imposible tomarlo por sorpresa el viernes, ya que este sería el único día posible que queda. Pero si ello permite eliminar el viernes como posible día para examen, el jueves también queda eliminado por idéntica razón. Evidentemente, el miércoles a la noche quedarían sólo dos días: jueves y viernes. El viernes como ya se demostró, queda eliminado con lo cual sólo queda el jueves, de modo que un examen tomado el jueves ya no sería inesperado. Mediante idéntico razonamiento, también resulta posible eliminar eventualmente el miércoles, el martes y el lunes: no puede haber un examen inesperado. Cabe suponer que el director escucha en silencio su 'prueba' y luego, toma examen por ejemplo el jueves a la mañana. A partir del momento en que hizo el anuncio, el tenía planeado tomarlo ese día. Por otro lado ellos enfrentan ahora un examen totalmente inesperado, inesperado precisamente de que se habían convencido de que no podía ser inesperado".

Un análisis detallado de este pasaje puede conducir claramente a las paradojas que se están haciendo presentes, se tienen por un lado las deducciones lógicas por parte de los estudiantes a partir de las premisas establecidas por el director; el director por su parte puede tomar cualquier día el examen sin violar en lo más mínimo los términos de su anuncio; si se detallara este pasaje se concluiría que es posible que el jueves por la tarde se tomara por sorpresa el examen. Si se considera que los estudiantes de acuerdo a sus deducciones no esperan un examen por sorpresa, lo cual convierte en algo previsible, lo cual lo hace totalmente inesperado, y así sucesivamente ad infinitum. Por lo tanto no es posible predecirlo.

Tenemos entonces una verdadera paradoja:

1. El anuncio contiene una predicción en el lenguaje de los objetos ("habrá un examen");
2. Contiene una predicción en el metalenguaje que niega la posibilidad de predecir: esto es, "el examen (predicho) será imprevisible";
3. Ambas predicciones son mutuamente excluyentes;
4. El director puede impedir eficazmente que los estudiantes salgan de la situación creada por su anuncio y obtengan la información adicional que les permitiría descubrir cual es la fecha del examen.

Cuando se consideran las consecuencias pragmáticas se tiene; que para cumplir con la predicción contenida, el director necesita que los estudiantes lleguen a la conclusión de que el examen sea inesperado, pues sólo entonces surge una situación en la que su predicción de un examen inesperado pueda justificarse, a lo cual se atribuye que el dilema sólo surge si la capacidad intelectual de los estudiantes es superior. Si no fueran tan ingeniosos probablemente no se llegaría a esta conclusión, ya que los estudiantes pasarían por alto la complejidad del problema y esperarían que el examen fuera realmente inesperado, con lo cual llevarían al director ad absurdum. Ya que si aceptan ilógicamente el hecho que se tenga que esperar lo inesperado, ningún examen en momento alguno entre el lunes y el viernes sería inesperado para ellos.

Podría parecer que semejante paradoja surge en raras ocasiones, o nunca en la vida real. Pero en el campo de la comunicación esquizofrénica, una persona que carga con el diagnóstico de "esquizofrénica" puede entenderse como alguien que desempeña el papel de los estudiantes y el del director al mismo tiempo, viéndose atrapado en el dilema de la lógica y la confianza.

Nerlich, (citado en Watzlawick, et al, 1991). ofrece un resumen de ésta situación: "una manera de no decir nada consiste en contradecirse a uno mismo. Y si uno logra dicha contradicción diciendo que uno no dice nada, entonces, finalmente, uno no se contradice en absoluto. Uno puede comerse el pastel y conservarlo al mismo tiempo".

Teniendo un acercamiento a los fundamentos teóricos de la aproximación, en el siguiente capítulo se revisaran algunos elementos que permitan la conceptualización del término "problema" bajo el enfoque interaccional.

CAPITULO II

FORMACIÓN DEL PROBLEMA

Oh castaño, gran florecedor arraigado;
¿Eres la hoja, la flor o el tronco?
Oh cuerpo que se mece con la música,
Oh mirada luminosa;
¿Cómo podemos distinguir al
Bailarín de la danza?
William Butter Yeats.

En años recientes se ha suscitado una polémica entre los terapeutas que prefieren definir un síntoma en términos precisos de conducta (por ejemplo, una categoría específica) y los que se valen de una categoría más general como "angustia". Algunos terapeutas prefieren formular los síntomas de manera tal que puedan comportarse como actos, en tanto que otros se inclinan por formular un problema como estado mental o transitorio de carácter. Dentro de este enfoque un "**problema**" puede definirse como un tipo de conducta que integra una secuencia reiterada de comportamiento.

No hace hincapié en el individuo sino en la situación social. No sólo debe contemplar los problemas humanos de manera distinta, sino que ha de considerarse así mismo un miembro más de la unidad social dentro de la cual está contenido el problema. (Haley, 1980).

En el enfoque interaccional se menciona que la formación de problemas se da debido a que no hay una adecuada "solución" ante alguna situación "difícil", es decir, esta solución se da de forma equivocada y a su vez crea conflicto.

Watzlawick menciona que la formación de problemas se da a través

de una forma equivocada de dar "solución" ante determinadas dificultades.

La diferencia entre **dificultades** y **problemas**, es que las **dificultades** son un estado de cosas indeseables que pueden resolverse mediante el sentido común; los **problemas** en cambio son situaciones al parecer insolubles, crisis, callejones sin salida, los cuales son creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades.

Los tres modos de enfocar mal las dificultades son:

1. Intentar una solución negando que un problema lo sea, en realidad: es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.
2. Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o inexistente: se emprende una acción cuando no se debería emprender.
3. Se comete un error de tipificación lógica y se establece un juego sin fin cuando se intenta un cambio mediante sentido común, en una situación en la que solo se puede cambiar a partir de un nivel lógico, o bien se intenta dar un cambio a partir de un nivel lógico, cuando lo más adecuado sería un cambio en sentido común: la acción es emprendida a un nivel equivocado. (Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1994).

Se designan cuatro categorías en la formación de los problemas:

MÁS DE LO MISMO O CUANDO LA SOLUCIÓN ES EL PROBLEMA

En esta categoría tenemos que lo que promueve el cambio es la desviación con respecto a alguna norma, se aplica un más de lo mismo cuando se aumenta más de un mismo problema o dificultad, cuando se intenta dar una solución inadecuada a determinado problema, esta "solución" contribuye en gran medida a aumentar el problema convirtiéndose en el mayor de ambos males.

Más de lo mismo no es meramente el mayor de dos problemas; sino que es el problema, ya que sin la solución no existiría el problema, con más

de lo mismo se pretende obtener un cambio sobre la base de una "solución" y esta "solución" es el problema.

Un ejemplo de este sería cuando una persona se encuentra deprimida y los familiares y amigos intentan animar a la persona deprimida, pero lo más seguro es que la deprimida no sólo no se beneficie con ello, sino que se hunda aún más en su depresión. Provocando que los demás intensifiquen sus esfuerzos para que la persona deprimida vea las cosas con optimismo. "Guiados por la 'razón' y el 'sentido común', son incapaces de ver (y el paciente es incapaz de decir) que lo que esta ayuda involucra es una exigencia de que el paciente tenga ciertos sentimientos (alegría, optimismo, etcétera) y no otros (tristeza, pesimismo, etcétera)"

Teniendo como resultado de esto que sí el paciente presentaba tan solo una tristeza temporal, esta se mezcla con sentimientos de fracaso, maldad e ingratitud para con aquellos que tratan tan solo de ayudarlo, siendo esto último lo que constituye la depresión y no la tristeza original.

"Pueden surgir problemas como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente o bien de modo más absurdo puede no existir incluso dificultad alguna y esta clase de formación de problemas puede surgir en cualquier aspecto del funcionamiento humano, individual, dual, familiar". (Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1994).

LAS TERRIBLES SIMPLIFICACIONES

En esta categoría tenemos que un modo de abordar el problema es como si tal problema no existiera y es a lo que se denomina las terribles simplificaciones.

Tenemos que no existe problema alguno y cuando alguien lo considera como tal, se le toma como alguien que actúa de mala fe, con malas intenciones, y esto de hecho es el origen de cualquier dificultad que se admita, la negación de los problemas y los ataques van unidos, los efectos interpersonales de negar problemas innegables son más serios y llamativos, se considera que la principal razón para negar determinados problemas se debe a la necesidad de mantener una apariencia social

aceptable; entre los resultados inmediatos se encuentran los llamados "secretos a voces"; llamados así porque todo el mundo los conoce, y a pesar de ello se supone que nadie sabe que toda la familia lo sabe.

También se considera insidiosa y patógena cuando no sólo es negada la existencia de un problema, sino incluso la negación misma, siendo esto uno de los casos más llamativos de la patología sistémica, cuando el intento de aludir a la negación (y más aún una mención del problema mismo se califica el punto de maldad o de locura, las que en realidad resultan de este tipo de terrible simplificación, 'a no ser que el sujeto haya aprendido la crucial habilidad de ver, pero al mismo tiempo, de ser muy cauteloso en lo que dice ver. Pues quien ve detrás de la fachada es condenado si ve y dice que ve, o loco si ve, pero no admite lo que ve ni tan solo en un fuero interno". (Iwatzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1994).

Laing (1970) lo expresa de la siguiente manera:

"Están jugando a un juego. Están jugando a no jugar un juego. Si muestro que estoy viendo lo que hacen, rompería las reglas del juego y me castigarían. Debo jugar el juego. Debo jugar el juego de no ver que juego".

Y:

Si no se que no se, pienso que se;
Si no se que se, pienso que no se.

Con esto tenemos que un modo de abordar erróneamente un problema reside en comportarse como si tal problema no existiera; derivándose de esto dos consecuencias:

1. El reconocimiento, aparte de cualquier tentativa de solución, del problema es considerado como una manifestación de locura o maldad.
2. El problema que exige un cambio se complica crecientemente por los problemas creados por el erróneo modo de abordarlo. (Laing, R., 1981).

"Si un terrible simplicateur es alguien que no ve problema alguno

donde existe en realidad un problema, su antípoda filosófica es el utópico que dé una solución "donde no hay ninguna". (Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1994).

EL SINDROME DE UTOPIA

En esta categoría tenemos que las tentativas utópicas son el extremismo en la creencia de encontrar o haber encontrado la solución última y absoluta de un determinado problema; el cual adopta tres posibles formas.

1. La que puede designarse como introyectiva sus consecuencias se definen como psiquiátricas, ya que es el resultado de un profundo y doloroso sentimiento de ineptitud personal para alcanzar un objetivo.
2. La segunda variante del síndrome de utopía es menos dramática ya que en lugar de autoacusarse por ser incapaz de llevar a cabo un cambio utópico, el método elegido está representado por una forma de demora agradable.
3. Se designa como proyectiva con una actitud moralista rígida por parte del sujeto, que está convencido de haber encontrado la verdad y con tal convicción asume la responsabilidad misionera de cambiar el mundo. Esto lo intenta mediante diversas formas de persuasión con la esperanza de que bastará que la verdad sea evidente, para que la vean los hombres de buena voluntad. En consecuencia aquellos que no quieran aceptarla o ni siquiera quieran escucharla actúan de mala fe y su destrucción en beneficio de la humanidad puede aparecer como justificada.

La diferencia esencial entre una simplificación y una utopía consiste en que en las simplificaciones se niega el problema, mientras que en una utopía no solo se advierte la dificultad, sino que se le aborda con todo fervor aunque totalmente contraproducente.

Hay utopías negativas; estas son cuando no existe una dificultad y los individuos consideran la falta de dificultades como problema que requiere de una acción correctora, actuando entonces hasta que se encuentra entre las manos de un pseudo problema; así las utopías negativas: cuanto mejor

marcha las cosas, tanto peor es en realidad la situación, y por ende hay que dificultarla.

Las **utopías positivas** implican "no hay problema", y las **utopías negativas** implican "no hay soluciones"; es común en ambas clases definir las dificultades normales y los placeres normales como anormales.

PARADOJAS

Los efectos de la paradoja sobre el comportamiento en la comunicación humana, son los peculiares callejones sin salida que se establecen cuando se intercambian mensajes estructurados, precisamente como las paradojas clásicas de la lógica formal.

Con base en lo anterior se puede decir que los problemas se crean sobre la base de una mala comunicación y modo de abordar las dificultades existentes en cualquier ámbito de la interrelación humana, generando un conflicto en el comportamiento de los sujetos, estos al darse cuenta de dicho conflicto en el comportamiento de los sujetos, tratan de darle una "solución", si la solución es errónea entonces se crea un verdadero problema.

El individuo minimiza los problemas negando su existencia y que los maximiza cuando considera que tiene una solución adecuada y única a su problema.

Teniendo en cuenta cuales son las diversas formas de crear un "problema" se revisaran dos tipos de cambio que hace mención Watzlawick (1974) así como las diferentes soluciones que se abordan en estas problemáticas.

Dentro de enfoque interaccional Paul Watzlawick, propone una forma diferente de dar un cambio; es decir, una solución al problema; propone el cambio en sí mismo, el cual tiene lugar espontáneamente y puede ser promovido.

Para entender los tipos de cambio, hace uso de dos teorías generales y abstractas que pertenecen al campo de la lógica matemática:

1. la teoría de grupos y
2. la teoría de los tipos lógicos.

De acuerdo con la **teoría de grupos** las propiedades de un grupo tienen características en común; pueden combinar a sus miembros en distinto orden y, sin embargo, el resultado de la combinación es el mismo, contiene un miembro de identidad y cada miembro del grupo tiene su recíproco o su opuesto, esto es, que si se combina un miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad.

En la teoría de los **tipos lógicos** también deben de tener una característica específica común, los componentes de la totalidad son designados como miembros, mientras que la totalidad es denominada clase. (Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1994).

Por ejemplo:

1. El nombre no es la cosa nombrada, sino que pertenece a un tipo lógico diferente, superior al de la cosa nombrada.
2. La clase es de un tipo lógico superior que el de los miembros que la integran.
3. La palabra "junco" es del mismo tipo lógico que "arbusto" o "árbol". No es el nombre de un espacio o género de plantas, sino el de una clase de plantas cuyos miembros comparten un determinado estilo de crecimiento y discriminación. (Wiener, N., 1981).

Las características de estas dos teorías son importantes puesto que nos dan pauta para evitar confusiones y paradojas.

La paradoja surge debido a la autorreflexividad de la afirmación; es decir, por una confusión entre miembro y clase; en la teoría de los tipos lógicos se le designa miembro a los componentes de la totalidad y clase se le denomina a la totalidad misma. Bateson (1972) menciona que las mismas palabras pueden describir tanto una clase, como sus miembros y

que sean ciertos en ambos; pone como ejemplo la palabra "onda" que es el nombre de una clase de movimiento de cierta partícula, pudiendo decirse también que la propia "onda" se mueve, pero entonces se hace referencia al movimiento de una clase de movimiento, con la "fricción", este metamovimiento no perderá velocidad, como sucedería con el movimiento de una partícula.

Bateson (1972), destaca que la forma más sencilla y familiar de cambio, es el movimiento; es decir, un cambio de posición. Pero el movimiento mismo puede estar sujeto a cambio; esto es, a aceleración o deceleración, y ello constituye un cambio del cambio (metacambio) de posición. En un nivel superior se da el cambio de la aceleración o de la deceleración que equivale a un cambio del cambio del cambio (metametacambio) de posición. (Bateson, G., 1982).

De los **tipos lógicos** podemos concluir que los niveles lógicos deben ser estrictamente separados para evitar paradojas y confusiones y pasar de un nivel al inmediatamente superior, (es decir, de un miembro a una clase) supone un salto, una variación, un cambio ya que proporciona un camino que conduce fuera de un sistema.

La **teoría de los grupos** proporciona la base de cambios que puede tener dentro de un sistema en sí, el cual permanece invariable y la teoría de los tipos lógicos proporciona una base para considerar la relación existente entre un miembro y una clase.

Sobre esta base de esto tenemos que existen dos tipos de cambio:

El **cambio** se da cuando se precisa una acción correctora ante determinada circunstancia, hay dos tipos de cambio, el **cambio1** que es el que tiene lugar dentro del sistema y que permanece inmodificado, y el otro cuya aparición cambia el sistema mismo al cual se le designa como **cambio2**.

1. El **cambio1** se puede dar de manera espontánea, la acción decisiva voluntaria o involuntaria, es aplicada a la solución intentada y no a la dificultad, el cual parece basarse en el sentido común (más de lo mismo).

2. El **cambio2** es aplicado a aquello que dentro de la perspectiva del cambio1 parece constituir una solución, debido a que dentro de la perspectiva del cambio2, tal "solución" se considera la causa del problema que se intenta resolver, el cambio2 aparece habitualmente como extraño e inesperado, desatinado, "se trata de un elemento desconcertante, paradójico del proceso de cambio", aplicar técnicas de cambio2 a la "solución" significa que se aborda la situación en su "ahora y aquí", aplicándose estas técnicas a los efectos y no a sus supuestas causas, "la pregunta crucial correspondiente es '¿qué?' Y no '¿por qué?'. La utilización de técnicas de cambio libera la situación de la trampa engendradora de paradoja creada por la autorreflexividad de la solución intentada, y coloca a la situación sobre la base diferente.

La solución de los problemas se da mediante la reestructuración, la cual significa cambiar el marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los "hechos" correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mismos, la reestructuración opera en un nivel de metarealidad, en el cual puede tener lugar en un cambio, incluso si las circunstancias objetivas de una situación están más allá del poder humano, la reestructuración presupone que el psicoterapeuta aprenda el lenguaje del paciente; esto es, el terapeuta aparte de intentar entender la concepción del mundo de su paciente, preste atención a su lenguaje en el estricto sentido de la palabra. "El uso de ciertas palabras, revela las modalidades de sentido con que la persona en cuestión afronta primeramente el mundo". (Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1994).

La necesidad de aprender el lenguaje del paciente se halla en lo que Viehweg (1953) ha designado como procedimiento de búsqueda de premisas. "Y es que efectivamente, nos hallamos en búsqueda de premisas, que luego ponemos al servicio del cambio que intentamos seguir". (Watzlawick, P., 1989).

Reestructurar quiere decir "codificar de nuevo la percepción de la realidad, por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura". (Nardone, G. y Watzlawick, 1990).

Nunca nos enfrentamos con la realidad en sí, sino sólo a una interpretación de esta, las diferentes posibles interpretaciones para cada caso es grande, pero en virtud de la concepción del mundo del interesado, suele casi siempre quedar reducido, en el ámbito subjetivo; a una que parece ser la única posible, razonable y permitida. En consecuencia de esta única interpretación la mayoría de las veces se considera posible, razonable o permitida, una sola "solución" y cuando esta solución no lleva a la meta requerida se busca típicamente "más de lo mismo" y es donde entra en función la reestructuración a condición de que se consigne prestar a una determinada situación, un sentido nuevo, también adecuado o incluso más convincente del que le ha venido dando. Se entiende que este nuevo sentido tiene que adaptarse a la concepción del mundo y que debe expresarse en el "lenguaje" propio de esa concepción.

Una reestructuración: no describe nada, ni pone al descubierto la "verdadera" significación que se oculta tras la fachada alegórica, simbólica o extraña que se quiera.

La base lógica de las reestructuraciones en las relaciones entre las estructuraciones y la ilusión terapéutica de alternativas. Trata de crear un marco, dentro del cual se ofrecen, bajo la apariencia de libre elección dos alternativas, aunque las dos persiguen el mismo efecto final a saber, el cambio terapéutico. Se crea pues la ilusión de que solo existen estas dos posibilidades o, dicho de otra forma, se crea una especie de ceguera para que no se vean otras posibilidades fuera del marco creado.

La reestructuración recorre el camino en sentido contrario: se desbordan los límites de la ilusión que es inherente a toda concepción del mundo, aunque de muy diversas maneras, de que existe un marco universal que excluye cualquier otra posibilidad y muestra de este modo la posibilidad de ser diferente al sentido de Aristóteles y esto se consigue poniendo a la vista alternativas y pares de contraposición de un orden superior. (Watzlawick, P. 1989).

Tenemos como ejemplo: un niño que se chupa el dedo. la reestructuración va ir guiada hacia que los padres no lo regañen por chuparse el dedo sino que por el contrario le hagan ver la democracia que existe y que por lo tanto tiene que chuparse todos los dedos, de ser posible

que los padres vigilen cuanto tiempo tarda chupándose un dedo para que el mismo tiempo se tarde con los demás, lo cual ocasionará que el niño "salve la cara" o bien deje de chuparse el dedo, o bien chupárselo por menos tiempo.

Una reestructuración no ha de ser positiva o admisible, sino que son cabalmente las reestructuraciones que parecen inaceptables y hasta radicalmente falsas a los interesados las que pueden tener una singular eficacia. Este es el caso cuando la reestructuración llega incluso a provocar una contra prueba y aún para producir dicha prueba tiene que recurrir, justamente a aquel comportamiento que constituye el objetivo de la terapia.

Para abordar un problema se conduce a un procedimiento de cuatro etapas:

1. Una clara definición del problema en términos concretos;
2. Una investigación de las soluciones hasta ahora intentadas;
3. Una clara definición del cambio concreto a realizar;
4. La formulación y propuesta en marcha de un plan para producir dicho cambio.

En vez de estudiar el pasado centra su interés en:

1. ¿Qué sucede en el interior de las tres clases de interacciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo?.
2. ¿Cómo funciona el problema que se presenta en el interior del sistema relacional?.
3. ¿Cómo el sujeto ha intentado hasta el presente combatir o resolver el problema?.
4. ¿Cómo es posible cambiar esta situación problemática de manera más rápida y eficaz?.

Según Greenburg (1980) existen tres categorías generales de problemas en que debaten las personas:

1. La interacción entre el sujeto y sí mismo,
2. La interacción entre el sujeto y los demás,
3. La interacción entre el sujeto y el mundo.

Al definir el problema es importante tener en cuenta:

- ¿Qué pautas de comportamiento habitual del paciente se observan?
- ¿Qué identifica al paciente como problema suyo?
- ¿De qué modo se manifiesta el problema?
- ¿Con quién aparece el problema, o se enmascara, o bien, no se presenta?
- ¿Cuándo se manifiesta normalmente?
- ¿Dónde y en qué situaciones?
- ¿Con qué frecuencia e intensidad se manifiesta?
- ¿En que contextos aparece?
- ¿Qué se ha hecho y qué se ha hecho correctamente (ya sea sólo o con otros), para resolver el problema?
- ¿Qué tipo de equilibrio domina el problema?
- ¿Para que sirve?
- ¿Cuál es su función?
- ¿A qué o a quién beneficia?
- ¿Quién podría resultar dañado por la solución del problema?. (Watzlawick, P., 1982).

Así también el terapeuta para averiguar cual es el problema debe:

1. Recabar información (Manejar directamente la conversación).
2. Que los presentes dialoguen entre sí sobre el problema, durante el presente pueden surgir discrepancias (En caso de que acudan más de dos persona); en este momento el terapeuta deja de ser el centro de conversación.

3. Conversar sobre las discrepancias, en donde el terapeuta siempre este atento a la conversación entre dos personas para introducir un tercer locutor.

A ésto se le llama: **etapa de interacción** dentro de la terapia.

Cuando ya se definió el problema demanden, sigue la construcción de la terapia, así como el tipo de intervención más idónea para la problemática que éstos presenten.

Razón por la cual se revisarán a continuación algunas intervenciones que se pudieran utilizar en la terapia, así como la construcción de la terapia.

CAPÍTULO III

FUNCIONES DEL TERAPEUTA

*Tres árbitros discutían acerca de cual de ellos
Arbitraba mejor los encuentros deportivos.
Dijo el primero: "Yo soy el mejor, porque
determino los tantos tal como los veo". El
Segundo replico: "El mejor soy yo, porque
los determino tal como son". El tercer árbitro,
apartándose un poco de los otros dos, exclamó:
"Yo soy el mejor árbitro, porque los tantos no
existen hasta que yo los determine"
Alan Mackay.*

Para entender cabalmente cuales son las funciones del terapeuta es importante tener en claro los principios teóricos del enfoque, así como precisar como se lleva a cabo la entrevista inicial, las intervenciones y como es que se construye la terapia sistémica.

El terapeuta interviene para determinar los problemas y así ayudar a crear una realidad más funcional para la familia.

Así como los tantos "no existen" hasta que son determinados, el clínico debe distinguir cual es el problema terapéutico específico entre una cantidad casi ilimitada de posibilidades, de aceptar la realidad diferente y presuntamente más funcional; que conduzca a una rápida solución de los problemas.

La **entrevista inicial** se va a dar cuando una persona solicita de la intervención psicoterapéutica. El paciente que demanda terapia en algunas ocasiones puede ir inmerso de "problemáticas", y no tener claro su problema, es por ello que el terapeuta debe de tener una información clara del problema del paciente, cabe la posibilidad de que el terapeuta inicie preguntando ¿cuál es el problema que le trae aquí?, con esto también se

esta haciendo mención acerca del problema actual y no de problemáticas anteriores, con esto no se quiere decir que no tengan importancia a la historia de problemas ya que es importante disponer de alguna información acerca del tiempo que lleva afectando el problema, y si ha estado sometido a algún tratamiento, ya que el resto puede influir sobre la expectativa del paciente con respecto a la terapia actual. Con esto tenemos que la terapia debe centrarse en el aquí y ahora, la indagación va ir enfocada sobre la conducta problema de las personas que buscan ayuda valiéndose de algunas preguntas como ¿quién esta haciendo que esto (la conducta problema) represente un problema? ¿Para quién y cómo constituye tal conducta un problema?; esta preguntas el terapeuta las irá interrogando paulatinamente de manera adecuada en una entrevista directa y elemento por elemento, es importante que si al terapeuta no le ha quedado claro cual es el problema que plantea el paciente lo manifieste aclarando que no le queda claro, será preciso el paciente vuelva a comentar el problema que lo aqueja y lo trajo a terapia.

El terapeuta debe manejar de manera adecuada su postura ante la problemática que plantee el paciente, ya que esto le va a conferir credibilidad, que intervenga de manera oportuna al hacer algún comentario, así como tener un uso condicional del lenguaje del paciente para poder abordar adecuadamente la terapia.

Esta terapia se centra en el "que" y no en el ¿por qué? De los problemas, el "que" puede resultar decisivo al menos en tres situaciones muy comunes que en parte se solapan.

"En primer lugar se trata de aquellos casos en los que el problema declarado no parece ser más que una cuestión secundaria 'resulta esencial establecer si el problema es más serio de lo que parece', en segundo término los pacientes pueden plantear como problemas determinadas dificultades, que si bien son graves, otras personas consideran como vicisitudes de la vida imposibles de modificar. Por último algunos problemas vitales no son de la incumbencia de un terapeuta, sino que exige la ayuda de un abogado, un médico o de un asesor financiero". (Fisch, R., Weakland, J., Segal, L., 1988).

La pregunta ¿en que forma es eso un problema? Sirve para aclarar el

punto anterior y quizás sea conveniente agregarle otra interrogante a continuación ¿en qué forma cree que yo le puedo ayudar a usted a afrontar éste problema?.

El terapeuta debe de intentar comprender con la mayor rapidez y amplitud posible las expectativas, temores, esperanzas, prejuicios, en una palabra la concepción del mundo de su paciente, además, prestar atención a su lenguaje en el más estricto sentido de la palabra y lo utiliza para expresar con él sus propias comunicaciones. (Watzlawick, P., 1989).

La necesidad de aprender el lenguaje del paciente se halla en lo que Viehweg (1953) ha designado como procedimiento de búsqueda de premisas. Y es que efectivamente nos hallamos en búsqueda de premisas, que luego ponemos al servicio del cambio que intentamos conseguir.

"El uso de ciertas palabras revela las modalidades de sentido con que la persona en cuestión afronta primariamente el mundo". (Watzlawick. P., 1989).

"Todo esto es fácil de entender y de utilizar una vez que se aprende a prestar atención no sólo al contenido sino también a la forma de las comunicaciones". (Watzlawick, P., 1989).

"No es menos cierto que todo esto exige un cambio esencial en la actitud del terapeuta mismo, en vez de considerarse como sólida roca en medio del oleaje, tiene que hacer oficio de camaleón. Y aquí es donde se entrelazan los espíritus. Algunos se atrincheran tras la divisa: "todo menos esto". Para otros la en necesidad de siempre nuevas adaptaciones a la imagen del mundo de sus pacientes constituye una fascinante tarea". (Watzlawick, P., 1989).

Así también es importante evaluar la **postura del paciente**, es relevante escuchar y poner atención a todo lo que el paciente diga, las palabras concretas que emplea, el tono y énfasis con que se expresa, se emplea el término de postura, porque es una forma de indicar un valor con el cual el paciente se halla comprometido y que se ha manifestado abiertamente, el hecho de saber cual es su "postura", permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que

sea probable que el paciente lo acepte.

Una vez que el terapeuta haya determinado cual es la postura del paciente con respecto a su problema y a la terapia, el terapeuta no hará comentarios que provoquen en el paciente deseos de no cooperar, a menos que se integren a una estrategia bien planificada.

Las intervenciones se llevan a cabo ya que el terapeuta identificó cuál es el problema-queja del paciente, se lleva a cabo la terapia, para esto se hace necesario entender como se construyen las terapias sistémicas, es por ello que a continuación se revisaran algunos elementos que permitan entender más cabalmente la construcción e intervención terapéutica.

La **capacidad de maniobra** es la posibilidad de que el terapeuta ponga en práctica lo que juzgue más conveniente en el transcurso del tratamiento. La capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. (Fisch, R., Weakland, J., Seagal, L., 1988).

Entre los medios que se pueden utilizar para aumentar la capacidad de maniobra se encuentra el de oportunidad y ritmo la cual depende en parte de que el terapeuta decida retirarse de la postura que haya asumido con un paciente, o bien abandonar la estrategia que haya comenzado a poner en práctica. Tiene que cambiar de rumbo en el momento en que aparezcan indicios de que la estrategia no esta funcionando. Así también va a depender de que no se le presione al terapeuta para actuar ante el apremio del paciente el terapeuta debe de tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar.

Dentro la forma terapéutica, se habla del **constructivismo**, que el observador participe en la construcción de lo observado. Siendo esta la ciencia que investiga la manera como los hombres creamos nuestra propia realidad. Ernest von Glasersfeld (1978) escribe sobre esto: "el organismo viviente escribe el saber para ordenar, en la medida de lo posible, el río informe del vivir son unas vivencias repetibles y en unas relaciones mutuas entre dichas vivencias que sean relativamente seguras. Las posibilidades de construir un ordenamiento tal están siempre determinadas por los pasos

que han precedido en el curso de la construcción esto quiere decir que el mundo 'real' se revela exclusivamente allí donde nuestras construcciones fracasan. Pero como únicamente podemos describir y explicar el fracaso precisamente con aquellos conceptos que hemos usado para la construcción de las estructuras que han fracasado, nunca se nos puede transmitir una imagen del mundo que podamos hacer responsable del fracaso".

Análogamente Paul Watzlawick escribe:

"El constructivismo conduce inevitablemente a hacer del hombre pensante el único responsable de su pensamiento, de su conocimiento y hasta de su conducta". (Watzlawick, P., 1993).

Desde una posición constructivista la práctica y la inteligencia de la terapia familiar sistémica exige dilucidar cabalmente los factores básicos que la rigen hablar de "inteligencia formal" es alcanzar una inteligencia teórica formal y la "estrategia práctica" gira en torno del consejo práctico y con la estrategia con miras a organizar los pasos de conducción de la terapia.

El constructivismo es una propuesta filosófica que ha venido a permear las visiones sistémicas y modifica la concepción de que la dinámica de los grupos pueda verse bajo la metáfora de sistema; es decir, lo cuestiona.

Es importante hacer una distinción entre las dos maneras de considerar las pautas por las que se rige la comunicación terapéutica como son: "**los marcos semánticos de referencia**", que significa atender a la comunicación en función del significado, por ejemplo si un terapeuta le pide a un paciente explicar ¿cómo es que tiene un problema?, esta inquiriendo con un marco semántico, en este caso puede señalar experiencias traumáticas que vivió en el pasado, trastornos de carácter, o también puede construir una elaborada explicación de las razones por las cuales no atina a indicar una y "**marcos políticos de referencia**" se refieren a examinar la comunicación con sus consecuencias en orden a la organización, por ejemplo que un terapeuta le pida al paciente describir que sucede, le propone un marco político de referencia, el paciente especificara entonces ¿quién hace qué a quién?. Los marcos semánticos y políticos de referencia procuran un abordaje general de la comunicación en terapia. Una pauta

secuencial de conducta indica un marco político de referencia, pero describir esa misma secuencia en función del poder social se desplaza a un marco semántico de referencia. Los marcos políticos de referencia proporcionan una perspectiva sobre el modo en que se organiza la comunicación en un contexto social. (Keeney, B., Ross, J., 1985).

LA COMUNICACION MÚLTIPLE EN TERAPIA SISTÉMICA

Gregory Bateson (1979) sostuvo que son descripciones múltiples las que permiten construir una concepción sistémica del vínculo y la interacción entre los seres humanos, cuando dos personas interactúan, cada uno de los miembros tiene una visión particular de su flujo de interacción. Si un observador las combina a ambas, surgirá una percepción del sistema total. Bateson (1979) llamó "descripción doble" a esta visión múltiple, y la comparó a la visión binocular. Llegó a la conclusión de que "combinar diversas piezas de información" define una vía de acceso a las "pautas que conectan" y prescribió una particular metodología científica "la modalidad de búsqueda de la ciencia llamada 'epistemología'" supone la comparación de visiones múltiples. (Bateson, G., 1982).

Esta idea de visión múltiple se puede extender en terapia, a la tarea de comprender y organizar la comunicación.

Las terapias entonces se construyen partir del trazado recursivo de distingos y de distingio sobre distingio. De esta manera, ideas, pautas, y sistemas mentales globales participan de marcos de referencia en deslizamiento perpetuo.

"Hacer terapia es ir a la casa de marcos semánticos y políticos, interrelacionados con complementariedades recursivas". (Kenney, B., y Ross, J., 1985).

Se define la cibernética como el estudio de una particular complementariedad recursiva que atañe a la interrelación de estabilidad y cambio. "Todo cambio admite ser entendido como el empeño en mantener cierta constancia y toda constancia, como mantenida por el cambio". (Kenney, B., y Ross, J., 1985).

Las familias se definen como una equilibrada combinación de estos distintos procesos; pero en cibernética no se pueden separar estabilidad de cambio, que son los lados complementarios de una moneda recursiva.

Desde la perspectiva de la descripción doble el cambio y la estabilidad se ven como dos lados de una complementariedad cibernética: en la familia no se puede describir cambio sin miramiento por su estabilidad, y a la inversa.

Un sistema cibernético se puede definir en el modelo terapéutico de la siguiente manera:

sistema cibernético = (estabilidad/cambio)

Un sistema cibernético es la complementariedad recursiva entre estabilidad y cambio, es por ello que los sistemas cibernéticos son pautas de organización que mantienen estabilidad por medio de procesos de cambio. Watzlawick et al (1974) considera esta complementariedad entre estabilidad y cambio cuando señalan el nexo entre persistencia y cambio. (Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1994).

Un sistema perturbado significa que se:

"Comunica un mensaje que le mande estabilidad para la identidad o supervivencia del sistema al tiempo que comunica otro mensaje que demanda cambio para la particular manera en que así mismo se mantiene". (Keeney, B., Ross, J., 1985).

Una forma de entender la visión doble del cambio terapéutico es que supone una comunicación acerca del "cambio del cambio", se puede observar en el siguiente modelo terapéutico:

(estabilidad/cambio)1 Intervención (estabilidad/cambio)2

Donde el sistema es más adaptativo en el tiempo 2 que en el tiempo 1, el sistema demanda o procura un cambio para cambiar su manera de cambiar a fin de estabilizar su organización como sistema más adaptativo.

El **ruido significativo** dentro de la terapia es la comunicación que se da a través de un cambio adaptativo, en la que se pueden extraer diferentes conductas, pautas, las cuales tienen un significado, este término denota una comunicación puntuada por un sistema observador, lo "significativo" proviene de la acción de un observador. Si un paciente cree que en una comunicación hay significado, su afán de significado propenderá a construirlo. Fuentes de ruido significativo pueden incluir referencias a la historia familiar, al mito cultural, al parloteo psicológico, la metáfora religiosa, así como anécdotas acerca de otros pacientes. Las descripciones y explicaciones propuestas o demandadas por los propios pacientes son las mejores guías para elegir la forma de ruido más servicial. Un modelo más completo de cambio terapéutico sería el siguiente:

estabilidad / cambio
(estabilidad/cambio) / ruido significativo

Ruido significativo denota entonces un proceso de cambio de orden más elevado, el cual es una descripción doble que incorpora los dos componentes necesarios una fuente de azar (ruido) y un proceso de selección (un observador que construye significado). (Keeney, B., Ross, J., 1985).

Ross Ashby (1956) y Gregory Bateson (1979) hacen mención que todo cambio adaptativo necesita de una fuente de "novedad" de la que se pueden extraer diferentes opciones, estructuras y pautas, denominaron "azar" a esta fuente de novedad.

Una visión cibernética de la comunicación múltiple en terapia sistémica comienza con el supuesto de que sistemas perturbados presentan al terapeuta comunicaciones múltiples, que a veces se toman por

contradictorias, estas comunicaciones incluyen "cámbienos" y "estabilícenos", estas dos descripciones, si se miran desde la comunicación doble, marcan la complementariedad recursiva de un sistema cibernético, requerimientos duales de estabilidad y de cambio son una manera de indicar que el sistema explora la posibilidad de alterar la manera en que cambia a fin de permanecer estable.

Una concepción cibernética de la intervención terapéutica propone que el terapeuta despeje las comunicaciones múltiples que la familia perturbada presenta. El terapeuta puede instruir a la familia para que cambie y se estabilice. (Keeney, B., 1987).

Para escoger comunicaciones múltiples en la terapia se pueden entonces proceder siguiendo dos pasos:

- Primero: el sistema perturbado se individualiza con respecto al distingo principal a que recurre para exponer las razones que llevaron a demandar terapia, ya individualizada la comunicación-queja,
- él segundo paso consiste en encuadrarla como parte de una complementariedad más amplia.

La comunicación se centra en torno a un problema específico, como por ejemplo las cefalalgias de un hijo, en esta se tiene una relación básica del tipo o bien/o bien: cefalalgias/no cefalalgias, teniendo que en la realidad empírica no existe síntoma que se experimente de manera continua. Cefalalgias, ataques de angustia, riñas conyugales, arranques de ingesta incontrolada, lo mismo que alucinaciones, sobrevienen en oscilación pendular (es decir; de manera o bien/o bien), con esto se puede entender que los pacientes demandan que su experiencia no incluya una particular distinción "A/no A". No quieren decir "libreme de mis cefalalgias" sino que desean modificar un universo de experiencias que oscila repetidamente entre tener cefalalgias y no tenerlas, para la descripción de un síntoma se puede abordar en reparar en que a su ocurrencia y a su ausencia se asocian diversas consecuencias políticas, tenemos que la demanda de tratamiento para una cefalalgia es una demanda de cambio (de alivio), para el malestar que aquella produce, y al mismo tiempo de las modificaciones

de las pautas políticas problemáticas que en ocasiones operan cuando las cefalalgias no están presentes.

"La demanda de tratamiento para una cefalalgia se puede considerar un requerimiento de estabilizar tanto el alivio que se experimenta cuando aquella no se produce, cuanto las consecuencias políticas positivas que su aparición trae consigo". (Kenney, B., y Ross, J., 1985).

Ya individualizada la comunicación-queja, se lleva a cabo el segundo paso, continuando con el ejemplo tenemos: que sitúa las cefalalgias del hijo dentro del marco de la aflicción familiar, ya que las cefalalgias habían sido consideradas por la familia en función de "aflicción"; en este caso el terapeuta aborda más libremente las secuencias de acciones generales, que incluían participación de otros miembros de la familia. Se examinó la aflicción en tanto prestaba su aporte positivo a la familia entera. Entonces el terapeuta utiliza este marco complementario para construir intervenciones que demandaban cambio en las pautas de aflicción, al tiempo que una familia como un todo era reafirmado en su estabilidad.

Los pasos de esta transición son:

Primero: El terapeuta descubrió la manera en que el marco político de referencia en que se insertaba la cefalalgia incluía la participación de otros miembros de la familia, moviendo a la familia por medio del marco político a que le hablara sobre la aflicción, la ventaja de hablar sobre la aflicción consistía en que sé hacia más fácil abordar la participación de cada uno de los miembros, que no con el foco centrado en una cefalalgia individual. Este nuevo marco semántico permitió poner el acento en la estabilidad de la familia, al tiempo que se abría la posibilidad de modificar la manera en que ella alcanzaba estabilidad, por el recurso de alterar las pautas familiares de aflicción.

Para escoger comunicaciones múltiples en la terapia exige especificar el encierro del sistema perturbado en una lógica del tipo **o bien/o bien**, **"A/no A" (cefalalgia/no cefalalgia)**. La oscilación entre tener experiencia sintomática y no tenerla, se expresa en dolor sintomático y alivio sintomático, el segundo paso impone discernir y construir un marco complementario que subsuma el **distingo-problema** (organización

familiar/aflicción). En esta complementariedad recursiva, el terapeuta tiene una estructura lógica sobre cuya base diseñar intervenciones que propendan a asistir al sistema para que ajuste su modalidad de cambio con miras a su propia estabilización.

Un sistema perturbado demanda terapia, en la mayoría de los casos pidiendo una modificación de la manera que cambia a fin de estabilizarse. Este "cambio del cambio" requiere de una fuente de ruido significativo sobre la cual puntuar estructuras y pautas nuevas. En consecuencia son tres y no dos las comunicaciones que el terapeuta dirige a la familia perturbada:

1. Un requerimiento de cambio;
2. Un requerimiento de estabilidad;
3. Un ruido significativo desde el cual se puedan construir una pauta o una estructura de alternativa con miras a reorganizar cambio y estabilidad.

Las familias mismas aportan a la terapia todos estos recursos comunicativos.

La tarea del terapeuta consiste en utilizar sus procesos sensoriales para discernir el modo en que esas comunicaciones se articulan, y así devolverlas al sistema perturbado.

Todos los problemas procuran consecuencias así negativas como positivas a todos los participantes sociales conectados, los problemas se consideran dilemas, después de que el dilema de cada miembro del sistema se definió con relación al problema-queja, estos dilemas se entrelazan a fin de obtener una interpretación sistémica, un relato o una hipótesis sobre el modo en que el problema-queja provee de una "pauta que conecta" a la familia entera, las descripciones dobles que se crean, sobre el modo en que el problema-queja influye sobre cada miembro, las visiones múltiples se entrelazan después a manera de enlazar a todos los miembros de la familia como sistema, la pauta que conecta a toda la familia puede incluir referencias a la historia familiar. En la comunicación múltiple

las consecuencias negativas del problema-queja se pueden considerar conectadas a una demanda de cambio, mientras que las positivas se eslabonan a una demanda de estabilidad. El ruido significativo se genera desde los análisis, relatos, temas, interpretaciones históricas, e hipótesis que el terapeuta presenta a la familia con relación a la manera en que el problema concurre a su allegamiento. (Keeney, B., Ross, J., 1985),

ESTRATEGIAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA TERAPIA

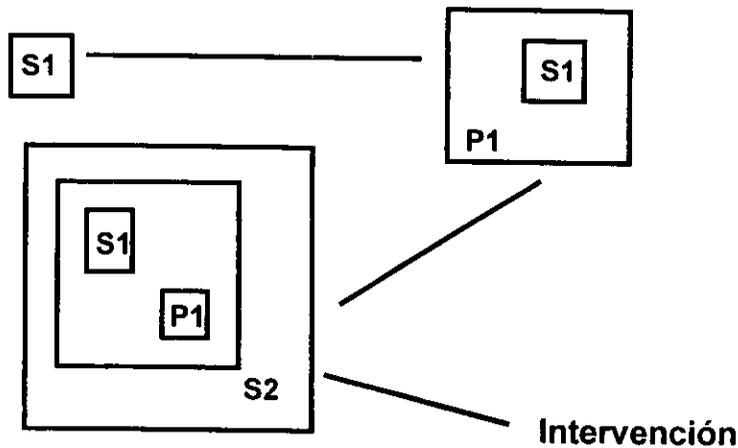
La estrategia prescrita por Watzlawick, Weakland, Fisch y Seagal (1982) entre otros es uno de los más eficaces abordajes de solución de problemas; empieza prescribiendo distinguos que permitan al terapeuta individualizar:

1. El problema,
2. La historia de las soluciones que para él se intentaron,
3. El marco de referencia que el cliente emplea para considerar y conceptualizar sus problemas y soluciones.

La estrategia que propone para la organización de la terapia se basa en los marcos políticos y semánticos de la siguiente manera:

- Construir un marco semántico (S1) que defina conductualmente el problema-queja por elaborar, y que especifique la meta de la terapia por referencia a la modificación del problema.
- Construir un marco político (P1) que defina todas las soluciones intentadas (por el paciente y por otras personas).
- Construir un marco semántico (S2) que defina la manera en que el cliente imparte significado a su situación problemática, descubrir la manera en que el paciente enmarca semánticamente P1.

Estos marcos semánticos y políticos, se albergan unos en otros de la siguiente manera:



La terapia se pone en marcha con la construcción de distinguos y marcos de referencia, al comienzo de cualquier terapia fija las orientaciones para los distinguos que se utilizaran en su organización, así también se consideran problemas las soluciones intentadas y se les especifica en función de conducta, las demás informaciones y/o cuestiones que especifique el paciente se juzgaran como no pertinentes y distractoras, dentro de este enfoque se tendrá cuidado de que no se convierta en algo que no sea estrictamente un intento de dar solución a un problema. "El cambio mínimo requerido para resolver el problema-queja, y no se propone reestructurar toda una familia". (Fisch, R, Weakland, J., Seagal, L., 1988).

Cuando se ha reunido la información suficiente, el terapeuta diagnóstica la índole del problema y pasa a diseñar la estrategia del tratamiento.

En la etapa inicial se prescribe el síntoma, en la segunda etapa se organiza la información obtenida (es el punto donde se prescriben como se construyen las complementariedades recursivas), la complementariedad recursiva es la que media entre la conducta problema y la conducta solución del problema, "La solución es el problema"; esto es, la relación entre un problema y los intentos de resolverlo se entretrejen de manera

recursiva: el problema nace de los intentos de resolverlo, al tiempo que las soluciones intentadas nacen de la vivencia del paciente.

La otra complementariedad que Watzlawick (1974) atañe es el nexo entre conducta y cognición, utiliza el término "marco" para referirse al modo en que uno percibe, conceptualiza, comprende y vivencia una situación. Desde este punto de vista cognitivo, da un paso más allá en el sentido de alejarse del conductismo radical. Una tarea de la terapia es modificar los marcos cognitivos que organizan la conducta. (Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1994).

En el enfoque Interaccional, la terapia construye dos complementariedades recursivas, la primera que media entre conducta problema e intentos conductuales por resolver el problema y la segunda atañe al distingo de orden superior entre conducta, marco cognitivo de la conducta, o entre lo que Bateson (1972-1979) llamó "Acción Simple" y "Puntuación de un contexto". (Kenney, B., Ross, J., 1985).

Para la modificación de un problema dentro de este enfoque es necesario modificar el nexo recursivo entre problema y soluciones intentadas, situando al foco de tratamiento en: un problema más las soluciones que para él se han intentado; modificar la organización de ese nexo impone abordar el marco cognitivo que le da significado, la intervención terapéutica se construye a partir de la siguiente estructura:

(problema/solución) / marco cognitivo

Aquí el terapeuta intenta modificar el marco cognitivo a fin de quebrantar la pauta lógica que relaciona el problema y su solución. "Quebrada esa pauta, se desconecta la relación problema-solución, lo que trae la consecuencia práctica de eliminar el problema (y la solución)". (Kenney B., Ross, J., 1985).

Otra manera de considerar el distingo entre problemas y soluciones

intentadas consiste en reparar en que su nexo se específico a menudo entre una lógica de negación. "Tener una solución significa negar el problema, mientras que la existencia de un problema significa la ausencia de una solución (lograda)"., (Kenney B., Ross, J., 1985).

Dentro de esta concepción de complementariedad recursiva se encuadra el distingo o bien/o bien como el lado derecho más abarcador:

pauta de interacción / problema solución

En esta forma de construir la terapia tenemos que los problemas y sus soluciones interactúan para construir y estabilizar una particular pauta de interacción, lo que Watzlawick y Weakland (1977) llaman "concepción interaccional".

La meta terapéutica consiste en alterar una pauta de interacción y no en modificar la conducta problema ni la conducta solución.

"En términos cibernéticos, soluciones intentadas y problemas se conectan por una relación de realimentación en que más se intenta resolver el problema, más se lo mantiene. Problemas y soluciones manifiestan la relación de complementariedad que es definitoria de un sistema cibernético: (estabilidad/cambio). Los problemas son estabilizados por los variados esfuerzos de resolverlos. En una situación perturbada mientras más se intenta modificar un problema ensayando toda clase de soluciones más se lo estabiliza" (Kenney, B., Ross, J., 1985).

Definida así la estructura, se puede considerar análoga a la definición cibernética básica del cambio terapéutico, en orden a la comunicación:

estabilidad/cambio / ruido significativo

Con esto tenemos que la tarea del terapeuta queda definida de la siguiente manera; Individualizar el marco cognitivo o el ruido significativo que los clientes aportan, y utilizarlo para reorganizar el modo en que ellos mismos se organizan.

La estructura general de realimentación cibernética de la terapia toma por centro evaluar si se ha alcanzado la meta de la terapia, y cuando este enfoque u orientación propone que el terapeuta diseñe sus intervenciones de manera de modificar la clase de soluciones intentadas por el paciente, se llevara a cabo esto ofreciendo diferentes soluciones o apartándolo de intentar soluciones a lo que se le puede considerar una clase diferente de solución, modificar la clase de solución demanda abordar el marco de referencia cognitivo del paciente. "Un reenmarcamiento logrado tiene que remover el problema del marco 'síntoma' y situarlo en un marco diferente, que no contenga la connotación de inmutabilidad, desde luego, no serviría un marco diferente cualquiera, sino sólo uno que sea congenial a la manera de pensar y de categorizar la realidad, propia de la persona". (Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R., 1994).

Selvinni-Palazzoli et al (1978) utiliza la técnica de **connotación positiva** la cual propone utilizar las descripciones provistas por el marco de referencia del paciente, a fin de construir un marco de alternativa que tenga connotación positiva. Como ejemplo tenemos la diferencia que existe entre un optimista y un pesimista; el primero ve el vaso medio lleno en tanto que el segundo ve el vaso medio vacío. La pauta que se describe dentro de cada uno de estos marcos de referencia es la misma, pero es diferente la connotación. Selvinni-Palazzoli, M., Cechin, G., Prata, G., Boscolo, L., 1988).

La connotación de un marco de referencia no tiene que ser necesariamente "positiva". Es importante que la connotación cambie el sentido de procurar una diferencia capaz de transformar la situación. En algunas ocasiones puede resultar ventajoso pasar el marco "positivo" que el paciente sustente a un marco "negativo". (Kenney, B., Ross, J., 1985).

La **planificación del caso** sirve para aplicar con eficiencia la propia influencia y para resolver los problemas con rapidez; además de que si no se planifica se corre el riesgo de que el terapeuta renuncie al caso o bien el

paciente pierda el interés y abandone el caso; para llevar a cabo esta necesario tener una comprensión clara de la dolencia que lleva el paciente, teniendo que aclarar este para la secuencia del tratamiento, en algunas ocasiones el paciente trae consigo varias problemáticas y no siempre resulta posible unificar todos los intentos del cliente en una sola categoría sin embargo, la mayoría de los esfuerzos realizados (los que se llevan acabo con más insistencia) se agrupan fácilmente en una única categoría. El paso concreto más importante para el tratamiento consiste en dejar bien claro que hay que apartarse de lo que se denomina el "campo minado". Si se sabe lo que hay que evitar, el terapeuta por lo menos no colaborará en el mantenimiento del problema del paciente. Conocer aquello a evitar sirve para suministrar, por contraste, una orientación básica para la formulación del impulso estratégico más apropiado en cada caso, las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente, apartándose en ciento ochenta grados de dicha dirección. No es suficiente con desplazarse a una postura neutral ya que esta acostumbra a ser con frecuencia una continuidad del impulso básico del paciente, o bien provoca dicha continuidad. El terapeuta puede conseguir un impacto estratégico al solicitarle al paciente que haga lo que en apariencia no es más que una pequeña alteración en el manejo del problema. Estas pequeñas alteraciones se aceptan fácilmente porque es vista como un cambio secundario, y también porque se integra con facilidad en la practicas cotidianas. El terapeuta ha de planificar sus intervenciones concretas calculando que acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, que acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, que acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina propia del paciente, y qué persona (o personas) desempeñan un papel más estratégico para la persistencia del problema. El objetivo terapéutico básico es que el paciente deje de padecer su dolencia o, al menos, que ésta disminuya lo suficiente como para no necesitar ya tratamiento terapéutico; el indicador más importante de éxito consiste en una declaración del cliente según la cual él se encuentre completa o razonablemente satisfecho con el resultado del tratamiento; Esto puede suceder por dos causas: porque la conducta perturbada haya cambiado, o porque haya cambiado su evaluación de tal conducta, lo cual hace que ya no la considere como un problema significativo. Para corroborar dicha información:

- Primero el terapeuta debe basarse en su propia estimación del impulso principal de las soluciones ensayadas en cada caso, determinar un objetivo concreto de cambio de conducta; es decir, prever una conducta específica cuya realización se considere incompatible con la continuidad del problema y que, si es posible, pueda constatar en términos de "sí" o "no".
- En segundo lugar constatar el cambio declarado -desde la postura de solicitante de ayuda hasta la de no solicitante- interrogando al paciente acerca de la base de su nueva postura: ¿qué ha sucedido que explique este cambio?. Cuando el primer criterio de evaluación implicaba la previsión de que determinada conducta sería incompatible con la continuidad de la dolencia, ello implica el vincular un cambio en la dolencia con un cambio de conducta de opinión.

En ambos casos, sin embargo, la importancia que se atribuya a una información dependerá en gran medida de la especificidad de la declaración y de su adecuación a aquel problema en particular y a sus rasgos propios. La directriz básica que se utiliza es la variación, ya sea en la conducta problemática, en la solución que se ensaye o en la definición del problema por parte del paciente. Una variación especialmente significativa sería que el paciente informase que ha sido capaz de hacer algo que no había logrado realizar mientras se hallaba aquejado por el problema; en cambio, no lo sería una declaración meramente genérica de que se ha producido una disminución del problema. Por ejemplo, un individuo deprimido interesaría más que comentase que ha vuelto a trabajar que una simple afirmación de que se siente mejor. (Fisch, R., Weakland, J., Segal, L., 1988).

LAS INTERVENCIONES

Las intervenciones, constituyen un medio de interrumpir las soluciones previamente ensayadas.

La terapia pretende influir sobre el paciente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste. Este objetivo se puede conseguir por dos vías:

1. Impidiendo que el paciente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema, o
2. En los casos adecuados, rectificando la opinión del paciente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

En ambos casos el terapeuta debe antes o después decir o hacer algo que provoque dicho cambio: debe **intervenir**. Existen dos categorías de intervenciones planificadas:

- La primera comprende las intervenciones principales, que utilizan un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Esta está formada por cinco intentos básicos de solución que se observan en la práctica clínica.
- Las segundas son las intervenciones generales, estas poseen un ámbito de aplicación mayor, y pueden utilizarse casi en cualquier momento de tratamiento y pueden aplicarse en una amplia gama de problemas. En ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del paciente.

INTERVENCIONES PRINCIPALES

INTERVENCIONES QUE SÓLO PUEDEN OCURRIR DE MODO ESPONTÁNEO

En esta categoría el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Pertenece a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, coito doloroso) funcionamiento intestinal (estreñimiento, diarrea), función urinaria (urgencia frecuencia), temblores y tics, espasmos musculares, problema del apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter (depresión) obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria.

Este tipo de problemas por regla general algunas personas no las considera problemas que requieran de una atención especial o la ayuda de un profesional, ya que en un lapso breve estas perturbaciones se corrigen espontáneamente. En cambio el paciente potencial define dichas fluctuaciones como problemas y toma voluntariamente ciertas medidas para evitar que aparezcan de nuevo, estas medidas implican un esfuerzo deliberado para asegurar un cambio normal o efectivo. (Fisch, R., Weakland, J., Segal., 1988).

Cuando el paciente acude a terapia por estos problemas es improbable que resulte efectivo limitarse a decirle que deje de esforzarse tanto ya que en primer lugar considera que la solución que él le esta dando es la única lógica y razonable y si actuase de otra manera solo agravaría el problema; en segundo lugar pedirle a alguien que abandone determinada conducta tendría como consecuencia que el paciente se hiciera más consciente de ella, volviéndose así más difícil de afrontar.

Como norma general se le pide implícitamente a un paciente que renuncie a una conducta concreta cuando se le ha enseñado explícitamente a que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que se desea eliminar.

La estrategia global que a menudo se utiliza para solucionar problemas de rendimiento se centra en invertir el intento del paciente de superar su problema, para lo cual se suministran unas razones y unas directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento. Estas razones pertenecen de ordinario a dos grandes categorías posibles. Antes que nada, puede explicársele al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico (esto es para que el paciente exhiba deliberadamente el síntoma, porque cuando el sujeto lo experimenta de modo espontáneo se encuentra demasiado absorto en la angustia de luchar contra el síntoma no puede observarlo como conviene, sin embargo, si aparece deliberadamente, estará en condiciones de advertir, datos significativos que no había podido percibir). El segundo gran tipo de razonamiento justificativo; se le manifiesta al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control definitivo. (Fisch, R., Weakland, J., Segal, L., 1988).

EL INTENTO DE DOMINAR UN ACONTECIMIENTO TEMIDO APLAZÁNDOLO

Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad, como fobias, timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento (hablar en público, miedo a salir en escena y de fenómenos similares. Estas dolencias también son autorreferenciales: el paciente experimenta él mismo el malestar, estas difieren al anterior conjunto de malestares, porque los estados de terror o de ansiedad pueden surgir o mantenerse sin necesidad de que intervenga nadie más. El paciente dentro de su propio sistema cognoscitivo, puede sentir pánico y puede conservar dicho estado por su cuenta. Con gran frecuencia las fobias comienzan de un modo inocuo. El futuro paciente fóbico no experimentaba ninguna dificultad para llevar a cabo alguna actividad, pero en un momento dado, choca con inconvenientes inesperados e inexplicables para realizarla, se trata a menudo de una tarea que implica cierto riesgo, aunque sea reducido, después de haber experimentado esto el paciente empieza a especular sobre ella y se alarma al pensar que podría reaparecer en circunstancias peligrosas, mortificantes o humillantes para él. A esto se le llama "la feliz idea de que ¿que pasaría sí...?".

El problema puede llegar a problemas fóbicos o limitarse a ser una reacción de ansiedad, pero el futuro paciente considera que el acontecimiento temido es algo que no esta en condiciones de dominar, "en sentido metafórico, 'es como si el acontecimiento fuese un dragón que el sujeto tiene que matar, pero para lo cual no posee el arma secreta que, al parecer, tienen todos los demás'" (Fisch, R., Weakland, J., Seagal, L., 1988).

El hecho de que los demás no tengan dificultad constituye un factor que el paciente utiliza como elemento de su intento de solución: se dice así mismo, que puesto que la tarea resulta algo sencillo y fácil para los demás el no tendrá problema para realizarla y al mismo tiempo se siente vulnerable y no se encuentra preparado para realizarla de modo que empieza a evitar dicha tarea.

El hilo conductor de las estrategias de solución ante los problemas de miedo-evitación es, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito. En esta estrategia puede usarse como plan global, dado que la solución más frecuente adoptada por los pacientes consiste en evitar la tarea al mismo tiempo que se obligan a sí mismos a dominarla.

EL INTENTO DE LLEGAR A UN ACUERDO MEDIANTE UNA OPOSICIÓN

Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto de una relación interpersonal centrado en temas que requieran una mutua colaboración. Entre estos problemas se encuentran las riñas conyugales, los conflictos entre padres e hijos.

La intervención en estos problemas exige que el terapeuta se preocupe por la formulación o "venta" de la intervención más que de establecer cual es la acción concreta que debe realizar el paciente, cosa que puede resultar evidente. En términos generales, el paciente necesita una explicación que le permita aprender a efectuar solicitudes cómodamente en un estilo no autoritario, como por ejemplo "te estaría muy agradecido si tú..." más bien que "tienes la obligación de ...", o "es lo mínimo que puedes hacer...".

En estos casos, la intervención comienza cuando el terapeuta pide reunirse primero sólo con los padres. Esta estructura del proceso confirma implícitamente que los padres son quienes solicitan ayuda.

EL INTENTO DE CONSEGUIR SUMISIÓN A TRAVÉS DE LA LIBRE ACEPTACIÓN

Esta solución, que es una imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, puede resumirse en la siguiente afirmación "me gustaría que lo hiciese, pero todavía que quisiera hacerlo". Al parecer esto refleja una aversión a pedirle a otro individuo algo que le disguste o que exija determinado esfuerzo o sacrificio. Pedir lo que uno desea se considera como dictatorial, para la otra persona. Es como si se viera a esta como alguien frágil, incapaz de determinar su propio nivel de

docilidad, alguien que no sabe decir que no. En consecuencia y paradójicamente, su libertad tiene que ser defendida por otra persona.

Esta penosa paradoja se manifiesta a través de numerosas formas clínicas (problemas conyugales, problemas de crianza infantil y esquizofrenia).

Lo que podría constituir una sencilla petición de sumisión, a la cual podría responderse mediante una simple manifestación de rechazo o de aceptación, se transforma por el contrario en un intercambio generador de problemas. (Papp, P., 1992).

La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario. En tales casos, el terapeuta tiene que solucionar el problema de hallar una forma de influir sobre el cliente con objeto de que lleve a cabo esta variación.

Por ejemplo, este tipo de pacientes se encuentra a menudo motivado por el deseo de mostrarse benévolo, de acuerdo con una postura que se puede enunciar así: "No quiero que lo haga, si es que é no se siente feliz haciéndolo". El terapeuta puede utilizar esta postura para redefinir la benevolencia del paciente, sus peticiones indirectas, como algo inconscientemente destructivo, y a la inversa, redefiniendo como beneficioso aquello que el paciente quizás considere como destructivo, las solicitudes directas. (Fisch, R., Weakland, J., Segal, L., 1988).

LA CONFIRMACION DE LAS SOSPECHAS DEL ACUSADOR MEDIANTE LA AUTODEFENSA

En esta clase de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. Lo típico es que el sujeto **A** formule acusaciones acerca del sujeto **B**, y que éste responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa. Desafortunadamente, la defensa de **B** suele confirmar las sospechas de **A**. El resultado es que **A** continúa con sus acusaciones, **B** refuerza su defensa y así sucesivamente.

Esta pauta de interacción se le da el nombre de "**juego del acusador y del defensor**", puede apreciarse en problemas conyugales, en problemas de educación en los hijos y en dificultades relacionadas con el trabajo.

Este juego del acusador y el defensor también puede finalizar mediante una intervención llamada "interferencia". Esta es una intervención diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

Por ejemplo, si una mujer acusa a su marido de beber en exceso y éste lo niega, el terapeuta puede preparar el terreno para una interferencia adoptando una postura neutral: "Mi función aquí no consiste en hacer de detective y averiguar quien de ustedes dos esta en lo cierto o se equivoca. Mi función se limita a ayudarles a ambos en su comunicación recíproca, que obviamente se ha roto. En consecuencia no puedo preocuparme por la cantidad de alcohol que usted beba o deje de beber": Si los pacientes no se oponen con vigor a esta definición del papel del terapeuta, este puede comenzar a interferir en el juego. (Fisch, R., Weakland, J., Segal, L., 1988).

INTERVENCIONES GENERALES

NO APRESURARSE

El indicarle al paciente que no se apresure en la solución del problema constituye quizás la táctica más utilizada, la mayor parte de las intervenciones consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa: el cambio, aunque sea para mejorar, exige una adaptación. El mandato de no apresurarse a menudo habrá que darlo en la primera sesión sobre todo con aquellos pacientes que ejercen presión sobre el terapeuta pidiéndole una pronta solución mientras ellos permanecen pasivos y no colaboran; también cuando a algún paciente se le han dado intervenciones concretas y en la siguiente sesión informan sobre una mejora específica en tales circunstancias, aunque no se utilice de

manera concreta el mandato de avanzar sin prisa, se evita cualquier indicación de claro optimismo y de estímulo adicional.

LOS PELIGROS DE UNA MEJORÍA

En estos casos se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema (no se le pregunta si habrá peligros) En la mayoría de los casos el paciente dirá que no habrá ningún peligro ya que la solución de su problema lo hará vivir feliz, en estos casos el terapeuta puede exponer algún posible inconveniente, para el paciente o para alguien que se encuentre cerca de él puede utilizar la siguiente pregunta "Después de solucionar este problema de la forma que sea ¿con qué es probable que se encuentre? ¿En qué consistiría el impacto global?. Creo que lo mejor sería que no limitasen su pensamiento, siendo demasiado concretos o reflexionando de un modo practico, es mejor dejar que fluya libremente su imaginación. Si lo que imaginan resulta excesivo, lo dejamos de lado". (Fisch, R., Weakland, J., Seagal, L., 1988).

En algunos casos, una intervención de este tipo provoca un cambio significativo o incluso llega a ser todo lo que se necesita para solucionar la dolencia actual en especial cuando se trata de problemas de ansiedad, sobre todo en las ansiedades de rendimiento. Si el paciente comprueba que la mejora no es un "lecho de rosas", se sentirá menos obligado a acosarse así mismo para rendir más, y de esta forma conseguirá una cierta distensión. El paciente modifica su intento de solución, consistente en esforzarse demasiado, y como resultado de dicho cambio se puede dar un aminoramiento o una desaparición de su dolencia.

UN CAMBIO DE DIRECCIÓN

Por "cambio de dirección" se entiende que el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo ofrece al paciente una explicación acerca de dicha variación, se requiere un cambio de dirección cuando el terapeuta, de modo no deliberado, comienza a discutir con el paciente, y no se da cuenta de este fenómeno, este estado de cosas suele reflejarse cuando el paciente insiste en subestimar o rechazar el camino que le sugiere el terapeuta; así mismo es probable que este se sienta frustrado por el paciente. El cambio de dirección también se hace necesario

cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el paciente accede pero que más tarde se muestra como no productivo. El paciente lo da a entender quejándose de que "no estamos yendo a ninguna parte", o bien el terapeuta comprende que a pesar de sus sugerencias no se está avanzando hacia la solución del problema. Este tipo de cambio de dirección resulta más eficaz si el terapeuta añade además: "El experto aludió a un punto que yo no logro entender, pero dijo que usted si lo, entendería": Esto puede incrementar la probabilidad de que el paciente acepta ese elemento, puesto que le permite alzarse por encima de su terapeuta entrando en coalición con el prestigioso experto, al poseer una capacidad de comprensión superior a la del terapeuta. (Fisch, R., Weakland, J., Seagal, L., 1988).

COMO EMPERORAR EL PROBLEMA

Cuando el terapeuta brinda una sugerencia suele añadir que la acción sugerida probablemente resultará útil para lograr una mejoría del problema. A veces es posible causar un mayor impacto si se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren; esto se puede llevar a cabo cuando el paciente se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. El terapeuta abandona la actitud de "esto podría ser útil", dando paso a lo siguiente: "Si usted lleva a cabo lo que estoy a punto recomendarle, casi le podría garantizar que su problema empeorara" o bien: "No se me ocurre sugerirle algo que pueda ayudarle, pero al menos estoy en condiciones de darle algún consejo concreto sobre como conseguir que las cosas vayan aún peor". Ya no se le dice al paciente lo que hay que hacer; sólo se le menciona implícitamente. Al mismo tiempo, el hecho de sugerir específicamente en que forma puede lograrse que el problema empeore hace que el paciente se vuelva consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya como el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

Como variante de este tipo de intervención el terapeuta puede prescribir aquello que el paciente ha estado haciendo, pero sin presentarlo como sugerencia para que las cosas empeoren. Por el contrario al tiempo que define la conducta como potencialmente útil para la definitiva solución del problema, el terapeuta exige que el paciente ejecute esta anterior

solución hasta el extremo, provocando así aversión. También se utiliza esta intervención, que es una especie de sugerencia al revés, en los casos en que el paciente ha estado resistiéndose a sugerencias ofrecidas de un modo más directo. (Fisch, R., Weakland, J., Seagal, L., 1988).

LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

Cuando los pacientes comienzan el tratamiento, en la mayoría de los casos se debe a que padecen alguna dolencia, lo cual puede afectarles directamente ("me siento terriblemente ansioso en las situaciones sociales") o alguna otra persona ("mi hijo no quiere ir al colegio"). En este tipo de terapia el objetivo del tratamiento suele ser eliminar o reducir en un grado suficiente dicha dolencia, de modo que el paciente crea que ya no es necesario someterse al tratamiento, al menos en lo que respecta a la dolencia original, y la terminación constituye el paso final, una vez solucionado el problema inicial.

En la mayoría de los casos el terapeuta sugerirá el momento de la finalización del tratamiento, esperando por lo general que el paciente este de acuerdo. También el paciente puede iniciar el proceso de finalización por diversos motivos, lo deseable sería que el paciente mencionara que su problema ha sido resuelto, en tal caso el terapeuta puede estar de acuerdo en terminar el tratamiento; pero en algunos casos puede suceder que el paciente exprese su insatisfacción significativa ante el tratamiento y mencione que va a interrumpir la terapia; o bien, pueden surgir circunstancias que impidan la continuación del tratamiento.

LA TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO CUANDO EL PROBLEMA HA SIDO RESUELTO

La causa preferible para la terminación de la terapia es que el paciente se presente a la sesión y mencione que el problema en cuestión ha mejorado satisfactoriamente, entonces el terapeuta puede dar por terminado el tratamiento, pero esto no se formula de una forma determinante, dado que el terapeuta tiene que comprobar cual es la relación del paciente ante la idea de interrumpir el tratamiento, muchos pueden mencionar que el problema ha sido resuelto pero el hecho de

terminar con el tratamiento les intranquiliza; esto se da porque a algunos pacientes experimentan cierta incertidumbre acerca de la eficacia de los logros del tratamiento una vez que hayan terminado, en algunos casos los pacientes se mostraran bastante implícitos en relación con el tema. Si el paciente se muestra preocupado por la persistencia de los resultados, se esfuerza demasiado por "hacer que las cosas vayan bien", es probable que haya un empeoramiento del problema, en esta eventualidad, el paciente logra que se cumpla su profecía de que las cosas no podrían ir bien, por eso al acabar con el tratamiento el terapeuta desea evitar esta posibilidad y ayuda al paciente a no sentirse inquieto por la perspectiva de que las cosas quizás empeoren después de finalizar, sin embargo es posible que una garantía meramente verbal no ayude a que se tranquilice el paciente aprensivo. Siendo posible que este interprete las manifestaciones tranquilizadoras como un mero intento de ahuyentar temores muy justificados, o quizás el paciente piense que el terapeuta no es consciente de la fragilidad de sus logros.

En estos casos el paciente se vuelve aún más reticente con respecto a la terminación del tratamiento, por consecuencia el terapeuta debe de dejar de lado sus intentos de conseguir que el paciente se tranquilice y por el contrario definir el empeoramiento como un acontecimiento esperado y consiguientemente normal, o incluso llegar a redefinirlo como un acontecimiento positivo. Entonces, el paciente que termina el tratamiento puede aceptar con menos tensiones un hipotético empeoramiento y no atemorizarse ante él. Con los pacientes que se manifiestan aprensivos acerca de la terminación del tratamiento, el terapeuta puede agregar que hasta podría resultar beneficioso que el paciente hallara algún modo de provocar un agravamiento del problema, al menos temporalmente; aunque esto parezca negativo y pesimista, hay varias características que lo convierten en un mensaje implícitamente optimista:

- En primer lugar, al paciente se le está comunicando implícitamente que ha obtenido avances muy significativos durante el tratamiento, tan considerables que no tiene que lograr otras mejoras, por lo menos de inmediato.
- En segundo lugar, puesto que se le ha pedido que provoque un empeoramiento, si éste se presenta, el paciente pensará que se trata de

algo que esta sometido a su control.

- Por último, el empeoramiento en sí mismo ha sido definido como un acontecimiento positivo y no como un fracaso en el mantenimiento de las mejoras.

El objetivo evidente es reducir al mínimo la reaparición del problema, ayudando a que los pacientes se sientan menos preocupados por la terminación del tratamiento. En el peor de los casos si se presenta un agravamiento que requiera que el paciente necesite de nuevo someterse a tratamiento, la credibilidad del terapeuta se mantiene íntegra o incluso se eleva, y el tratamiento posterior inicia con buen pie. "En la práctica es poco frecuente que se produzca un agravamiento sobre todo cuando el paciente ha finalizado la terapia y ha recibido el consejo de 'no apresurarse'". Es probable que no siempre resulte imprescindible utilizar en todos los casos este tipo de intervención de cierre, pero como mínimo el terapeuta debe evitar una despedida formulada en estos términos: "Fíjese en lo mucho que ha conseguido; sabía que podía hacerlo usted, y estoy seguro que las cosas marcharan perfectamente". (Fisch, R., Weakland, J., Segal, L., 1988).

En algunos casos los pacientes manifiestan preocupación porque consideran que las cosas no marcharan lo suficientemente bien sino continúan bajo la guía del terapeuta, quizás no sea suficiente con transmitirles lo antes ya mencionado y su grado de aprensión puede inducirlos a buscar la más pequeña prueba de que las cosas se han deteriorado, esta eventualidad se puede evitar si el terapeuta insiste en realizar al menos otra entrevista, preferiblemente dentro de dos o tres semanas, pero con la condición de que la paciente debe acudir a entrevista aun en el caso de que piense que, en realidad, no necesita volver.

Algunos pacientes tienen razones para dar por terminado el tratamiento que prefieren mantener en silencio y apelan al cambio en forma cortés "las cosas van mejor y me gustaría probar por mi cuenta".

Por otra parte, si se acepta el deseo del paciente de dar por terminado el tratamiento, la despedida se produce en un clima de afabilidad lo que no deja de tener importancia ya que facilita al paciente la

reanudación del tratamiento en el caso de que descubra que probar por su cuenta no funciona. Esta continuidad en el tratamiento fortalece la capacidad de maniobra del terapeuta, dado que el paciente habrá reconocido ante él que había infravalorado la significación del problema persistente, si por el contrario, el terapeuta disuade al paciente de suspender la terapia, ésta continuará sobre la base implícita de que el paciente acude a requerimiento del terapeuta y no porque realmente lo requiera.

En algunas ocasiones los pacientes mencionan que el problema por el que iniciaron el tratamiento ha sido resuelto y con plena satisfacción, pero añaden que ahora les gustaría trabajar sobre otra problemática, este otro problema puede ser uno al cual ya se le haya aludido con anterioridad durante el tratamiento, o puede ser uno completamente nuevo, en cualquiera de ambos casos el terapeuta se enfrenta con una opción: acepta la invitación o la rehusa. En el primer caso se arriesga a rebajar lo conseguido en el tratamiento previo, transformándolo en simple peldaño dentro de una quizás inacabable labor sobre problemas. El tratamiento llegaría a considerarse como una actividad en sí misma y no como un medio de solucionar problemas que impidan una vida llevadera. Se ganaría muy poco si el terapeuta se precipita a trabajar sobre otro problema; esto no quiere decir que los pacientes sólo tengan derecho a solucionar un único problema, pero sí convendría dejar pasar un lapso de tiempo entre dos esfuerzos terapéuticos distintos. (Fisch, R., Weakland, J. Segal, L., 1988).

TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO SIN QUE EL PROBLEMA HAYA SIDO RESUELTO

Cuando el problema no ha sido solucionado el tratamiento puede acabar de dos formas posibles: en los tratamientos con límites de tiempo, la terapia finalizará cuando hayan transcurrido las sesiones acordadas, el límite temporal plantea un obstáculo porque al terapeuta le falta tiempo para remodelar su estrategia, si se da cuenta que el diseño inicial no funciona. En la última sesión el terapeuta se puede dar cuenta de que no se ha llegado a una solución del problema y puede utilizar la última sesión para: tratar de averiguar porque no funciona su estrategia o como último esfuerzo para solucionar el problema.

Resulta acertado explicar como ha fracasado su estrategia por dos motivos básicos:

- Primero, si la estrategia del terapeuta ha fracasado en la solución del problema, es poco probable que persistir en dicha estrategia consiga resultados en el último momento.
- En segundo lugar, la mayoría de las intervenciones exige que el paciente realice determinada acción, que el terapeuta deba contrastar en una sesión posterior ¿ha llevado a cabo el paciente la sugerencia propuesta? ¿De qué forma y con qué resultados?. Si en la última sesión se ensaya una nueva clase de intervención, no existe ninguna oportunidad de realizar esta comprobación básica.

Para iniciar la última entrevista, lo mejor suele ser apelar a un comienzo de este tipo: "Como sabe, ésta es nuestra última sesión. Desde mi punto de vista, su problema en realidad no ha cambiado nada, y creo que no le ha servido a usted para nada", en algunas ocasiones cuando se confiesa esto parlatariamente, el paciente intenta tranquilizar al terapeuta: "oh, no, yo no diría tanto. Me ha ayudado mucho, de veras, el hecho de venir aquí y hablar con usted". Esto sirve para pasar a la importante pregunta de cierre. "En su criterio, ¿cree que se haya hecho (o no se haya hecho) y que pueda haber impedido la solución de su problema?" (Fisch, R., Weakland, J., Segal, L., 1988).

En la mayoría de los casos el paciente es quien propone la terminación si el problema no ha sido resuelto, esto lo puede manifestar de la siguiente forma: "Creo que últimamente no han estado pasando demasiadas cosas, y creo que podría avanzar por mi cuenta ahora, si usted no tiene inconveniente, me gustaría terminar con el tratamiento ahora, si veo que las cosas no funcionan le volvería a llamar" o bien, puede manifestarlo de una forma más tajante: "Creo que en realidad no ha sucedido nada, y sería una pérdida de tiempo continuar por este camino, he venido a decirle que quiero suspender el tratamiento, por supuesto si usted piensa que hay alguna razón que justifique continuarlo, lo tomaré en consideración".

En los casos de este tipo, el terapeuta debe evitar a toda costa la

tentación de poner en discusión la postura del paciente y presionarle para que siga el tratamiento. La presión no tiene porque ser explícita; el terapeuta puede limitarse a poner en tela de juicio la decisión del paciente, es difícil evitar estas tentaciones cuando el paciente afirma que no ha sucedido nada y el terapeuta considera que ha tenido lugar avances comprobables en la practica. Es probable que el terapeuta intente señalar estas mejoras y termine frustrándose aún más, en la medida en que el paciente no le conceda ningún valor y se aferre a la opinión de que nada ha cambiado.

En vez de entablar esta batalla tan contraproducente, el terapeuta debe aceptar con prontitud el deseo de poner fin al tratamiento que manifiesta el paciente, una despedida afable permitirá que el cliente se decida con más facilidad a reanudar el tratamiento si más tarde experimenta dicha necesidad.

En algunas ocasiones cuando el terapeuta adopta una actitud flexible, el paciente suaviza su postura y le pide algún consejo o sugerencia como despedida, es importante que aunque el terapeuta este en condiciones de ofrecer alguna novedad, no es probable que el paciente acepte algún consejo de despedida o que lo lleve acabo, es más conveniente que siga existiendo una postura amable y sumisa sin darle algún consejo. Puede adoptarse una postura similar si el paciente solicita que se le recomiende a otro profesional: "Creo que sería conveniente recibir la ayuda de alguna otra persona, pero preferiría no sugerir ninguna, porque mis propios prejuicios quizás influyesen en mí opinión. Como yo no le he servido de mucho, es mejor que empiece usted de nuevo con alguien que usted mismo haya elegido o que, al menos, le haya recomendado alguien que no sea yo". Así también el terapeuta puede no mostrar una actitud accesible y amable con aquellos pacientes que se han mostrado poco colaboradores a lo largo del tratamiento, olvidando poner en practica las soluciones, cuando esta clase de pacientes se muestra poco satisfecho con el tratamiento y propone terminarlo, el terapeuta debe aceptarlo de inmediato pero con un planteamiento distinto. Puede aceptar que es conveniente acabar, no porque no haya habido avances, sino debido al riesgo de que el problema se solucione si el tratamiento continuara. Dicha solución podría provocar un cambio imprevisto. Si es necesario el terapeuta puede respaldar dicha opinión citando ejemplos anteriores de no colaboración, caracterizándolos

como indicadores de la "sabiduría inconsciente" del paciente, que propone evitar el cambio. Si bien este planteamiento puede parecer severo, se propone aumentar al máximo las posibilidades de que aunque el tratamiento finalice, el paciente llegue a afrontar su problema, se puede lograr esto si coloca al paciente en situación de darle la razón a la dura conclusión del terapeuta o de manifestar su desacuerdo con él. Si esta de acuerdo el paciente redefine su dolencia como algo no problemático, o al menos no lo bastante problemático como para exigir una continuación del tratamiento, si lo define de este modo, es menos probable que éste se dedique a luchar con su problema, y por lo tanto este vaya disminuyendo. Si no le da la razón al terapeuta, habrá aceptado un desafío implícito, que le obliga a solucionar su problema. En el caso de que continúe con algún otro profesional es probable que se solucione su problema puesto que no utilizará al nuevo terapeuta como amortiguador en su resistencia pasiva a las sugerencias útiles. Así habrá más posibilidades de que abandone su postura anterior, que se puede resumir con la frase "le desafío a que me cure", para que pase a otra en la que haga uso activo del tratamiento con una finalidad específica.

Hay ocasiones en las que los pacientes solicitan terminar con el tratamiento cuando el problema no se ha solucionado y paradójicamente, se muestran satisfechos con el resultado. En estos casos no hay forma de saber si el paciente se encuentra insatisfecho con el tratamiento y se limita a expresarlo con cortesía, o bien si el paciente se considera suficientemente satisfecho con el resultado por modesto que parezca. En cualquiera de ambos casos, no es oportuno contradecir su deseo de finalizar. Si el paciente se halla insatisfecho con el tratamiento, lo único que conseguirá el terapeuta será entablar una batalla inútil. Y si el paciente se encuentra satisfecho del resultado, el terapeuta estaría intentando que se prolongase un tratamiento que el paciente ya considera concluido. En último término, puesto que lo que lleva a un sujeto a someterse a tratamiento es una insatisfacción significativa con la propia existencia, la desaparición de este grado de insatisfacción constituye el objeto global y definitivo. (Fisch, R., Weakland, J., Segal, L., 1988).

A continuación se revisaran unos fragmentos de un caso clínico, para ilustrar algunos de los aspectos que se mencionaron con anterioridad, para ejemplificar la aproximación Interaccional, en escenario terapéutico; el cual

consta de cuatro sesiones que fueron supervisadas por un terapeuta y bajo los lineamientos de Saptel.

CAPITULO IV

CASO CLÍNICO

*El medio de salir es a través de la puerta ¿por qué
Nadie quiere utilizar esta salida?
Confucio.*

*¿Cuál es vuestra meta en filosofía? Enseñar a la mosca
El camino que conduce fuera de la botella.
Wittgenstein.*

En este capítulo se presenta un caso clínico, el cual fué trabajado únicamente durante cuatro sesiones, bajo la supervisión de un terapeuta. Cabe mencionar que este caso se llevo a cabo con estricto apego a los lineamientos de Saptel (ver anexo 1) y nunca se hizo un manejo orientado para confirmar ningún planteamiento de esta tesis; exclusivamente se empleo a manera de ilustrar la aproximación interaccional, mostrando sólo algunos fragmentos del mismo.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: J. S.

SEXO: MASCULINO.

EDAD: 26 AÑOS.

OCUPACION: VIGILANTE DE UN ALMACÉN.

ESCOLARIDAD: PREPARATORIA.

ESTADO CIVIL: SOLTERO.

RELIGION: CATÓLICO.

ORIGINARIO: DISTRITO FEDERAL.

MOTIVO DE CONSULTA: INTENTO SUICIDA, Y DEPRESION.

PRIMERA SESIÓN

Martha. Apoyo Psicológico

J: Quise llamar, porque he pensado en suicidarme.

Martha: ¿has pensado en suicidarte?

J: sí, porque el mundo es una porquería.

Martha: ¿consideras que el mundo es una porquería?

J: sí, ya que hay crisis, no hay trabajo, la gente esta de malas, ¿tú no piensas lo mismo?.

Martha: Sí. estoy de acuerdo contigo...

J: vez, me deprime la situación y he pensado suicidarme con veneno o arrojarme al metro, o tal vez ahorcándome.

Martha: ¿para qué te sirve suicidarte?

J: para no seguir sufriendo y además para que la chava que me dejó se arrepienta y se sienta mal.

Martha: para que se arrepienta ¿de qué?

J: de que me dejó, se fue con otro y lo va a pagar caro y como el mundo es una porquería.

Martha: sí, es una porquería; pero ¿has hecho algo para salir adelante?

J: en realidad no sé, sé que tengo que trabajar, olvidar que alguien me hizo daño, salir adelante y ganarle a la vida.

Martha: ¿cómo crees que puedas lograr esto?

J: Teniendo actitudes positivas, que tengo derecho a demostrar que valgo la pena y que alguien me va a valorar y a querer.

Martha: Es importante que pienses así, aunque quizás no sea fácil.

J: Tal vez no sea fácil, pero lo voy a intentar, la verdad es que me da gusto haber llamado aquí, creo que necesitaba que alguien me comprendiera y me demostrara que puedo salir adelante.

SEGUNDA SESIÓN

Martha: *¿Cómo estas Jaime?*

J: Mal, estoy deprimido, no sé que hacer.

Martha: *¿te sientes deprimido?*

J: siempre me deprimó, las circunstancias son situaciones difíciles que no puedo arreglar.

Martha: *¿cómo cuáles situaciones?*

J: Pues problemas, de todos, económicos, hay veces que hasta se me despellejan las manos, se me cae el cabello, pero luego lo soluciono y pasa todo; pero ahora tengo problemas emocionales.

Martha: *¿en qué se manifiesta?*

J: en el rechazo que la gente tiene hacia mí, sin siquiera conocerme.

Martha: *¿dado que piensas ésto?*

J: pues siempre he sido rechazado.

Martha: *¿qué es lo que te hace pensar ésto?*

J: mi madre me abandona cuando tenía tres años, se separo de mi padre porque tuvo problemas con él, pero se llevo a mis hermanas y a mí me dejo, no le importe, después ella regreso y nunca me pregunta como me sentía, luego mi padre cuando yo tenía trece años se muere, esto a mí me dio mucho coraje ya que el me enseñó a ser déspota, a no hablar con alguien, a no decir algo, y se le ocurre morirse sin pensar en uno y luego que hago. Todo esto me deprime mucho. Por esa razón tengo coraje con mis hermanas.

Martha: *¿cómo es la relación con tu madre?*

J: le hablo, pero no platico mucho con ella.

Martha: *¿y con tus hermanas?*

J: no les hablo, porque no me entienden.

Martha: *el no hablarles ¿cómo te hace sentir?*

J: me deprime.

Martha: *¿te deprimes muy seguido?*

J: sí.

Martha: *Cuándo te deprimes ¿has notado algún cambio en tú estado físico?*

J: sí, se me cae el cabello, me sudan las manos, no puedo concentrarme,

me siento desolado, sin fuerza de voluntad o de solucionar algún problema.

Martha: *¿has intentado alguna solución para estas situaciones?*

J: nada, sé que no valgo la pena, nadie me quiere, he intentado bajar de peso, vestirme mejor, pero luego me pongo de mal humor porque esto sale caro y no puedo.

Martha: *¿cómo te consideras físicamente?*

J: considero que estoy bien, siempre tengo que acoplarme a la maldita moda, porque eso le gusta a las chavas.

Martha: *lo que me comentabas de las relaciones con tu familia y esto que me estas diciendo ¿cómo ha afectado tus relaciones interpersonales?*

J: ¿cómo?

Martha: *sí, ¿cómo son tus relaciones con tus compañeros de trabajo?*

J: pues trato de que sean buenas, si tengo que hablar mucho trato de ir a vigilar el almacén y sólo platico muy poco con ellos y de cosa del trabajo.

Martha: *¿y en tus relaciones de pareja?*

J: Te platicaré, con Gloria dure año y medio, mis relaciones eran buenas, yo tenía 18 años y tuve relaciones sexuales con ella y eran muy satisfactorias; después durante cinco años no tuve relaciones y después me refugie con prostitutas ya que buscaba a alguien que me quisiera, que le gustara, y sentirme acompañado, pero eso sólo era pasajero y lo deje, luego tuve una amiga ocasional, luego tuve otra novia, pero yo siento que no me quería, porque me dejaba plantado y luego me dejo. Con la chava que estoy saliendo ahorita a veces me siento mal, porque tengo que tratar que ella se sienta bien cuando esta conmigo, tengo que hacer muchas cosas para llamar su atención, estar al pendiente de ella, buscarla, invitarla a salir y tratar de pasar un rato agradable con ella; y con otras personas que no se preocupan por ella, hasta se besa con ellos y sin embargo conmigo ni siquiera quiere que le toque la mano, me desprecia, cuando la invite a salir por vez primera, me dijo que sólo si me iba a portar bien; y salí con ella sólo para que ella se diera cuenta de que yo no era como otros, pero esto me puso de malas y me deprimió, pero le demostré que soy una persona decente.

Martha: *el cambio físico que tuviste ¿te ha servido de algo?*

J: no sé, nadie me ha dicho algo con respecto a esto.

Martha: *J. te voy a pedir que dentro de esta semana realices lo siguiente: Que salgas con una chica que no sea con la que sales actualmente, que la invites a salir, pero no debes esmerarte en tu*

cuidado personal y sobre todo que no hagas algo, ni te esfuerces en que ella se sienta bien, lo más probable va a ser que vas a fracasar en este intento, pero aún así quiero que lo lleves acabo.

J: Pero no voy a poder, me va acostar trabajo platicar con alguien ¿cómo le digo? No, no, no.

Martha: J. te pido que lo realices, como ya te mencione lo más probable es que fracasas, pero quiero que lo intentes.

J: esta bien lo haré, pero voy a fracasar.

TERCERA SESIÓN

Martha: Hola Jaime ¿cómo estas?

J: Muy bien, me siento muy contento, estoy muy bien.

Martha: ¿qué fue lo que paso?

J: pues hice, lo que me dijo que hiciera, en realidad me costo mucho trabajo, ya que el salir con una persona y no tener atenciones con ella me hizo sentir mal y muy tenso, y luego sin arreglarme, imagínese, pero después en la medida que pasaba el tiempo fue dándose algo, no sé, una buena relación, comunicación me di cuenta que no necesitaba dar más de lo que daba, sólo lo que fuera pasando, además a partir de esto me di cuenta de que es muy importante el comunicarse y preguntar las dudas que uno tiene, hable con mi madre y le pregunte que ¿por qué me había abandonado? Y ¿sabe que me dijo?

Martha: no, ¿qué te dijo?

J: me dijo que no era su intención abandonarme, sino que ella había peleado con mi papá, porque la había hecho abortar, y ella se fue de la casa en ese momento porque si no lo hacía en ese instante ya no lo haría después, y que yo no estaba, por eso me había dejado.

Martha: ¿cómo te sientes con lo que te dijo tu mamá?

J: obtuve una respuesta a algo que me duele, pero finalmente me atreví a preguntarlo, tengo que aceptar su respuesta, pero sobre todo tratar de que esto ya no me siga afectando y vivir con esto que forma parte de mi pasado y ver pues cosas positivas. Sabe también con Nallely (nombre de la chica con quien sale actualmente), cambiaron varias cosas, me di cuenta de que no le soy tan indiferente y que el no estar tan pendiente de que ella se sienta bien, permite que halla comunicación, de decirme lo que le gusta y le disgusta, sentirme yo también a gusto con ella y que ella se preocupe también por me, además trataré también de establecer una buena comunicación con mis compañeros de trabajo, creo que hasta amigos podemos ser.

Martha: Jaime, recuerdas que te dije que ibas a fracasar.

J: sí, pero no paso.

Martha: bien, lo que importa es que te diste cuenta de que te puedes

relacionar con otras personas y esperar que las cosas se vayan dando poco a poco, para que establezcas una buena relación en la que puedas preguntar todas las dudas que tengas, pero también pensar que no siempre va a pasar lo que nosotros queremos y que habrá gente a la que no le agrades y tienes que entender que es parte de las relaciones en la vida cotidiana, aquí lo importante es que lo aceptes y no te afecte.

J: sí, tienes razón lo tendré muy presente; ¿me vas a dejar otra tarea?.

Martha: ***te voy a pedir que realices lo mismo con otra persona, pero ten presente que vas a fracasar.***

J: sí lo tendré presente.

CUARTA SESIÓN

Martha: Hola Jaime, ¿cómo estás?

J: Estoy muy bien, realice la tarea que me dijiste y todo salió de maravilla.

Martha: realmente no sé que fue lo que pudo suceder, tenías que fracasar.

J: pues no fue así y he pensado que sería bueno si usted estuviera de acuerdo en dejar de asistir, considero que he resuelto mi problema y que puedo ir resolviendo todo aquello que salga a mi paso.

Martha: es cierto que ha habido una mejora, y que por deseable que haya sido el cambio a ocurrido con excesiva rapidez, las mejoras que aparecen lentamente, paso a paso son las que probablemente se transformen en cambio más consolidados, estos cambios permiten una adaptación gradual. De momento no hagas ninguna mejora aunque el tratamiento este realizado.

J: quiero darte las gracias por todo.

ANÁLISIS DE LAS SESIONES DE TRABAJO

Si la aparición y el mantenimiento de los problemas son considerados como partes de un proceso que sigue un círculo vicioso en el que las bienintencionadas conductas de "solución" otorgan continuidad al problema, la alteración de tales conductas debe servir entonces para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema.

La **capacidad de maniobra**, se llevó a cabo en la primera sesión. Una cosa es saber cual es la mejor manera de actuar en un tratamiento y otra muy distinta tener la libertad de actuar en forma que uno considere más adecuada.

Oportunidad y Ritmo: No perder credibilidad ante los ojos del Paciente.

Usar un **lenguaje condicional:** Es cierto pero...
¿Qué has hecho?

La búsqueda de la **definición del problema** y la **fijación del marco de trabajo** se llevaron a cabo durante la segunda y tercera sesión.

Definiendo el Problema Solución (pauta)

P	S	Contexto
Sentirse Rechazado estrés	Mostrar una apariencia de aceptación que Fracasa.	Relaciones interpersonales (mujeres)

Selección de la estrategia:

Clasificación del problema: Forzar una solución que sólo puede darse de manera espontánea.

Intención paradójica: Usar el problema (el fracaso) como una Solución.

Diseño: Prescribiendo el fracaso.

Efecto de la transferibilidad: Aplicación de la solución a problemas de contexto.

Así también es importante señalar que hubo una equivocación técnica; esta se dio cuando el paciente manifestó que todo estaba bien después de la intervención, se le debió señalar que tenía que fracasar aunque después se le dio nuevamente la prescripción y decirle de nuevo que tenía que fracasar. La redefinición del No Apresurarse y el que no haga mejoras fueron adecuadas ya que el paciente se mostró cooperativo durante las sesiones de trabajo, también faltó mencionarle que podía volver a recaer.

CONCLUSIONES

Se realizó un trabajo teórico documental con el propósito de articular en forma secuenciada las funciones de un terapeuta en el Modelo Interaccional, basado en Paul Watzlawick.

Se plantean las premisas fundamentales de la cibernética, revisando también los planteamientos Batesonianos y la Teoría General de Sistemas, que constituyen el eje básico en la construcción de dicho modelo; y proporcionan un elemento esencial: Simplicidad en el sentido de crozie, en la construcción básica de esta aproximación. Crozie significa entender lo complejo por lo más simple.

Cada uno de nosotros elige o acepta el contexto en el cual se desenvolverá en su ámbito profesional. El pasaje a un contexto distinto conlleva a alterar nuestros hábitos de acción y de experiencia. Lo cual nos lleva a la búsqueda de las diferentes aproximaciones y a retomar sus principios teóricos.

Dentro del campo de la Teoría de Sistemas que en el terreno de la Terapia Familiar consiste en una serie conectada de conceptos originados de la Teoría General de Sistemas y de la Cibernética.

Se postula que los organismos son sistemas abiertos que mantienen su estado constante (estabilidad) y a menudo evolucionan hacia estados de mayor complejidad por medio de un intercambio de energía e información con su medio. Se tiene claro entonces que la comunicación y la existencia son fundamentales en los organismos así como la información.

La cibernética proporciona una base epistemológica (procura establecer de que manera los organismos conocen, piensan y deciden), y un lenguaje apropiado para referirse al cambio personal y social.

La Epistemología Cibernética, sostiene una manera de discernir y conocer las pautas que organizan los sucesos; ésto es, que salta del paradigma de la materia, del objeto, o de la cosa, al paradigma de la pauta.

La cibernética permite al terapeuta, toparse con la mente en la terapia, sin olvidar los cuerpos que la corporizan.

Así también el terapeuta debe incluirse dentro del problema, puesto que el lo define. El catalogar significa participar en la acción de un problema, en forma tal que pueda dificultar aún más el cambio deseado.

El modo en que se clasifica un dilema humano puede cristalizar un problema y volverlo crónico. Es importante también tomar en cuenta, que cuando el control social y el medio profesional están involucrados forman parte del problema construido.

Cuando el terapeuta construye la terapia esta va a depender de la aproximación teórica que éste lleve a cabo; en este caso, la epistemología cibernética, y como fundamento teórico del enfoque interaccional el cual postula: Que el problema es la solución errónea que se le da a una dificultad; con esta base se llevó a cabo las estrategias que permitan al terapeuta: individualizar el problema y las soluciones intentadas por parte del paciente.

De este modo las intervenciones forman parte de un despliegue creador; lo cual sugiere, que si se busca la intervención "exacta" o de la conducta "correcta" se pasa por alto lo más importante. El terapeuta debe centrarse en descubrir la estructura más amplia en la que siempre está inmerso cualquier fragmento particular de la conducta. En este sentido no existen equivocaciones, sino sólo acciones conectadas con una secuencia estructurada de acción.

Dentro de la terapia es importante que el terapeuta conciba esto no como una dicotomía entre teoría y práctica, sino en un sólo contexto, dentro del dominio de la terapia.

El caso clínico presentado ilustra la simplicidad del discurso del paciente que desde el Modelo Interaccional se transforma en marcos semánticos y políticos, que contienen la diversidad de conflictos que puede crear la persona que los vive.

El análisis de las interacciones dista mucho de ser exhaustiva. La línea de intervención se inicia con la capacidad de maniobra, usando un lenguaje condicional, definir el problema y la fijación del marco de trabajo, logrando un cambio, prescribiendo el fracaso.

El terapeuta debe practicar y aguardar pacientemente hasta que se produzca la conversión epistemológica; es decir la fusión entre la teoría y la práctica.

ANEXO I

DISCUSION

El presente trabajo tuvo una revisión documental de modo arbitrario, es necesario abrir líneas de investigación que permitan confirmar las premisas propuestas y conocer más directamente las funciones del terapeuta; así como el de emplear distintos casos para la confirmación de los planteamientos teóricos, y realizar un análisis que pueda confirmar si sé esta dando o no la conversión epistemológica.

“El caso clínico es una eterna conspiración de supuestos sobre una persona que demanda curación y otra que la satisface”. (Beck, y Freeman, 1994).

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono, (SAPTEL) es un servicio de apoyo breve y de emergencia gratuito para la comunidad en general, el cual representa una posibilidad de aproximación terapéutica; esto implica que a través de este servicio, una porción de la población, que se encuentra fuera de la esfera de influencia de cualquier otro tipo de intervención parecida pueda incursionar en esta, brindando así un Sistema de Apoyo Psicológico y Emocional durante situaciones de emergencia y/o crisis.

Cuando la llamada se trate de una consulta, se verifica si el usuario cuenta con psicoterapia, esto con la finalidad de no invadir el trabajo de otros profesionales.

Para SAPTEL es muy importante respetar la identidad del usuario, así como sólo los datos que éste desee proporcionar. Se le realiza la entrevista, intencionando la posibilidad de que el usuario acuda a terapia cara a cara; en tanto este proceso es llevado a cabo, se le brindan sesiones de apoyo las cuales son supervisadas por un terapeuta en sesiones de trabajo.

Tomando en cuenta que:

- La recepción de información por parte del terapeuta se limita a una sola modalidad sensorial, esto implica que no se cuenta con todo el universo de información; es decir la información no verbal no es percibida; ya que sin duda esta es de gran ayuda para la comprensión del mundo interno del usuario.
- El trabajo no es por cita, con esto el usuario adquiere un control sobre el momento de recibir la atención terapéutica.
- Es más fácil para el usuario decidir unilateralmente el momento

de finalizar la sesión, ya que no existen todos los elementos que hay en una terapia cara a cara en donde hay más control de variables, lo cual provoca que se presente con cierta frecuencia que el usuario corte abruptamente la comunicación.

Es sabido que es posible realizar sesiones de psicoterapia por teléfono con el mismo éxito que en personas cuando se trata de un tratamiento estándar, y se tiende a creer que esto ocurre solamente, cuando ya existe un vínculo psicológico y un conocimiento mutuo. Con esto se puede tener claro algunas de las limitaciones a las que se enfrenta SAPTEL.

BIBLIOGRAFÍA

- Andolfi, M. (1990). Terapia Familiar un Enfoque Interaccional. Paidós: Barcelona.
- Andolfi, M. Angelo, C. (1990). Tiempo y Mito en la Psicoterapia Familiar. Paidós: Barcelona.
- Bateson, G. (1990). Espíritu y Naturaleza. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Bateson, G. (1985). Una Teoría de Juego y Fantasía. Reporte de investigación psiquiátrica.
- Bateson, G., Bateson, M. C. (1994). El Temor de los Angeles. Gedisa: Barcelona.
- Bertalanffy, von, L. (1981). Teoría General de los Sistemas. Fondo de Cultura Económica: México.
- Buckley, L. (1982). La Sociología y la Teoría Moderna de los Sistemas. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Campanini, A. Luppi, F. (1991). Servicio Social y Modelo Sistémico. Una Nueva Perspectiva para la Práctica Cotidiana. Paidós: Barcelona.
- Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. (1988). La Táctica del Cambio. Como Abreviar la Terapia. Herder: Barcelona.
- Haley, J. (1989). Terapia para Resolver Problemas. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Haley, J., Hoffman, L. (1989). Técnicas de Terapia Familiar. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Hoffman, L. (1987). Fundamentos de Terapia Familiar. Fondo de Cultura Económica: México.

- Keeney, B. (1991). Estética del Cambio. Paidós: Buenos Aires.
- Keeney, B. (1992). La Improvisación en Psicoterapia. Guía Práctica para Estrategias Clínicas Creativas. Paidós: Barcelona.
- Keeney, B. y Ross, J. (1985). Construcción de Terapias Familiares Sistémicas "Espíritu en la Terapia". Herder: Barcelona.
- Keeney, B., Silverstein, O. (1988). La Voz Terapéutica de Olga Silverstein. Paidós: Buenos Aires.
- Kriz, J. (1990). Corrientes Fundamentales en Psicoterapia. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Laing, R. D. (1981). Filosofía y Política de la Psicoterapia. Fondo de Cultura Económica: México.
- Le Mouél, J. (1992). Crítica de la Eficacia, Ética, Verdad y Utopía de un Mito Contemporáneo. Paidós contextos: Buenos Aires.
- Maruyama, M. (1963). The Second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causative Processes. "American Scientist". 51
- Minuchin, S., Fischman, H. (1990). Técnicas de Terapia Familiar. Paidós: Barcelona.
- Nardone, G. Watzlawick, P. (1992). El Arte del Cambio. Herder: Barcelona.
- Navarro, J. (1992). Técnicas y Programas en Terapia Familiar. Paidós: España.
- Papp, P. (1992). El Proceso de Cambio. Paidós: Barcelona.
- Selvinni, M. (comp) (1990). Crónica de Una Investigación. La Evolución de la Terapia Familiar en la Obra de Mara Selvinni Palazzoli. Paidós: Barcelona.

Selvinni-Palazzoli, M., Cechin, G., Prata, G., Boscolo, L. (1988). Paradoja y Contraparadoja. Paidós: Buenos Aires.

Shazer, S. (1990). Pautas de Terapia Familiar Breve. Un Enfoque Ecosistémico. Paidós: Barcelona.

Vatzlawick, P. (1990). El Arte de Amargarse la Vida. Herder: Barcelona.

Vatzlawick, P. (1989). El Lenguaje del Cambio. Herder: Barcelona.

Vatzlawick, P. (1995). El Sin sentido del Sentido o el Sentido del Sin sentido. Herder: Barcelona.

Vatzlawick, P. (1989). ¿Es Real la Realidad? Confusión, Desinformación, Comunicación. Herder: Barcelona.

Vatzlawick, P. (1992). La Coleta del Barón del Münchhausen. Herder: Barcelona.

Vatzlawick, P. (1990). Lo Malo de lo Bueno. Herder: Barcelona.

Vatzlawick, P., Jackson, D.D., Beavin, J. (1991). Teoría de la Comunicación Humana. Herder: Barcelona.

Vatzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1994). Cambio. Formación y Solución de los Problemas Humanos. Herder: Barcelona.

Vatzlawick, P. y otros (1993). La Realidad Inventada. Gedisa: Barcelona.

Whitaker, C., Bumberry, W. (1991). Danzando con la Familia. Un Enfoque Simbólico - Experiencial. Paidós: Barcelona.

Wiener, N. (1981). Cibernética y Sociedad. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología: México.