

106



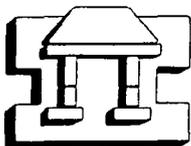
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**TERAPIA ESTRATÉGICA: UNA APROXIMACIÓN A SU  
DESARROLLO Y APLICACIONES**

**T E S I S A**  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**  
PRESENTA :  
**AIDA ARACELI JIMÉNEZ LÓPEZ**

**ASESORES:**  
**LIC. EDY AVILA RAMOS**  
**LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO CAZARES**  
**LIC. ÁNGEL ENRIQUE ROJAS SERVIN**



**IZTACALA**

**TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉX. FEB. 2002**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## DEDICATORIA

**A mi gran amor, Sebastián:**

**Te amo  
por la parte de mí  
que tú descubres.**

**Te amo  
por poner tu mano en mi turbado corazón  
y pasar por alto  
todas las cosas débiles y tontas  
en las que tú no puedes ayudar  
viéndolas vagamente;  
y por lanzar hacia la luz  
todas las bellas pertenencias  
que nadie más ha buscado  
lo suficiente lejos para encontrarlas.**

**Te amo porque tú  
me estas ayudando a construir  
de la madera de mi vida  
no una taberna  
sino un templo;  
de los trabajos  
de mi vida diaria,  
no un reproche  
sino una canción.**

**Te amo  
porque tú has hecho  
más de lo que ningún credo  
pudo haber logrado  
para hacerme más buena,  
y más que ninguna fortuna  
pudo haber hecho  
para hacerme feliz.**

**Hijo:**

**Gracias por regalarme una sonrisa  
cada mañana  
y un beso al anochecer  
pero sobre todo..... gracias amor por existir.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**A mis raíces:**

**A mi madre:**

*Alicia, porque siempre confiaste en mí por tu paciencia, tu apoyo, tu amor y tu solidaridad como mujer y madre.*

**A mi padre:**

*José, porque a tu manera me has demostrado tu cariño y con tu ejemplo de hombre honesto y trabajador me has impulsado a llegar hasta aquí*

**A mis hermanos:**

**Pepe:**

*Porque gracias a tu ayuda sigo por el camino de la vida y porque en cada palabra tuya siempre encuentro la respuesta correcta y el apoyo incondicional..... Eres genial.*

**Martha, Miray Diana:**

*Porque cada una es una parte importante en mi vida. Por ser cómplices, por compartir los juegos, las pláticas hasta el amanecer y una que otra lágrima ..... las amo*

**A los retoños de la familia:**

**Andrea, Daniel, Kenia y Diego:**

*Porque con una simple mirada me comparten la alegría de vivir y me inspiran para amarlos cada día más*

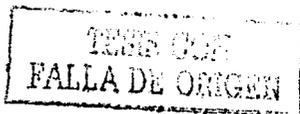
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS

*A los profesores Edy, Vaquero y Enrique:  
por su apoyo en la realización de este trabajo.*

*Al Psiquiatra Dr. J. Luis Jiménez López  
por haberme motivado para realizar este trabajo,  
por su ayuda, estímulo y por creer en mí.  
Con respeto y admiración por todo lo que hace.*

*A la FES Iztaacala:  
por darme la oportunidad de formarme  
profesionalmente y porque durante mi  
estancia en ella tuve muchos momentos de  
alegría y conocí a mis mejores amigos.*



## INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION .....	2
CAPITULO 1. La psicoterapia .....	5
1.1 Introducción .....	5
1.2 Efectividad de las diferentes formas de psicoterapia .....	9
1.3 Componentes comunes en las diferentes formas de psicoterapia .....	12
CAPITULO 2. Teoría de la comunicación humana .....	18
2.1 Axiomas de la comunicación humana .....	21
2.2 La comunicación patológica .....	26
2.3 La organización de la interacción humana .....	32
CAPITULO 3. La realidad .....	38
3.1 Como se construye la realidad .....	39
CAPITULO 4. Terapia estratégica .....	47
4.1 La evolución de la psicoterapia .....	47
4.2 La praxis clínica en terapia estratégica .....	57
4.3. Eficacia de la terapia de dos modelos específicos de Tratamiento .....	67
CONCLUSIONES .....	94
BIBLIOGRAFIA .....	97

TESIS CON  
TALLA DE ORIGEN

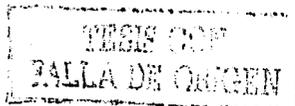
## RESUMEN

El presente trabajo describe la Terapia Estratégica, desarrollada a partir de las técnicas psicoterapéuticas utilizadas por Milton H. Erickson.

Se explican los efectos pragmáticos (en la conducta) de la comunicación humana y los trastornos generados a partir de los diferentes códigos gramaticales y sintácticos de la comunicación verbal.

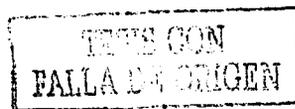
Se describen los complejos problemas de la concepción de la realidad y la acomodación de la misma como resultado de las perturbaciones de la comunicación y pretende responder hasta qué punto es real lo que sin el menor reparo solemos llamar la realidad.

Finalmente, se exponen dos modelos de tratamiento específico, en donde se describe una secuencia programada de acciones prefijadas haciendo evidentes los aspectos prácticos, los movimientos eficaces y las estrategias disponibles para la rápida y efectiva resolución de los problemas a los que se aplica.



## INTRODUCCION

Desde la primera mitad del siglo XX se enseñó a los clínicos a evitar la planificación o el inicio de lo que había de ocurrir en la terapia, y a esperar a que el paciente dijera o hiciera algo. Sólo entonces podía actuar el terapeuta. Bajo la influencia del psicoanálisis, la terapia rogeriana y la terapia psicodinámica en general, se desarrolló la idea de que la persona que no sabe qué hacer y está buscando ayuda es la que debe determinar lo que ocurre en la sesión terapéutica. Se esperaba del clínico que se sentara pasivamente y que solo interpretara o devolviera al paciente lo que este decía o hacía. Además, sólo podía ofrecer un enfoque, no importaba cuán diferentes fueran las clases de personas o de problemas que recibía en consulta. Se consideraba que centrarse en un problema, fijar metas, intervenir deliberadamente en la vida de una persona o examinar los resultados de una terapia era "manipulativo". Este enfoque pasivo hizo que la profesión clínica perdiera muchas de las estrategias terapéuticas eficaces que se habían desarrollado antes de este siglo.



Milton H. Erickson es conocido desde hace largo tiempo como el más importante especialista mundial en hipnosis médica; dedicó su vida al estudio experimental y el uso terapéutico de la hipnosis, aportándole a la vez una expansión conceptual que la hizo trascender los límites de un ritual para convertirla en un estilo especial de comunicación.

Menos difundido es su enfoque estratégico de la terapia, con o sin el empleo formal de la hipnosis.

Tal enfoque puede concebirse como una expansión lógica de la técnica hipnótica. Esta fomenta la habilidad para observar a las personas y sus complejos modos de interacción, para motivarlas de manera que sigan directivas y para influir en ellas mediante las palabras, la entonación de la voz y los movimientos del cuerpo. También alienta la concepción de que la gente es modificable y el espacio y el tiempo personal son maleables y suministra ideas concretas a cerca de cómo dirigir a otro individuo para que se vuelva más autónomo.

Erickson ha explorado una gama casi infinita de modos de inducir el trance hipnótico, redefiniendo a este como un concepto que se aplica a una clase especial de intercambio entre dos personas, y no al estado de una de ellas. El enfoque de Erickson ya no hace necesario ver una situación transferencial o un proceso condicionado.

Este trabajo no pretende ser un manual sobre terapia estratégica, sino únicamente presentar un tipo de psicoterapia relativamente desconocida, cuyos fundamentos abarcan la comunicación humana desde la perspectiva de los problemas que se pueden generar, y desde donde se puede partir para resolver las dificultades sin seguir un patrón rígido y preestablecido de las terapias convencionales.

El desarrollo bibliográfico de la tesina partirá dando una introducción a la psicoterapia, haciendo mención de la efectividad en diferentes formas de psicoterapia y sus componentes comunes. Posteriormente se desarrollará la teoría de la comunicación humana, basando esto en que el aspecto central de

la terapia estratégica es la pragmática de la comunicación humana, después se realiza un análisis de la realidad como resultado de la comunicación, en un siguiente capítulo se desarrollarán algunos aspectos específicos de este tipo de terapia.

Finalmente, en el último capítulo se darán dos modelos específicos de tratamiento para conocer de manera un poco más práctica los resultados sobre su eficacia y eficiencia

La comunicación y la interacción paciente-terapeuta representa una contribución al cambio, y de hecho, a veces, la sola comunicación que se da entre ambos, puede producir ya efectos terapéuticos. Antes de hacer referencia a los procedimientos terapéuticos que normalmente se utilizan en la terapia estratégica, conviene hacer, primeramente un desarrollo de la pragmática de la comunicación, es decir, los efectos de la comunicación sobre el comportamiento, desde principios básicos de comunicación hasta de qué manera y con qué consecuencias pueden verse distorsionados esos principios desarrollando una comunicación patológica.

## CAPITULO 1 LA PSICOTERAPIA

### 1.1. Introducción

Cualquier ser humano sabe, a partir de su propia experiencia, que las personas se relacionan entre sí de múltiples maneras. El trabajo en común, la solidaridad, la ayuda al prójimo, contrastan notablemente con aquellas otras actividades humanas destinadas a la destrucción, el ataque y la expresión de los impulsos alimentados por el odio y la agresividad. Las psicoterapias son una de las expresiones más genuinas de las relaciones de ayuda.

La historia de las psicoterapias es casi tan larga como la historia de la propia humanidad, dado que los deseos de ayuda, que están en la base de toda tarea asistencial, son consustanciales al ser humano, incluso en la época oscurantista de la edad media, todas las culturas han arbitrado un sinfín de recursos terapéuticos para aliviar los trastornos mentales, observando esto en la historia de la psicopatología (Howells, 1975).

Durante el siglo dieciséis, se establecieron en la Gran Bretaña Hospitales especiales para personas con perturbaciones emocionales, a los que llamaban

asilos. La práctica se extendió a toda Europa y América. Poco a poco los monasterios y reclusorios fueron delegando el cuidado de los enfermos mentales a estas instituciones. Las condiciones y prácticas de los primeros asilos eran deplorables. Las personas perturbadas con frecuencia eran encadenadas a las paredes, atormentadas o torturadas por considerarse agentes satánicos. Incluso entonces, usaban instrumentos "terapéuticos" para controlar a los pacientes como la jaula giratoria para "devolver al paciente a su sano juicio", ya que el hecho de darle vueltas daba "nuevo arreglo a su mente". Las autoridades creían que ninguna institución bien administrada debía carecer de este recurso. Todavía en 1882, se consignaba a los pacientes violentos a un arcón en el cual no podían moverse. La silla tranquilizadora así como las sangrías y los purgantes eran fomentadas, además de otras tácticas que se consideraban humanas y útiles aún en la actualidad (Coleman, 1976). Al final del siglo dieciocho, las reformas humanitarias empezaron gracias a la obra del médico francés Philippe Pinel, quien abolió las cadenas y otros medios de restricción, y propuso el cuidado humano de los pacientes. Más tarde, otros franceses, como Charcot y su discípulo Janet estudiaron la histeria y otros trastornos neuróticos y comenzaron a idear métodos de tratamiento basados en sus teorías de estos trastornos.

Como se puede observar, el mejoramiento del hombre no es una preocupación reciente, como tampoco lo es el estudio de la naturaleza y de los móviles del comportamiento. A este respecto la psicología y sus aplicaciones en psicoterapia corren paralelas con la historia del ser humano.

Sin embargo, el interés por el mejoramiento del hombre, no existiría de no haber en los innovadores una predisposición particular y netamente psicológica que es la libertad para sentirse en descontento con las inferencias aceptadas. Así, cuando el hombre se supo con capacidad de poder controlar, dominar y explorarse a sí mismo y a su mundo de manera más amplia, fue cuando realmente se concibió como un ser capaz de comprender su propio ser y sus posibilidades de cambio.

Fue a mediados del siglo XVIII cuando se produjo una oleada de interés por estudiar y comprender al hombre. Ya de una manera sistémica, fue en el año de 1879, cuando Wundt creó el primer laboratorio psicológico.

Posteriormente en el siglo XIX, se planteó que la ciencia dedicada a la salud orgánica podía prevenir o curar todos los trastornos mentales pues se creía que todas las aberraciones psíquicas eran causadas por alguna lesión física de cerebro. De esta forma surgió la teoría funcionalista (Gómez, 1995).

Según esta las lesiones cerebrales producen alteraciones psíquicas; sin embargo, no se ha podido encontrar una lesión por cada trastorno. Entonces, se estableció una distinción: Los trastornos de origen físico fueron denominados "orgánicos" en tanto que los que no presentaban tal etiología recibieron el nombre de "funcionales". Los primeros requerían tratamiento físico; los segundos, psicológicos. La psicoterapia moderna surgió de esta última premisa. En el sentido apropiado de la palabra, psicoterapia quiere decir: curación de la mente por medio de la mente, es decir, sus métodos son de naturaleza psicógena, y no somática; y ya que las manifestaciones de la mente pueden comunicarse por medio de gestos y, aún más de la palabra, entonces la psicoterapia es ante todo una técnica verbal. Su base está en las conversaciones sostenidas entre el paciente y el psicoterapeuta con el fin de readaptar al paciente consigo mismo y con su medio ambiente.

La psicoterapia es entonces un proceso para integrar la personalidad del individuo dentro y fuera de sí mismo.

Meltzoff y Komreich (1970) definen la psicoterapia de una forma más amplia y tomando en cuenta otros aspectos importantes como una aplicación planificada y documentada de las técnicas derivadas de los principios psicológicos establecidos, llevada a cabo por personas calificadas y entrenadas en la comprensión de estos principios y en la aplicación de estas técnicas, con la intención, de ayudar a los individuos a modificar aquellas características personales, tales como sentimientos, valores, actitudes y comportamiento que son juzgadas como inadaptadas o desajustadas.

Desde el punto de vista conductual, un proceso psicoterapeutico es un proceso de aprendizaje de nuevas habilidades que sustituyen a comportamientos menos adaptativos, estableciendo metas no solo a través del comportamiento observable, sino también a través de los sentimientos y los pensamientos que, aunque son procesos subjetivos obtenidos de la información reportada por los pacientes, permiten establecer objetivos precisos (Puente, 2000)

Por su parte, Rogers C. Postula que la psicoterapia intenta alterar el comportamiento y cambiar las actitudes de una persona mal ajustada en una dirección más constructiva" (Rogers, 1999).

En la actualidad se da una proliferación enorme de diferentes técnicas y métodos que no han contribuido a clarificar el ya de por sí complejo campo de la terapéutica psicológica. En 1977 Wolberg dedicó un extenso trabajo para revisar los diferentes métodos terapéuticos y para 1979 Parloff ya había descrito 140 formas distintas de prácticas psicoterapéuticas vigentes en ese momento, algunas de las cuales se alejan considerablemente de las técnicas más conocidas.

En general, toda psicoterapia tiene su finalidad más importante en el crecimiento de la personalidad del individuo que está siendo tratado. Está designada para ayudar al paciente a mejorar su manera de reaccionar ante la vida diaria. La mejoría del modo de vida de una persona generalmente requiere un aumento de la comprensión de sus propios sentimientos y motivos, la autoaceptación, mayores sentimientos de seguridad y de adecuación, la resolución de conflictos perturbadores y el desarrollo de métodos más eficaces para tratar los problemas personales.

## 1.2 Efectividad de las diferentes formas de psicoterapia

Hasta hace unos cuarenta años, pocas personas ponían en duda la eficacia de la psicoterapia. Hans Eysenck, psicólogo británico, fue el iniciador de una polémica, que hoy en día aún sigue abierta, proclamando que existía una correlación inversa entre psicoterapia y recuperación. Eysenck había analizado la literatura que versaba sobre la investigación realizada sobre los resultados finales de la terapia y encontró que cerca de 2 terceras partes de las personas neuróticas parecían mejorar, independientemente de que hubieran recibido o no algún tratamiento formal. Si la psicoterapia fuera realmente efectiva, debería tener un mayor índice de éxito que el simple paso del tiempo. Para defenderse a sí mismos, los científicos del comportamiento atacaron el método científico de Eysenck. Por ejemplo, objetaban que las conclusiones se fundaban en una muestra pequeña y poco representativa de todos los datos disponibles. Sin embargo la crítica de Eysenck sirvió para enfocar la atención de los psicólogos hacia las cuestiones relacionadas con el valor de la psicoterapia (Vallejo, 1994). Más tarde, Rachman (1960) afirmó la superioridad de las terapias basadas en las teorías del aprendizaje sobre las terapias psicoanalíticas y sobre la ausencia de tratamiento.

En un estudio comparativo muy minucioso, R. Bruce Sloane y sus colaboradores hicieron que tres terapeutas conductuales prominentes y experimentados, y tres psicoanalistas con las mismas cualidades, trataran durante varios meses a ciertos pacientes no psicóticos. Se colocó un grupo de pacientes de control con problemas similares en una lista de espera para un tratamiento mínimo. Se analizaron las grabaciones de algunas sesiones para puntualizar las características personales y procedimientos de los terapeutas. Antes y después de la terapia (o de la no-terapia), se evaluaba a los pacientes en una forma completa. Esta valoración incluía pruebas psicológicas, calificaciones sobre síntomas típicos, entrevistas y comentarios de informantes

que una autoevaluación de los sujetos y terapeutas. Cerca del 80% de los pacientes bajo uno u otro tipo de terapia mostraron un mejor funcionamiento general, que se mantuvo durante todo un año. Por consiguiente, en estas condiciones, la terapia conductual y la psicoanalítica resultaron efectivas casi por igual (Sloane, 1975). Muchos otros estudios comparativos confirman estos resultados. Al parecer, es difícil demostrar diferencias globales de eficacia y es posible que existan verdaderas diferencias entre las terapias que dependen de las personalidades y problemas involucrados. El valor de una terapia efectiva puede depender hasta cierto punto de ciertos ingredientes que comparten con otras (citado en Vallejo, 1994)

Lo cierto es que la evaluación científica de la efectividad de las psicoterapias es un tema arduo y difícil y, no permite posturas tan tajantes como las descritas anteriormente. Son pocos los estudios que tratan de cuantificar sus conclusiones. Luborsky, Singer y Luborsky (1975) emplearon un método cuantitativo para revisar un conjunto de estudios publicados sobre diferentes técnicas psicoterapéuticas. Tras efectuar numerosas comparaciones, concluyeron que numerosas técnicas diferentes eran efectivas. A pesar de su esfuerzo cuantificador, estos trabajos presentaban serios déficit metodológicos. Por ello, en 1980 Smith, Glass y Miller ( citados en Vallejo, 1994) desarrollaron un metanálisis que revisaba 475 estudios publicados con resultados de 78 formas de psicoterapias diferentes. Contabilizaron 1.766 magnitudes de efectos con decenas de miles de personas, concluyendo lo siguiente:

1. Diversas formas de psicoterapia producen resultados positivos. El sujeto medio, tratado psicoterapéuticamente, mejora más que el 80% de los sujetos no tratados.
2. Distintas técnicas (psicoanalítica, conductual, cognitiva, rogeriana) no producen grados o tipos diferentes de mejoría.
3. Hay una serie de factores que no influyen en el resultado del tratamiento, tales como su duración, si es individual o grupal, si es efectuado por un terapeuta novel o experimentado.

Una de las escasas investigaciones empíricas que compara dos tipos diferentes de psicoterapias, la psicoanalítica y la conductual es la investigación conocida como el Estudio Temple en donde Sloane, Staples, Cristol, Yorkston y Whipple, en 1975 trabajaron con una muestra de 94 pacientes a los que igualaron en cuanto a sexo y severidad sintomática. Los distribuyeron aleatoriamente a uno de los dos grupos de tratamiento o al grupo control. Todos los terapeutas, 6 en total, tenían una sólida experiencia clínica. Se efectuaron supervisiones en todos los casos y se efectuaron registros videográficos. Se tomaron diversas medidas pre y postratamiento y de seguimiento al año y a los dos años de finalizada la experiencia, asesores, ajenos al estudio, informaron sobre los resultados observados en los pacientes. Las conclusiones de este estudio fueron:

1. Los dos grupos tratados mejoraron significativamente más que el grupo control.
2. No hubo diferencias entre los dos tipos de tratamiento empleados, en cuanto a su resultado terapéutico.
3. El seguimiento mostró un mantenimiento de los resultados idéntico para los dos tipos de terapia.

Ante tales conclusiones, cabe mencionar que el Estudio Temple, sólo trató con pacientes neuróticos ambulatorios, aspecto que restringe sus resultados. Sin embargo, aunque quedan muchas dudas por resolver, todos los estudiosos de este tema se inclinan por considerar valiosas las conclusiones surgidas de los estudios mencionados (Garske 1988).

La investigación actual parece indicar que la terapia sí es efectiva en muchos casos. Un análisis reciente de cerca de un centenar de estudios sobre resultados finales indicó que el tratamiento es superior al no-tratamiento en 80% de los casos. La investigación más rigurosa que se diseñó con mayor rigor ofreció pruebas aún más contundentes del valor de la terapia (Meltzoff, Kornreich, 1970 citados en Castillo, 1997).

Por otro lado, Allen Bergin y sus colaboradores encontraron que un deterioro atribuible a la terapia se observó en cerca de 5% de los casos investigados. No se vinculó ningún perfil determinado de características del terapeuta con resultados adversos. Aparentemente, que una terapia sea terapéutica o antiterapéutica depende, en cierto grado, del paciente y del problema.

### 1.3. Componentes comunes a todas las formas de psicoterapia

Si bien se han destacado diferencias entre algunos tipos de terapia, los procedimientos de tratamiento también comparten algunos elementos. Jeromew Frank y Hans Strupp creen que algunos ingredientes son la clave del éxito de los tratamientos psicológicos y que los ritos de curación suelen ofrecer los mismos tipos de beneficios. La interacción personal típica en algunas terapias efectivas, implican el cariño, respeto, confianza y apoyo entusiasta. Esta relación brinda al paciente esperanza y expectativas de un cambio positivo. Asimismo proporciona al terapeuta una "base de poder" para influir en el paciente. En cuanto al contexto durante la terapia se proporciona un entorno seguro donde los pensamientos y sentimientos prohibidos pueden expresarse con libertad y se aceptan tal vez por primera vez. Los terapeutas suelen proporcionar explicaciones "racionales" de los problemas del paciente angustiado. Donde estos parecían misteriosos y angustiosos previamente. Correctas o erróneas, estas explicaciones suelen mitigar los temores del paciente y es probable que todos estos elementos sean de verdadera utilidad terapéutica. Si bien esta postura no tiene una aceptación general, de hecho explica algunos descubrimientos de por qué muchas personas mejoran sin el beneficio de una terapia formal, y por qué algunos clínicos novatos resultan tan eficaces como los más experimentados.

La opinión de que existen rasgos comunes en todas las psicoterapias, al menos en las más practicadas, no es una idea reciente. Hoy en día son muy numerosos los autores que apoyan tal idea siendo algunos: Goldfried y Padawer en 1983, Marmor en 1976, Strupp en 1973 y J. Frank en 1988 Según Frank los cuatro componentes que comparten todas las psicoterapias son:

1. Una relación emocional de confianza con el terapeuta.
2. Un ambiente de cura.
3. Un esquema racional, conceptual o "mito" que explica los síntomas y el comportamiento del paciente.
4. Un "ritual" terapéutico o procedimiento de participación activa.

Frank utiliza las palabras "mito" y "ritual" para destacar que, aunque las hipótesis o procedimientos terapéuticos son descritos en términos científicos, sus bases científicas son muy endeble.

Siguiendo con el pensamiento de este autor, él considera que las funciones del "mito" (teorías o explicaciones) y del "ritual" (técnicas) son:

1. Fortalecer la relación terapéutica.
2. Activar en el paciente expectativas de ayuda.
3. Ofrecer nuevas experiencias de aprendizaje.
4. Activar emociones intensas.
5. Aumentar la sensación de dominio o autoeficacia.
6. Dar oportunidades en la práctica.

Lo importante de los trabajos de este autor, además de intentar esbozar los componentes compartidos por todas las psicoterapias, es que el énfasis de su poder curativo queda situado justamente en la relación terapeuta-paciente.

Por su parte, en 1967 Wolberg define a la psicoterapia como un procedimiento terapéutico que se establece entre dos personas (el paciente y el psicoterapeuta) para el tratamiento de trastornos emocionales sus metas comunes son:

1. La desaparición de síntomas
2. O bien, la reducción de síntomas
3. Evitar el agravamiento de los mismos
4. Estimular los aspectos y las capacidades sanas del paciente

De acuerdo con esto, lo sano está relacionado con el grado en que una persona sea libre para percibirse a sí misma como una unidad que actúa y que reacciona con independencia, y que practica conscientemente las elecciones que se hallan a su alcance y las realiza con conciencia de la responsabilidad que significan. Por lo tanto la psicoterapia tiene la finalidad de acrecentar esa libertad y la reducción de las limitaciones irracionales autoimpuestas.

En este sentido, el éxito o el fracaso de un tratamiento psicoterapéutico depende, en su mayor parte, del deseo que el paciente tenga de cambiar la pauta de su personalidad. Además del deseo de readaptación, el paciente deberá de tener la capacidad necesaria para comprender las razones de sus trastornos emocionales.

En 1974 Wolff (citado en Gómez 1995) concluye en sus estudios, que la finalidad común de la psicoterapia consiste en::

1. Disminuir la tensión ocasionadora de síntomas y ansiedades.
  2. Traer al paciente a su propio nivel de desarrollo para que sea capaz de ajustarse a los diferentes medios y que se logre la compatibilidad con las pautas de su personalidad.
  3. Y como resultado de las dos anteriores el paciente no solamente recuperará su capacidad de bienestar sino que desarrollará medios para obtenerla
- Así pues, el individuo debe reconocer las exigencias de la sociedad; puede obedecerlas o rechazarlas, pero no puede escapar de ellas. Debe aprender a ver sus limitaciones y a aceptar los fracasos, pero también a confiar en sus facultades y aceptar los riesgos.

Por otro lado, en el interior de cada corriente psicoterapéutica subyace un diferente modo de concebir el funcionamiento mental, una diferencia de criterios en relación con los aspectos del sistema mental cuyo abordaje es más esencial

en cada caso y finalmente una diferencia también en relación con los objetivos que cada una de estas corrientes se propone alcanzar.

Desde este punto de vista, De la Fuente en 1998, (citado en Castillo. 1997) hace una clasificación de las corrientes psicoterapéuticas actuales como sigue:

En relación tanto con la técnica empleada como con los objetivos que se proponen alcanzar.

**TECNICAS EMPLEADAS Y OBJETIVOS A ALCANZAR EN TRES TIPOS DE TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO**

TIPO DE TRATAMIENTO	OBJETIVOS	TECNICA EMPLEADA
Psicoterapia de apoyo	Reforzamiento de las defensas y estructuración de mecanismos de control y restauración del equilibrio adaptativo.	Guía, externalización de intereses, catarsis, desensibilización apoyo, sugestión, hipnosis, psicofarmacos, etc.
Psicoterapia reeducativa	Cambio de metas, reajuste de mecanismos mentales, desbloqueo sin buscar "insight"	P. cognoscitivista, técnicas experienciales, Rogers, familiar, Gestalt.
Psicoterapia reconstructiva	Comprensión de los conflictos internos con insight y reconstrucción de la personalidad.	Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica, psicoterapias breves

Tabla 1. El modo de concebir el funcionamiento mental es la base de que en cada tratamiento la técnica a emplear y los objetivos planteados sean diferentes.

En función con el marco teórico que los orienta las psicoterapias pueden clasificarse en cuatro grupos:

**PSICODINAMICAS:** Basadas en el autoconocimiento, conciben a la mente como un campo de fuerzas motivacionales en interacción constante, habitualmente fuera del campo de advertencia del sujeto.

Psicoanálisis clásico Freudiano y post-Freudiano

Psicoanálisis culturalista K. Horney, H.S. Sullivan, H. Maslow

Psicoanálisis Humanista

Análisis fenomenológico existencial

Otras corrientes: Adler, C.G Jung, O. Rank, J. Lacan, etc.

Psicoterapias psicoanalíticamente orientadas

Psicoterapias breves y psicoterapia médica

**EXPERIENCIALES:** Basadas en el "encuentro", en la "experiencia emocional correctiva" y en el "aquí y ahora".

Técnicas de C. Rogers

Psicoterapia Gestalt F. Perls

Técnicas Reichianas, etc.

**COGNOSCITIVISTAS:** Basadas en las teorías del aprendizaje y en el análisis de los prejuicios

A. Ellis, A. Beck, etc.

**CONDUCTISTAS:** Basadas en las teorías del aprendizaje estímulo-respuesta y en el reforzamiento operante.

J.B. Skinner, J. Dollard-Miller, J. Wolpe, H. Eysenck, etc.

Todas estas formas de psicoterapia han desarrollado técnicas para el manejo tanto de individuos como de grupos de diversas clases.

A lo largo de los últimos cuarenta años se han desarrollado las técnicas de las llamadas "Psicoterapias Breves" de origen psicoanalítico algunas de ellas, desarrolladas con el propósito de optimizar la proporción costo-beneficio. Las principales escuelas de psicoterapia breve hoy por hoy son las siguientes:

**I. ESCUELAS PSICODINAMICAS**

Focal interpretativa de D. Malan

Provocadora de angustia de P. Sifneos

Con límite de tiempo de J. Mann

Emocional correctiva de F. Alexander

Con focalización amplia de Davanloo

Integrativa de A. Lazare

Focal de H. Fiorini

Psicoterapia Médica: Integrativa, ecléctica y con modelo médico

**II. ESCUELAS NO PSICODINAMICAS**

T. Cognitiva de A. Beck

Racional emotiva de A. Ellis

Centrada en la persona de C. Rogers

Terapia Gestalt

Psiconeurolingüística

Hipnosis Ericksonianiana

## CAPITULO 2

### TEORIA DE LA COMUNICACION HUMANA

Durante la primera mitad del siglo XX se enseñó a los clínicos a evitar la planificación o el inicio de lo que había de ocurrir en la terapia, y a esperar que el paciente dijeran o hiciera algo. Sólo entonces podía actuar el terapeuta.

Bajo la influencia del psicoanálisis, la terapia rogeriana y la terapia psicodinámica en general, se desarrolló la idea de que la persona que no sabe qué hacer y está buscando ayuda es la que debe determinar lo que ocurre en la sesión terapéutica. Se esperaba del clínico que se sentara pasivamente y que sólo interpretara o devolviera al paciente lo que éste decía o hacía. Además, sólo podía ofrecer un enfoque, no importaba cuán diferentes fueran las clases de personas o de problemas que recibían en consulta. Se consideraba que centrarse en un problema, fijar metas, intervenir deliberadamente en la vida de una persona o examinar los resultados de una terapia era "manipulativo".

Este enfoque pasivo hizo que la profesión clínica perdiera muchas de las estrategias terapéuticas eficaces que se habían desarrollado antes de este siglo.

Al promediar el siglo 20 comenzaron a proliferar una variedad de enfoques terapéuticos estratégicos. Se desarrollaron diversos tipos de terapia familiar y también las terapias de condicionamiento, todas ellas basadas en la idea de que el terapeuta debe planear qué hacer.

Estos cambios en la terapia (que de pasiva se tomó en activa) contrastan con la continuidad que puede observarse en los procedimientos de los terapeutas que utilizan hipnosis. Forma parte de la naturaleza de esta última que el terapeuta inicie lo que ha de ocurrir. La influencia de la hipnosis sobre todas las formas de terapia no ha sido apreciada en su plenitud. Puede sostenerse que la mayoría de los enfoques terapéuticos tienen su origen en ese arte. Las terapias de condicionamiento, con sus diferentes denominaciones, abarcan desde Thorndike hasta Skinner, pero sus fundamentos derivan de Pavlov, quien estaba inmerso en teorías hipnológicas. La terapia de la conducta basada en la inhibición recíproca fue creada por Joseph Wolpe, y provino en parte de su experiencia como hipnólogo. La psicoterapia dinámica, y en particular la psicoanalítica, surgió a fines del siglo 19 siendo un importante periodo para la experimentación hipnótica. El método de Freud arraiga en la hipnosis, y aunque abandonó la inducción directa del trance por un enfoque más indirecto, su trabajo se desarrolló a partir de una orientación hipnológica. Una posible excepción a la influencia omnipresente de la hipnosis pueden ser ciertas terapias familiares. Un terapeuta familiar que intente modificar a los individuos de una familia, seguramente trasladará al campo familiar muchas ideas provenientes de la hipnosis; en cambio, otros terapeutas familiares, centrados en la secuencia o el proceso de la conducta acaecida entre dos o más miembros de la familia, parecen menos susceptibles a esa influencia.

Milton H. Erickson constituye a su vez una excepción dentro de este último grupo, ya que él modifica el comportamiento entre las personas mediante un

enfoque estratégico que se ha desarrollado directamente a partir de una orientación hipnológica.

A Milton H. Erickson se le ha conocido durante mucho tiempo como el más importante especialista mundial en hipnosis médica y dedicó su vida al estudio experimental y la utilización terapéutica de la hipnosis, desarrollando infinitas variantes, su terapia estratégica es como una extensión lógica de la técnica hipnótica. La formación como hipnólogo fomenta la habilidad para observar a las personas y sus complejos modos de comunicación, para motivar a la gente de modo que siga directivas y para influir sobre ella mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales. También alienta la concepción de que la gente es modificable y el tiempo y el espacio maleables y provee ideas específicas acerca de cómo dirigir a otra persona para que se haga más autónoma. La mayoría de la gente, incluyendo a muchos profesionales con formación clínica, piensan que la hipnosis es una situación especial, diferente a otras situaciones de la vida. Quienes no se han formado en hipnosis piensan que se trata de un procedimiento en el que el hipnólogo dice: "relájese" y el sujeto se empieza a dormir y entonces se le formulan sugerencias. O que se le pide al sujeto que mire una luz o un objeto y se le dice que sus párpados se pondrán pesados y comenzará a dormirse. La persona ingenua piensa que a menos que se siga este ritual, no hay hipnosis.

Si se tiene la idea de que la hipnosis es un ritual estereotipado que incluye el dormir, resulta difícil ver qué relación puede tener con una forma de terapia en la que no se dicen tales palabras y en la que incluso el terapeuta puede estar entrevistando a todo un grupo familiar (Haley, 1991).

Tal como se utiliza en esta terapia, la palabra "hipnosis" no alude a un ritual sino a un tipo de comunicación entre la gente.

La terapia estratégica se fundamenta en la pragmática de la comunicación humana, la teoría de los sistemas generales y un tipo específico de comunicación. Su marco teórico es la teoría sistémica, el estudio sobre la

familia y la comunicación y tiene como objetivo principal la resolución de problemas en un periodo breve de tiempo.

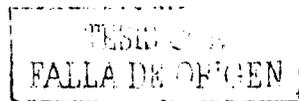
## 2.1. Axiomas de la comunicación

Existen algunas propiedades simples de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas. Tales propiedades participan de la naturaleza de los axiomas de la comunicación humana.

Para nuestro tratado se denomina simplemente "comunicación" al aspecto pragmático de la teoría de la comunicación humana. Para las diversas unidades de comunicación (comportamiento), se llamará mensaje a cualquier unidad comunicacional singular o bien se hablará de una comunicación cuando no existan posibilidades de confusión. Una serie de mensajes intercambiados entre personas recibirá el nombre de interacción. Y con respecto a la unidad más simple posible, una vez que se acepta que todo comportamiento es comunicación, no se manejará una unidad-mensaje monofónica, sino más bien como un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de comportamiento (verbal, tonal, postural, contextual, etc.) todos los cuales limitan el significado de los otros. Los diversos elementos de este conjunto (considerado como un todo) son susceptibles de permutaciones muy variadas y complejas, que van desde lo congruente hasta lo incongruente y paradójico (Watzlawick, 1987).

Hay una propiedad del comportamiento que no podría ser más básica por lo cual suele pasársela de alto: no hay nada que sea lo contrario de comportamiento.

En otras palabras, no hay no-conducta o, para expresarlo de un modo más simple, es imposible no comportarse. Si se acepta que todo comportamiento en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de



mensaje, ya que influyen sobre los demás quienes a su vez no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y por ende, también comunican.

Tampoco podemos decir que la comunicación sólo tiene lugar cuando es intencional, consciente o eficaz, esto es, cuando se logra un entendimiento mutuo. El mensaje emitido sea o no igual al mensaje recibido constituye un análisis en evaluación de mensajes específicos introspectivos y proporcionados por el sujeto.

En síntesis el primer axioma metacomunicacional de la pragmática de la comunicación es: no es posible no comunicarse.

Toda comunicación implica un compromiso y define la relación. Esta es otra manera de decir que una comunicación no solo transmite información sino que al mismo tiempo impone comportamientos. Estas dos operaciones se conocen como los aspectos "referenciales" y "conativos", respectivamente de toda comunicación (Bateson 1977).

El aspecto referencial de un mensaje transmite información y 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. Por otro lado, el aspecto conativo se refiere a qué tipo de mensaje debe entenderse que es, en última instancia, a la relación entre los comunicantes. Por ejemplo si una mujer A señala el collar que lleva otra mujer B y pregunta: "¿Son auténticas esas perlas?", el contenido de su pregunta es un pedido de información acerca de un objeto, pero al mismo tiempo, también proporciona (sin poder dejar de hacerlo) su definición de la relación entre ambas.

La forma en que pregunta (el tono, el acento de la voz, la expresión facial y el contexto) indicarían una cordial relación amistosa, una actitud competitiva, relaciones comerciales formales, etc. B puede aceptar, rechazar o definir pero, de ningún modo ni siquiera mediante el silencio, puede dejar de responder al mensaje de A. Debe notarse que esta parte de su interacción nada tiene que ver con la autenticidad de las perlas o con perlas en general, sino con sus

respectivas definiciones de la naturaleza de su relación, aunque sigue hablando sobre perlas.

Esa misma relación existe entre los aspectos referencial y conativo de la comunicación humana. El primero transmite los "datos" de la comunicación, y el segundo, cómo debe entenderse dicha comunicación. La relación también puede expresarse en forma no verbal o gritando o sonriendo o de muchas otras maneras. Y la relación puede entenderse claramente a partir del contexto en el que la comunicación tiene lugar.

Por lo dicho anteriormente el segundo axioma de la comunicación es: toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tal que el segundo clasifica al primero.

La siguiente característica básica de la comunicación se refiere a la interacción (intercambio de mensajes) entre comunicantes. Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios. Sin embargo quienes participan en la interacción siempre introducen lo que ha sido llamado por Bateson y Jackson la "Puntuación de la secuencia de hechos". La puntuación organiza los hechos del comportamiento y resulta vital para las interacciones en marcha. Desde el punto de vista cultural compartimos muchas convenciones de puntuación que, si bien no son ni más ni menos precisas que otras versiones de los mismos hechos sirven para reconocer secuencias de interacción comunes e importantes.

Por ejemplo a una persona que se comporta de determinada manera dentro de un grupo, la llamaremos "líder" y a otra "adepto", aunque resultaría difícil decir cuál surge primero o qué sería del uno sin el otro. Así, el tercer axioma de la comunicación se define como: la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

En la comunicación humana, es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas. Se les puede representar como un dibujo, o bien mediante un nombre. Así, en la oración escrita: "El gato ha atrapado un ratón", los sustantivos podrían reemplazarse por dibujos; si se trata de una frase hablada,

se podría señalar a un gato y un ratón reales. Evidentemente, ésta constituiría una manera insólita de comunicarse y lo normal es utilizar el nombre, escrito o hablado, es decir la palabra. Estos dos tipos de comunicación (uno mediante una semejanza autoexplicativa y el otro, mediante una palabra) son desde luego, conceptos analógicos y digitales respectivamente.

La comunicación analógica constituye todo lo que sea comunicación no verbal no limitándose sólo a los movimientos corporales, al comportamiento conocido como kinesia. Debe incluir la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción. La comunicación analógica carece de calificadores para indicar cual de los dos significados dispares está implícito, por ejemplo: hay lágrimas de tristeza y lágrimas de alegría, el puño apretado puede indicar agresión o control, una sonrisa puede transmitir simpatía o desprecio y la reticencia puede interpretarse como discreción o indiferencia. Tampoco cuenta con indicadores que permitan establecer una distinción entre pasado, presente o futuro.

Por otro lado el hombre también se comunica de manera digital; de hecho la mayoría, si no todos, sus logros civilizados resultarían impensables sin el desarrollo de un lenguaje digital. Ello asume particular importancia en lo que se refiere a compartir información acerca de objetos y a la función de continuidad temporal inherente a la transmisión de conocimiento. Puesto que la comunicación se centra en aspectos relacionales comprobamos que el lenguaje digital carece casi por completo de significado.

Si recordamos que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional cabe suponer que comprobaremos que ambos modos de comunicación no solo existen lado a lado, sino que se complementan entre sí en cada mensaje.

Asimismo, cabe suponer que el aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica.

En resumen podemos decir que los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. 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

Por otro lado, en las relaciones existe una interacción simétrica y/o complementaria que se describen como relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia. En el primer caso los participantes tienden a igualar especialmente su comportamiento recíproco y así su interacción puede considerarse simétrica. La igualdad puede mantenerse en cualquier área, ya sea debilidad o fuerza, bondad o maldad. En el segundo caso, el comportamiento de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt y recibe el nombre de complementaria.

Así, pues, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia.

Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural (como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno), o ser el estilo idiosincrásico de relación de una diada particular. En cualquiera de los dos casos, es importante deshacer el carácter de mutuo encaje de la relación en que ambos comportamientos, disimiles pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra. Ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone el comportamiento del otro, al tiempo que ofrece motivos para ella: sus definiciones de la relación encajan.

Formulando con esto, el último axioma de la comunicación como sigue: Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Es necesario señalar que los axiomas tienen un carácter tentativo y que han sido definidos de tal manera que faciliten su comprensión, son heterogéneos entre sí en tanto tienen su origen en observaciones muy variadas de los fenómenos de la comunicación. Su unidad no surge de sus orígenes, sino de su importancia pragmática, la cual a su vez depende no tanto de sus rasgos particulares como de su referencia interpersonal (y no monádica). Así, la comunicación como sistema no debe entenderse sobre la base de un simple modelo de acción y reacción, por compleja que sea su formulación. Como sistema, debe entenderse a un nivel transaccional.

## 2.2 La comunicación patológica

La mejor manera de ilustrar los efectos pragmáticos de los axiomas, consiste en relacionarlos con trastornos que pueden desarrollarse en la comunicación humana teniendo, a menudo como consecuencias de tales fenómenos en el ámbito del comportamiento, diversas psicopatologías individuales.

Cabe suponer que el intento de no comunicarse puede existir en cualquier otro contexto en que se desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación, tal intento puede recaer en el rechazo de la comunicación, en aceptación de la comunicación que con base a insistencias del entablador de esta se termine por ceder y entablar conversación o en descalificación de la comunicación, es decir, defenderse mediante la importante técnica de la descalificación; esto es, puede comunicarse de modo tal que su propia comunicación o la del otro queden invalidadas. Las descalificaciones abarcan una amplia gama de fenómenos comunicacionales, tales como autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencializaciones, oraciones incompletas, malentendidos, estilo oscuro

o manierismos idiomáticos, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales, etc.

No es sorprendente que habitualmente recurra a este tipo de comunicación todo aquel que se ve atrapado en una situación en la que se siente obligado a comunicarse pero, al mismo tiempo, desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación. El hecho de que el extremo clínico del espectro del comportamiento, la comunicación (comportamiento) "alienada" no es necesariamente la manifestación de una gente enferma, sino quizá la única reacción posible frente a un contexto de comunicación absurdo o insostenible.

Existe una cuarta respuesta a la insinuación de establecer una comunicación que es la técnica de recurrir a la fuerza de motivos que están más allá del propio control, en donde la treta comunicacional se vuelve perfecta cuando una persona logra convencerse a sí misma de que se encuentra a merced de fuerzas que están más allá de su control y se libera así de la censura por parte de los otros significativos y de los remordimientos de su propia conciencia. Con todo, esto sólo significa decir que tiene un síntoma (neurótico, psicossomático o psicótico).

La teoría de la comunicación concibe un síntoma como un mensaje no verbal. "No soy yo quien quiere o no quiere hacer esto, sino algo fuera de mi control", por ejemplo, mis nervios, mi enfermedad, mi ansiedad, mi mala vista, el alcohol, la educación que he recibido, los comunistas o mi esposa (Watzlawick, Beavin y Jackson 1987).

Por otro lado, todo psicoterapeuta está familiarizado con las confusiones que pueden presentarse en una relación en el aspecto del contenido y el aspecto relacional de un problema, sobre todo en la comunicación marital, y también con la enorme dificultad con que se tropieza para eliminar la confusión.

Existen tres variaciones posibles en los trastornos que pueden surgir en el área de los aspectos de contenido y relacionales que son:

1. En el mejor de los casos, los participantes concuerdan con respecto al contenido de sus comunicaciones y a la definición de su relación.

2. En el peor de los casos, se encuentra la situación inversa: los participantes están en desacuerdo con respecto al nivel del contenido y también al de relación.

3. Entre ambos extremos hay varias formas mixtas importantes:

a) Los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido, pero ello no perturba su relación. Quizás esta sea la forma más madura de manejar el desacuerdo; los participantes acuerdan estar en desacuerdo, por así decirlo.

b) Los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido, pero no en el relacional. Ello significa que la estabilidad de su relación se verá seriamente amenazada en cuanto deje de existir la necesidad de acuerdo en el nivel de contenido. Este mecanismo es de particular importancia en el campo de la dinámica familiar, a saber, la función de chivo emisario de un niño cuyo "problema" (bajo rendimiento escolar, enfermedad física, neurosis, psicosis, delincuencia) impone a los padres la necesidad constante de tomar decisiones conjuntas y de intervenir en situaciones de crisis, cosa que confiere a su relación una pseudoestabilidad que en realidad no existe. En todos estos casos es posible predecir con certeza casi matemática que cualquier mejoría del paciente se verá seguida por una crisis marital que, a su vez; a menudo hace que reaparezca la patología del hijo.

c) Otra posibilidad son las confusiones entre los dos aspectos, "contenido y relación", que ya se mencionó previamente. Pueden consistir en un intento por resolver un problema relacional en el nivel de contenido (donde no existe) o, por el contrario, en una reacción frente a un desacuerdo objetivo con una variación del reproche básico: "si me amaras, no me contradirías"

d) Por último, y de particular importancia clínica, son todas aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona.

La confirmación es el factor que más pesa en el desarrollo y la estabilidad mentales, sin este efecto autoconfirmador la comunicación humana no se

habría desarrollado más allá de los muy estrechos límites de los intercambios indispensables para la protección y la supervivencia; no habría motivos para comunicarse por la comunicación misma. Sin embargo la experiencia cotidiana demuestra que gran parte de nuestras comunicaciones tienden precisamente a ese propósito. Completamente aparte del mero intercambio de información, el hombre tiene que comunicarse con los otros con el objeto de autoperibirse.

El rechazo presupone por lo menos un reconocimiento limitado, de lo que se rechaza y, por ende, no niega necesariamente la realidad de la imagen que una persona tiene de sí mismo. De hecho ciertas formas de rechazo pueden ser constructivas (Berne, 1991).

La desconfirmación no se refiere a la verdad o falsedad de la definición que una persona tiene de sí mismo, sino más bien niega la realidad de la persona como fuente de tal definición. Mientras que el rechazo equivale al mensaje: "Estás equivocado", la desconfirmación afirma de hecho: "Tú no existes".

La impenetrabilidad es otro aspecto que crea conflictos por la desconfianza y confusión que conlleva en una relación (y difícil de resolver desde el punto de vista terapéutico) ya que las relaciones no son realidades concretas, sino experiencias puramente subjetivas o construcciones hipotéticas. Ello significa que no son reales en el mismo sentido en que lo son los objetos concretos de la percepción conjunta.

Por otro lado la discrepancia en cuanto a la puntuación de las secuencias de hecho tiene lugar en todos aquellos casos en que por lo menos uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe, y también el otro debe sacar de dicha información idénticas conclusiones.

En la raíz de estos conflictos de puntuación existe la convicción firmemente establecida y por lo común no cuestionada, de que solo hay una realidad, el mundo tal como yo lo veo, y que cualquier visión que difiera de la mía tiene que deberse a irracionalidad o mala voluntad. En estos casos de puntuación discrepante se suele observar un conflicto acerca de cual es la causa y cual el

efecto, cuando en realidad ninguno de estos conceptos resulta aplicable debido a la circularidad de la interacción.

Un fenómeno interesante en el campo de la puntuación es el de la profecía autocumplidora que se trata de un comportamiento que provoca en los demás la reacción frente a la cual ese comportamiento sería una reacción apropiada. Por ejemplo, una persona que parte de la premisa "nadie me quiere", se comporta con desconfianza, a la defensiva o con agresividad, ante lo cual es probable que los otros reaccionen con desagrado, corroborando así su premisa original. En términos pragmáticos lo que se puede observar es que el comportamiento interpersonal de ese individuo muestra esa clase de redundancia, y que ejerce un efecto complementario sobre los demás, forzándolo a asumir ciertas actitudes específicas. Lo que caracteriza la secuencia y la convierte en un problema de puntuación es que el individuo considera que él sólo está reaccionando ante esas actitudes, y no que las provoca.

Como ya se ha visto el material de los mensajes analógico es sumamente antiético; se presta a interpretaciones digitales muy distintas y a menudo incompatibles. Así no solo le resulta difícil al emisor verbalizar sus propias comunicaciones analógicas, sino que, si surge una controversia interpersonal en cuanto al significado de una comunicación analógica particular, es probable que cualquiera de los dos participantes introduzca, en el proceso de traducción al modo digital, la clase de digitalización que concuerde con su imagen de la naturaleza de la relación.

Tal como se explicó anteriormente el lenguaje digital posee una sintaxis lógica que lo hace particularmente apto para la comunicación en el nivel de contenido. Pero al traducir el material analógico al lenguaje digital, deben introducirse las funciones lógicas de verdad, pues estas faltan en el modo analógico. Tal ausencia se vuelve particularmente notable en el caso de la negación, ya que falta el equivalente del "no digital". La única solución para poder transmitir una

negación consiste, primero, en demostrar o proponer la acción que se quiere negar y luego el no llevarla a cabo.

Para evitar un frecuente malentendido en una interacción, conviene destacar que la simetría y la complementariedad en la comunicación no son en sí mismas "buenas" o "malas", "normales" o "anormales", etc., ambos conceptos se refieren simplemente a dos categorías básicas en las que se puede dividir a todos los intercambios comunicacionales. Ambas cumplen funciones importantes y, por lo que se sabe sobre las relaciones sanas, cabe llegar a la conclusión de que ambas deben estar presentes, aunque en alternancia mutua o actuando en distintas áreas. Ello significa que cada patrón puede estabilizar al otro toda vez que se produce una escapada en uno de ellos, y así mismo que no sólo es posible, sino también necesario, que los dos participantes se relacionen simétricamente en algunas áreas y de manera complementaria en otras.

En una relación simétrica existe siempre el peligro de la competencia. Así, la patología en la interacción simétrica se caracteriza por una guerra más o menos abierta o por un cisma.

En una relación simétrica sana, cada participante puede aceptar la "mismidad" del otro, lo cual lleva al respeto mutuo y a la confianza en ese respeto, e implica una confirmación realista y recíproca de uno mismo. Cuando una relación simétrica se derrumba, por lo común se observa más bien el rechazo que la desconfirmación del "uno mismo" (self) del otro.

En las relaciones complementarias puede darse la misma confirmación recíproca, sana y positiva. Las patologías de las relaciones complementarias, por otro lado, son muy distintas y en general equivalen a desconfirmaciones antes que a rechazos del self del otro. Por lo tanto, son más importantes desde un punto de vista psicopatológico que las peleas más o menos abiertas de las relaciones simétricas. Los patrones de relación simétrica y complementaria pueden estabilizarse mutuamente, y los pasajes del uno al otro constituyen así importantes mecanismos homeostáticos. Por último ninguna aseveración

aislada puede ser simétrica, de superioridad complementaria, o de ningún otro tipo. Lo que se necesita para "clasificar" un mensaje dado es, naturalmente, la respuesta del otro participante. Es decir, lo que permite definir las funciones de la comunicación no es algo inherente a ninguna de las aseveraciones como entidades individuales sino a la relación entre dos o más respuestas.

### 2.3 La organización de la interacción humana

Algunas propiedades y patologías básicas de la comunicación humana son elementos a partir de los cuales se construye la complejidad de la comunicación. Ahora, para conocer la organización de la interacción humana (como se define la unidad de comunicación), se examina el pautamiento de las comunicaciones recurrentes, esto es, la estructura de los procesos de comunicación. Considerando la interacción como un sistema, la Teoría de los Sistemas Generales permite comprender la naturaleza de los sistemas interaccionales. La Teoría de los Sistemas Generales no se refiere tan sólo a sistemas biológicos, económicos o de ingeniería. A pesar de su diversidad, esas teorías de sistemas particulares tienen tantos conceptos en común que ha surgido una teoría más general.

Uno de los pioneros en este campo Ludwig von Bertalanffy (1989) describe esa teoría como la formulación y derivación de principios que son válidos para los sistemas en general.

Inicialmente se define un sistema como un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y sus atributos, en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones mantienen unido al sistema. Además Hall y Fagen señalan, que en última instancia, cualquier objeto es especificado por sus atributos. Así, mientras que los objetos pueden ser seres humanos individuales, los atributos con que se les identifica, son sus comportamientos

comunicacionales (en contraste, por ejemplo, con atributos intrapsíquicos). La mejor manera de describir los objetos interaccionales consiste en verlos no como individuos, sino como personas que se comunican con otras personas. Aceptando que siempre existe alguna clase de relación entre dos objetos cualesquiera, también consideran "que las relaciones a ser consideradas en el contexto de un conjunto dado de objetos dependen del problema de que se trate, quedando incluidas las relaciones importantes o interesantes y excluidas las que son triviales o no esenciales. La persona que trata el problema, esto es, la cuestión de la trivialidad depende del interés de cada uno. Lo importante aquí no es el contenido de la comunicación per se sino exactamente el aspecto relacional (conativo) de la comunicación humana. Así los sistemas internacionales serán dos o más comunicantes en el proceso, o en el nivel, de definir la naturaleza de su relación.

Otro aspecto importante de la definición de un sistema es la definición de su medio. 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 el comportamiento del sistema.

Los sistemas son abiertos, entendiéndose por ello que intercambian materiales, energías o información con su medio. Un sistema es cerrado si no existe importación o exportación de energía en cualquiera de sus formas, tales como información, calor, materiales físicos, etc.; y por ende, no hay cambio de componentes, siendo ejemplo de ello una reacción química que tiene lugar en un recipiente aislado y sellado.

Así, con el desarrollo de la teoría de los subsistemas abiertos jerárquicamente ordenados, ya no es necesario aislar artificialmente al sistema y su medio; ambos encajan en forma significativa dentro del mismo marco teórico.

Con este modelo conceptual resulta fácil ubicar un sistema interaccional diádico dentro de una familia más grande, una familia ampliada, una comunidad y un sistema cultural. Así mismo, tales sistemas pueden superponerse con otros subsistemas, pues cada miembro de la diada participa en subsistemas diádicos

con otras personas e incluso con la vida misma. En síntesis los individuos que se comunican se estudian en sus relaciones horizontales y verticales con otras personas y otros sistemas.

Cada una de las partes de un 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. Esto es, un sistema se comporta no sólo como un simple compuesto de elementos independientes, sino como un todo inseparable y coherente. ; siendo su opuesto polar, el carácter sumatorio, es decir; si las variaciones en una de las partes no afectan a las otras o a la totalidad, entonces dichas partes son independientes entre sí. Este carácter sumatorio puede ubicarse en el otro extremo de un continuo hipotético de la totalidad, y cabe decir que los sistemas siempre se caracterizan por cierto grado de totalidad.

Otra teoría de la interacción que está en contradicción con el principio de la totalidad es la de las relaciones unilaterales entre elementos, esto es, que A puede afectar a B, pero no viceversa, aunque una secuencia interaccional puede estar puntuada (por los participantes o el observador) como un patrón de causalidad unilateral, tal secuencia es de hecho circular, y la aparente respuesta también debe ser un estímulo para el hecho siguiente en esta cadena interdependiente. Cuando la relación es complementaria, como en las relaciones de tipo líder-seguidor, fuerte-débil o progenitor-hijo, resulta fácil perder de vista la totalidad de la interacción y desmenuzarla en unidades independientes linealmente causales.

La retroalimentación y la circularidad, constituyen el modelo causal adecuado para una teoría de los sistemas interaccionales. En un sistema circular y automodificador, los resultados (en el sentido de alteración del estado al cabo de un periodo de tiempo) no están determinados tanto por las condiciones iniciales como por la naturaleza del proceso o los parámetros del sistema. En términos más simples, éste principio, de equifinalidad significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos y que diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas causas (Von Bertalanffy, 1989). Así, en el

análisis del modo en que las personas se afectan unas a otras en su interacción, las características de la génesis o el producto es mucho menos importante que la organización de la interacción.

Por último, una de las características más significativas de los sistemas abiertos es la conducta equifinal, sobre todo en contraste con el modelo de los sistemas cerrados. El estado final del sistema cerrado está completamente determinado por las circunstancias iniciales que, por lo tanto, pueden considerarse como la mejor explicación de ese sistema; en el caso de un sistema abierto, sin embargo, las características organizativas del sistema pueden hacer que se llegue al caso extremo de independencia total con respecto a las condiciones iniciales. El sistema constituye entonces su mejor explicación, y el estudio de su organización actual es la metodología adecuada.

Los sistemas caracterizados por la estabilidad son los llamados sistemas de "estado constante" Volviendo a Hall y Fagen, un sistema es estable con respecto a algunas de sus variables si estas variables tienden a permanecer dentro de límites definidos. (Hall y Fagen, 1956 citados en Watzlawick, 1990)

Las relaciones son estables si: son importantes para ambos participantes, y duraderas; Ejemplos generalizados serían las amistades, ciertas relaciones profesionales o de negocios y, sobre todo, las relaciones maritales y familiares.

Por el contrario, teniendo en cuenta la patología y el sufrimiento existen relaciones que perduran, y los participantes no sólo no abandonan el campo sino que, para expresarlo en forma positiva, se adecuan a favor de una continuación de la relación basadas en la motivación, la satisfacción de necesidades, factores sociales o culturales u otros determinantes como es la importancia de la confirmación como un propósito social. También podría haber factores identificables intrínsecos al proceso de la comunicación, aparte de la motivación y el simple hábito, que sirven para vincular y perpetuar una relación, recordando además que en toda comunicación los participantes se ofrecen entre sí definiciones de su relación o, para decirlo de modo más riguroso, cada uno trata de determinar la naturaleza de la relación. Del mismo modo, cada uno

de ellos responde con su propia definición de la relación, que puede confirmar, rechazar o modificar la del otro. Tal proceso es de suma importancia, pues en una relación estable no puede quedar fluctuante o sin resolver. Si el proceso no se estabiliza, las enormes variaciones y lo inmanejable de la situación, para no hablar de lo ineficaz que resulta redefinir la relación con cada intercambio, llevarían a una disolución de la relación.

Jackson (1987) ha llamado regla de la relación a esta estabilización de su definición; se trata de una formulación de las redundancias observadas en el nivel relacional, incluso con respecto a una gama variada de áreas de contenido. Esta regla puede aplicarse a los múltiples aspectos de la relación.

La teoría de las reglas familiares se adecua a la definición inicial de un sistema como estable con respecto a algunas de sus variables si estas variables tienden a mantenerse dentro de límites definidos y, de hecho, esto lleva a una consideración más formal de la familia como sistema.

Este modelo para la interacción familiar fue sugerido por Jackson cuando introdujo el concepto de homeostásis familiar. Observando que las familias de los pacientes psiquiátricos a menudo sufrían repercusiones drásticas (depresión, episodios psicósomáticos, etc.) cuando el paciente mejoraba, Jackson postuló que estos comportamientos y quizá, por lo tanto, la enfermedad del paciente, eran "Mecanismos homeostáticos" que intervenían para que el sistema perturbado recuperara su delicado equilibrio. Esta breve formulación constituye el núcleo de un enfoque comunicacional de la familia.

Dentro de la familia el comportamiento de cada individuo está relacionado con el de los otros y depende de él. Toda conducta es comunicación y, por ende, influye sobre los demás y sufre la influencia de estos. Específicamente los cambios favorables o desfavorables en el miembro de la familia identificado como paciente ejercen por lo común algún efecto sobre otros miembros, sobre todo en términos de su propia salud psicológica, social o incluso física. El análisis de una familia no es la suma de los análisis de sus miembros individuales, ya que existen patrones interaccionales, que trascienden las

cualidades de los miembros individuales; muchas de las cualidades individuales de los miembros, en particular la conducta sintomática son, de hecho, inherentes al sistema. El sistema actúa sobre las entradas (acciones de los miembros o del medio) al sistema familiar y las modifica. Debiendo examinarse la naturaleza del sistema y sus mecanismos de retroalimentación así como la naturaleza de la entrada (equifinalidad).

Todas las familias que permanecen unidas deben caracterizarse por cierto grado de retroalimentación negativa, a fin de soportar las tensiones impuestas por el medio y por los miembros individuales. Las familias perturbadas son particularmente refractarias al cambio y a menudo demuestran una notable capacidad para mantener ese status quo mediante una retroalimentación predominantemente negativa.

En resumen, se describe la interacción humana como un sistema de comunicación, caracterizado por las propiedades de los sistemas generales: el tiempo como variable, relaciones sistema-subsistema, totalidad, retroalimentación y equifinalidad. Los sistemas interaccionales se consideran el foco natural para el estudio del impacto pragmático a largo plazo de los fenómenos comunicacionales. La limitación en general, y el desarrollo de reglas familiares, es particular, llevan a una definición e ilustración de la familia como un sistema gobernado por reglas.

### CAPITULO 3 LA REALIDAD

Hasta época muy reciente no se había comenzado a investigar a fondo el problema de la estrecha interdependencia entre realidad y comunicación, ya que faltaba la disposición, o acaso sólo la ocasión, de enfrentarse con la naturaleza y los efectos de la comunicación como fenómeno independiente. Ciertamente es que los físicos y los técnicos de la telecomunicación habían resuelto ya en gran parte los problemas de la transmisión de información, que la lingüística había instalado sobre sólidas bases científicas nuestro conocimiento del origen y estructura del lenguaje y que la semántica había iniciado desde hacía mucho tiempo la investigación del significado de los signos y de los símbolos. En cambio, el estudio de la llamada pragmática de la comunicación humana, que revisamos ya en el capítulo anterior, es decir, del modo cómo los hombres se influyen mutuamente mediante la comunicación, de cómo a lo largo y en virtud del proceso de comunicación pueden surgir "realidades", ideas y concepciones

ilusorias totalmente diferentes, constituye una rama relativamente joven de la investigación.

### 3.1 Como se construye la realidad

Lo que llamamos realidad es resultado de la comunicación; así como un proceso de comunicación bien logrado consiste en la correcta transmisión de información y ejerce sobre el receptor el efecto que se quiere, la confusión es, por el contrario, la consecuencia de una comunicación defectuosa, que crea en el receptor un estado de incertidumbre o de falsa comprensión. Esta perturbación de la adecuación a la realidad puede oscilar desde estados de leve perplejidad o desconcierto hasta los de angustia aguda, por que los seres humanos, como el resto de los seres vivientes, dependemos, para bien y para mal, de nuestro medio ambiente y esta dependencia no se limita a las necesidades de nutrición, sino que se extiende también a las de suficiente intercambio de información. Esto es válido sobre todo respecto de nuestras relaciones interhumanas, en las que para una convivencia soportable resulta particularmente importante un grado máximo de comprensión y un nivel mínimo de confusión (Watzlawick, 1992).

Antes de continuar, podemos mencionar que la palabra confusión tiene un significado general como "todo aquello que carezca de un orden, de concierto o de claridad que tiene como fin turbar a alguien de manera que no acierte a comprender" (García, 1999).

Existe peligro de confusión donde sea preciso traducir el sentido y la significación de una cosa de un lenguaje a otro, esto es por el diferente significado de palabras fonéticamente iguales o parecidas, causando con esto los tipos de confusión lingüística o por una defectuosa traducción. Adscribir una determinada significación a una señal concreta provoca necesariamente confusión si está adscripción no es reconocida por cuantos utilizan la señal, a

no ser que puedan traducirse con toda exactitud los diferentes significados de una lengua a otra.

Menos evidente es el hecho de que también nosotros, los seres humanos, podemos enfrentarnos con problemas similares a los de algunos animales, dado que para comunicarnos empleamos no sólo palabras, sino también movimientos corporales. Las formas de expresión averbal del lenguaje corpóreo, que hemos heredado de nuestros antepasados del reino animal y desarrollado hasta niveles típicamente humanos, son mucho más arcaicas y, por consiguiente, están mucho más alejadas del campo consciente que nuestro lenguaje verbal. Son infinitos los modos de comportamiento empleados por todos los miembros de una misma cultura como medio de comunicación averbal. Estos tipos de conducta son consecuencia del hecho de haber crecido, haberse formado y socializado dentro de una concreta forma cultural, de una determinada tradición familiar, etc.; y, por así decirlo, están "programados" en nuestro interior. Si tenemos en cuenta que todo comportamiento en presencia de otro tiene carácter de comunicación, de transmisión de información, comprenderemos fácilmente el amplio espacio que se abre a la confusión y el conflicto ya sólo en el ámbito del lenguaje corpóreo, para no mencionar el lenguaje hablado.

Por otro lado, un traductor (en el sentido propio de la palabra) debe saber mucho más que las lenguas que traduce, ya que hasta la mejor traducción comporta una pérdida, tal vez no de información objetiva, pero sí de aquellas calidades tan difíciles de definir que constituyen la esencia de una lengua: su belleza y su mundo imaginativo, su ritmo, su tradición y otras muchas peculiaridades que escapan a las posibilidades de una traducción directa e inmediata.

Una adicional importancia adquiere en el contexto de nuestras disquisiciones el hecho de que una lengua no sólo transmite información, sino que además es vehículo de expresión de una determinada visión de la realidad.

Los diferentes idiomas no son algo así como distintas denominaciones de una cosa, son distintas versiones o percepciones de una misma cosa.

Las paradojas (o antinomias) de la lógica formal revisten de crucial importancia en el ámbito de la comunicación y surgen por doquier, actúan en todos los campos inimaginables de las relaciones humanas y existen buenas razones para creer que ejercen una considerable y permanente influencia en nuestra percepción de la realidad. Conceptos tales como espontaneidad, confianza, coherencia lógica, demostrabilidad, justicia, normalidad, poder y otros muchos muestran tendencia a desembocar en paradojas creando también confusión, estas pueden distinguirse en tres variantes:

1. Cuándo alguien ve que sus percepciones de la realidad o el modo que tiene de considerarse a sí mismo, le acarrearán la represión de otras personas de vital importancia para él (por ejemplo un niño respecto de sus padres), se sentirá al final inclinado a desconfiar de sus propios instintos. La inseguridad que dimana de esta actitud dará ocasión a que los demás le inciten a poner más interés en ver las cosas "correctamente". Más pronto o más tarde, se deslizará la acusación implícita de que debe estar loco para tener unas ideas tan raras. Y como siempre se le está insinuando que no tiene razón, le será cada vez más difícil encontrar su puesto exacto en el mundo y, sobre todo, en las situaciones interhumanas. En su confusión, se sentirá tentado a buscar, de forma cada vez más desviada, y excéntrica, aquellos significados y aquel orden de la realidad que para los demás es, al parecer, tan evidente, pero que él no acaba de descubrir.

2. Aquel a quien otras personas vitalmente importantes para él le echan en cara no tener los sentimientos que debería tener, acabará por sentirse culpable de su incapacidad de albergar los sentimientos debidos, los sentimientos "verdaderos". Este sentimiento de culpabilidad puede añadirse a la lista de los sentimientos que no debería tener.

Este dilema aparece con gran frecuencia cuando los padres parten del supuesto de que un niño bien educado debe ser un niño alegre y juguetón y

consideran los más insignificantes y pasajeros momentos de tristeza de su hijo como una muda acusación de fracaso de su labor educativa. En gran número de casos los padres se defienden contraatacando, es decir, esbozando acusaciones que niegan al niño el derecho a los llamados sentimientos negativos. Por ejemplo: "después de todo lo que hacemos por ti, deberías sentirte feliz y contento", y así la más pequeña y pasajera tristeza del niño es tachada de ingratitud y malicia, con lo que se crea el campo abonado para una conciencia atormentada. Considerada una vez más en abstracto, es decir, sin hacer referencia a su contexto interhumano, el comportamiento que en consecuencia adopta el niño responde al cuadro clínico de la depresión (Bavelas, 1970).

3. Quien recibe de otras personas vitalmente importantes para él normas de comportamiento que exigen y al mismo tiempo imposibilitan unas determinadas acciones, se encuentra en una situación paradójica, en la que sólo puede obedecer desobedeciendo. La fórmula básica de dicha paradoja es: "Has lo que te digo, no lo que me gustaría que hicieras". Es por ejemplo, el caso de los padres que esperan que su muchacho respete la ley y el orden y que, al mismo tiempo sea emprendedor y osado. La conducta resultante de esta contradicción responde con mucha frecuencia a la definición social de desamparo moral .

Una cuarta variante de este tema fundamental es la más frecuente, por el simple hecho de que su presencia no se limita a situaciones de comunicación clínicamente perturbada. Se trata de la curiosa e irritante situación forzada que se produce cuando alguien pide a otro una conducta espontánea, que deja de ser espontánea desde el momento mismo en que ha sido pedida. Uno de los muchos aspectos notables de la comunicación humana es la imposibilidad de incitar a otra persona al cumplimiento espontáneo de un deseo o una necesidad.

La espontaneidad exigida conduce inevitablemente a una situación paradójica en la que el mero hecho de plantear la exigencia hace imposible el

cumplimiento de la misma. Un ejemplo típico de esta comunicación es el caso de la mujer que sugiere a su marido que le traiga flores de vez en cuando.

En estos dilemas interhumanos, todos los implicados se hallan encadenados a una misma situación, aunque, como reza la experiencia, cada uno de ellos descargará sobre los otros la responsabilidad del conflicto.

Las paradojas surgen por doquier, actúan en todos los campos imaginables de las relaciones humanas y existen buenas razones para creer que ejercen una considerable y permanente influencia en nuestra percepción de la realidad. Conceptos tales como espontaneidad, confianza, coherencia lógica, demostrabilidad, justicia, normalidad, poder y otros muchos muestran una tendencia a desembocar en paradojas.

Así pues, todo estado de confusión desencadena una reacción de búsqueda de causas o motivos que arrojen luz sobre la incertidumbre y la sensación de inseguridad que esta produce. De aquí se siguen dos cosas: primero, si la búsqueda no da resultado, se amplía el campo a todas las conexiones imaginables e inimaginables y, en unas circunstancias dadas, se establecerán interrelaciones entre las cosas más insignificantes y disparatadas. Segundo, en un estado de confusión existe una fuerte tendencia a aferrarse a la primera explicación concreta que se cree percibir a través de la niebla de la confusión. El doctor Milton Erickson, la ha tomado como base de partida para desarrollar un método terapéutico sumamente eficaz, al que aplica el nombre de "técnica de la confusión". Llegó a este descubrimiento por puro azar.

"Un día de tormenta (...) me hallaba luchando contra el viento en la esquina de una calle, cuando de pronto dio vuelta a la esquina un hombre con tal precipitación que chocó violentamente conmigo.

Antes de que pudiera reponerse del susto y murmurar unas palabras, consulté con gran afectación mi reloj y, como si me hubiera preguntado la hora, dije cortésmente: son exactamente las dos menos diez minutos (aunque la verdad es que eran casi las cuatro). Y continué mi marcha. Tras haber caminado unos cuantos pasos, me volví y pude ver que todavía me seguía mirando,

evidentemente confundido y extrañado por mi observación" (citado en Watzlawick, 1992 p. 40).

En situaciones confusas como la descrita, todo el mundo hecha mano del primer cable aparentemente salvador, es decir, del primer punto concreto de apoyo, y le atribuye, por tanto, una importancia y validez superior a las que en realidad poseen, incluso cuando el punto de apoyo en cuestión es totalmente erróneo o, al menos, insignificante.

Así pues, cada uno de nosotros establece y sostiene un sentido interno de la realidad, nuestra particular definición de una situación, un mapa o modelo de lo que es y cómo funciona el mundo al que llamamos "real".

Actualmente se conocen algunos de los mecanismos responsables de que estas definiciones de una situación se conviertan en "profecías fatalmente cumplidas" (Ellis, 1962), o en realidades "muy reales" (Watzlawick, 1982) o en cogniciones que regulan el comportamiento (Mahoney, 1983) con las que cada persona rutinariamente, aún de una manera no-consciente, organiza su conducta de acuerdo a lo que considera cierto; en este sentido cada idea tiene un impacto muy práctico sobre su vida.

Al contar con estas rutinas habituales y "realidades" aceptables, una persona dispone de más recursos para no tener que distraerse en los detalles de acciones.

En muchas situaciones personales-sociales a veces descubrimos con sorpresa que estamos "idos" durante una conversación o haciendo un repaso interno de asuntos y sin embargo justamente las rutinas mencionadas nos mantienen dentro del camino, como un "piloto automático".

El enfoque estratégico de la terapia se basa en el concepto de construcción de la realidad. Mediante la hipnosis activamente se crea y aplica varias tácticas mentales con las que puede cambiar la definición de una o varias situaciones, pero lo que la persona hace es lo que realmente cuenta. No debemos olvidar que no hablamos de la hipnosis tradicional en terapia estratégica, sino de un

tipo de comportamiento, mediante el cual se trata de reconstruir la "realidad personal" de un individuo, ayudándolo a modificar su definición de la situación.

El primer principio del enfoque estratégico es: el camino para cambiar es actuar cambiando. En consecuencia el paciente debe actuar produciendo cambios tanto en lo que se dice a sí mismo, en el pensamiento, como en lo que siente acerca de las cosas. Es decir, no solo es pensar en el cambio a efectuar sino sentirlo.

El segundo principio es que cuando nuestra imaginación (lo que se cree que es o lo que se define como tal) entra en conflicto con la voluntad (lo que se escoge sentir o hacer) siempre gana la imaginación.

Por lo tanto, en tercer lugar, con el fin de comprender nuestros problemas, debemos ver la dimensión práctica de los mismos.

Así, entonces lo que los hábitos hacen, es ayudar a sobrellevar los "asuntos". En el caso de un adicto a la nicotina, no es suficiente con ayudarlo a dejar de fumar. Es como curarle los raspones a alguien con la pierna rota. Este tipo de asuntos debe abordarse en su dimensión práctica, primero que nada tomándola en cuenta. Lograr cambios en el estilo de vida que se lleva, no es sólo un asunto de pensamiento positivo. Requiere además de un buen sentido práctico. Es decir, por donde empezar, hasta donde y que tanto cambiar, por cuanto tiempo, etc.

El verdadero mérito de un esfuerzo de autorregulación es aprender a actuar ya transformado o cambiado, estando allá afuera, ante las complejidades y múltiples detalles de la vida cotidiana. En otras palabras, cuando se está ejecutando el propio y natural "estilo de vida". Lo anterior, en terapia estratégica se logra empleando sugerencias verbales, que sirven para ampliar la imaginación y así estar en posibilidad de "moldear" sus sentimientos, ésto constituye el cuarto principio. Practicando o ensayando su nueva realidad en la imaginación, se va formando el hábito propio.

Una dificultad que se puede presentar ante esto es que si sólo se pretende o intenta actuar de manera diferente, se presentan "situaciones paradójicas" que

aumentan la tensión (estrés negativo). Mientras más esfuerzo se utilice para lograrlo, más complejo será lograrlo.

En resumen a lo anterior, podemos decir que el enfoque estratégico se basa en las observaciones de que una parte significativa del comportamiento está regulada de manera no-consciente (o subconsciente) y apoyada en las definiciones autogeneradas de la situación ("realidades").

Cuando recurrimos al poder de la imaginación y no al de la voluntad estamos movilizando y empleando los aspectos esenciales del enfoque estratégico. El método al que recurrimos para beneficiarnos de tales recursos internos, es identificarlos y utilizarlos para que se constituyan en una ventaja a nuestro favor.

## CAPITULO 4 TERAPIA ESTRATEGICA

### 4.1 La evolución de la psicoterapia

El padre de la terapia estratégica es, sin sombra de duda, Milton Erickson. Durante su carrera de hipnoterapeuta y psicoterapeuta prolongada por más de cuarenta años, preparó miles de estrategias y técnicas de intervención para la resolución en breve tiempo de los problemas de orden psíquico y de el comportamiento. Erickson, que ha sido reconocido como la máxima autoridad en el campo del estudio y de la aplicación de la hipnosis, ha transferido genialmente al sector de la aplicación clínica sus descubrimientos y observaciones relativos a los fenómenos de la hipnosis y de la sugestión; sobre todo, por lo que se refiere al peculiar poder de ciertas tipologías del lenguaje o comunicaciones terapéuticas, que asume un auténtico y verdadero papel de

sugestiones hipnóticas capaces de llevar al paciente a cambios rápidos y efectivos.

De la labor de Erickson, lo menos conocido hasta hace poco tiempo era el enfoque estratégico, que elaboró para el tratamiento de pacientes individuales, parejas y familias, sin el recurso al uso formal de la hipnosis, pero con un estilo siempre profundamente vinculado a su concepción de la hipnosis como fenómeno relacional y psicosocial, concepción que se expresa en un estilo peculiar de comunicación terapéutica basado en refinadas formas de lenguaje verbal y no verbal. No ha formulado nunca una teoría sobre la "naturaleza humana" o mejor, sobre la personalidad, porque creía que todo sujeto representa un ser irrepetible, con experiencias personales y maneras de percibir y elaborar la realidad totalmente individuales. Por consiguiente, desde su punto de vista, también el estudio clínico de un sujeto debe tener en cuenta todo esto, por lo que las estrategias de intervención deben adaptarse siempre a la personalidad individual del sujeto, a su contexto relacional y a sus experiencias de la vida.

La terapia estratégica no es una concepción o una teoría particular, sino un nombre para aquellos tipos de intervención terapéutica en los que el psicoterapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas (Haley, 1980). En la perspectiva estratégica ericksoniana no existen prejuicios de tipo teórico o clausuras en sistemas rígidos que pretendan describir de manera exhaustiva la naturaleza humana, aun cuando parezca claro que este enfoque de la terapia se halla estrechamente relacionado con la formulación de la teoría de la comunicación y con la terapia familiar de orientación sistémica.

El modelo estratégico, nace de una síntesis evolutiva entre las teorías sistémicas, el estudio sobre la familia y la comunicación realizado por el grupo de Palo Alto dirigido por Bateson y Jackson, el trabajo clínico y el estudio del fenómeno hipnosis llevada a cabo por Milton Erickson.

El enfoque sistémico tiene su origen en 1968, en Milán, Italia con la psiquiatra y psicoanalista Mara Selvini quien influida por la literatura sobre terapia familiar llegada desde Palo Alto, California adopta una orientación sistémica.

Su trabajo se ha enfocado a familias con serios desordenes familiares, a familias de esquizofrénicos y anoréxicos; para lo cual a lo largo de 10 años de trabajo desarrolla un modelo propio: el sistémico, basado en la concepción de causalidad circular que deriva de la teoría de la comunicación de grupo de Palo Alto y la epistemología de Bateson (Cuadra, Peña y Ramírez, 1993). Este enfoque concibe a la familia "como un sistema autocorrectivo y autoregulado por sus propias reglas emanadas en el curso de su desarrollo mediante un proceso de ensayo y error en el que experimenta lo que está y no está permitido en la relación. Este proceso continúa hasta que la familia se convierte en una unidad sistémica original, que se sostiene por medio de reglas que le son peculiares. Estas reglas se refieren a los intercambios que se dan y se conciben como comunicaciones de nivel verbal y no verbal (Hernández, Juárez y Ortiz, 1990).

Por lo que se dice que cuando una familia muestra comportamientos patológicos en alguno de sus miembros se establece una especie de regla misma que determinará su juego familiar, pero cabe señalar que ese paciente identificado es el que se encarga de mantener la estabilidad del sistema familiar.

Esto nos indica que la disfuncionalidad del sistema se produce por algún estancamiento en las reglas familiares.

Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin en 1980, (citados en Watzlawich, 1982) mencionan que para poder llevar a cabo la terapia familiar sistémica del grupo de Milán es necesario que el terapeuta maneje y conozca sus conceptos con el fin de obtener resultados positivos.

Erickson además de ser el padre de la terapia estratégica, ha sido el inspirador técnico de buena parte de los procedimientos terapéuticos propios de la terapia familiar sistémica, representa el maestro a quien hay que remitirse para las

estrategias de aplicación clínica y para la modificación en breve tiempo de las situaciones disfuncionales. Su trabajo ha sido, una continuada investigación y aplicación clínica de ideas e intuiciones que lo han llevado a la preparación de gran cantidad de técnicas de intervención terapéutica que constantemente se usan en terapia estratégica.

A partir de descubrimientos y experiencias innovadores, se desarrolló una nueva concepción de cuanto se refiere a la realidad y a su percepción por parte de los individuos y se creó, como consecuencia, un nuevo modo de ver la problemática de orden psicológico y psiquiátrico, en relación sobre todo con la formación y la resolución de los trastornos.

En la base misma de la formulación sistémica y de la consiguiente praxis aplicativa en psicoterapia, se encuentra la reflexión sobre el hecho de que, igual que otras conceptualizaciones científicas, las teorías psicológicas y psiquiátricas clásicas se hallan impregnadas de la epistemología de su tiempo y poseen todas la característica inconfundible de las teorías fundamentadas sobre la primera ley de la termodinámica, por su atención casi exclusiva a los fenómenos de conservación y transformación de la energía. El concepto de causalidad que tales modelos implican es necesariamente de tipo lineal, unidireccional, según el cual un acontecimiento A determina otro acontecimiento B, y B producirá igualmente C, y así sucesivamente del pasado, al presente, al futuro. De este modo, según esta perspectiva teórica, todo tipo de explicación o de investigación de un acontecimiento deberá recurrir al análisis del pasado, por cuanto éste representa la causa del presente. Sólo la comprensión del pasado, según este tipo de teorías puede llevar a la comprensión y a la modificación eventual del presente.

Pero hacia los años cincuenta, una nueva epistemología muy diversa empezó a ganarse cada vez más el consenso en el seno de la comunidad científica. Dicha epistemología, más que en el concepto de energía y en la consiguiente idea de causalidad unidireccional, se funda en el concepto de información, y en este sentido en la segunda ley de la termodinámica. Sus principios provienen de la

cibernética, la causalidad es de tipo circular, de naturaleza retroactiva y, desde el momento en que la información constituye su elemento central, se orienta a procesos comunicativos de sistemas entendidos en un sentido más amplio, por tanto, también sistemas humanos; por ejemplo familias, organizaciones amplias y hasta relaciones internacionales (Watzlawick, 1988). Una vez desencadenado este proceso circular, no existe ya un comienzo o un fin, sino sólo un sistema de influjo recíproco entre variables. De aquí surge la exigencia de estudiar el fenómeno en su globalidad, teniendo siempre presente que toda variable se expresa en función de su relación con las otras variables y el contexto de la situación. Después viene la comprobación de que la suma de las partes no es igual al todo, y de que el aislamiento de una sola de las variables para el estudio de sus características conduce a un reduccionismo y a distorsiones de tipo cognoscitivo, que no pueden representar cabalmente las prerrogativas de cada una de las variables, la expresión del proceso en curso y la expresión de cada variable en concreto. Sólo si se da la debida importancia a esta dinámica interactiva y a las reglas que la gobiernan puede obtenerse una representación correcta de los fenómenos individuales y de su procedencia.

Se trata, entonces de un modelo de intervención terapéutica, que dirige su atención principal a la comunicación y al momento actual de su manifestación y no ya al análisis de las causas del pasado.

Gregory Bateson, junto con su grupo de investigación y en colaboración con Jackson, formuló y aplicó estas tesis al campo práctico psicológico y psiquiátrico.

Dicho equipo aplicó los principios cibernéticos y antropológicos al estudio de familias con un componente emotivo perturbado. Nació así, de documentaciones empíricas y de un desplazamiento de perspectiva teórica, la hipótesis que posteriormente se transformó en teoría según la cual, en la raíz del trastorno psíquico, existe una comunicación disfuncional entre el sujeto perturbado y los demás miembros de su grupo de referencia primaria. De esta manera la atención se desplazó desde el individuo, considerado como una

estructura en sí, al individuo visto como sistema, interactivo con los demás sistemas, en el interior de un sistema de relaciones más complejo y estructurador, ya que el comportamiento psicopatológico no existe en el individuo aislado, sino sólo en cierta clase de interacción patológica entre individuos.

De esta suerte se pasó en psicoterapia, de lo intrapsíquico a lo relacional. Del análisis hacia atrás del pasado al estudio de las reglas que gobiernan la interacción en el aquí y ahora, de la pregunta relativa al por qué del problema, a la que se refiere a qué es y a cómo modificar el problema actual, de la extrema pasividad del terapeuta al activismo y al empleo del influjo personal en la praxis clínica en el cambio de una situación problemática.

La terapia, por consiguiente, fue entendida como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal dirigido a modificar, por medio de acciones o prescripciones directas, a veces paradójicas o aparentemente ilógicas, el sistema de relaciones disfuncional operante en un grupo determinado de personas.

Así, estudiando la comunicación, es posible identificar las "patologías" de la comunicación y demostrar que ellas son las responsables de las interacciones patológicas. Puede suceder que un individuo se encuentre sometido a dos órdenes contradictorias vehiculadas por el mismo mensaje: un mensaje paradójico.

Si la persona no puede desvincularse de este doble vínculo, su respuesta será un comportamiento interactivo patológico.

De estas observaciones empíricas y de su formulación teórica derivó el modelo de tratamiento familiar que se basa justamente en intervenciones terapéuticas que tienden a desbloquear las situaciones de reverberación continua de un sistema de comunicación disfuncional. Estas intervenciones se basan a menudo en el empleo de mensajes paradójicos, como la "prescripción del síntoma" y otros procedimientos, como los dobles vínculos terapéuticos, etc. (Fisch, 1975).

Una de las innovaciones revolucionarias llevadas por la terapia sistémica a la praxis clínica con relación a las demás formas de psicoterapia se concreta, además, en el uso del espejo unidireccional y de la grabación en video de las sesiones.

El grupo de Palo Alto, desde el estudio preliminar de las familias en situación psicopatológica, había utilizado, dentro del estilo antropológico de Bateson, la toma filmada y el estudio minucioso de las interacciones por parte de todo el grupo de los investigadores. Al precisar luego la estrategia de la intervención terapéutica sobre la familia, este grupo añadió, a la grabación filmada, la técnica habitual del uso del espejo unidireccional para estudiar a fondo los fenómenos en cuestión, de modo que el grupo de los investigadores podía observar directamente el desarrollo de la sesión y sugerir al terapeuta estrategias o indicaciones por medio del interfono. De esta manera la sesión la lleva a cabo en realidad, no sólo el terapeuta que la vive en primera persona, sino todo el equipo compuesto por el terapeuta y el grupo sentado detrás del espejo.

Todo esto es garantía, de una praxis terapéutica más sistemática y controlada, que busca expresarse en el trabajo de grupo.

Además, la filmación con el video permite el estudio a posteriori de la interacción clínica con la posibilidad de tener a disposición el material real y objetivo, para la preparación adecuada de las estrategias de intervención.

Esta praxis metodológica, tanto en terapia como en investigación clínica, se distingue claramente de todas las demás formas de praxis típicas de otros modelos de psicoterapia, en los que está absolutamente prohibido entrar en el lugar; en estos tipos de terapia, para saber más, se deben basar solamente en el relato del terapeuta. El cual por muy honesto que sea, pondrá de relieve en su relación los detalles que su trabajo destaca, pero perderá gran parte de las informaciones que se pueden extraer de la observación directa de la interacción terapéutica. De este modo, se dará propiamente importancia sólo a una parte del trabajo, dejando de lado el resto, parte que será muy probablemente aquella

que se halla más en consonancia con la teoría psicológica con la que el terapeuta personalmente se vincula.

Las afirmaciones teórico-prácticas del modelo sistémico, se basan en estudios empíricos de la interacción familiar y terapéutica llevados a cabo mediante los procedimientos anteriormente descritos. Por consiguiente, se puede afirmar que esta formulación se fundamenta en criterios epistemológicos rigurosos de acuerdo con los recientes desarrollos de la filosofía de la ciencia. De igual manera, puede decirse que se basa, en lo que se refiere a procedimientos de estudio e investigación, en instrumentos y metodologías observables y verificables; y esto la distingue de la mayoría de modelos psicológicos y psiquiátricos restantes (Watzlawick, 1992).

Dentro del famoso proyecto sobre el estudio de la comunicación de Batenson, Haley y Weakland estudiaron extensamente el tipo de comunicación terapéutica de Erickson, sus estrategias terapéuticas, así como sus ideas referentes a las problemáticas psicológicas y psiquiátricas.

Erickson, por aquellos años, se hallaba en la fase culminante de su carrera de hipnotizador y psicoterapeuta, pero sobre todo era famoso por sus casi milagrosas terapias, que se basaban en estrategias inusitadas y decididamente opuestas a los procedimientos psicoterapéuticos clásicos, de los que se diferenciaban no sólo por su originalidad operativa, sino también por su eficacia y eficiencia. Estas características propias de su modo de hacer terapia le habían creado una fama como de mago, que le hecho encima las iras y las acusaciones de la medicina y psiquiatría norteamericana tradicional de aquel período, que probablemente lo consideraba un elemento "perturbador".

El modo de hacer terapia propia de Erickson representó para el grupo fundador de la perspectiva sistémica un material clínico fundamental. Se observó, que el gran terapeuta, de una manera intuitiva y empírica, había preparado y utilizado estrategias terapéuticas que venían a ser la aplicación directa y antecedente de muchas de las formulaciones teórico-prácticas que el grupo de Bateson y Jackson había formalizado como modelos. Se observó, por ejemplo, que

Erickson, basándose en su experiencia de hipnotizador, utilizaba en terapia formas paradójicas de acción y prescripción, poniendo en práctica, como un gran maestro, formas de "doble vínculo" terapéutico; que recurría a la sorpresa y al empleo de la resistencia y que, a la manera de un gran ilusionista, ponía al paciente en una situación tal que su única salida posible era la superación del problema en cuestión. A través del empleo de la hipnosis, por tanto, había llegado a expresar de un modo excepcional y personalizado una forma de psicoterapia en total concordancia con la formulación teórica interaccional y sistémica. Un planteamiento en realidad, que le permitía curar, con éxito y en un tiempo breve, a individuos, parejas y familias.

Con relación a la terapia familiar sistémica clásica, la diferencia está en una mayor atención focalizada sobre el problema que se presenta, sobre cuanto lo sostiene y la manera de modificar rápidamente la situación, más que sobre la interacción familiar y la reorganización de un sistema relacional. Por lo común mediante la resolución del problema que presenta, el paciente o los pacientes, se modifica la interacción familiar, así como modificando el sistema relacional, puede llegar a resolverse el problema específico.

En la terapia estratégica no existe un modelo único; de hecho, en el ámbito del enfoque estratégico de la terapia, se han desarrollado diversos modelos de intervención terapéutica. Sin embargo, intentando un reagrupamiento a modo de síntesis, los dos modelos más consolidados y que más han influido en el pensamiento y el trabajo de los autores estratégicos son el de Haley (1967, 1973, 1976; Montalvo y Haley 1973; Madanes, 1981) y el modelo MRI de Palo Alto (Weakland y Segal 1982). Ambos modelos proceden de las experiencias de autores que han formado parte del grupo originario de Bateson para el estudio de la comunicación y que han mantenido una estrecha relación de colaboración con Milton Erickson; son autores que partiendo de dichas experiencias y fundándose en su trabajo personal de terapeutas e investigadores, han formalizado dos planteamientos estratégicos que resultan consonantes en

muchos aspectos, pero que se diferencian por algunas peculiaridades teórico-prácticas.

Para Haley y su grupo, el problema está determinado sobre todo por la incongruencia jerárquica en el seno de la familia y por las subsiguientes consecuencias disfuncionales de actos que llevan a la creación de alianzas y juegos de poder. El síntoma es considerado una metáfora del problema y, a la vez, representa la solución, de manera insatisfactoria, que el sujeto le ha dado.

La terapia se centra en la gestión del poder, los síntomas mismos se consideran instrumentos de poder, mediante la reorganización de las jerarquías en el interior del sistema familiar. El terapeuta se inscribe directamente en el interior del juego de poder familiar y busca deliberadamente reorganizarlo de un modo más funcional.

Por otro lado, en la perspectiva del MRI, el problema está determinado por el mecanismo de acciones y retroacciones desencadenado y mantenido por las "soluciones ensayadas" que el paciente o los pacientes han utilizado al hacer frente a los trastornos o síntomas actuales. En esta óptica, se considera fundamental la conceptualización que el paciente o los pacientes logran de su problema y lo que han intentado hacer, basados en esta conceptualización, para resolver el problema.

En otros términos, el terapeuta debe hacerse con una clara descripción del problema, o de las "soluciones ensayadas" y de las reacciones al mismo. Después, estudiará la estrategia de intervención basándose en los datos del "diagnóstico" y de acuerdo con la idiosincrasia del sujeto o de los sujetos en el tratamiento.

La intervención, la mayor parte de las veces basada en prescripciones de comportamiento, debe interrumpir y alterar el ciclo repetitivo de perpetuación del problema. Según el grupo de Palo Alto, incluso un mínimo cambio en el interior de un sistema rígido produce una reacción en cadena que acaba modificando todo el sistema.

En esta perspectiva, al construir el problema terapéutico y las diversas estrategias, hay que orientarse hacia objetivos aparentemente mínimos. Ello ofrece la ventaja de reducir notablemente la resistencia al cambio del paciente o de los pacientes (Hoffman, 1987).

Por su parte la directividad del terapeuta es muy sutil y hay que disfrazarla en una no directividad aparente. También las prescripciones y las directrices terapéuticas están, la mayor parte de las veces, disfrazadas o encubiertas, aparentemente orientadas a un efecto trivial, aunque en realidad tienen como finalidad un cambio concreto y real de la situación problemática.

En síntesis final, la aproximación estratégica a la psicoterapia representa una perspectiva revolucionaria respecto de las formas convencionales de intervención psicoterapéutica. Se trata pues, de un nuevo modelo teórico y operativo para la solución, en un período breve de tiempo, de los problemas del individuo, de la pareja y de la familia, aplicable también a contextos interpersonales más amplios, y no solo clínicos (angustias, miedos, fobias, que paralizan el rendimiento diario). Para ganar las "jugadas", se recurre a técnicas refinadas de sugestión, paradojas y estrategias comportamentales que sortean la resistencia al cambio del paciente, llevándolo a percibir la realidad de un modo nuevo y a obrar, en consecuencia, de una manera funcionalmente correcta. Todo esto surge de la creación y permanente innovación teórica y clínica de la escuela de Palo Alto California y una "revolución copernicana" en psicoterapia.

#### 4.2 La praxis clínica en terapia estratégica: proceso y procedimientos.

La terapia estratégica es una intervención terapéutica normalmente breve, orientada a la extinción de los síntomas y a la resolución del problema o de los problemas presentados por el paciente o los pacientes. Este planteamiento, no es reducible a una terapia superficial sintomática, sino que es una

reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y de las reacciones comportamentales derivadas del paciente o pacientes.

Como ya hemos referido, se parte de la convicción de que la resolución de los problemas requiere la ruptura del sistema circular de retroacción que mantiene la situación problemática, la redefinición de la situación y la consiguiente modificación de las percepciones y de las concepciones del mundo que constriñen a la persona a respuestas disfuncionales.

El terapeuta, desde su primer encuentro con el paciente, en vez de estudiar su pasado, centra su interés y valoración en:

- a) 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.
- b) cómo funciona el problema que se presenta en el interior de este sistema relacional;
- c) cómo el sujeto ha intentado, hasta el presente, combatir o resolver el problema (soluciones ensayadas);
- d) cómo es posible cambiar esta situación problemática de la manera más rápida y eficaz.

Después de haber construido una o más hipótesis sobre los puntos citados y después de haberse puesto de acuerdo con el paciente respecto del objetivo, o los objetivos, de la terapia, se determinan y se aplican las estrategias para la resolución del problema presentado.

Si el tratamiento funciona, se observa por lo común, una clara reducción de los síntomas, desde los primeros compases del tratamiento, así como un cambio progresivo en las maneras como el paciente se percibe a sí mismo, a los demás y al mundo. Esto quiere decir que su punto de observación de la realidad se va desplazando gradualmente desde la rigidez, típica del sistema perceptivo-relacional que alimentaba la situación problemática, hacia la elasticidad de la percepción de la realidad y su instalación ante ella, con un progresivo aumento de la autonomía personal y de la autoestima que se debe al hecho de

comprobar que es posible resolver el problema. Por otra parte, el primer contacto con el paciente constituye un momento de gran importancia para el tratamiento. En esta fase de apertura de la terapia, el objetivo primario no es otro que el de crear una relación personal que se caracterice por el contacto, la confianza y la sugestión positiva, dentro de la cual pueda llevarse a cabo tanto la investigación diagnóstica como las primeras maniobras de adquisición de capacidad de intervención.

Por ello, la estrategia fundamental consiste en observar, aprender y hablar el lenguaje del paciente. En otras palabras, el terapeuta debe entrar en sintonía con las modalidades de representación de la persona que está pidiendo ayuda. Esto quiere decir que debe adaptar su lenguaje y sus acciones a las imágenes del mundo y al estilo comunicativo del paciente. Este primer paso es fundamental porque sólo aceptando aquello que el paciente nos ofrece y hablando su mismo lenguaje se logra establecer el clima de contacto interpersonal y de sugestión positiva que hace posible "manipular" y cambiar de rumbo sus acciones; asumir, en otras palabras, capacidad terapéutica y circunvalar su resistencia al cambio (Watzlawick, 1989).

En una indagación focal de la problemática que el paciente presenta, es fundamental aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Desde la primera sesión, el terapeuta debe centrar el problema basándose en la observación de la persona y de la explicación que ella hace de su trastorno del modo más claro y definido posible, de forma que pueda identificar concretamente las matrices pragmáticas del problema actual. A veces, esta operación no resulta fácil de realizar en poco tiempo. Una vez conseguida una imagen más clara y concreta del problema, resulta mucho más fácil hallar una solución más rápida y eficaz. El tiempo, por tanto, que aparentemente se pierde en la fase denominada de diagnóstico se recuperará en la fase estrictamente operativa.

Por cuanto se refiere a la definición y valoración del problema Greenberg (citado en Watzlawick, 1990) define tres categorías generales del problema en que se debaten las personas:

- a) la interacción entre el sujeto y el mismo;
- b) la interacción entre el sujeto y los demás;
- c) la interacción entre el sujeto y el mundo.

Entendiendo por mundo el ambiente social, los valores y las normas que regulan el contexto en medio del cual vive el sujeto,

De hecho, las tres áreas de relación, componentes ineludibles de la existencia de todo individuo, interactúan entre sí y se influyen recíprocamente según una forma circular de interdependencia. Pero lo importante, en la perspectiva de la terapia focal de los problemas presentados, es observar cómo funciona esta circularidad y si una de las tres dimensiones afecta más directamente al paciente, porque, en tal caso, ésta habrá de ser la primera área de intervención a través de la cual se modificará todo el sistema perceptivo-reactivo, típico de la situación problemática del paciente. Una vez conocido y aclarado el problema, el terapeuta está en disposición de programar y poner en práctica con éxito las estrategias orientadas a la ruptura del círculo vicioso de acciones y retroacciones que mantienen el problema.

La definición de los objetivos de la terapia representa una exigencia pragmática importante que ejerce una doble función:

- a) Por una parte, ésta es una buena guía metodológica para el terapeuta, en cuanto representa un enfoque de la programación terapéutica hacia una orientación precisa, con una serie de objetivos por alcanzar gradualmente que garantizan una verificación progresiva y el control del trabajo.
- b) Por otra parte, la definición de los objetivos representa para el paciente una sugestión positiva, en cuanto la negación positiva y el acuerdo acerca de la duración y los fines de la cura poseen el poder de reforzar y aumentar su colaboración y confianza en el éxito terapéutico.

Al concretar los objetivos y al programar la terapia, es muy importante también que el terapeuta construya una escala gradual y progresiva de pequeños objetivos, que den la sensación al paciente de que el tratamiento no es demasiado acuciante y ansiógeno.

Y ello por que no hay que hacer sentir al sujeto un impulso excesivo hacia el cambio, sino que hay que dar la impresión de que se trata de una praxis sistemática y precisa con objetivos concretos por alcanzar que no han de parecer excesivamente apremiantes. De hecho se ha observado que, si se pide ir despacio, se obtiene paradójicamente una mayor velocidad en la promoción de cambios.

Siempre en el transcurso de los primeros encuentros, el terapeuta debe estudiar atentamente la situación que presenta el paciente y hallar los puntos cardinales en que ésta se apoya. Es decir, ha de saber dar con los puntos de apoyo más provechosos en que sostenerse para obtener el cambio de la situación problemática. Por tanto, además de definir claramente el problema, es necesario observar con precisión como se aguanta el problema y cuál de los factores que lo sostiene ha de ser considerado como el foco en el que hay que intervenir con mayor probabilidad de éxito.

De la experiencia clínica procede la indicación de que, muchas veces los mismos intentos de resolver el problema, precisamente lo sostienen. La solución repetidamente intentada, del problema inicial se convierte así en el verdadero problema

Otro importante foco de la valoración, en esta fase de la terapia y que el terapeuta ha de valorar cuidadosamente es, si es más eficaz alterar el sistema perceptivo-reactivo disfuncional del paciente individual interviniendo directamente sobre él y produciendo, por reacción en cadena, la modificación de todo el sistema relacional interpersonal, o bien si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, ampliando la terapia a más sujetos, de modo que, como consecuencia del cambio, de las secuencias

interactivas de varias personas, cambie también el sistema perceptivo reactivo de la persona individual problemática.

En vez de investigar supuestos factores intrapsíquicos o presuntos "traumas originarios" en el pasado, el terapeuta se interesa por las acciones concretas de la persona en su presente y de las retroacciones personales y sociales que él recibe. Es evidente que las reacciones de un sujeto derivan, en gran parte, de sus disposiciones emocionales y sus concepciones de la realidad, pero existe la convicción de que también estas se modifican efectivamente sólo mediante experiencias vividas de un modo concreto. Para ello, al identificar qué es lo que mantiene el problema, y en la sucesiva ordenación de estrategias de cambio, hay que tener presente que la intervención terapéutica ha de ser algo que produzca una experiencia concreta de cambio.

Por otro lado, no es posible diferenciar nítidamente las estrategias terapéuticas específicas de todo el resto del tratamiento. Esto es así por que la comunicación y la interacción terapeuta-paciente representa, en todo caso una contribución al cambio. De hecho, a veces, la sola comunicación que se da entre paciente y terapeuta, puede producir ya efectos terapéuticos

Sobre el supuesto fundamental del enfoque estratégico de la terapia, de que la terapia debe adaptarse al paciente y no el paciente a la terapia, el terapeuta al preparar las estrategias se remitirá a las técnicas ya utilizadas con éxito en aquel tipo concreto de problema, pero partiendo de las características peculiares de la persona problemática, seleccionará o construirá ex novo, los procedimientos ad hoc para aquel caso determinado. De modo que una intervención no ha de ser nunca igual a sí misma, por cuanto ha de modificarse según sean las prerrogativas peculiares perceptivas y comunicativas de cada persona distinta. Además, si una estrategia no funciona, deberá ser sustituida o complementada, rápidamente por otros recursos terapéuticos.

Cuando mediante una progresión de pequeños cambios, el terapeuta ha conducido a la persona a la modificación de sus acciones disfuncionales y de sus "imágenes del mundo", la terapia ha alcanzado su objetivo.

La eficacia de una estrategia depende mucho del marco de sugestión con que se la presenta al paciente para inducirlo a una gran, y a veces involuntaria, colaboración terapéutica, esto es, a una predisposición para el cambio, para ello el terapeuta a de aprender a utilizar el lenguaje imperativo. Este tipo de comunicación terapéutica, cuya mejor lección ha sido el enfoque hipnótico de la terapia hecho por Erickson, constituye unas de las prerrogativas fundamentales de la terapia estratégica. Esta particular forma sugestiva de comunicación es lo que se define como hipnoterapia sin trance. Recurriendo deliberadamente a ella, el terapeuta asume, en provecho del paciente, la responsabilidad de utilizar los procedimientos eficaces y eficientes de sugestión hipnótica para influir en la situación problemática presentada y cambiarla rápidamente (Watzlawick, 1982).

Las estrategias destinadas y utilizadas con mayor frecuencia en la solución de los problemas humanos pueden dividirse en dos categorías orientadas a la intervención:

- 1) Acciones y comunicaciones terapéuticas.
- 2) Prescripciones de el comportamiento.

El primer procedimiento que debe tratarse en la categoría de las acciones que el terapeuta realiza a lo largo de las sesiones es aquel que, representa un estilo de comunicación fundamental en terapia estratégica, ya repetidamente citado a lo largo del presente trabajo. Es decir, aprender y emplear el lenguaje del paciente. Bandler y Grinder (1975) definen esta estrategia comunicativa como la técnica del calcado.

Así mismo, en las acciones también se utiliza la reestructuración que es una de las más sutiles técnicas de persuasión. Reestructurar quiere decir codificar de nuevo la percepción de la realidad por parte de una persona sin cambiar el significado de las cosas, aunque sí su estructura. No se cambia el valor semántico de lo que la persona expresa, sino que se cambian los marcos en los que se inserta este significado.

Al reestructurar una idea o una concepción de una persona, no se pone en discusión la idea o la concepción, sino que se proponen diversos recorridos lógicos y distintas perspectivas de enfoque de las mismas. Además, puede tener diversos niveles de complejidad, que abarcan desde simples redefiniciones cognoscitivas de una idea o un comportamiento hasta complicadas reestructuraciones paradójicas, pasando por el uso de metáforas y sugerencias evocativas.

Por otro lado, la práctica clínica ha puesto en evidencia que el uso de enunciados negativos respecto de el comportamiento o las ideas del paciente tiende a culpabilizarlo y a producir reacciones de rigidez y rechazo. En terapia en lugar de criticar y negar la actuación del paciente, aún cuando sea ésta absolutamente errónea o disfuncional, se observa que resulta mucho más eficaz gratificar a la persona y, por medio de esta gratificación, impartir órdenes orientadas a la modificación de su conducta.

Otro recurso utilizado en la terapia es la paradoja, que a menudo resulta muy eficaz en las situaciones perceptivo-reactivas rígidas y que se caracterizan por la presencia de sintomatologías comportamentales redundantes.

Históricamente, la paradoja hizo su ingreso formal en terapia con Viktor Frankl y su formulación de la "intención paradójica", como estratégica terapéutica. Pero los que formularon sistemáticamente la función de la paradoja en la formación y en la solución de los problemas fueron Bateson y su grupo hacia el año de 1956, estos autores invocaron un viejo adagio de la medicina: lo semejante se cura con cosas semejantes.

Una de las técnicas más refinadas de las derivadas de la paradoja, y que ha logrado gran aplicación en terapia, es el aprovechamiento terapéutico de la resistencia.

Otra importante modalidad de comunicación terapéutica es el uso de metáforas y el recurso, durante el coloquio clínico, al relato de anécdotas, breves historias o episodios acaecidos a otras personas. Esta estrategia comunicativa posee la prerrogativa de permitir la comunicación de mensajes

aprovechando la forma indirecta de la proyección e identificación que por lo común, una persona pone en práctica ante los personajes y las diversas situaciones de un relato.

Esta modalidad de comunicación terapéutica minimiza la resistencia, en cuanto la persona no es sometida a exigencias directas sobre su modo de pensar y comportarse.

Puesto que en psicoterapia nos interesa provocar el cambio de el comportamiento y de las concepciones del paciente, no debemos desentendernos del poder extraordinario que tiene la narración de anécdotas, relatos o episodios realmente acaecidos, y que se adecuen a la realidad problemática del paciente. Inducirán en el sujeto, a través de los mecanismos descritos, cambios efectivos de sus esquemas de acción respecto del problema que, a su vez, llevarán también al cambio consiguiente de sus esquemas perceptivos y cognoscitivos.

Por otra parte, las prescripciones de comportamiento, que han de seguirse en la vida cotidiana fuera de la sesión en el intervalo que media entre un encuentro y el siguiente, desempeñan un papel fundamental en terapia estratégica, ya que estas llevan, evidentemente a la apertura de nuevas perspectivas de percepción y reacción ante la realidad problemática; en otras palabras, a la ruptura del mecanismo de acciones, retroacciones y "soluciones ensayadas" que mantienen la situación problemática.

Las prescripciones de comportamiento pueden dividirse esquemáticamente en tres tipologías: 1) directas; 2) indirectas; 3) paradójicas.

Las prescripciones directas son aquella clase de indicaciones directas y claras de acciones que hay que hacer y que tienden a la resolución del problema presentado o al logro de uno de los progresivos objetivos del cambio Este tipo de intervención es útil cuando se trata de personas muy colaboradoras y que oponen escasa resistencia al cambio para las que resulta suficiente darles la clave de la resolución del problema, prescribiéndoles la manera de comportarse

frente a la situación problemática para que logren desactivar los mecanismos que la mantienen operante.

Las prescripciones indirectas son aquellas imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo. Es decir, mediante ellas se prescribe hacer algo con el fin de producir otra cosa distinta de lo que se ha declarado o prescrito. Este tipo de prescripciones utiliza la técnica hipnótica del desplazamiento del síntoma; por lo general, se atrae la atención del paciente hacia alguna otra cosa problemática que reduzca la intensidad del problema presentado. La atención se desplaza del síntoma a la tarea, produciendo la neutralización de la manifestación problemática mediante un "conflicto benéfico".

Estas intervenciones, debido a su propiedad de evitar la resistencia al cambio en cuanto llevan a las personas a hacer algo sin que, mientras lo hacen, se den cuenta de ello, desempeñan un papel fundamental en la primera fase de un tratamiento estratégico. Permiten realmente una rápida y eficaz ruptura de la envarada situación de acciones y retroacciones disfuncionales.

Por último, las prescripciones paradójicas derivan directamente de las observaciones y reflexiones hechas anteriormente acerca de la utilización de la paradoja en terapia. Ante un problema que se presenta como espontáneo e irrefrenable, por ejemplo, coacciones de repetición, obsesiones o comportamientos compulsivos, resulta muy eficaz prescribir el comportamiento sintomático mismo, ya que de esta manera se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente aquello que es involuntario e incontrolable y que siempre ha intentado evitar. También en este caso, la ejecución voluntaria del síntoma anula al síntoma mismo, que en calidad de tal ha de ser algo espontáneo e incontrolable. Las prescripciones deben ser impuestas en un lenguaje pausado y medido, repitiendo varias veces el imperativo, y han de presentarse al paciente en los últimos momentos de la sesión. Pueden formularse según diversas modalidades y abarcar las más diversas clases de acciones: simples tareas que han de realizarse en casa,

rituales complicados, o acciones que aparentemente nada tienen que ver con el problema presentado por el paciente. Lo importante es que el terapeuta, al imponer las prescripciones, se esfuerce por hallar, con inventiva y fantasía, la llave justa que ha de abrir la puerta blindada que representa el sistema disfuncional de acciones y retroacciones en que se halla inmerso el paciente.

#### 4.3 Dos modelos de tratamiento específico

Después de haber presentado la típica praxis clínica estratégica en el desarrollo de su proceso y en sus procedimientos terapéuticos más consolidados y usuales, se describirán a continuación dos ejemplos de tratamiento específico para determinados trastornos llevados a cabo por Nardone y Watzlawick (1990 p. 113-144).

### 1. EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS FOBICOS

#### EL PROBLEMA PRESENTADO.

El tipo de trastorno presentado por los pacientes sometidos al protocolo terapéutico puede dividirse esquemáticamente en dos categorías descriptivas del problema, según la gravedad de la sintomatología fóbica.

La primera categoría de trastornos la representan graves formas de agorafobia y ataques de pánico; la segunda, forma menos grave con el mismo cuadro clínico, a las que se añaden, no obstante, fuertes crisis características de angustia y temor.

Para aclarar mejor el concepto de formas graves de agorafobia y ataques de pánico, podemos referirnos a aquel tipo de problema psicológico que puede ser definido como "miedo al miedo". Todos los sujetos tratados que presentaban este tipo de problema habían llegado, por causa de su incontrolable miedo, al abandono de toda actividad que exigiera un mínimo esfuerzo, responsabilidad o

exposición personal (trabajo, deporte, aficiones, fiestas, etc.). Eran incapaces de salir solos igual que eran incapaces de quedarse solos en casa. Cualquier mínimo estímulo físico ambiental lo transformaban ellos en una señal de alarma y era un desencadenante de terror. De la misma manera, cualquier estímulo propioceptivo o sensación corpórea era transformada en síntoma de una enfermedad y desencadenaba crisis de pánico. La situación había llegado a ser insostenible, tanto para la persona concreta como para los que la rodeaban (cónyuge, familia, amigos, etc.), quienes debían procurar no abandonar nunca al sujeto y soportar todas sus fijaciones fóbicas.

Las sintomatologías ofrecidas por los sujetos de la segunda categoría descriptiva representaban situaciones decididamente menos graves. Los casos tratados no habían llegado, en su problemática fóbica, al abandono de las habituales actividades laborales, familiares o domésticas que los sujetos continuaban desarrollando, aunque con fatiga y con un nivel de productividad extremadamente reducido. Todos estos casos manifestaban con mucha frecuencia ataques de angustia y temor inmovilizadores que, a veces, no iban precedidos de ningún estímulo aparentemente capaz de desencadenar las reacciones fóbicas. En esos momentos determinados, las personas eran incapaces de hacer nada para desbloquear la situación. Además la sintomatología se hacía cada vez pesada y más frecuente en los últimos meses.

#### EL PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO.

El proceso terapéutico se subdivide en cuatro estadios que se caracterizan por los objetivos prefijados, que han de alcanzarse antes de pasar al estadio sucesivo de la terapia, y por las estrategias terapéuticas específicas para cada fase del tratamiento.

## ESQUEMA DEL TRATAMIENTO

Primer estadio: de la primera sesión a la tercera.

Objetivos: a) obtener confianza y colaboración; b) romper el sistema rígido de percepción de la realidad; c) demostrar, en la práctica, que el cambio es posible.

Estrategias: 1) empleo del lenguaje del paciente; 2) reestructuración del problema; 3) prescripciones indirectas y redefinición de los efectos y los cambios.

Segundo estadio: de la tercera sesión a la quinta.

Objetivos a) refuerzo de la capacidad de cambio; b) cambio efectivo de la situación; c) reestructuración cognoscitiva.

Estrategias: 1) prescripción paradójica; 2) reestructuración; 3) go slow technique.

Tercer estadio: de la quinta sesión en adelante.

Objetivos: a) lograr que la persona experimente directamente situaciones de superación gradual del problema; b) redefinición de la percepción de sí mismo, de los demás del mundo.

Estrategias: 1) prescripciones directas de conducta acompañadas de sugerencias particulares; 2) redefiniciones de la situación después de la realización de cada prescripción.

Cuarto estadio: última sesión.

Objetivo: incentivo definitivo a la autonomía personal y consolidación de la misma.

Estrategias: 1) explicación detallada del tipo de trabajo desarrollando conjuntamente y de las técnicas utilizadas; 2) redefinición conclusiva de las capacidades demostradas al hacer frente y resolver el problema (sugestión positiva de cara al futuro).

PRIMER ESTADIO: de la primera sesión a la tercera.

La primera sesión representa una fase sumamente importante en el tratamiento de los sujetos fóbicos, por cuanto estas personas experimentan la urgencia de hallar una posibilidad de resolver su problema y, si no tienen enseguida la

sensación de haber encontrado el buen camino, huyen y van en busca de otra cosa. Por esto, es fundamental empezar cuanto antes con las maniobras terapéuticas focales, comprometiendo rápidamente a la persona dentro del proyecto del cambio.

Teniendo en cuenta esto, en la primera sesión, después de haber escuchado atentamente la descripción del problema y de haberse puesto de acuerdo en lo que se refiere a los fines de la terapia, utilizando en esta fase la mencionada técnica del "calcado", de modo que se establezca una colaboración terapéutica funcional, se ha procedido a la primera maniobra terapéutica.

Es esta una reestructuración del sistema de relaciones interpersonales que vive el paciente fóbico.

Por lo común, esta clase de personas vive una situación relacional que se caracteriza por un sólido sostén social que le proporcionan el cónyuge, los padres, los amigos y otras figuras, que tienen el buen fin de lograr que el sujeto fóbico se sienta protegido y tranquilo por causa de su pronta intervención apenas entra el sujeto en crisis y pide ayuda. La situación es de tal índole que esta clase de soporte social funciona como una "solución ensayada" que en realidad perpetúa el problema. Es decir, en lugar de ayudar al sujeto a superar sus propios temores, esta actitud y conducta social alimentan la situación problemática conservándola activa, en cuanto mantienen al sujeto enjaulado dentro de sus convicciones de no poder lograr él solo una reacción positiva ante el miedo.

De esta consideración deriva que el primer paso de la terapia deberá consistir en la ruptura de este sistema interpersonal de mantenimiento del problema. Para obtener esto, el objetivo del primer movimiento se centra en el modo de percibir dicha realidad por parte del sujeto individual y en sus reacciones habituales. Es reafirmante que su problema, como todos los problemas, requiere sin duda de la ayuda de los demás. Pero, para dar solución a esta situación, debemos partir de la comprobación de que el soporte y la ayuda que se la da no alcanza ciertamente a cambiar su situación. Se continúa diciéndole

que no sólo no ha de contar con el sostén y la protección de los demás como solución del problema, sino que más bien ha de comenzar a pensar que aquella ayuda le resulta peligrosa y nociva, porque puede agravarle el problema. Aun cuando por el momento le sea imposible prescindir de ella.

Continuando con el mismo tono, se procede a una especie de disertación teórica sugestiva tendente a explicar que las personas que rodean al paciente son ya partes integrantes del sistema disfuncional y que, al estar implicadas en el mismo problema, no pueden en realidad aportar nada para el cambio de la situación.

Lo que producen, con su sostén y ayuda, es sólo la confirmación de su incapacidad y de su dependencia respecto de ellas. Y esto funciona de una manera tan sutil que la situación no tiene más salida que empeorar todavía más.

No obstante, hay que reafirmar que, por el momento, a él no le queda más remedio que recurrir a los demás.

Esta primera reestructuración tiende a canalizar el miedo del paciente, incentivándolo con miras a provocar reacciones que rompan su sistema de relaciones interpersonales, el cual contribuye a mantener operante el problema del miedo y de su inseguridad.

De hecho, redefiniendo el sostén y la ayuda de los demás como algo que aumenta sus síntomas, se remueve la perspectiva del de cara a percibir su vida relacional actual.

Ahora puede contemplarla no ya como ánora de salvación, sino como algo peligroso y nocivo.

Insertar esta nueva percepción en la mente del paciente quiere decir desencadenar en él el miedo de ser ayudado, porque ser ayudado significa agravar los propios síntomas.

En realidad, se cambia el rumbo de la fuerza del trastorno fóbico en dirección a la anulación de la red disfuncional que lo sostiene.

Es muy importante, además, destacar en esta reestructuración el hecho de que, pese a cuanto se ha afirmado, creemos que el paciente no puede, al principio, prescindir de la ayuda de los demás. Esta es una imposición paradójica que generalmente aumenta la receptividad del paciente, el cual querrá demostrar al terapeuta que puede prescindir inmediatamente de la ayuda que le resulta nociva y colaborar con él a la resolución de sus propios problemas.

Tras esta primera acción terapéutica, que normalmente ocupa gran parte de la sesión, se ha pasado a la provisión de la primera prescripción de conducta que ha de realizarse en el contexto de la vida de cada día, aunque afirmando que por el momento se está sólo en una fase de indagación y que la tarea asignada no es más que una técnica investigadora, que deberá ser llevada a cabo a la letra en orden a permitir un mejor conocimiento de la situación. Se actúa así para evitar que el paciente, al poner en práctica su tarea, se entretenga a calcular sus efectos y se cree, de esta suerte, una atención excesiva a su respecto que podría inhibir la eficacia de la prescripción. Esta, si se ordena como una simple técnica de diagnóstico, no provoca aquellas expectativas y reacciones.

La prescripción se presenta de la siguiente manera: "Cada vez que usted entre en crisis, que experimente un momento de pánico, que sienta cómo le sube la angustia, etc.; Aun cuando le ocurra cien veces al día, se sacará usted del bolsillo este "diario de abordó" que le entrego y anotará en él todo lo que le pasa, siguiendo al detalle todas las instrucciones y llenando cada uno de los epígrafes que se contemplan en dicho diario. En la próxima sesión, me dejará ver las páginas concernientes a la semana anterior".

El "diario a bordo" es un pequeño cuaderno dispuesto para este propósito que se entrega al paciente, junto con la prescripción: se trata de un tediosísimo formulario de casi doce columnas que se refiere a la fecha, lugar, situación, pensamientos, acciones, síntomas, etc.; que para ser rellenado, precisa de cinco minutos cada vez.

En todos los casos presentados, el efecto de la prescripción ha sido más o menos el mismo. A la segunda sesión, la persona ha comenzado diciendo: "Doctor, debe usted disculparme, no he hecho la tarea que me impuso. Pero, parece extraño, esta semana no he tenido ninguna crisis". O bien: "Sabe, doctor, es extraño, me encuentro decididamente mejor; he tenido algún momento crítico, pero muy pocas veces y no sé explicarlo, pero al escribir se me pasan enseguida la angustia y el miedo".

¿Qué ha sucedido? ¿Cómo es posible que se produzca tal cambio?

El sistema rígido de percepción de la realidad que constreñía a la persona a determinadas respuestas disfuncionales se ha roto. La red contraproducente de soportes sociales ha quedado anulada. Se ha roto el "encantamiento".

La explicación más probable de este fenómeno parece ser, la siguiente: la tarea prescrita y la reestructuración, hecha durante la sesión, obligan al paciente a no utilizar las "soluciones ensayadas" habituales que, en vez de resolver el problema, lo complicaban (por ejemplo, intentar a toda costa no pensar en lo que se siente, o buscar la ayuda de los demás). El hecho de tener que anotar escrupulosamente cualquier acontecimiento o pensamiento, además, ha puesto a los pacientes en una situación completamente distinta de la reacción al miedo, porque al tratarse de una tarea embarazosa que ha de hacerse y escribirse, el sujeto fóbico huye del apuro desvinculándose de las reacciones originarias. En otras palabras, al miedo lo sustituye un apuro, desbloqueándolo. Una vez más se recurre a la fuerza misma del síntoma para anular el síntoma mismo.

En la segunda sesión, después de que el paciente haya contado cuanto le ha acaecido durante la semana, se ha pasado a una acción terapéutica que refuerza el efecto de la maniobra precedente: la redefinición de la situación. Es decir: "El problema no es, pues, tan grave como parece, si ha bastado una prescripción tan trivial como ésta para modificar la situación. Entonces sus trastornos no son tan invencibles, no son tan inevitables; usted puede cambiar realmente, lo ha demostrado esta semana". Y a lo largo de toda la sesión se ha insistido en esta redefinición del problema. Con ella, además de la ruptura del

sistema rígido de respuestas disfuncionales, se obtiene una consolidación inmediata de la confianza del paciente en sus propias capacidades. Es decir, se empieza a desplazar su punto de conservación consciente de la realidad desde una perspectiva disfuncional a otra más funcional.

Hasta aquí, si la respuesta a las primeras acciones terapéuticas ha sido óptima, al final de la segunda sesión se ha pasado al segundo estadio del problema terapéutico y, en caso contrario, se ha mantenido la prescripción por otra semana más para proceder, luego, a repetir la redefinición en la sesión tercera; siempre y cuando se haya llegado, en estos casos, al efecto deseado.

**SEGUNDO ESTADIO:** de la tercera sesión a la quinta.

En los últimos minutos de la segunda o tercera sesión, se procedió en todos los casos, a la asignación de una nueva prescripción de conducta; precisando más, a una prescripción paradójica del tipo "sé espontáneo": Es decir, "ya que usted se ha comportado con tanta decisión durante las semanas pasadas para combatir su problema, ahora le doy una tarea que le parecerá aún más extraña y absurda que la que ha llevado a cabo hasta ahora. Pero, como hemos acordado, deberá ponerla en práctica. Por lo demás, pienso que me merezco algo de su confianza, ¿no cree?. Así pues, supongo que usted tiene en casa un despertador, uno de aquellos que suenan de forma tan antipática. Bien, cada día, a la misma hora, la que ahora decidiremos de mutuo acuerdo, tomará este despertador para darle cuerda y hacerlo sonar media hora más tarde. Durante esta media hora, usted se encerrará en una habitación de su casa y, sentado en un sillón, hará esfuerzos por encontrarse mal, se concentrará en las peores fantasías que se refieren a su problema. Pensará en los peores miedos hasta producirse voluntariamente una crisis de angustia y pánico, quedándose así por toda la media hora. Cuando suene el despertador, parará usted el ruido e interrumpirá la tarea, dejando los pensamientos, las sensaciones que se ha provocado, y reanudará su actividad normal cotidiana".

Los efectos de esta prescripción paradójica han sido de dos clases. La primera: "Doctor, no he logrado sumergirme en la situación, he hecho esfuerzos, pero

todo me parecía tan ridículo que hasta me han venido ganas de reír ". La segunda: "Doctor, he logrado hacer lo que me mandó tan bien que he tenido las mismas sensaciones que tenía antes de visitarle; ha sufrido muchísimo, luego por suerte ha sonado el despertador y todo ha acabado".

Hay que observar que, en ambas clases de respuestas, en el transcurso de la jornada, fuera de la media hora durante la cual se realizaba la tarea, la mayor parte de los pacientes no había tenido ningún momento de crisis y algunos sólo uno que otro episodio esporádico de angustia fácilmente controlable.

En la sesión siguiente, después del relato del paciente sobre el efecto de la prescripción, se ha procedido a redefinir una vez más la situación. En el caso de la primera respuesta, la redefinición ha sido: "Como ha podido comprobar, se puede anular su problema precisamente provocándolo voluntariamente. Es una paradoja, pero sepa usted que ha veces nuestra mente funciona más con paradojas que con lógica. Usted está aprendiendo a no caer más en la trampa de su trastorno y de sus \*soluciones ensayadas, que complican los problemas en vez de resolverlos". Y por toda la sesión se ha seguido con este mismo tono.

En el caso de la segunda respuesta, la redefinición ha sido, en cambio: "Muy bien, usted está aprendiendo a modular y administrar su trastorno. Si usted es capaz de provocar los síntomas de manera voluntaria, también ha de ser capaz de reducirlos y anularlos". Y se ha seguido de igual manera durante toda la sesión.

En ambas situaciones, por consiguiente, la redefinición se ha centrado sobre el esfuerzo de la conciencia y confianza relativas al cambio y a la resolución completa del problema.

El paciente ha tenido la irrefutable demostración concreta de la eficacia del trabajo que está haciendo junto con el especialista. Esto lo lleva, por otra parte, a una excepcional colaboración terapéutica y, por otra parte, a un ulterior cambio progresivo de percepción de la propia realidad. Además, se ha tenido cuidado de atribuir la responsabilidad del cambio a las capacidades personales del paciente, presentando al terapeuta como a un estratega que utiliza técnicas

concretas para hacer emerger aquello que la persona posee, pero que ésta no sabe utilizar. Esta consideración estimula increíblemente a quienes siempre se han considerado ineptos y que en ello se han visto confirmados por cuantos los rodean. De modo que se centra la atención sobre el incremento de su competencia personal y de su autoestima.

Ahora, a unas semanas del comienzo, la situación ha cambiado radicalmente: en ninguno de los casos referidos en esta exposición existen ya los síntomas amenazantes e inmovilizantes. Pero el paciente no puede considerarse curado aún. En esta fase es sumamente importante reducir la euforia, poniendo en guardia a la persona acerca de la peligrosidad de una curación excesivamente rápida. Y por esto es necesario frenar y pensar que, si se empuja demasiado a fondo el acelerador, es fácil salirse de la carretera y recaer en el problema. Lo importante, ahora, es consolidar lo obtenido y así se pasa al siguiente estadio de la terapia.

TERCER ESTADIO: de la quinta sesión en adelante

Llegados a esta fase de la terapia, el paso sucesivo ha sido la programación de prescripciones directas de conducta, basadas en una escala progresiva de situaciones ansiógenas, a las que se expone sucesivamente el paciente. Esto presenta una cierta analogía con lo que se hace en las desensibilizaciones sistemáticas de el comportamiento, pero a cada prescripción directa se le añade una sugestión que lleva inexorablemente a la persona a realizar la tarea ansiógena.

Por ejemplo, a una mujer de treinta y tres años que, en ese momento de la terapia, había elegido como primera tarea directa ansiógena conducir un coche, se le pidió que describiera detalladamente un episodio de pánico en automóvil que recordara muy bien. La mujer explicó que una vez, tiempo atrás, conduciendo por el campo en las cercanías de Arezzo, tuvo tal crisis de angustia que se vio en la necesidad de parar y pedir ayuda. La ayudó un automovilista que la acompañó al servicio de urgencias más próximo. Después de aquel episodio la había sido verdaderamente imposible salir con el coche por

caminos que no fueran urbanos. La prescripción directa fue la siguiente: "Bien, yo creo que usted, ahora, siguiendo a la letra mis instrucciones, después de lo que ha sido capaz de hacer las semanas pasadas, podrá con toda certeza superar esta primera prueba. Pero haga, como siempre, exactamente aquello que le pido. Mañana, después de comer, vaya al garage, ponga el coche en marcha, arranque y vaya a recorrer el mismo trayecto que aquella vez que me ha explicado. Pero, en lugar de hacerlo en la misma dirección, esta vez lo hará en dirección contraria (primera sugestión). Y además. Déjeme pensar. Usted sabe, seguramente, que hacia la mitad del trayecto hay una pequeña desviación que lleva a aquella tienda en la que venden directamente fruta recogida en los campos del entorno. A mí me encantan las manzanas, y así usted tomará aquel desvío y me irá a comprar la manzana más grande y madura que halle en la tienda. Después me la traerá inmediatamente aquí, al estudio.

Yo estaré ocupado y no podré recibirla, por lo que llame usted a la puerta, me entrega la manzana y ya nos veremos a la próxima sesión (segunda sugestión)".

La mujer, al día siguiente, llamó a la puerta radiante y sonriente y con una enorme manzana. Durante la sesión, a la otra semana refirió entusiasmada que todos los días, cada tarde, había ido a darse una vuelta en coche aventurándose cada vez más lejos sin el más mínimo temor y hasta divirtiéndose muchísimo.

En realidad, a la paciente se le asignó una tarea ansiógena ensamblada entre dos sugestiones: la primera, relativa a la tarea misma; la segunda, relativa a una tarea independiente pero que, para ser realizada, exigía la previa realización de la primera tarea. De forma que la atención de la persona se ha centrado en la segunda tarea y no en la primera, realmente ansiógena. Pero una vez hecho todo, la persona se da cuenta de que ha superado realmente sus dificultades.

A diferencia de la clásica desensibilización de tipo conductista que muchas veces queda bloqueada, por que la persona rechaza llevar a la práctica las prescripciones directas de comportamiento, con este sistema se llega a obtener, por medio de un "conflicto benéfico", la ejecución incluso de prescripciones que, presentadas solas, sería imposible poner en práctica. Así como un prestidigitador o un ilusionista desplaza la atención del observador mientras hace el truco, así también en este tipo de maniobra terapéutica se esquivo el bloqueo ansioso.

En el tercer estadio, el tratamiento se desarrolla con la ejecución de las prescripciones directas de conducta relativas a la escala de situaciones ansiógenas concordadas. Es importante recordar que, después de cada prescripción, se ha pasado, igual que en las primeras fases de la terapia, a la redefinición de las capacidades reales demostradas por la persona al superar las situaciones que antes la habrían puesto en crisis.

Además, a medida que se ha ido avanzando en el tratamiento, las sugerencias que acompañaban a las prescripciones han sido reducidas hasta dejar sitio sólo a las prescripciones de comportamiento directas.

Por lo general, procediendo de esta manera, se ha llegado a un punto en el que el mismo paciente afirma sentirse en disposición de hacer frente sin problemas a cualquier situación, por más ansiógena que haya sido anteriormente. Entonces es el momento de pasar a la última fase del tratamiento: la conclusión

**CUARTO ESTADIO: última sesión**

La última sesión, como ya se ha explicado, desempeña la función de ser la pincelada final y el marco adecuado de la obra hecha; con el objetivo de consolidar definitivamente la autonomía personal del paciente. A este respecto se ha procedido a un epílogo y a una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado y de las estrategias utilizadas, explicando bien su funcionamiento, reafirmando siempre que el cambio ha tenido lugar gracias a las dotes personales del paciente. El terapeuta sólo ha activado estas

características personales ya presentes, no ha añadido nada, incluso porque esto sería de todo punto imposible.

Partiendo de aquí se concluye afirmando que el paciente ya ha aprendido a utilizar bien sus propias dotes personales y que por consiguiente, ahora ya no tiene ninguna necesidad del terapeuta. Finalmente se llega a un acuerdo sobre las modalidades del seguimiento con el expaciente.

## EFICACIA Y EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO MUESTRA

El protocolo de tratamiento expuesto ha sido aplicado a 41 sujetos; todos ellos representaban las tipologías descritas de trastornos fóbicos.

La muestra se componía de 24 mujeres y 17 hombres, con una edad media de 31 años, a partir de un mínimo de 18 años para el sujeto más joven y un máximo de 71 para el sujeto de mayor edad. El grupo social de pertenencia de los sujetos era muy poco homogéneo, igual que sus ocupaciones profesionales que abarcaban desde el docente al profesional, al médico, al obrero, a la mujer ama de casa y al estudiante.

Por consiguiente, podemos afirmar que la muestra era representativa de realidades personales muy diversas asimilables sólo por su sintomatología fóbica, así como significativo era en el ámbito estadístico el número de casos tratados.

## EFICACIA

La eficacia se evaluó considerando:

- a) La valoración del resultado final de la terapia;
- b) si, a distancia de cierto tiempo, los resultados obtenidos se han mantenido o, al contrario se han presentado recaídas sintomáticas o han reaparecido síntomas sustitutivos de los originarios.

Con base en este criterio metodológico, los resultados del tratamiento han sido los siguientes:

Treinta y dos casos completamente resueltos. Es decir, casi con una total resolución del problema al final de la terapia y la ausencia de recaídas en el transcurso de un año.

Siete casos muy mejorados. Esto es, casi con remisión completa de los síntomas al final de la terapia, o que han demostrado en los correspondientes seguimiento la presencia de esporádicas y ligeras crisis de angustia, pero rápidamente controladas.

Dos casos poco mejorados. Es decir, con reducción parcial de la sintomatología al final del tratamiento, que han referido en el seguimiento la presencia de frecuentes momentos críticos de angustia y miedo. Pero estos momentos críticos han sido definidos por los sujetos como mucho menos fuertes que los anteriores a la terapia.

Ningún caso sin modificar y ningún caso que haya empeorado.

Esto significa que el tratamiento ha obtenido un éxito total en el 78% de los casos; este éxito hay que referirlo al final del tratamiento, aunque haya habido ligeras recaídas con el tiempo, en el 17% de los casos; poco éxito en el 5% de los casos, tanto al final del tratamiento como posteriormente.

#### EFICIENCIA

La duración media del tratamiento ha sido de 15.6 sesiones, con un mínimo de 6 sesiones para el tratamiento más breve y un máximo de 34 para el más largo. Para valorar mejor la eficiencia, podemos subdividir los tratamientos con resultado positivo, es decir, los casos resueltos o muy mejorados, en cuatro grupos: las terapias que han durado de 6 a 10 sesiones, encontrando 9 casos (23%); de 11 a 20 sesiones, 22 casos (57%); de 21 a 30 sesiones, 6 casos (15%) y de 31 a 34 sesiones, 2 casos (5%).

De esta clasificación de los datos resulta que casi el 80% de los casos ha recibido un tratamiento de veinte sesiones.

Los datos relativos a los resultados obtenidos con la aplicación de la terapia estratégica a los trastornos fóbicos demuestran ampliamente su notable eficacia. De hecho en el 95% de los casos, al final del tratamiento, se ha logrado la desaparición de los síntomas presentados, aunque luego, en algunos casos, es decir, en 7 casos, ha habido posteriores ligeras mejorías controladas. Hay que notar, por tanto, que sólo en un 5% de los casos se han obtenido escasos resultados y que no hay ningún caso que haya quedado inalterado o que haya experimentado empeoramiento como consecuencia del tratamiento. Por último, el dato que nos parece más destacable de este tipo de tratamiento es su eficiencia sorprendente. Si se considera que casi el 8% de los casos ha sido tratado con menos de 20 sesiones, esto es, en el tiempo de 4-5 meses y si lo comparamos por las psicoterapias, resulta evidente la enorme capacidad de este protocolo de tratamiento para producir resultados efectivos en tiempos cortos.

## 2. EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS OBSESIVOS

### EL PROBLEMA PRESENTADO

Los sujetos de la muestra a la que se ha aplicado el tipo de tratamiento que se expone aquí presentaban todas formas más bien graves de neurosis obsesiva con presencia de repertorios de acciones compulsivas.

Las personas acusaban fuertes fijaciones y manías y estaban obsesionadas por tener que repetir continuamente algunos "rituales" o, en ciertos casos, por tener que repetir y controlar varias veces cada acción llevada a cabo con el fin de verificar su dudosa corrección. Su pensamiento se centraba continuamente en intentar no tener esas extrañas ideas en la cabeza, pero cuanto más se esforzaban por no hacer ciertas cosas o no pensar en ellas, más se veían en la situación de hacer las repeticiones o los "rituales" y de pensar de un modo cada vez más retorcido. Pero, seguramente, el siguiente ejemplo ilustrará mejor el tipo de problema que dichos sujetos presentaban:

1) un joven contable, que se veía obligado, por su fijación obsesiva de no equivocarse, a controlar y controlar de nuevo hasta el infinito los sucesivos números de las facturas y demás material de trabajo, hasta que se derrumbó y tuvo que dejar temporalmente el trabajo; 2) un joven obsesionado por la idea angustiada de ser homosexual, que se sometía a una diaria contemplación maratónica de películas y revistas pornográficas para medir y verificar su excitación ante el sexo femenino o masculino; 3) una mujer perseguida por la convicción de haber atropellado a un peatón, que se veía constreñida a volver al lugar del presunto "delito" con otra persona que le confirmase que no era verdad aquello que creía; 4) un marido obsesivamente convencido de que la mujer lo traicionaba, y que llegaba a hallar la retorcida confirmación de su sospecha en el más mínimo acontecimiento para nada pertinente a aquella posible realidad y que se veía obligado a seguir a su mujer por todas partes y a controlar todos sus movimientos; 5) una muchacha que para poder dormir debía realizar, antes de ponerse en la cama, el control ritual de cerrar todas las llaves de paso, las puertas y las ventanas de la casa, repitiéndolo una y otra vez; luego, durante la noche, se despertaba y debía volver a empezar de nuevo aquel control ritual.

En todos los casos citados, la situación había llegado a ser insostenible y muchos de los sujetos de la muestra se habían visto en la necesidad de interrumpir sus actividades laborales habituales. Las fijaciones obsesivas, además, habían llegado al punto de no alejarse ya casi para nada de la mente de estas personas; cesaban un poco tras la ejecución de los diversos repertorios de acciones compulsivas, pero volvían prepotentes a escena poco después.

#### EL PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO

El tratamiento se subdivide en cuatro estadios progresivos que se caracterizan por los objetivos prefijados y las estrategias específicas terapéuticas.

## ESQUEMA DEL TRATAMIENTO

Primer estadio: de la primera sesión a la tercera.

Objetivos: a) obtener confianza y colaboración; b) romper la cadena obsesiva de pensamientos y acciones; c) producir un primer cambio pequeño concreto.

Estrategias: 1) secundar las obsesiones del paciente; 2) reestructuración paradójica y técnica de la confusión; 3) prescripción del síntoma; 4) relato de anécdotas e historias.

Segundo estadio: de la sesión cuarta a la sexta.

Objetivos: a) incentivo y refuerzo del primer pequeño cambio concreto; b) desplazamiento de la atención de sí mismo hacia los demás; c) ulterior progreso en cambios concretos.

Estrategias: 1) Paradoja del "ve despacio"; 2) previsión paradójica de recaídas; 3) prescripción del "antropólogo".

Tercer estadio: de la sexta sesión en adelante.

Objetivos: a) consolidación progresiva de la capacidad de no recaer en las obsesiones; b) redefinición de la percepción de sí mismo, de los demás y del mundo.

Estrategias: 1) redefinición de la actual situación; 2) prescripción de la "formula mágica" (en algunos casos).

Cuarto estadio: última sesión.

Objetivos: consolidación definitiva de las capacidades y la autonomía personal del paciente.

Estrategias: 1) explicación detallada del trabajo realizado; 2) redefinición conclusiva de la decisión y capacidad demostrada por el paciente.

PRIMER ESTADIO: de la primera sesión a la tercera.

El primer encuentro con el paciente se ha centrado, en la adquisición de la capacidad de intervención mediante la constitución de una atmósfera de contacto y aceptación interpersonal.

Para este fin, con los pacientes obsesivos, aún más que con los otros tipos de pacientes, es fundamental secundar y aceptar manifiestamente sus fijaciones y

sus maneras retorcidas de pensar. De otra forma, se produce inmediatamente una relación contraproducente; de hecho, el terapeuta que intenta convencer al paciente del carácter absurdo de sus convicciones y, a partir de aquí, procura cambiar su manera de actuar, pone en funcionamiento lo mismo que intentan hacer, respecto de las personas obsesivas, sin éxito alguno, cuantos se guía por el "sentido común", esto es: utilizar la lógica ordinaria, aplicándola a cosas que no funcionan de a cuerdo con esta lógica, con el efecto de no producir en el sujeto obsesivo ningún tipo de cambio, sino sólo la sensación de no ser comprendido en modo alguno.

Al contrario, la actitud que resulta más benéfica es la que se funda en una lógica paradójica, que se concreta, en el primer encuentro, en la demostración activa de la aceptación de sus fijaciones estrafalarias, tomando en seria consideración la posible sensatez de sus absurdas convicciones y buscando incluso una especie de justificación partiendo del supuesto de su posible utilidad.

Como consecuencia de esta convicción, al definir el problema y al intentar el acuerdo respecto de los fines del tratamiento, se ha utilizado la estrategia usual comunicativa del "calcado", junto con el radical descarte de afirmaciones y opiniones manifestadas que pudieran contradecir el punto de lista del paciente, y hasta más bien se ha secundado y reforzado éste último, en el transcurso de la sesión, por medio de una reestructuración particular del problema.

Se ha procedido, de hecho, en la parte final de la sesión, a una elaborada, tortuosa, pedante y poco clara reestructuración del trastorno presentado, con el recurso de citas de hechos e ideas, orientada a demostrar que, a menudo, estos trastornos pueden desempeñar un papel importante o una función determinante en la personalidad humana. Pueden ser una dote acrecentada, un don reservado o pocos seres humanos atentos y sensibles para con los demás. Y se ha determinado con la sugerencia de reflexionar, durante la semana, sobre esta posible realidad.

El hecho de crear confusión mental en el paciente mediante razonamientos más complicados y elaborados que los suyos y de insertar la duda absurda del posible carácter positivo de sus sufrimientos ha producido los siguientes efectos:

En la segunda sesión, los pacientes han referido dos tipos de reacción que pueden aclararse mediante extractos de las grabaciones "Doctor, ¿sabe? He pensado toda la semana para qué sirven estas ideas mías y estas acciones mías extrañas, pero no ha entendido nada. Pero he de decirle que he tenido la mente más tranquila todos estos días" O bien": Doctor, creo que he entendido que estas acciones que hago sirven realmente para algo, pero no sabría decir realmente para qué; pero debo decir que me he sentido algo mejor, he tenido menos fijaciones"

El efecto de la reestructuración paradójica ha consistido, pues, en disminuir, aunque fuera poco, la tensión obsesiva complicándola aún más, pero orientándola en su complejidad hacia un oscuro y misterioso posible sentido positivo de los trastornos que padece el sujeto. Esto ha determinado centrar la atención sobre algo diverso de lo habitual, cosa que se ha logrado de modo que el sujeto, en vez de intentar no pensar y no actuar de forma compulsiva, esforzándose por controlar aquellos impulsos, ha concentrado su atención en la posible utilidad de los síntomas o trastornos.

Obviamente, esta inexistente utilidad, no ha podido ser identificada, pero la búsqueda complicada en este sentido ha hecho disminuir, por efecto de la paradoja, el mecanismo obsesivo de las "soluciones ensayadas", como son intentar no pensar y por ello pensar aún más o intentar no actuar de una cierta manera y, por ello, hacerlo aún más. Como decíamos anteriormente, intentar voluntariamente hacer algo de forma espontánea inhibe la espontaneidad y hace imposible realizar lo que se querría hacer con todo el esfuerzo. En las personas obsesivas, el intento obsesivo de controlar las obsesiones produce el efecto del mantenimiento y del incremento de las mismas. Desactivar; Aunque

sólo sea un poco, este mecanismo produce una disminución rápida de la tensión.

En la segunda sesión, tras el informe del paciente, se ha procedido al refuerzo de la hipótesis de un papel funcional positivo de los síntomas para la personalidad del paciente mediante otra serie de razonamientos y suposiciones, todavía más complicada y retorcida, para llegar, en los últimos minutos de la sesión, a la asignación de una prescripción de comportamiento del tipo paradójico, que no tiene otro fin que incidir directamente en los comportamientos compulsivos. Para ser exactos, una prescripción del mismo síntoma verdadero y real, formulada como sigue: "Bien, basándonos en lo que hemos dicho hasta aquí, ahora yo le asigno una tarea concreta que usted tendrá que realizar sin hacerme preguntas o pedirme explicaciones, porque esto le ayudará a usted a solucionar las dudas acerca del papel positivo de su trastorno, por lo que deberá apañárselas por sí solo. Así pues, quiero que usted, cada vez que se encuentre en la situación de tener que hacer aquello que siente obligación de hacer, en vez de resistir y no hacerlo, lo repetirá voluntariamente diez veces. Ni una más ni una menos, diez veces exactamente. Esta prescripción se ordena como una auténtica sugestión hipnótica, con un lenguaje causado, cadencioso, repetido y redundante por cuanto se refiere a especificar exactamente el comportamiento que hay que seguir. Para aclarar mejor el contenido de las prescripciones, digamos que, por ejemplo, en el caso del contable que controlaba continuamente los números progresivos de las facturas, el joven habría debido controlar cada diez veces, en el caso de los rituales prenocturnos, la mujer debería repetirlos siempre diez veces; o bien, en el caso del joven obsesionado por el miedo a su homosexualidad, el muchacho debería mirar las fotos y los fotogramas más perturbadores de un film siempre diez veces. Por último la señora aterrorizada por el miedo de haber arrollado a alguien debería pasar diez veces por el hipotético "lugar del delito", cada vez que tuviera la duda.

En la tercera sesión, el informe más frecuente ha sido: "Doctor, ha hecho con empeño la tarea que me impuso, pero no lograba hacer diez veces la misma cosa; hasta alguna vez no lo he hecho ninguna sola. Usted mas había dicho, además, que llegaría a entender la utilidad de mis problemas, ¡pero continuo sin entender nada!". Algunos han referido, incluso, no haber sido nunca capaces de repetir las acciones o los rituales, por que nunca se habían visto en la obligación de hacerlos y no habían tenido ganas de hacerlos voluntariamente.. Pero también estos pacientes continuaban sin entender el papel positivo de sus problemas.

La maniobra terapéutica ha consistido, después de estos informes, en reafirmar la importancia de llevar a término exactamente diez veces aquella determinada opinión, de otra forma ellos no podrían esclarecer el papel positivo de los síntomas ni llegarían a ejercer su control. Por ello se ha mantenido la prescripción todavía para otra semana, destacando que se estaba comenzando a asumir el control de la situación.

Al final de la sesión, mientras se les acompañaba hacia la puerta, se les explicaba a los pacientes la siguiente historieta: "Según un antiguo cuento una vez una hormiga pidió a un ciempiés, sabe usted, uno de aquellos animales que se mueven tan bien y con tanta elegancia con cien pies a un mismo tiempo: - ¿Quieres decirme como hacer para andar tan bien con tantos pies a la vez? Explícame como lo haces para controlarlos todos a un mismo tiempo. El ciempiés comenzó a pensar sobre aquello y ya no logró moverse ni caminar más".

Tras esta breve narración, se ha saludado a los pacientes y se les ha invitado a reflexionar sobre el significado de la historieta.

**SEGUNDO ESTADIO:** de la cuarta sesión a la sexta.

En la cuarta sesión la mayoría de los pacientes han explicado que se sentían decididamente mejor, que habían tenido sólo alguno que otro episodio de obsesión y de repetición de acciones y que, cada vez que sentían el impulso a hacer aquellas determinadas cosas, apenas comenzaban a realizarlas de forma

voluntaria, perdían las ganas de hacerlas. Además, muchas de estas personas han declarado haber estado pensando mucho en el *ciempiés* y haber entendido que ellos mismos habían caído en la misma trampa, pero no pedían explicarse por qué ahora las cosas estaban cambiando. ¿Cómo era posible que hubiesen disminuido, y hasta desaparecido en algunos casos, aquellos impulsos irrefrenables?

A partir de aquí, hemos redefinido la situación, explicando con todo detalle el truco analizado y que la paradoja del "sé espontáneo" puede producir problemas, pero que puede ser utilizada también para erradicar otros, pongamos por caso los suyos. En especial, nos hemos demorado hablando de la clara posibilidad de la resolución del problema en cuestión.

Pero, tras estas afirmaciones, se ha declarado también que en aquel momento era necesario ralentizar el proceso del cambio: "Si apretamos el acelerador demasiado a fondo, nos saldremos de la carretera". Y se ha afirmado además "Pienso, sabe usted, que es previsible alguna recaída en las próximas semanas, porque ciertos trastornos pueden volver prepotentes después de haber sido anulados. Aún más le diré que pienso que, en los próximos días, usted experimentará una intensa repetición de los mismos síntomas. Continúe, no obstante, haciendo esto que ha aprendido."

Como es fácil prever, a la siguiente semana sólo muy pocos han relatado la recaída prescrita; la mayoría han vuelto afirmando que no habían tenido ninguna recaída y hasta que se habían sentido algo mejor, con menos pensamientos fijos y casi sin repertorio de acciones repetitivas.

En los dos casos del informe, el movimiento sucesivo, tras una nueva redefinición de la situación y de la manifiesta posibilidad de cambio y solución del problema, ha consistido, en el caso de personas con recaída, en prever otra recaída, aunque mucho más leve y, en los demás casos, en prever la recaída prevista y no acaecida en la semana anterior.

A todos, luego, les ha sido dirigida la siguiente prescripción: "Bien, ahora que hemos desactivado aquellos mecanismos que usted sabe, podemos comenzar

a usar en sentido positivo su sensibilidad y su gran capacidad de atención. En los próximos días, quiero que usted, cuando salga de aquí, haga aquello que por lo general hace un antropólogo cuando va a estudiar una cultura determinada. El antropólogo observa atentamente la manera de comportarse de las personas, su sociedad, su cultura. Quiero que usted haga lo mismo observando y estudiando el comportamiento de las personas que ve en su entorno, que le salen al paso. Estoy convencido de que, con su sensibilidad y capacidad de atención, descubrirá cosas interesantes de las que me hablará en la próxima sesión."

Esta prescripción, denominada "descripción del antropólogo", tiene como objetivo producir el desplazamiento de la atención del sujeto de sí mismo hacia los demás. Es decir, sirve para que la persona evite estar demasiado atenta a cuanto puede acaecer dentro de sí misma y a sus propias acciones, mecanismo que por lo común funciona como una profecía que se determina a sí misma, desplazando la atención sobre la observación y el estudio "antropológico" de las demás personas.

A la sesión siguiente, la mayoría de pacientes ha referido no haber tenido ninguna recaída y ha descrito con vivacidad muchas tipologías de comportamiento humano.

Es quizás, sorprendente la cantidad de informaciones y reflexiones que los pacientes comunican, con relación a su observación y estudio del comportamiento de los demás. Algunos incluso han referido haber observado en otras personas comportamientos sintomáticos y haber descubierto que hay mucha gente con problemas, cosa que no podían suponer antes, pensando que eran ellos los únicos en tenerlos.

La sesión se ha destinado por entero a reflexionar que el informe del paciente ha estimulado y a dar ánimos para continuar en la indagación cognoscitiva de los demás, reforzando con opiniones favorables la capacidad demostrada por el sujeto al llevar a cabo esta tarea no fácil y reafirmando la gran utilidad que, para

la interacción con los demás, puede tener su capacidad de investigación evaluada.

**TERCER ESTADIO:** de la sexta sesión en adelante.

En algunos casos, a la sesión siguiente, por lo general la sexta o séptima, la situación obsesiva quedaba reducida a la mínima expresión, por lo que se ha procedido a una redefinición de la situación tendente a subrayar la capacidad que el paciente ha demostrado al combatir sus propios problemas colaborando de un modo excepcional con el terapeuta. En estos casos, se ha comenzado a ampliar el tiempo que mediaba entre una sesión y la siguiente, con la clara intención de reforzar la autonomía personal y demostrar que se tenía una mayor confianza en las habilidades adquiridas por la persona. En las sesiones sucesivas se ha proseguido con ulteriores redefiniciones positivas de la situación y del cambio obtenido hasta llegar al final de la terapia.

En la mayoría de los casos, no obstante, en la sesión siguiente a la segunda semana de la prescripción del "antropólogo", la situación ha sido otra. Los sujetos habían reducido a la mínima expresión los repertorios de acciones obsesivas y ya no eran esclavos de fijaciones, pero continuaban teniendo la tendencia frecuente a pensar demasiado las cosas, complicándolas, haciéndolas difíciles y, por lo mismo, preocupantes.

Por tanto, pese a que no manifestaban comportamientos obsesivos, mantenían con toda una inclinación obsesiva en su manera de analizar la realidad, con tendencia a pensar mucho y a obrar poco.

Para estas situaciones, se ha pensado en una forma peculiar de intervención, se ha asignado la tarea de transcribir cinco veces, siempre que ocurriera una reflexión complicada la frase: "Piensa poco y aprende de lo que haces". Esta tarea ha sido asignada sin explicar el significado del enunciado. La tenían que escribir en un folio que el terapeuta les había entregado, cada vez que el paciente se hallara en la situación de estar pensando demasiado una cosa o una situación.

Nadie ha realizado la orden. Por ello se le ha definido como "fórmula mágica". Casi todos han relatado que, sólo con pensar que tenían que escribir aquella frase, se han sentido liberados de considerar una y otra vez las cosas, empezando a actuar con mayor desenvoltura y menos complicadas reflexiones antecedentes.

La importancia de esta intervención, en el momento de dar la estocada final al mecanismo obsesivo de percepción y reacción ante la realidad, se basa en el mensaje irónico que trasmite y en el hecho de que la persona que quiera realizar aquella tarea, después de haber obtenido en las semanas anteriores notables éxitos en el combate con los propios problemas, se ve puesta en la situación de tomarse a sí misma con ironía, que en definitiva significa autodefinirse como imbécil. Al quererlo evitar, la persona esquivo hasta los residuos de su temperamento obsesivo. Entonces, también en estos casos, se ha procedido a progresivas redefiniciones positivas del cambio realizado y de las habilidades demostradas al enfrentarse al problema, disminuyendo la cadencia de las sesiones hasta llegar al final del tratamiento.

**CUARTO ESTADIO:** última sesión.

En la última sesión con los pacientes obsesivos, se hizo exactamente lo mismo que se ha referido con relación a los pacientes fóbicos. Consolidando con ello definitivamente la autonomía personal del paciente.

#### **EFICACIA Y EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO**

##### **MUESTRA**

El protocolo e tratamiento expuesto hasta aquí ha sido aplicado a 24 sujetos, los cuales presentaban las tipologías descritas de trastornos obsesivos. Esta muestra se componía de 10 mujeres y de 14 hombres, con una media de edad de 29 años, a partir de un mínimo de 17 años, para el sujeto más joven, y un máximo de 51 años para el sujeto de más edad. El grupo social de pertenencia de los sujetos era muy homogéneo, igual que sus profesiones; empleados, profesores, profesionales, médicos, agentes de comercio, estudiantes, etc. Particularidad de esta muestra es que no comprendía a ninguna ama de casa.

## EFICACIA

Utilizando los mismos parámetros empleados para la valoración de la eficacia del protocolo del tratamiento de los trastornos fóbicos, os resultados han sido los siguientes:

Diecisiete casos completamente resueltos, esto es, con solución completa del problema al final de la terapia y sin recaídas por espacio de un año.

Ningún caso muy mejorado, es decir, casos con remisión completa de los síntomas al final de la terapia, pero respecto de los cuales se han declarado recaídas ligeras o esporádicas en el seguimiento.

Seis casos poco mejorados, es decir, casos con reducción parcial de la sintomatología al final de la terapia, que han referido la presencia de momentos obsesivos, episodios bastante frecuentes, aunque definidos por los mismos sujetos como mucho menos intensos y frecuentes que la sintomatología anterior a la terapia.

Un caso sin modificar, es decir, un caso en el que la terapia sea ha interrumpido después de diez sesiones, por que no había producido ningún cambio.

Ningún caso empeorado, es decir, ningún caso que, como consecuencia del tratamiento, haya manifestado un empeoramiento de los trastornos presentados al comienzo de la terapia.

## EFICIENCIA

La duración media del tratamiento ha sido de 16.1 sesiones, desde un mínimo de 7 sesiones, para la terapia más corta, a un máximo de 31 sesiones para la terapia más larga. Los tratamientos con resultado positivo, es decir, los casos resueltos o muy mejorados, fueron subdivididos en cuatro grupos; encontrando los siguientes resultados: las terapias que han durado de 7<sup>a</sup> 10 sesiones fueron 9 (53%); de 11 a 20 sesiones, 7 (41%); de 21 a 30 sesiones, 1 (6%) y hasta 31 sesiones, ninguno.

Los datos relativos a los resultados obtenidos con la aplicación de nuestro modelo de terapia de los trastornos obsesivos demuestran una eficacia satisfactoria ya que en el 71% de los casos tratados se han alcanzado la

completa remisión de los síntomas presentados al inicio de la terapia y en ellos no se han manifestado recaídas.

Por cuanto se refiere al tiempo empleado para obtener tales resultados (eficiencia), también este protocolo de tratamiento, igual que el anterior, ofrece resultados decididamente sorprendentes, si se comparan con los tiempos normales de la psicoterapia para los trastornos en discusión.

De hecho, el 94% de los casos con resultado positivo ha recibido un tratamiento de menos de 20 sesiones.

Finalmente, como conclusión del desarrollo de estos dos modelos de tratamiento, se puede decir que es importante reflexionar sobre la importancia epistemológica que desempeña en psicoterapia, como en cualquier otro tipo de intervención terapéutica, la necesidad de estudiar y preparar un plan específico de intervención para el problema que el paciente presenta.

## CONCLUSIONES

La mayoría de la gente, incluyendo a muchos profesionales con formación clínica, piensan que la hipnosis es una situación especial, diferente a otras situaciones de la vida. Quienes no se han formado en hipnosis piensan que se trata de un procedimiento en el que se sigue un ritual preestablecido que conduce al sujeto a dormir, estado en el cual se le formulan sugerencias y que a menos que se siga este ritual no hay hipnosis

A Milton H. Erickson se le ha conocido durante mucho tiempo como el más importante especialista mundial en hipnosis médica y dedicó su vida al estudio experimental y la utilización terapéutica de la hipnosis, desarrollando infinitas variantes, su terapia estratégica es como una extensión lógica de la técnica hipnótica, adquiriendo la habilidad para observar a las personas y sus complejos modos de comunicación, para motivar a la gente de modo que siga directivas y para influir sobre ella mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales. También alienta la concepción de que la gente es modificable y el espacio y el tiempo maleables y provee ideas específicas acerca de cómo dirigir a otra persona para que se haga más autónoma.

Desde este punto de vista, la hipnosis es un proceso entre personas, una de las formas en que una persona se comunica con otra. El enfoque de Erickson permite ver este misterio dentro de un marco de referencia interpersonal.

La pragmática estudia los efectos de la comunicación sobre el comportamiento, desde principios básicos de comunicación hasta de qué manera y con qué consecuencias pueden verse distorsionados esos principios desarrollando una comunicación patológica

El trabajo formativo de cara a la pragmática comunicativa es también un óptimo ejercicio para cultivar la elasticidad mental, en cuanto, si una persona aprende a adaptar su lenguaje a diversas situaciones, contextos y estilos personales, aprende también a desplazar continuamente su punto de vista de la realidad. Prerrogativa, esta última, esencial para poder ser capaz de resolver tanta variedad de problemas humanos. Para ello es indispensable un buen entrenamiento en el que se prevea la observación y el estudio de situaciones terapéuticas simuladas, la utilización de aparatos de video para poder observarse luego uno mismo, hasta lograr que la técnica se convierta en una forma espontánea de comunicación interpersonal.

A lo largo y en virtud del proceso de comunicación pueden surgir "realidades", ideas y concepciones ilusorias totalmente diferentes y creer que la propia visión de la realidad es la realidad misma, es una ilusión peligrosa y más aún si se siente en la obligación de explicar y organizar el mundo de acuerdo con ella, sin que importe que el mundo lo quiera o no. La confusión es una de las perturbaciones de la comunicación y de las deformaciones de la vivencia de la realidad que de aquí se derivan. De ahí que las estrategias de intervención de la terapia deban adaptarse siempre a la personalidad individual del sujeto, a su contexto relacional y a sus experiencias de la vida

Toda disciplina que quiera tener un mínimo carácter científico, en su metodología de investigación, ha de preparar cuidadosamente sus propias técnicas de estudio e intervención de acuerdo con los objetivos que se proponga, pero no adaptar los objetivos a sus teorías o técnicas. En otros términos, el terapeuta debe hacerse con una clara descripción del problema o de las soluciones ensayadas y de las reacciones al mismo. Después estudiará

la estrategia de intervención basándose en los datos del diagnóstico y de acuerdo con la idiosincrasia del sujeto o de los sujetos en tratamiento.

A lo largo de toda la intervención se activaran características y cualidades propias del paciente, que después él conocerá de un modo consciente y estará en condiciones de saber utilizar.

En la terapia no se añade nada que el paciente no tenga, sino que aprende a percibir la realidad y a reaccionar ante ella, utilizando positivamente sus propias dotes personales, gracias a experiencias guiadas por el terapeuta para que al final de la terapia sea absolutamente capaz de actuar solo.

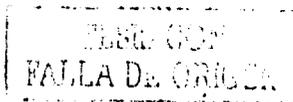
El último encuentro en una terapia estratégica reviste un papel muy importante. Su objetivo es consolidar definitivamente la autonomía personal del sujeto tratado y para la adquisición de una correcta autoestima, en la convicción de que esta última requiere, para consolidarse, la conciencia de que la realidad "psíquica y de el comportamiento" se ha cambiado gracias a una intervención sistemática y científica y no por artes mágicas y extrañas.

Finalmente, considero importante la lectura de este trabajo para todos aquellos profesionales interesados en la psicoterapia basada en conceptos sistémicos y ericksonianos, pero pienso también, que esta lectura es ciertamente deseable para todos aquellos que sienten interés por la educación y por la solución de los problemas humanos.

No solo por su contexto teórico y lectura agradable y accesible sino también porque las estrategias que en este se describen resultan aplicables a la psicoterapia y a otros contextos interpersonales más usuales y no clínicos.

## BIBLIOGRAFIA

- Bandler, R. Y Grinder, J. (1975). *La estructura de la magia*. Cuatro Vientos. Chile.
- Bateson, G. (1977). *Doble vínculo y esquizofrenia*. Carlos Lohlé. Buenos Aires
- Berne, E. (1961). *Los juegos que la gente juega*. Grove Press, New York.
- Bertalanffy, V. (1989). *Teoría General de los Sistemas*. F.C.E. México.
- Castillo, A. (1998). *Conceptos básicos para la psicoterapia*. Apuntes de. IMSS. México.
- Coleman, J. (1976). *Abnormal Psychology and Modern Life*. Scott Foresman, Nueva York.
- García, L. (1999). *Diccionario enciclopédico*. Cumbre. México.
- Hilario, G.; Peña, L. Y Ramírez, R. (1993). *La terapia familiar: una alternativa de tratamiento con menores infractores*. Tesis. ENEP-UNAM. México.
- De la Fuente, R. (1998). "Introducción a la Psicoterapia". Citado en *Conceptos básicos para la psicoterapia*. Apuntes del Dr. Alfredo Castillo. IMSS. México
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. Stuart, Nueva York.
- Eysenck, H. "Efectividad de las diferentes formas de psicoterapia". En Vallejo, J. (1994). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat. México.
- Fisch, R. (1975). *La táctica del cambio*. Herder. Barcelona.
- Garske, J. (1988). *Hacia un esquema general de la psicoterapia: eficacia, factores comunes e integración*. Traducido del inglés. Trillas. México.
- Gómez, C. (1995). *La psicoterapia en pacientes con esquizofrenia*. Tesis ENEPI-UNAM, México.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Haley, J. (1991). *Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Haley, J. (1992). *Terapia no convencional*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Hernández, M. Juárez, B. Ortiz, R. (1990). *Terapia familiar sistémica: una revisión práctica*. Tesis. ENEPI.



- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para el cambio de sistemas*. F.C.E. México.
- Howells, J. (1975). *World history of psychiatry*. Bruner Mazel, Nueva York.
- Jackson, D. "Jackson y la doble atadura". En Linn Hoffman. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. F.C.E. México.
- Madanes, C. (1981). *Terapia familiar estratégica*. Gadisa. Barcelona.
- Mahoney, J. (1983). *Cognición y modificación de conducta*. Trillas, México.
- Meltzof, J.; Kornreich, M. (1970). *Investigación en psicoterapia*. Trillas. México.
- Montalvo, B.; Haley, J. (1973). *In defense of child therapy*. Family Process, Nueva York.
- Puente, F. (2000). *Consideraciones generales sobre terapia conductual*. IMSS. México.
- Ramírez, I.; Tellez, D. (1986). *Análisis reflexivo de la terapia familiar y alternativa teórica*. Tesis ENEPI-UNAM, México.
- Segal, L.; Weakland, J. (1982). *Terapia breve: una solución focalizada en el problema*. Columbia University Press, Nueva York.
- Sloane, B. (1975). "El grupo de las psicoterapias". En Vallejo, J. (1994). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat. México.
- Strupp, H. (1973). *Traspassando fronteras en la ciencia de la psicoterapia*. Paidós. México.
- Vallejo, J. (1994). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Salvat. México.
- Watzlawick, P. (1982). *Cambio, formación y solución de los problemas humanos*. Herder. Barcelona.
- Watzlawick, P. (1988). *El cambio*. Herder. Barcelona.
- Watzlawick, P. (1989). *El lenguaje del cambio*. Herder, Barcelona.
- Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Herder, Barcelona.
- Watzlawick, P. (1992). *¿Es real la realidad?*. Herder, Barcelona.
- Watzlawick, P. Beavin, J. Jackson, D. (1987). *Teoría de la comunicación humana*. Herder. Barcelona.
- Wolberg, C. (1977). *Técnicas en Psicoterapia*. Paidós. México..