



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

LA TERAPIA SISTÉMICA UNA ALTERNATIVA PARA EL
TRATAMIENTO DE PROBLEMAS FAMILIARES

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

MARÍA DE LOS ÁNJELES PÉREZ DÍAZ

DIRECTOR: LIC. VICENTE CRUZ SILVA

JURADO: LIC. MARIO ALBERTO PATIÑO RAMÍREZ
LIC. PEDRO VARGAS AVALOS
LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN
LIC. JAZMÍN ROLDÁN HERNÁNDEZ



MÉXICO D. F.

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

Quiero dedicar en primera instancia, este trabajo a Dios. ¡Gracias Señor! por haberme permitido terminar mi carrera; ya que en muchas ocasiones sentía no llegar a cumplir esta meta tan deseada. Gracias por acompañarme y darme fortaleza en los períodos difíciles de mi vida.

Dedico este trabajo a dos personas maravillosas que han contribuido a lo largo de mi vida, para que sea una persona de bien y de provecho mis padres: Luisa Díaz Díaz y Samuel Pérez Aguilera. Para ellos todo mi amor y agradecimiento.

A mis hermanos María de Lourdes, Gabriel, Eva, y Cruz. Son para mí, una parte importante en mi vida; aunque estemos separados físicamente, los llevo en mi corazón. Y para ti Samuel que ya no estás en este mundo material, pero que te recuerdo siempre con tu sonrisa y tu gran entusiasmo.

A mi tía Guadalupe Pérez Aguilera, por ser un modelo a seguir, por su fortaleza y optimismo de enfrentar la vida con valentía.

A mi gran amiga la Psic. Guadalupe Picazo Rivera. A ti por impulsarme a seguir luchando para terminar la carrera de psicología, cuando ya estaba a punto de tirar la toalla. Gracias por tus consejos y tu forma de hablarme fuerte, para vencer los obstáculos que me ponían en el trabajo.

A mis maestros que me han transmitido sus conocimientos a través de la carrera, especialmente a: Ma. Isabel del Moral, Alma Lidia Martínez, Gerardo Reyes, Salvador Salinas, Alfonso Correa y Alejandra Luna.

AGRADECIMIENTOS

A los maestros del diplomado de Terapia Sistémica: Mtra. Lidia Beltrán Ruiz, Mtro. Sergio Carlos Mandujano Vázquez, Lic. Pedro Vargas Avalos, Lic. Vicente Cruz Silva y Lic. Mario Alberto Patiño Ramírez. Gracias por sus enseñanzas y por transmitirnos sus experiencias a nivel individual y profesional.

A mis sinodales: Lic. Jazmín Roldán Hernández, Lic. José Juan Bautista Butrón, Lic. Mario Alberto Patiño Ramírez y Lic. Pedro Vargas Avalos. Gracias por su ayuda a mejorar este trabajo.

Quiero agradecer sinceramente al Lic. Vicente Cruz Silva por guiarme en este trabajo y por su apoyo incondicional.

A mis compañeras y amigas de la sección "C": Alina, Guadalupe, Verónica, Alma, Keila, Rosa Patricia, Paty, Lupita, Sandra, Argelia y Xóchitl. Juntas reímos, lloramos, aprendimos y luchamos para seguir fortaleciéndonos en el diario caminar de la vida. Y mis amigos: Luis Gerardo, Guillermo Cuauhtémoc, César y Alfredo, gracias por su apoyo.

A todas las personas, amigos y familiares que me han ayudado con sus consejos y por su apoyo moral en el transcurso de mi vida, muchas gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de recibir una educación y por brindarme la posibilidad de pertenecer orgullosamente a la mejor Universidad de Latinoamérica.

ÍNDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Introducción

CAPÍTULO 1. Epistemología cibernética

1.1 Cronología histórica de la epistemología cibernética en relación con la terapia sistémica

1.2 Principales autores de la epistemología cibernética

1.3 La epistemología cibernética y de la postura comunicacional de Bateson

CAPÍTULO 2. La Escuela del Mental Research Institute (MRI)

2.1 Principales exponentes del MRI

2.2 Cómo se explica la formación de problemas

2.3 Cómo se explica el cambio o la solución

2.4 Técnicas y procedimientos

2.5 Intervenciones

2.6 Ejemplo de un Caso clínico

2.7 Análisis cibernético del mapa de intervención del modelo de la escuela del Mental Research Institute (MRI)

CAPÍTULO 3. Escuela Estratégica de Jay Haley

3.1 Principales exponentes

3.2 Cómo se explica la formación de problemas

3.3 Cómo se explica el cambio o la solución

3.4 Técnicas y procedimientos

3.5 Ejemplo de un Caso clínico

3.6 Análisis cibernético del mapa de intervención del modelo de terapia estratégica

CAPÍTULO 4. Escuela de Milán

4.1 Principales exponentes

4.2 Cómo se explica la formación de problemas

4.3 Cómo se explica el cambio o la solución

4.4 Técnicas y procedimientos

4.5 Ejemplo de un Caso clínico

4.6 Análisis cibernético del mapa de intervención del modelo de la escuela de Milán

CAPÍTULO 5. Escuelas de Soluciones

5.1 Principales exponentes de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS)

5.2 Cómo se explica la formación de problemas

5.3 Cómo se explica el cambio o la solución

5.4 Técnicas y procedimientos

5.5 Principales exponentes de la Terapia Orientada a Soluciones (TOS)

5.6 Cómo se explica la formación de problemas

5.7 Cómo se explica el cambio o la solución

5.8 Técnicas y procedimientos

5.9 Ejemplo de un Caso clínico

5.10 Análisis cibernético del mapa de intervención del modelo de la escuela de Soluciones

CAPÍTULO 6. Análisis y Conclusiones

7. Bibliografía

INTRODUCCIÓN

La terapia familiar puede considerarse que surge alrededor de los años 1952 a 1962, impulsada por circunstancias clínicas y de investigación. Los factores clínicos que desencadenan su nacimiento concurren cuando diversos terapeutas, de forma independiente, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia. A partir de este momento tratan de explicar cómo influyen tales relaciones en la patología del paciente. Entre estos terapeutas se encuentra Nathan W. Ackerman, quien fue considerado por Foley en 1974, como el precursor de la terapia familiar, por ser el primero en incluirlo en su enfoque terapéutico. Ackerman asevera que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa, y que el conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico, que no es sino el resultado de conflictos interpersonales interiorizados. Sostiene además que la patología familiar se debe a la falta de adaptación a nuevos roles establecidos por el desarrollo de la familia. Por otra parte, en 1952 se inicia el proyecto de investigación de Gregory Bateson, quien se interesa por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que pueden dar lugar a paradojas. Bateson considera que la paradoja se produce cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros mensajes de manera conflictiva, por ejemplo: “*sé espontáneo*”, “*no seas tan obediente*” o “*quiero que me domines*”, de tal forma que si el receptor obedece el requerimiento del emisor en realidad lo está incumpliendo. En 1954 Bateson se asocia con Don Jackson para comenzar a estudiar la comunicación de los psicóticos, y desarrolla la teoría del doble vínculo, que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. La expresión de “*doble vínculo*” alude a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson, 1956. citado en Ochoa, 1995).

Jay Haley y John Weakland quienes formaban parte del proyecto Bateson, orientan su trabajo para estudiar en detalle las situaciones de doble vínculo, buscando las diferencias entre las comunicaciones disfuncionales de las familias sintomáticas y las no sintomáticas. Este grupo de terapeutas concluyen que aunque la situación del doble vínculo es un componente necesario de la esquizofrenia, no es suficiente para explicar la etiología de la misma. De esta manera, la teoría del doble vínculo deriva hacia una

teoría más general sobre la *comunicación* que revierte en la experiencia clínica individual y pone énfasis en los juegos de relación entre los miembros de las familias estudiadas, ya que un gran número de las primeras familias sometidas a tratamiento eran aquellas que tenían un paciente identificado y diagnosticado de esquizofrenia; en las cuales se encontró que la relación establecida entre los miembros de la familia favorecía la aparición y mantenimiento del síntoma (Ochoa, 1995).

Es importante mencionar en este sentido los aportes que las diferentes escuelas de Terapia Sistémica han hecho a lo largo del tiempo; por lo que en este trabajo se expondrán las escuelas del MRI, Estratégica, Milán y Soluciones, y la manera en que cada uno de estos modelos terapéuticos han construido técnicas y procedimientos para abordar la problemática a nivel familiar e individual de hoy en día. Cada enfoque mencionado, conceptúa la interacción humana de forma distinta y sus estrategias de tratamiento también lo son. De esta manera, la ventaja que ofrece pensar la explicación de los problemas en términos de las interacciones de cada uno de los modelos, nos muestra la importancia de relacionarnos de una manera estrecha en cada situación problemática. En el primer capítulo, se presentan los fundamentos epistemológicos y cibernéticos de la terapia sistémica. La epistemología es básica en el campo de la psicoterapia, porque se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana (Keeney, 1994). Así mismo, se hace hincapié en los principales autores que fueron forjando el pensamiento cibernético.

En los capítulos dos, tres, cuatro y cinco, se examinan las escuelas de terapia sistémica, anteriormente mencionadas. Se describen sus principales exponentes, cómo se explican la formación de problemas y la explicación del cambio o la solución. Asimismo sus técnicas y procedimientos, ejemplificando alguno de ellos a través de la transcripción de fragmentos de un caso clínico desarrollado a lo largo del Diplomado. Finalmente se delimitan los distinguos básicos para la organización de la terapia de cada una de las escuelas, como también la construcción de los mapas de intervención de cada uno de los modelos. Finalmente se exponen las experiencias de aprendizaje, a nivel individual y profesional en el diplomado, la reflexión epistemológica, que nos permite entender los problemas humanos visto en cada caso clínico, que fue supervisado por cada maestro en su módulo correspondiente. Esto significa, que este trabajo tiene la finalidad de exponer de una manera teórica y práctica este nuevo enfoque sistémico de la solución de los problemas humanos a través de sus principales escuelas expuestas aquí. Es necesario

plantear en esta introducción también que en este año de aprendizaje continuo, (duración del diplomado) y de vivencias compartidas con los maestros y compañeros, quiero expresar que me es grato ser miembro de la novena generación del diplomado y además pertenecer a la primera generación que se titula por esta opción.

La Terapia Sistémica una alternativa para el tratamiento de problemas familiares

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objetivo exponer las principales escuelas de la terapia sistémica que conforman el marco de referencia del diplomado de terapia sistémica y que permiten considerar a la terapia sistémica como una alternativa viable de tratamiento. En el trabajo se presentan el Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute conocido por sus siglas como MRI, la Escuela Estratégica de Jay Haley, la Escuela de Milán y el Enfoque Centrado en Soluciones. Se hablará de sus principales exponentes así como de las diferentes explicaciones de cómo se originan los problemas de los pacientes y las diferentes estrategias de solución. Se ejemplificarán las diferentes técnicas y procedimientos a través de casos clínicos y de la construcción de los mapas de intervención de cada uno de los modelos. Se mostrará la cronología histórica de la epistemología cibernética en relación con la terapia sistémica, y se nombrarán los autores esenciales que fueron desarrollando su marco conceptual. Se explicará, la experiencia de aprendizaje, a nivel individual y profesional.

Descriptores: *Terapia sistémica, Terapia Breve MRI, Terapia Estratégica, Terapia Centrada en Soluciones, Terapia de Milán.*

CAPÍTULO 1.

Epistemología cibernética

1.1 Cronología histórica de la epistemología cibernética en relación con la terapia sistémica.

Se afirma que las relaciones tempranas entre cibernética y terapia familiar consistieron en el surgimiento de modelos terapéuticos, que fueron llamados interaccionales, que consistían en aplicaciones de las nociones cibernéticas al campo de las interacciones humanas y de la resolución de problemas. De esta manera, se comenta que dichos modelos surgieron en el Mental Research Institute, influido por los trabajos de Gregory Bateson, quien trabajaría durante una etapa de su vida asociado al campo de la psiquiatría, desarrollando su “teoría del doble vínculo” sobre la esquizofrenia, la primera aplicación consistente del pensamiento sistémico al campo de la problemática social. Sin embargo, Bateson se despegaría prontamente de dicho campo para lanzarse a la formulación de una teoría extensa sobre la mente que en parte aplicaba, y en parte desarrollaba, las nociones cibernéticas, adelantando en muchos aspectos a la cibernética de segundo orden. La cibernética de segundo orden no sólo tiene, sino que es una epistemología, que lleva la atención desde los sistemas observados hasta los sistemas que observan, al entender a toda noción cibernética como dependiente del observador. En esta etapa de la evolución de la cibernética sus relaciones con la terapia familiar son de otra índole, porque se trata de dar un marco epistemológico general para el desarrollo de modelos aplicados al campo de la clínica. La relación entre cibernética y terapia familiar, que consistía antes en un traslado de modelos, está ahora mediada por el desarrollo de una epistemología, de un marco conceptual y una postura respecto de las cuestiones del conocer, la verdad, la realidad. Se argumenta, que el terapeuta no es más que alguien que describe al sistema “tal cual es desde afuera”, sino alguien que co-construye al sistema del que él también es participante, y se dice más aun, el terapeuta mismo emerge como tal a través de esa participación y del tipo de instrumentos conceptuales que usa, genera, co-genera en dicha participación (Bateson, 1991).

En seguida se resume en orden cronológico lo más relevante, en cuestión de cómo la epistemología cibernética se fue incursionando en el campo de la terapia familiar, con aquellos autores que fueron desarrollando su marco conceptual.

De la década 1940 y 1950, Gregory Bateson y von Foerster compartieron el caldero conceptual de esta época, con la serie de conferencias cerradas de la Josiah Macy's Foundation, en las que participaban, además de Bateson, la famosa antropóloga Margaret Mead, el fundador de la cibernética Norbert Wiener, el creador de la teoría de juego John von Neumann, los psiquiatras Roy Grinker, el neurofisiólogo y filósofo Warren McCulloch y otros más (von Foerster, 1991).

En 1945, se crea la Teoría General de los sistemas, desarrollada por el biólogo Ludwig von Bertalanffy, que había inventado, desde la década de 1930, describir leyes generales de los sistemas, independientemente de su encarnación concreta en organizaciones biológicas, sociales, etcétera; una meta afín a lo que la cibernética estaba desarrollando. Es así como se argumenta que a Gregory Bateson y Margaret Mead les cupo llegar esta red de nociones al campo de las ciencias sociales. De esta manera llegaría a la terapia familiar a través de los contactos de Bateson con el grupo que fundaría el Mental Research Institute, después de varios trabajos en el campo de la comunicación humana y la psiquiatría. Se inquiriere que el adjetivo “sistémica”, que se ha aplicado a las terapias informadas por la red conceptual, da cuenta de esa interacción entre cibernética y teoría general de los sistemas, si bien la cibernética tuvo primacía en esa confluencia, porque se asevera, que su desarrollo se dio con gran fertilidad en el campo de las ciencias sociales, a diferencia de la teoría de los sistemas, que quedó más limitada al mundo de la ingeniería de los sistemas artificiales (von Foerster, 1991).

En 1948, Norbert Wiener con su artículo “Conducta, propósito y teleología”, es considerado seminal para la que quedaría bautizada oficialmente como cibernética, tras la publicación por Wiener del texto *fundacional de la disciplina*.

Entre 1958 y 1974, Heinz von Foerster, dirigió el Laboratorio de Computación Biológica en la Universidad de Illinois en Urbana, en la que era profesor de biofísica y de ingeniería electrónica. El laboratorio llegó a ser un centro mundial de la cibernética, por donde pasaron los pensadores más fecundos de los últimos treinta años, y donde no solo las ideas nacían o se desarrollaban sino que se probaban en el particular modo de funcionamiento, de interacción, de los que allí trabajaban, así como en sus no tradicionales modos de experimentar en el campo de la enseñanza-aprendizaje, que evolucionaban juntamente con las nociones que iban desarrollando.

En 1978, Paul Watzlawick fue quien estableció el primer puente directo entre este profesor emérito, para entonces semirretirado en su casa situada en los cerros de Santa

Cruz, California, siempre a la búsqueda de nuevos modelos para enriquecer su vocabulario, nuevos paradigmas para difundir su visión. Von Foerster fue invitado en 1978 a dictar una conferencia en el transcurso de un congreso del MRI. Como lo afirma Sluzki, la riqueza conceptual y la magnética capacidad de contacto de von Foerster lo transformaron, casi instantáneamente, en oráculo, cosa que a su vez transformó su vida, ya que lo involucró activamente en la interfase entre cibernética y terapia familiar como invitado de cursos, conferencias y congresos, y lo estimuló a reincorporarse intensamente al diálogo de la comunidad científica de los epistemólogos de la cibernética y de las ciencias sociales. Fue a partir de esta conferencia en Palo Alto que el campo de la terapia familiar se apropió de von Foerster y le ofreció una posición privilegiada. Y es así como se argumenta, que la terapia familiar pudo acompañarlo y enriquecerse inmensamente, en especial a partir de las contribuciones de este maestro a la cibernética de segundo orden, la puerta regia al constructivismo, nuevo lenguaje de las terapias sistémicas (Sluzki, citado en von Foerster, 1991).

En 1985, se publica la obra de Humberto Maturana y Francisco Varela: **El Árbol del Conocimiento** (Editorial Universitaria, Santiago de Chile 1985).

1.2 Principales autores de la epistemología cibernética

La idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales. Si bien esta noción ya venía encubándose en la historia de las ideas desde largo tiempo atrás, no fue sino a mediados de este siglo que salió del cascarón como ciencia formal (Keeney, 1994). Por consiguiente, presentamos a los autores más importantes del movimiento cibernético:

Norbert Wiener, el fundador de la cibernética Matemático y filósofo. Sentó las bases de la Cibernética y de aplicación de las matemáticas a la acción humana, de los animales y de las máquinas en Columbia (Maryland) en 1894 y mostró tener desde su infancia un cerebro privilegiado. A los 18 años se doctora en Filosofía en la Universidad de Harvard, y en 1919 es nombrado profesor en el Instituto Tecnológico de Massachusetts. Se le deben dos libros fundamentales de la cibernética: *Cybernetics*, or *Control and Communication in the Animal and the Machine* (Nueva York 1948), y *Cybernetic and Society* (1950). En el primero estudia los problemas de transmisión de información en los organismos vivos y en las máquinas; en el siguiente, las técnicas de la telecomunicación; en diversas aplicaciones, fundamentalmente sociales. Es llamado

«el padre de la cibernética», ciencia del control y del gobierno, designación que tomó de la palabra griega que encierra ese significado. Murió en Estocolmo, en 1964.

Gregory Bateson (1904-1980). Antropólogo, biólogo, filósofo, estudioso de la conducta y de la experiencia virtualmente en todas las esferas de la vida humana. Se asevera, que fue uno de los pensadores más penetrantes del siglo XX. Tomó parte en una expedición biológica realizada en las islas Galápagos, hizo trabajos de antropología en distintos lugares. Así mismo Bateson se convirtió en una de las primeras figuras del nacimiento de la cibernética y de la teoría de sistemas. Por la misma época se trasladó a California y comenzó a estudiar el campo de la psiquiatría, de lo cual resultaron dos libros, *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría* y *La narración de Perceval: una descripción por un paciente de psicosis*. Trabajos que culminaron en la teoría del doble vínculo de la esquizofrenia, por lo cual obtuvo el premio de Frieda Fromm-Reichmann sobre Investigación de la Esquizofrenia. (Bateson, 1991).

Heinz von Foerster nació en Viena en 1911 y estudio física en Viena y Breslau. Se asevera que son varias las influencias a considerar en su enfoque particular de la física. En primer lugar su familia muy apegada a la filosofía, en particular, el idealismo alemán, Kant, Schopenhauer, y su incorporación de la tradición aristotélica. Expuesto a esas influencias y lecturas desde su adolescencia, en la década de 1930, se acerca al Círculo de Viena. Con esto intentaba llevar adelante el programa del positivismo lógico, a saber presentar todo problema filosófico válido en términos lógicos. A través del Círculo de Viena, Foerster conoció el *Tractatus Lógica-philosophicus* de Wittgenstein. El contacto con Wittgenstein afianzaría aun más su interés por la articulación rigurosa entre ciencia, lógica y filosofía, y su atención por el lenguaje, tan central en Wittgenstein. Estas influencias múltiples lo llevarían a un interés temprano en los procesos mentales.

Humberto Maturana, Nace en Chile en 1928, biólogo Ph. D. Harvard (1958). Estudia medicina (Universidad de Chile) y luego biología en Inglaterra y Estados Unidos. Sus trabajos iniciales los desarrolla estrechamente ligado con Francisco Varela, quien publica en conjunto el notable ensayo *De máquinas y Seres Vivos* (Editorial Universitaria 1972, Santiago de Chile) y luego su obra más maciza *El Árbol del Conocimiento* (Editorial Universitaria, Santiago de Chile 1985). La fecundidad de su obra creativa y la originalidad de sus ideas le valieron recibir el Premio Nacional de Ciencias en 1994. Su orientación epistemológica lo pone cerca de los radicales constructivistas tales como von Foerster, Piaget, von Glaserfeld, sin embargo él se

califica así mismo de **determinista**, no cree que un sistema pueda especificar una multiplicidad de mundos. Es sin lugar a dudas uno de los más connotados fundadores de la Escuela de Santiago.

Francisco Varela, neurobiólogo chileno nace en 1946. Estudió en el Verbo Divino de Santiago. En 1967 obtuvo la licenciatura como biólogo en la Universidad de Chile y luego se doctoró en biología en la Universidad de Harvard. Al volver a Chile, en 1970, trabajó con Humberto Maturana, en la generación de la teoría de la autopoiesis (que define a los seres vivos como máquinas autónomas, que producen sus propios componentes y cuya dinámica está determinada fundamentalmente, por sus relaciones internas), que presentaron inicialmente en el libro “De máquinas y seres vivos” y más tarde en la década de los 80 en la difundida obra “El árbol del conocimiento”. Allí desarrollaron una teoría epistemológica centrada en el rol del observador y expusieron el concepto de autopoiesis para definir lo vivo; es decir, es autopoietico un sistema que genera la red de componentes que lo integran. Varela exploró, a lo largo de treinta años de investigación, las características de la vida, las bases biológicas del conocimiento y el lenguaje. Realizó aportes a la comprensión de la epilepsia y se interno en la frontera de la neurociencia y la psicología cognitiva. Varela murió en París a los 54 años, víctima de un cáncer hepático.

1.3 La epistemología cibernética y de la postura comunicacional de Bateson.

Las críticas que Bateson formulaba a la psicología estaban referidas a un plano fundamental, que él denominó “epistemología”. La epistemología es más básica que cualquier otra teoría particular, y se ocupa de las reglas que gobiernan el funcionamiento de la cognición humana. Por definición, la **epistemología** procura establecer “de qué manera los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden” (Bateson, 1979 citado en Keeney, 1994).

Conceptos básicos de la epistemología

Como asevera Keeney (1994), el acto básico de la epistemología es la creación de una diferencia. Sólo al distinguir una pauta de otra somos capaces de conocer nuestro

mundo. Las distinciones establecidas entre terapeuta y cliente, intervención y síntoma, solución y problema, por ejemplo, nos permite discernir el mundo clínico. Esta idea tal vez parezca intuitivamente obvia, pero sólo en los últimos tiempos fue formalizada en la lógica y la matemática, en gran medida gracias a los esfuerzos iniciados por G. Spencer-Brown, reconocidos en la actualidad como uno de los cimientos principales del pensamiento cibernético. En el principio, G. Spencer-Brown escribió: “¡Trazar una **distinción!**”. Este “mandato básico, obedecido consciente o inconscientemente, es el punto de partida de cualquier acción, decisión, percepción, pensamiento, descripción, teoría y epistemología”. De esta manera, afirma el autor, que la gente suele trazar distinciones con el fin de marcar una puntuación. Por tanto, **la puntuación** “es una distinción que opera sobre sí misma”. El estudio formal de los procedimientos por los cuales la gente puntuaba su experiencia es un método para identificar su epistemología. Sus pautas habituales de puntuación presuponen ciertas premisas epistemológicas para establecer distinciones, como revelan los ejemplos que siguen. Watzlawick y otros (1967) sugirieron que, en la raíz de innumerables discordias en las relaciones personales está la discrepancia acerca del modo de puntuar la secuencia de sucesos. Dan el trillado ejemplo de las peleas conyugales que consisten en un intercambio de los siguientes mensajes: “Me retraigo porque me fastidias” y “Me fastidio porque te retraes”. El problema de la pareja deriva de la premisa epistemológica, compartida por ambos, según la cual el comportamiento de cada uno es una respuesta al estímulo previo del comportamiento del otro. La labor del terapeuta consistirá en rebajar los segmentos así puntuados de este sistema de interacción, de modo tal que pueda surgir un marco de referencia o encuadre. Por tanto, el concepto de **marco es** “segmentos puntuados de un sistema de interacción”. A continuación se enuncian las herramientas básicas para el análisis de la epistemología.

Herramientas para el análisis epistemológico

Von Foerster (1978) puso en tela de juicio la epistemología de la teoría de los tipos lógicos de Russell, objetando que se la prescribiera para evitar la paradoja, y sosteniendo que existía otra manera posible de abordar esta última. Las paradojas autorreferenciales podían ser los ladrillos conceptuales con los cuales construir una cosmovisión alternativa. Por ejemplo, puede partirse puntualizando que el observador siempre participa en lo que observa; en tal caso, todos los enunciados siendo enunciados de observadores, son autorreferenciales, y por consiguiente están cargados de paradojas.

Bateson coincidió con la propuesta de Foerster, pero adoptó la **tipificación lógica** como “instrumento descriptivo para discernir las pautas formales de la comunicación que subyacen en la experiencia y la interacción entre los hombres”. La traducción literal de la teoría de los tipos lógicos a las ciencias de la conducta implicaba fijar una regla que vedara cometer errores intencionales en la tipificación de los niveles. El uso de la tipificación lógica nos sugiere a veces que nuestro mundo de experiencia está estructurado en forma jerárquica y esta jerarquía está estructurada en forma recursiva. De esta manera, el autor argumenta que la **recursión es** “la re-ejecución de la misma pauta de organización”. Se dice, que los procesos recursivos, son la sustancia misma de la cibernética. Por consiguiente se afirma, cada vez que dos personas interactúan, cada una de ellas puntúa el flujo de la interacción. Si un observador combina los puntos de vista de ambos individuos, comienza a surgir una idea sobre el sistema total. Una vez que el observador presenta estas diversas puntuaciones a modo de secuencia, puede luego procurar discernir la pauta que las conecta. Una manera de hacerlo es presumir que la pauta de la puntuación de la persona A interactúa con la de la persona B de modo de crear una pauta híbrida, al estilo del mueré (efecto de tornasol, o sea, los reflejos o visos cambiantes de la luz que incide sobre la superficie de la tela). Para el observador, esto significa que “la combinación simultánea de sus respectivas puntuaciones da una vislumbre de la relación total”. A esta última visión de las cosas Bateson (1979) la llama “**doble descripción**” y la compara con la visión binocular. Se argumenta que la epistemología cibernética propone abarcar ambos lados de cualquier distinción trazada por un observador. Keeney (1994) en su obra, ha aducido que un terapeuta debería adoptar a la vez las perspectivas de la pragmática y la estética, del control y de la autonomía, de la cibernética simple y de la cibernética de la cibernética, y aun de las descripciones lineales progresivas y las recursivas. Una manera de reconocer los dos lados de estas distinciones es considerarlas parte de una “complementariedad cibernética”. Una complementariedad cibernética nos ofrece otro marco de referencia para estudiar las distinciones. Por consiguiente, las **complementariedades cibernéticas son** “reencuadres de las distinciones que trazan las personas en función del proceso de recursión”. A continuación se exponen los conceptos básicos de la cibernética.

Conceptos de la cibernética

La idea básica de la cibernética es la de “retroalimentación”, que Wiener (1954/1967) definió así: **La retroalimentación** es “un método para controlar un sistema

reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado”. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos de control. Pero si esa información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje. Enunciado de otro modo, toda regulación, simple o compleja, así como todo aprendizaje, implican retroalimentación. Los contextos del cambio y del aprendizaje están principalmente destinados, por consiguiente, a establecer o modificar la retroalimentación. Para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado. Wiener propuso originalmente que la estabilidad y el cambio son explicables por diferentes órdenes de control de la retroalimentación. En otros términos, los **niveles de retroalimentación** es “la retroalimentación puede referirse al éxito o fracaso de un acto simple, o bien producirse en un nivel más alto, en el cual se retroalimenta la información correspondiente a toda una modalidad de conducta o pauta de comportamiento, permitiendo así al organismo cambiar la planificación estratégica de su acción futura”. Tal como afirmaba Bateson (1972), la explicación cibernética es siempre “negativa”. Lo que a veces se denomina **retroalimentación positiva** o desviación amplificada es, entonces, “un arco de círculo o secuencia parcial de un proceso de retroalimentación negativo más abarcador”. La aparición de fugas intensificadas en los sistemas deriva del marco de referencia que el observador a puntuado: la aplicación del propio marco de referencia permite concebir esa “fuga” como una variación sometida a órdenes de control superiores. Keeney (1994) comenta que siempre se puede utilizar la frase retroalimentación positiva como una aproximación respecto de órdenes superiores de retroalimentación negativa. Según esto, la retroalimentación negativa y la positiva son complementarias, del mismo modo que lo son la epistemología recursiva y la lineal progresiva. Por tanto, la **retroalimentación negativa**, es “una sucesión circular de acontecimientos causales, con un eslabón en cierto lugar de esa cadena en virtud del cual cuanto mayor cantidad de determinada cosa haya en el circuito, menor cantidad habrá de la siguiente”. En consecuencia como afirma el autor, todas las familias corporizan procesos de retroalimentación que permiten la estabilidad de la organización familiar en su conjunto. La familia puede mantenerse unida gracias al control de los fragmentos intensificados de conducta, los temas de la interacción y las pautas complejas de la coreografía. Se dice que un sistema familiar que perdura es

autocorrectivo. De esta manera la **estabilidad** se define “las partículas “homeo” y “dinámica”, en conjunto, proporcionan una doble descripción de la conexión cibernética entre la estabilidad y el cambio”. Y la cibernética nos sugiere, en consecuencia, que “puede entenderse todo **cambio** como el empeño para mantener una cierta constancia, y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio” (Bateson, 1972 citado en Keeney, 1994)

Una vez señalados los principales puntos de la epistemología cibernética, se procurará establecer la postura de la comunicación de Bateson. Se asevera que uno de los aportes más importantes de Bateson fue su definición de la “mente” como sistema cibernético. Desde esta perspectiva, la mente es un agregado de partes interactuantes, dotado de una estructura de retroalimentación. La complejidad de estos sistemas va desde la retroalimentación simple a lo que Bateson denomina una “ecología de la mente”. Así concebido, el tema de limitar la mente a lo contenido dentro de un cráneo pierde sentido; en lugar de ello, allí donde haya retroalimentación se pondrán en evidencia características propias de una mente. Keeney lo que afirma es que la concepción cibernética pone de relieve que la unidad de la terapia no son los individuos, parejas, familias, vecindarios o sociedades; la cibernética se centra en el proceso mental. En la terapia, la mente puede ser inmanente a toda una amplia variedad de unidades sociales, y abarcar individuos, subsistemas familiares y familias completas.

CAPÍTULO 2.

La Escuela del Mental Research Institute (MRI)

La Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, es un modelo de terapia que surge a partir del pensamiento cibernético de Gregory Bateson, como una forma de explicarse los problemas humanos a partir de los complejos juegos comunicacionales que se establecen entre las personas. Esta escuela inicia en marzo de 1959, en Palo Alto California, con Don Jackson quien es el primer director del Instituto, junto a sus colaboradores: Jules Riskin y Virginia Satir. En 1961 se incorpora Paul Watzlawick y cuando finaliza el proyecto de Bateson, se unen Jay Haley y John Weakland. Posteriormente en 1966, en un nuevo proyecto sobre la creación de la terapia de corta duración, se hace un replanteamiento y se crea el Centro de Terapia Breve (CTB). Este nuevo grupo está compuesto por Richard Fisch, John Weakland, Paul Watzlawick y Arthur Bodin. Actualmente quien preside el Centro de Terapia Breve, tras la muerte de Weakland y Watzlawick es Richard Fisch (Wittezaele y García, 1994).

Este enfoque se pone un énfasis en las interacciones entre los miembros del sistema familiar e incorpora principios de la cibernética y de la teoría general de sistemas. Los integrantes de esta escuela, asumen que los problemas ya sean psiquiátricos o no se derivan de los modos en que la gente interactúa dentro de la organización familiar. De esta manera, consideran que, debido a la imposibilidad de acceder a las percepciones de las personas, la terapia ha de operar con las interacciones, con las conductas observables que se producen entre los individuos que viven dentro de contextos organizados como la familia, la escuela, el trabajo, etc. Asimismo, defienden que el funcionamiento familiar se organiza en torno a reglas, que son los principios reguladores de la vida de cada familia y que la disfunción emerge cuando las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Wittezaele y García, 1994).

2.1 Principales exponentes del MRI

En un principio, los principales representantes del MRI fueron: Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir.

Don Jackson nace en Oakland, ciudad industrial próxima a San Francisco. Se le considera el iniciador de la terapia familiar, al desarrollar conceptos como homeostasis y reglas familiares, así como también, el creador del doble vínculo, junto con Gregory

Bateson, John Weakland y Jay Haley. Jules Riskin, joven psiquiatra se interesa por la esquizofrenia y decide ponerse en contacto con Don Jackson, quien le invita a asistir a una de las reuniones del proyecto Bateson en el Veterans Administration Hospital de Palo Alto (VA). Riskin queda seducido por sus ideas fascinadoras y sobre todo por el marco de referencia teórico de este proyecto. Cuando Riskin llega, Jackson le comunica que ha encontrado a una mujer fascinante que se interesa por las familias y por la esquizofrenia. Esta gran mujer, es nada menos que Virginia Satir que venía del Illinois Psychiatric Institute de Chicago. Virginia Satir proviene de una familia germano-americana, cursó estudios de maestra antes de hacerse asistente social.

El Mental Research Institute abrió sus puertas en marzo de 1959. Más adelante, en 1961 se incorpora al MRI, Paul Watzlawick de origen austriaco. Él desarrolla su técnica de conversación terapéutica junto a Don Jackson. Posteriormente se unen al proyecto Jay Haley y John Weakland. Es importante reconocer que Jay Haley contribuyó en el desarrollo de Terapia Familiar en general y de la Terapia Breve en particular, se dedicó principalmente a la investigación sobre la comunicación humana. John Weakland que nace en Virginia Occidental, tiene formación en ingeniería química, pero que se interesa por los cursos de antropología de Bateson en la New School for Social Research, por tal influencia, decide estudiar antropología. Y por varios años fue el colaborador directo de Gregory Bateson.

En 1966 se incorpora al MRI, Fisch joven psiquiatra de origen neoyorquino. La idea de Fisch, era reunirse con el equipo del MRI y hacer tratamiento experimental. Así pues, aceptan con entusiasmo la idea los integrantes del MRI; para seguir a los pacientes dentro del marco de una investigación con nuevas técnicas. Para este proyecto (creación de la terapia de corta duración), era necesario ponerle un nombre y le llamaron finalmente “Centro de Terapia Breve” (CTB). Actualmente el único que está al frente del CTB, es Richard Fisch, tras la muerte de los demás (Wittezaele y García, 1994).

2.2 Cómo se explica la formación de problemas

El equipo del MRI asevera que los problemas consisten en una conducta presente indeseada, atribuyen escasa importancia a los factores subyacentes en el pasado o en las profundidades de la mente del enfermo. Dan importancia a una clara identificación de la conducta problemática, al funcionamiento y a la persistencia de ésta. Afirman que la

conducta no existe independientemente y por su cuenta; está constituida por actos que lleva a cabo una persona de modo repetitivo. Para que un problema exista y permanezca como tal, debe haber conductas problemáticas y que éstas se lleven a cabo de forma repetida dentro del sistema de interacción social del paciente. De esta manera, el MRI hace énfasis que para que una dificultad se convierta en un problema, tiene que cumplirse sólo dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución. Entonces queda potenciada la dificultad original mediante un proceso que sigue un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede llegar a adquirir unas dimensiones y una naturaleza que se parezcan muy poco a la dificultad original (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

Por otro lado se hace hincapié, que un problema es una conducta que el paciente considera claramente indeseable, más que la manifestación de una patología. Así, si la persona no se queja por una conducta, no tiene ningún problema. En ese sentido, las ideas se alejan de los conceptos de normalidad y anormalidad y, en cambio, se basan en la queja. La escuela de Palo Alto no juzga la legitimidad de una queja; al respecto afirman, que cada uno tiene su propia escala de valores para definir lo que es una conducta aceptable o inaceptable (Fisch y Schlanger, 2002).

2.3 Cómo se explica el cambio o la solución


El MRI a partir de su enfoque de la naturaleza y de la génesis de los problemas así como de los mecanismos que llevan a su resolución, elabora una práctica de intervención en cinco tiempos (Wittezaele y García, 1994).

- 1) **Determinar quién es el que se queja.** Todo individuo intenta preservarse de las agresiones de su entorno; mientras se encuentra en un estado satisfactorio, intentará mantenerlo. En cambio, lejos de su equilibrio, un acontecimiento, a veces mínimo, podrá producirle un cambio de estado. La persona que se queja, sí no forma parte del problema, puede formar parte de la solución. De esta manera se puede estar preguntando la persona, por qué el terapeuta la ha llamado a la consulta en lugar del portador del síntoma.
- 2) **Definir el problema.** El problema permanece a nivel descriptivo y de comportamiento: “¿Qué hace esta persona que desearía no hacer? o ¿Qué no consigue hacer cuando desearía hacerlo?”

- 3) **Examinar las soluciones empleadas.** El examen de las soluciones aplicadas por el paciente para superar su problema aporta información sobre lo que hay que evitar, sobre lo que no puede contribuir a la desaparición del sufrimiento. Uno de los puntos importantes de esta etapa es que contribuye a comprender la red relacional, el “sistema” pertinente para la intervención, los mecanismos de la comunicación que alimentan la dificultad y hacen que persista. El punto común de todas estas tentativas de solución permitirá marcar la orientación global que hay que prohibir.
- 4) **Definir un objetivo accesible.** Permite al paciente (y al terapeuta) observar una evolución favorable del tratamiento y modificar su percepción a menudo global y monolítica del problema. Hacer que el paciente acepte unos objetivos concretos y accesibles permite también prever un límite temporal al tratamiento, lo que produce un efecto favorable sobre la motivación y las esperanzas del paciente.
- 5) **Formular y poner en ejecución un proyecto de cambio.** Se trata de la fase de elaboración de la estrategia y de las tácticas del cambio. Lleva consigo también la definición de un objetivo para la acción del terapeuta y de los medios más adecuados para realizar las tácticas. Dos principios rigen pues su concepción: 1) el blanco que debe alcanzar el cambio no es otro que interrumpir los intentos de solución; 2) la táctica debe ser traducida al lenguaje del paciente.

2.4 Técnicas y procedimientos

Las técnicas principales utilizadas en este modelo del MRI, son las siguientes:

-  **Capacidad de maniobra del terapeuta.** Es la libertad de actuar del terapeuta en la forma que él considere más adecuada en el proceso terapéutico. De esta manera la capacidad de maniobra implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. La base fundamental de dicha maniobrabilidad reside en que el

terapeuta sabe que el paciente lo necesita más de lo que él necesita al paciente (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

- ✚ **Postura del paciente.** Los pacientes son personas también, y poseen sus propios valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidados, y que determinan el modo en que actuarán o no actuarán. Así, la postura es importante porque representa una inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta. Una vez determinada la posición del cliente, el terapeuta dispondrá de unos puntos de referencia a partir de los cuales podrá imaginar o encuadrar sus sugerencias para hacer que sea máxima la cooperación del cliente (Fisch, Weakland y Segal, 1982).
- ✚ **Definir un objetivo a la intervención.** La terapia breve, de un modo general, ataca unos síntomas claramente definidos. Cuando se tienen problemas más vagos, se definen unos objetivos específicos y limitados. El enfoque es teórica y metodológicamente, diferente del que se basa en las teorías de los procesos intrapsíquicos (Wittezaele y García, 1994).
- ✚ **Papel activo del terapeuta.** El terapeuta breve intenta inducir cambios desde la primera sesión. Cuando está todavía en el estadio de recoger información, utiliza ya unas maniobras que preparan el terreno para el cambio. El proceso terapéutico es controlado por el terapeuta, él es quien debe tener las riendas de la situación.
- ✚ **Concentración sobre la situación presente más que sobre el pasado.** El terapeuta breve quiere comprender las dificultades vividas actualmente. La pregunta que se hace el terapeuta es: “dado el pasado de esta persona, ¿cuáles son las dificultades que encuentra en su vida actualmente?”. Se trata de comprender sus repercusiones en la vida cotidiana del paciente y actuar de modo que ya no interfieran en su modo de adaptación en su entorno social.
- ✚ **Cambio de comportamiento más que toma de conciencia.** El objetivo no es que el paciente se dé cuenta de las dificultades o de las causas de éstas. El enfoque es ante todo pragmático y de comportamiento: lo que importa es que el paciente pueda comportarse de otro modo, que los síntomas desaparezcan, aunque nadie, ni el paciente, ni el terapeuta haya comprendido verdaderamente la causa o el origen de los síntomas.

- ✚ **Estimular la motivación del paciente.** Se trata en cierto modo de llevar al paciente a entrever él mismo la posibilidad de un cambio, aunque sea mínimo, y a poder así reconocer las modificaciones que se producirán en su situación, a medida que progrese el proceso terapéutico, como mejorías de su estado.
- ✚ **Utilización del lenguaje imperativo.** El terapeuta deberá dar unas consignas que, si el paciente las sigue, lo conducirá a experimentar unas conductas nuevas. Por tanto, recurrirá a un lenguaje de tipo imperativo, un poco como se hace en las recetas de cocina. Sí el paciente sigue las consignas al pie de la letra, obtendrá el resultado previsto. Las órdenes deben ser sencillas, fáciles de seguir, adaptadas al contexto del paciente, a su lenguaje.

2.5 Intervenciones

En esta escuela se manejan dos categorías de intervenciones planificadas y generales. La primera comprende las intervenciones principales, que se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta y las generales que poseen un ámbito de aplicación mucho mayor. Pueden utilizarse en casi cualquier momento del tratamiento y en ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente (Fisch, Weakland y Segal, 1982).

A. Las intervenciones principales

1. **El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.** La mayoría de las personas experimentan perturbaciones temporales en el sueño, la actividad sexual, el carácter, etc. Por regla general, no conceden demasiada atención a dichas fluctuaciones, es decir, no las consideran problemas que requieran especial atención o la ayuda de un profesional. En un lapso de tiempo más bien breve estas perturbaciones se corrigen espontáneamente. En cambio el paciente potencial define dichas fluctuaciones como problema y toma voluntariamente determinadas medidas que sirvan para corregirlas y evitar su reaparición. Tales medidas acostumbran a implicar un esfuerzo deliberado para asegurar un rendimiento normal o efectivo. Al realizarlo, el paciente

potencial se ve atrapado por la dolorosa solución de tratar de imponerse un rendimiento que sólo puede obtenerse de modo espontáneo o irreflexivo.

2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. El intento básico de solución del paciente consiste en prepararse para el acontecimiento temido, de modo que ese acontecimiento pueda ser dominado con antelación. Por ejemplo, el joven tímido que teme ser rechazado por una mujer, no la invita a salir. Por el contrario, esperará hasta hallarse con el estado de ánimo apropiado, o a que sus amigos más afortunados le hayan comunicado el truco del éxito seguro.

3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración. Entre estos problemas se encuentran las riñas conyugales, los conflictos entre padres e hijos, entre otros. Las personas aquejadas por este tipo de problemas ensayan la siguiente solución: sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y, lo que es todavía más importante, exigir que la otra parte les trate con el respeto, la atención o la deferencia que piensan que se les debe. En pocas palabras, la solución ensayada asume la forma de exigir a la otra parte que los trate como si fuesen superiores.

4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Esta penosa paradoja se manifiesta a través de numerosas formas clínicas: problemas conyugales, de problemas de crianza infantil y esquizofrenia. En todos estos problemas hay un mismo hilo conductor: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo sumisión.

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

B. Las intervenciones generales

1. **No apresurarse.** Cuando los cambios ocurren rápidamente, es el momento de indicarle al paciente que no se apresure en la solución del problema y explicarle que los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren de modo demasiado repentino.

2. **Los peligros de una mejoría.** Los peligros de una mejoría, provoca un cambio o incluso llega a ser todo lo que se necesita para solucionar la dolencia actual. Si el cliente comprueba que la mejora no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligado a acosarse a sí mismo para rendir más, y de esta forma conseguirá una cierta distensión. El cliente modifica su intento de solución, consistente en esforzarse demasiado, y como resultado de dicho cambio cabe pronosticar un aminoramiento o una desaparición de su dolencia.

3. **Un cambio de dirección.** Se entiende que el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al paciente una explicación acerca de dicha variación. **El cambio de dirección implica un giro de 180 grados.** El cambio de dirección también se hace necesario cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero que más tarde se muestra como no productivo y el cliente lo da entender quejándose de que no está yendo a ninguna parte, o bien el terapeuta comprende que a pesar de sus sugerencias no se está avanzando hacia la solución del problema.

4. **Cómo empeorar el problema.** Esto se suele hacer cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. El hecho de sugerir específicamente en qué forma puede lograrse que el problema empeore hace que el paciente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya cómo el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema. En seguida se transcriben fragmentos del caso práctico.

A continuación se muestra un caso clínico. En primer lugar, se resume el caso y posteriormente se seleccionan fragmentos del caso, donde se ilustra la forma de definir el problema, las soluciones intentadas y el cambio mínimo.

2.6 Ejemplo de un Caso clínico

Resumen del caso: P. de 36 años de edad, estado civil casada. Tiene dos hijos: una niña de 11 años y el niño de 5. Se presenta a terapia, porque el esposo es alcohólico y ella desea ayudarlo. Ante esta situación se estresa mucho. Ella trabaja fuera de casa, haciendo la limpieza, para ayudar al gasto familiar. El esposo trabaja en un negocio familiar del padre de éste y no tiene día de descanso. El padre le paga poco, por lo que la paciente decidió trabajar fuera de casa para contribuir al gasto familiar. A ella le enoja la conducta alcohólica del esposo, porque comenta que lo poco que gana, se lo gasta en vino. Se utiliza la primera letra, para identificación. T. Terapeuta; P. Paciente.

Definición del problema. Permite delimitar el problema a nivel descriptivo y de comportamiento. El terapeuta intentará conocer los contextos precisos que producen la insatisfacción y el sufrimiento del paciente.

T. ¿Cuál es el problema?

P. Pues el problema que yo tengo ahorita es...es difícil para mí aceptarlo pero mi esposo es alcohólico. Y con esta situación yo me siento muy alterada como dicen me siento estresada.

T. Ajá... ¿Qué cosas la estresan?

P. Pues, que mi esposo es alcohólico y gana poco, por tanto me reduce el gasto y tengo que hacer milagros para que me alcance.

T. De acuerdo. Cuando dice que se estresa, ¿quiere decir que se altera fácilmente al ver a su esposo en estado de ebriedad, y que no le alcanzara el gasto para comprar los alimentos básicos?

P. Sí.

T. ¿En qué otras situaciones se altera?

P. Cuando estoy trabajando fuera de casa, y veo que ya es hora de recoger al niño a la escuela y aun me faltan muchas cosas por hacer.

T. ¿Cuándo se siente más estresada, cuando no le alcanza el gasto o cuando tiene que recoger a su hijo de la escuela?

P. Cuando no me alcanza el gasto.

T. ¿Hay algún otro elemento que empeore la situación?

P. Sí, cuando alguno de mis hijos está enfermo y no tenemos dinero para llevarlo al doctor. Mi esposo trabaja en un puesto de tacos y el dueño es su papá, por tanto no tenemos servicio médico.

Intentos de solución. El paciente al tener un problema, busca soluciones para resolverlo. Sin embargo, los problemas persisten debido a la insistencia con la que la persona intenta resolverlos. La persona está haciendo más de lo mismo; entonces el objetivo de la terapia es que el cliente deje de hacer lo que hacía para resolver el problema.

T. Y ¿cómo ha venido enfrentando este problema hasta ahora?

P. Pues...que hago ¿para no estresarme?

T. Sí, para que no se estrese.

P. Ya le dije que me estreso más, cuando no me alcanza el gasto, por lo tanto, fue cuando decidí trabajar fuera de casa, pero no me funcionó, porque aumenté el ritmo de trabajo: trabajar en casa y además fuera de ésta. Todo el tiempo estoy corriendo y me siento muy alterada. Mi suegra y mis cuñadas me sugieren que deje de trabajar fuera, para que esté tranquila. Y sí deje de trabajar por un mes, pero me estresaba más.

T. Ajá. Entonces, ellas le dicen: “Mira, lo que tienes que hacer es dejar de trabajar fuera de casa, y solo dedicarte a tus hijos y esposo para que estés tranquila”?

P. si.

T. Pero no lo consiguió. Actualmente, cuando ha estado luchando con el estrés, ¿qué es lo que ha hecho, cómo lo hace?

P. Trato de calmarme y hacer respiraciones profundas, escuchar música; pero no he tenido mucho éxito.

T. y ¿que más?

Definición del objetivo. Representa, la programación terapéutica hacia una orientación precisa de lo que quiere resolver el paciente en Terapia. Es la solución de la dolencia del cliente.

T. ¿Qué espera de la Terapia?

P. que me ayude a sentirme mejor menos estresada.

T. ¿Cómo se podría dar cuenta usted, que la terapia le está funcionando?

P. Umm, que yo me sintiera menos estresada y que él no tomara.

T. Yo no puedo ayudarle a qué su esposo deje de tomar, pero sí puedo hacer algo, para que usted se sienta mejor. Entonces, cuándo usted dice “me sintiera menos estresada” no sé bien a qué se refiere. ¿Podría aclarármelo por favor?

P. Que esté calmada, haciendo las labores de la casa. Que cuando salga a trabajar, camine tranquilamente y que cuando mi esposo esté briago, no me enoje.

T. ¿Que ocurre cuando se enoja?

Un cambio mínimo. Se da, cuando el paciente deja de realizar lo que hace que persista el problema, empezará a ver un resultado, y eso, a su vez, lo animará a desviarse un poco más de la solución intentada, y así sucesivamente.

T. ¿Se le ocurre algo que sea señal de un primer paso? Si pudiera observar desde fuera, es decir, de cuándo no está estresada, ¿Cuál podría ser un criterio de que se ha producido un primer paso significativo, aunque sea pequeño?

P. Que cuando salga a trabajar fuera, y este caminando por la calle, mi paso sea espaciado y que el tono de mi voz sea calmado al dirigirme a mis hijos y esposo. Porque suelo gritarles, cuando estoy estresada.

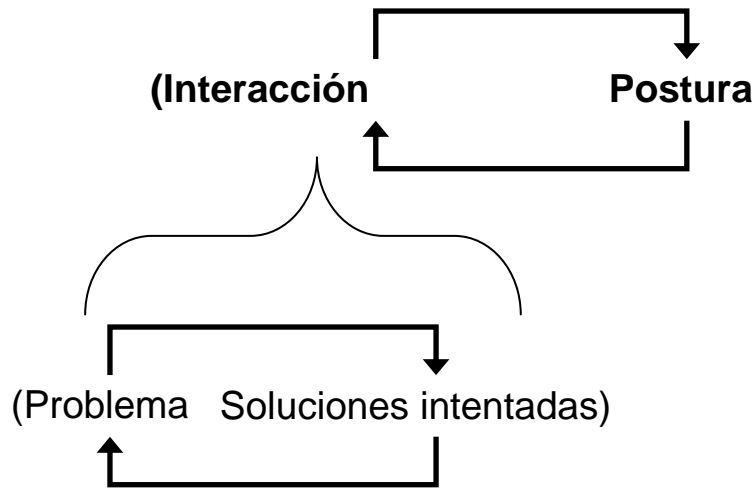
2.7 Análisis cibernético del mapa de intervención del modelo de la escuela del Mental Research Institute (MRI).

La estrategia del Mental Research Institute (MRI), se inicia prescribiendo distinguos que permite al terapeuta individualizar: 1) el problema, 2) la historia de las soluciones que para él se intentaron, y 3) el marco de referencia que el cliente emplea para considerar conceptualizar sus problemas y soluciones.

Pautas cibernéticas de intervención

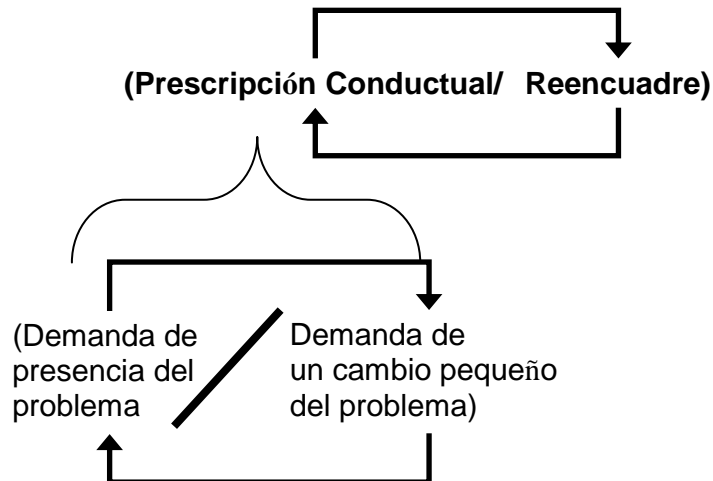
Keeney y Ross (1987) aseveran que para modificar un problema en el MRI, hace falta modificar el nexo recursivo entre problemas y soluciones intentadas. De esta manera, el foco de tratamiento consiste en un problema más las soluciones que para él se han intentado. Comentan que para modificar la organización de ese nexo impone abordar el marco cognitivo que le confiere significado. Por consiguiente las intervenciones terapéuticas del MRI, en consecuencia, se construyen de manera de abordar la siguiente estructura:

Pauta:



Para este modelo no les interesa cómo se inició un problema, pero sí creen que es básica para su modelo la idea de que, sea cual sea la manera en que se hayan iniciado, los problemas persisten debido a la insistencia con la que la persona intenta resolverlos; a esa actitud le llaman la solución intentada. Éste es el elemento principal de las ideas de este enfoque. Así, el objetivo de la terapia no es conseguir que la persona haga algo, sino más bien que deje de hacer lo que hacía para resolver el problema. En cierto modo, la solución consiste en conseguir que el problema se disipe en lugar de hacer un esfuerzo por superarlo. En ese sentido, este grupo de terapeutas afirman que lo que tratan no son problemas, sino las soluciones intentadas (Fisch y Schlanger, 2002).

Intervención:



Este enfoque considera que los problemas requieren un esfuerzo continuo (la solución intentada) para persistir, cuando hay un cambio mínimo pero estratégico, de esta manera aseveran que se producirán más cambios en forma de una onda expansiva o del efecto dominó. Es decir, en cuanto la persona deja de realizar lo que hace que persista el problema, empezará a ver un resultado positivo, y eso, a su vez, la animará a desviarse un poco más de la solución intentada, y así sucesivamente. Esta reacción de onda expansiva es uno de los elementos que permiten que el tratamiento sea breve (Fisch y Schlanger, 2002).

CAPÍTULO 3.

Escuela Estratégica de Jay Haley

Gregory Bateson es uno de los fundadores del campo de la terapia familiar y fue de los primeros en estudiar la teoría de los sistemas y la cibernética. Este grupo formado por Bateson, Virginia Satir, Don D. Jackson, Paul Watzlawick, entre otros, es el formado en Palo Alto, en el Mental Research Institute (MRI) (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Otro de los Modelos que aparece, a partir de este grupo de investigadores interesados en la terapia familiar, es el Estratégico. La terapia familiar estratégica surge a partir del examen del poder en las relaciones entre terapeuta y cliente, y entre los integrantes de una familia. Las diversas estrategias de psicoterapia fueron creadas con el objeto de utilizar este poder para producir cambios. Por tanto se afirma que la terapia familiar estratégica se desarrolla a partir de la terapia estratégica de Milton Erickson (Madanes, 1989). Por consiguiente, Haley asevera, que una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios, en los años 50s, fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se ubicaba, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado. Afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado.

En este modelo el terapeuta establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado. No aplica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia para cada problema. Entre la serie de objetivos que se propone este modelo estratégico, se encuentran el de ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar. Tales etapas han sido enunciadas por Haley (1973) como sigue:

- 1) Período del noviazgo
- 2) Primeros tiempos del matrimonio
- 3) Nacimiento de los hijos y trato con ellos
- 4) Período intermedio del matrimonio
- 5) “Destete” de los padres respecto de sus hijos
- 6) Retiro de la vida activa y vejez

Todas las categorías diagnósticas tradicionales son concebidas, en el contexto de la situación familiar del individuo, como dificultades para avanzar de una etapa a la siguiente del ciclo de la vida (Madanes, 1989).

Asimismo, por su manera de conceptualizar un problema, el enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico, es decir, cuando un paciente es reacio al cambio, se le puede llegar por medio de cuentos, metáforas y anécdotas. Por otro lado los objetivos de la terapia son, ante todo, impedir la repetición de secuencias (pauta) e introducir mayor complejidad y alternativas. Por consiguiente la labor del terapeuta consiste en modificar esta secuencia, es decir, cambiar la pauta.

Para alcanzar los objetivos propuestos en terapia, se programan varias etapas en la sesión. Se define a cada problema como abarcando a no menos de dos personas o los demás miembros de la familia que quieran asistir a la terapia. Cuando del sistema familiar, solo se presenta un miembro de ésta, no importa; ya que por lo común, el cambio se planea en etapas; de manera que el cambio en una situación provocará otro cambio en otra relación, y luego otro más, hasta que toda situación cambie. Las intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí. A menudo el terapeuta empieza por crear un nuevo problema y por resolverlo de modo tal que el cambio lleve a la solución del problema que había presentado la familia originalmente. En esta escuela se interesa por la jerarquía familiar. De los padres se espera que se hagan cargo de sus hijos, al par que se bloquean las coaliciones intergeneracionales, como cuando uno de los progenitores se alía con un hijo contra el otro progenitor. (Madanes, 1989).

Por otro lado Haley asevera que una terapia puede conceptualizarse estratégica si el terapeuta principia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. En el modelo estratégico la iniciativa corresponde en gran medida al clínico. Éste debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas y evaluar el resultado de la terapia (Haley, 1989). En esta terapia, el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente, es decir, el clínico planea qué hacer.

Los terapeutas trabajan siempre con el conflicto presente, es decir, solo se centran en la problemática actual. Si el paciente se va al pasado, el terapeuta lo regresa a su presente.

Uno de los objetivos principales, es que el terapeuta establezca una estrategia para resolver el problema que plantea la familia, con objetivos muy claros y específicos. El

énfasis recae en realizar tácticas para cada uno de los problemas. La tarea del terapeuta será la de diseñar una intervención de acuerdo con la situación social del cliente, se interesa más en técnicas que en teorías.

Suele pensarse que el poder implica dominación, opresión y motivaciones desagradables en quienes lo ejercen. Tener poder sobre otra persona no significa únicamente tener la posibilidad de explotarla, sino además, la posibilidad de cuidar de ella, consolarla, guiarla y reformarla. En esta clase de poder es la que tienen los padres sobre sus hijos, los hijos sobre sus padres y los cónyuges entre sí (Madanes, 1989).

En el modelo estratégico, Haley establece cuatro etapas en la primera entrevista, las cuales se enuncian a continuación:

- 1) **Etapa social.** En este modelo, esta etapa corresponde al rapport. En este inicio el clínico saluda a la familia, procurando que se ponga cómoda, con la finalidad de romper el hielo.
- 2) **Etapa de planteo del problema.** La familia inquiere acerca del problema presentado.
- 3) **Etapa de interacción.** En esta etapa, se les pide a los miembros de la familia que conversen entre sí, sobre el problema.
- 4) **Etapa de fijación de meta.** Se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr. Finalmente, se fija día y hora para una nueva sesión, a la que asistirá toda la familia o parte de ella (Haley, 1980).

3.1 Principales exponentes

Los representantes de esta escuela son: Jay Haley y Cloé Madanes. Haley y Madanes sostienen que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica basada en la adecuación, flexibilidad creatividad, que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital (Ochoa, 1995).

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, y el trabajo clínico y el estudio del fenómeno hipnosis llevado a cabo por Milton Erickson. Erickson, como asevera Haley (1973), 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 (Nardone y Watzlawick, 1990).

3.2 Cómo se explica la formación de problemas

Para Haley, el problema está determinado por la incongruencia jerárquica en el seno de la familia y por las subsiguientes consecuencias disfuncionales de actos que llevan el marchamo de alianzas y juegos de poder. El síntoma es considerado una metáfora del problema y, a la vez, representa la solución. 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. Los problemas o síntomas son vividos como modalidades comunicativas entre individuos en el interior de un determinado contexto social, y los sistemas patológicos son descritos en términos de jerarquías disfuncionales que deben reorganizarse en un orden funcional. De esta manera, se define a un problema como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas (Haley 1976, citado en Nardone y Watzlawick, 1990). Se afirma que los síntomas como las depresiones o las fobias son entendidos como contratos entre seres humanos, y por consiguiente, como adaptados a las relaciones que ellos mantienen. El terapeuta está incluido en tales relaciones, puesto que él es quien define el problema: rotular a alguien como esquizofrénico, delincuente o maniaco-depresivo, es participar en la creación del problema que la terapia debe resolver. Así pues, este enfoque destaca la diferencia entre: 1) identificar un problema presentado en la terapia, y 2) crear un problema mediante la aplicación de un diagnóstico o una determinada caracterización de un individuo o familia. La primera misión del terapeuta consiste en definir de tal modo el problema presentado que sea posible solucionarlo (Madanes, 1989).

3.3 Cómo se explica el cambio o la solución

El cambio o la solución se basan en una estrategia general tendiente a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí, como a la organización familiar y/o social que constituyen su contexto. Por consiguiente, se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. En todo momento se trata de evitar confrontaciones con la familia, por lo que la terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias, generadas para cada caso

concreto, que faciliten un cambio rápido y sólido. Las técnicas de intervención que posibilitan materializar dichas estrategias abarcan redefiniciones; connotaciones positivas; metáforas; tareas directas simples y ordalías; tareas paradójicas clásicas, basadas en una postura de oposición por parte de los clientes, y simulaciones, en las que se solicita a los integrantes de la familia que finjan o simulen una determinada secuencia sintomática (Ochoa, 1995).

3.4 Técnicas 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 problemas presentados por el paciente o pacientes. 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 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.

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.

Pasando ahora a tratar de la terapia, se esquematiza sus fases de la siguiente manera:

- 1) **Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.** El primer contacto con el paciente constituye un momento de gran importancia para el tratamiento. Esta fase de apertura de la terapia, el objetivo primario es 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.

- 2) **Definición del problema.** Es fundamental aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Desde la primera sesión, el terapeuta debe centrar el problema basándose en la observación de la persona y de la explicación que ella hace de su trastorno del modo más claro y definido posible, de forma que pueda identificar concretamente las matrices pragmáticas del problema actual.
- 3) **Acuerdo sobre los objetivos de la terapia.** La definición de 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 negociación y el acuerdo acerca de la duración y los fines de la cura poseen el poder de reforzar y aumentar su colaboración y confianza en el éxito terapéutico.
- 4) **Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.** El terapeuta debe estudiar atentamente la situación que presenta el paciente y hallar los puntos cardinales en que ésta se apoya. Es necesario observar con precisión cómo se aguanta el problema y cuál de los factores que lo sostienen ha de ser considerado como el foco en el que hay que intervenir con mayor probabilidad de éxito.
- 5) **Programación terapéutica y estrategias de cambio.** Un supuesto fundamental del enfoque estratégico de la terapia es: la terapia debe adaptarse al apaciente y no el paciente a la terapia. Sobre esta base, 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, los procedimientos para el caso determinado (Nardone y Watzlawick, 1990).

Las estrategias destinadas a la solución de la escuela estratégica son las siguientes: prescripciones directas, reencuadre, metáfora, paradoja, anécdota, ordalía y cuento. Para intervenir con el paciente en este modelo se manejan dos cuestiones muy importantes:

una comunicación clara y directa o una comunicación indirecta con paradojas, metáforas, etc.

- ✚ **Las redefiniciones.** Son técnicas cognitivas que evitan aquellas etiquetas que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio.
- ✚ **Las tareas directivas.** Son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/os componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa.
- ✚ **Las tareas paradójicas.** Son intervenciones conductuales, en las cuales se prescribe la continuidad de la conducta durante un tiempo fijado, que suele ser el intervalo entre sesiones. Es necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma, y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación (Ochoa, 1995).
- ✚ **Las técnicas metafóricas.** Son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica (Watzlawick, 1980 citado en Ochoa, 1995).

3.5 Ejemplo de un Caso clínico

Resumen del caso. Paciente de 41 años acude al servicio de psicología, inquiriendo estar muy estresada, porque le abruma la situación de que sus hijos le demandan más tiempo del que ella puede darles. Ella es orientadora vocacional en el CCH Oriente, por tanto, debido a sus actividades laborales, le queda muy poco tiempo de estar con sus hijos. Ella reporta que llega a casa a la 15:20 horas aproximadamente de lunes a viernes, en seguida salen a comer (el esposo, hijos y ella) a casa de la mamá de ésta; ya que ella no tiene tiempo de preparar los alimentos. La madre al ver la situación de la hija, se ofrece en apoyarla en cocinar para ellos, porque vive a dos casas de ella. Regresan de la casa de la mamá y la paciente se pone hacer la tarea con el niño Maximiliano, porque tiene la creencia de que la niña por ser más grande, tiene más recursos para hacer sola la tarea, solo cuando algo no entiende, la niña se acerca y le pregunta. Sin embargo la niña le recalca, que no esta con ella y que le gustaría que hicieran más cosas juntas. Por tales

aseveraciones de la niña, la paciente comenta que se siente culpable y por consiguiente se estresa. La paciente comenta, que tanto su esposo como sus hijos, se han dado cuenta del incremento del estrés, provocado por esta situación. Por lo que el esposo le sugiere que haga ejercicio, que le va hacer muy bien. Ella decide hacerlo y se da cuenta que aun se siente estresa, ya no con la misma intensidad, pero que sigue atrapada en el tiempo, que inclusive ha pensado en dejar de hacer ejercicio, pero considera que se empeoraría la situación. De acuerdo a las categorías para determinar los valores del paciente, cabe mencionar que la paciente tiene una personalidad cálida y en ocasiones habla mucho del pasado y después regresa al presente. Asimismo es una persona interna, visual, lineal y en la forma de relacionarse es intrapunitiva. A continuación se describen las intervenciones del caso.

Descripción de la pauta. 1) La paciente reporta que llega de trabajar; 2) deja su bolso en la recámara; 3) saluda a sus hijos y esposo; 4) después salen los cuatro a la casa de la mamá (de la paciente), para ir a comer; 5) en el trayecto del camino van platicando de cómo les fue en el día; 6) regresan a casa; 7) la paciente se cambia de zapatos, por unos más cómodos; 8) el esposo se despide de los tres y se va a trabajar; 9) enseguida ella se dispone hacer la tarea con su hijo menor y no se da cuenta del tiempo transcurrido; 10) se presenta el estrés, porque ya es tarde y le faltan muchas tareas domésticas que hacer en casa; 11) se va al gimnasio; 12) regresa del gimnasio y continúa haciendo las labores domésticas; 13) Finalmente se baña y se va a descansar.

Intentos de control de sintomatología. La paciente por el estrés que presenta, busca soluciones al respecto. Por tanto intenta reorganizar la tarde y dedicarle tiempo también a la niña. Pero asevera que en varias ocasiones, por la falta de organización de éste no le resulta, porque en la mayoría de los casos: o está más tiempo con la niña o con el niño, y sigue sintiendo la culpa de no darles el tiempo suficiente a cada uno de sus hijos. De igual manera, otro intento de solución fue, dejar de ir al gimnasio para dedicarles más tiempo a los niños, pero ha pensado que esa no es la solución.

Descripción de las intervenciones. En esta etapa, el terapeuta estratégico interviene, de acuerdo a la problemática del paciente, utilizando las siguientes intervenciones:

- a) **Prescripción directa.** Por la problemática que presenta la paciente de querer hacer muchas cosas a la vez (hacer tareas domésticas y dedicarles tiempo a sus hijos) se le deja la directiva siguiente: “Usted comenta que se siente culpable por no dedicarles el tiempo suficiente a sus hijos y quisiera darles ese tiempo, pues bien, desde este instante va ha organizarse para estar con sus hijos, pero no en el tiempo asignado para hacer la tarea, sino que va ha dedicarles a cada uno por separado media hora. El momento de hacer la tarea es diferente, porque se está haciendo la tarea y el tiempo que quiero que dedique a sus hijos es de calidad, es decir, por ejemplo preguntarles cómo te fue hoy, qué aprendiste, con quién jugaste en el receso, quién es tu mejor amigo (a), jugar con ellos, etcétera”.
- b) **Reencuadre.** “Como mujer sensible que es usted, me doy una idea que la preocupación de usted, se centra en querer abarcar muchas cosas a la vez y se ha percatado que no es posible, porque el día solo tiene 24 horas. Usted como buena madre; ya que ha hecho lo mejor que ha podido, les da muchas cosas a sus hijos, por ejemplo: amor, sustento, atención, entre otras cosas más. Ha sido capaz de cuidar de ellos, aun trabajando fuera de casa”.
- c) **Metáfora.** “El tiempo es relativo, lo importante es cómo vivimos ese tiempo y qué importancia le damos a éste, porque puede ser que nos dejemos envolver y nos quite lo mejor de nosotros, la vida misma”.
- d) **Anécdota.** “Conocí una familia, donde la mamá se lamentaba de no estar el tiempo suficiente con los hijos, pasaba el tiempo y seguía angustiándose, hasta que un día recapacitó y se dijo, que no quería seguir siendo esclava del tiempo e hizo una revaloración con respecto a los hijos y los quehaceres domésticos y llegó a la conclusión que vale más, dedicarle tiempo de calidad a los hijos, aunque no termine el trabajo en casa; ya que hay tiempo para todo y con esta nueva actitud que tomó la mamá, la angustia que sentía desapareció por completo”.
- e) **Paradoja.** “Se ve muy abrumada por el tiempo que no dedica a sus hijos y por los quehaceres que le demanda una sociedad sexista”. Pero observe, su mamá es triunfadora y otras mujeres más, que por dedicarse a cuidar los hijos y al trabajo

de la casa tienen mucho poder, ella es buena en todos los aspectos, ella consiguió educarlos muy bien, porque no trabajaba fuera de casa; entonces para que sea una buena madre usted, podría salirse del trabajo y así tendría todo el tiempo para sus hijos y ser como su mamá”.

- f) **Ordalía.** “Quiero que desde este lunes haga lo siguiente: quiero que le dedique media hora a cada uno de sus hijos. El tiempo en primer lugar será para su hija primogénita; ya que ha mencionado que la ha descuidado más, por ser un poco mayor que el hermano y el espacio será de las 16:30 a 17:00 hrs. y el horario del niño será de las 17:30 a 18:00 hrs. la media hora intermedia es para usted. Sino cumple con lo establecido aquí en la terapia, tendrá que irse al gimnasio, media hora de lo que acostumbra. Esta media hora, es la que se quedó intermedia del tiempo dedicado a sus hijos y la podrá utilizar para que realice doscientas abdominales hasta que pueda cumplir lo que prometió. Recuerde, usted dijo que estaba dispuesta a todo, con tal de ya no sentirse mal. Además sus hijos, son unas de las personas que más valora en esta vida”.
- g) **Cuento.** “Había una vez en un país muy lejano, una mujer que lloraba mucho, por ya no tener a sus hijos con ella. Le dolía bastante, haber desperdiciado el tiempo, en actividades triviales como el hecho de estar esclavizada en los quehaceres domésticos. Ella estaba físicamente con sus hijos, pero emocionalmente estaba a miles de kilómetros de distancia. Ellos se percataban de este despego de la madre y por ello, se sentían tristes y añoraban que su madre se sentara a platicar con ellos y le compartiesen sus más profundos sentires. Con el tiempo, los niños se hicieron adultos y decidieron marcharse de su país, y una vez que los hijos estuvieron lejos, es como la madre pudo darse cuenta del error que había cometido, pero ya sus hijos habían puesto tierra de por medio”.

Resultados obtenidos de cada una de las técnicas. La paciente reporta que hubo cambios. Con la prescripción directa, de dedicarle tiempo de calidad a sus hijos, no cuando estuvieran haciendo la tarea, sino un tiempo especial para cada uno de sus. La paciente se dio cuenta que en realidad no había este tipo de interacción hacia ellos; porque ella tenía la creencia que sí les dedicaba tiempo; por ejemplo, en el momento de

hacer la tarea, cuando los baña, a la hora de la comida. Fue entonces que cambio su percepción. Inclusive los niños se lo hicieron saber, diciéndole además que ya no está tan tensa, que se ve más relajada y algo muy importante “juegas con nosotros” y que antes no lo hacía. Asimismo, sigue con las indicaciones de la ordalía; el día que no le dedique ese tiempo especial (aparte de la tarea) a cada uno de sus hijos por separado, ella tendrá que hacer las doscientas abdominales. Asevera la paciente, que mientras se organizaba con el horario, en varias ocasiones en un principio no asistía, pero ahora como ya se siente tranquila lo ha manejado muy bien, estar con sus hijos y a la vez hacer algo que le gusta, y que sobre todo le trae bienestar en cuestión de salud física y emocional. Todavía para la segunda sesión no lograba organizarse, afirma que le costo algo de trabajo para poder regresar completamente al gimnasio, pero que al fin lo logro. Lo que sí inicio desde un principio fue dedicarles ese tiempo especial a los niños, lo hizo con la plena seguridad, de que sus hijos son muy importantes para ella, y que los quehaceres de la casa pueden esperar, y sus hijos no; porque afirma que día con día van creciendo y que ella se estaba perdiendo de ver más de cerca ese desarrollo de ellos. Posteriormente argumenta, que el niño mejoró en sus calificaciones, que no iba mal, pero ahora son mejores éstas. Este cambio de actitud, lo notaron los niños desde la primera semana, y lo comenta con una sonrisa. Y menciona que este cambio de actitud, la llevó a tener una relación más cercana, con los demás familiares: consanguíneos y políticos. Porque antes solo estaba el tiempo necesario, es decir, como que se la pasaba pensando en lo que le faltaba por hacer en casa, y no disfrutaba al máximo esta relación familiar.

3.6 Análisis cibernético del mapa de intervención del modelo de terapia estratégica.

La terapia de Haley, como la del MRI, comienza por fijar un foco claro sobre el problema que se ha de tratar. Más bien que discernir en ese problema la mitad de una complementariedad recursiva que incluye a todas las soluciones intentadas, Haley prefiere considerarlo conectado a una secuencia de acciones que suponen la interacción de tres personas como mínimo (Keeney y Ross 1987).

Pautas cibernéticas de interacción

Haley construye una complementariedad recursiva de orden superior, que incluye la relación de cierta secuencia con unas pautas de coalición:

CAPÍTULO 3.

Escuela Estratégica de Jay Haley

Gregory Bateson es uno de los fundadores del campo de la terapia familiar y fue de los primeros en estudiar la teoría de los sistemas y la cibernética. Este grupo formado por Bateson, Virginia Satir, Don D. Jackson, Paul Watzlawick, entre otros, es el formado en Palo Alto, en el Mental Research Institute (MRI) (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Otro de los Modelos que aparece, a partir de este grupo de investigadores interesados en la terapia familiar, es el Estratégico. La terapia familiar estratégica surge a partir del examen del poder en las relaciones entre terapeuta y cliente, y entre los integrantes de una familia. Las diversas estrategias de psicoterapia fueron creadas con el objeto de utilizar este poder para producir cambios. Por tanto se afirma que la terapia familiar estratégica se desarrolla a partir de la terapia estratégica de Milton Erickson (Madanes, 1989). Por consiguiente, Haley asevera, que una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios, en los años 50s, fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se ubicaba, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado. Afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado.

En este modelo el terapeuta establece objetivos claros que siempre entrañan la solución del problema presentado. No aplica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia para cada problema. Entre la serie de objetivos que se propone este modelo estratégico, se encuentran el de ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar. Tales etapas han sido enunciadas por Haley (1973) como sigue:

- 7) Período del noviazgo
- 8) Primeros tiempos del matrimonio
- 9) Nacimiento de los hijos y trato con ellos
- 10) Período intermedio del matrimonio
- 11) “Destete” de los padres respecto de sus hijos
- 12) Retiro de la vida activa y vejez

Todas las categorías diagnósticas tradicionales son concebidas, en el contexto de la situación familiar del individuo, como dificultades para avanzar de una etapa a la siguiente del ciclo de la vida (Madanes, 1989).

Asimismo, por su manera de conceptualizar un problema, el enfoque estratégico hace hincapié en lo analógico, es decir, cuando un paciente es reacio al cambio, se le puede llegar por medio de cuentos, metáforas y anécdotas. Por otro lado los objetivos de la terapia son, ante todo, impedir la repetición de secuencias (pauta) e introducir mayor complejidad y alternativas. Por consiguiente la labor del terapeuta consiste en modificar esta secuencia, es decir, cambiar la pauta.

Para alcanzar los objetivos propuestos en terapia, se programan varias etapas en la sesión. Se define a cada problema como abarcando a no menos de dos personas o los demás miembros de la familia que quieran asistir a la terapia. Cuando del sistema familiar, solo se presenta un miembro de ésta, no importa; ya que por lo común, el cambio se planea en etapas; de manera que el cambio en una situación provocará otro cambio en otra relación, y luego otro más, hasta que toda situación cambie. Las intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí. A menudo el terapeuta empieza por crear un nuevo problema y por resolverlo de modo tal que el cambio lleve a la solución del problema que había presentado la familia originalmente. En esta escuela se interesa por la jerarquía familiar. De los padres se espera que se hagan cargo de sus hijos, al par que se bloquean las coaliciones intergeneracionales, como cuando uno de los progenitores se alía con un hijo contra el otro progenitor. (Madanes, 1989).

Por otro lado Haley asevera que una terapia puede conceptualizarse estratégica si el terapeuta principia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. En el modelo estratégico la iniciativa corresponde en gran medida al clínico. Éste debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas y evaluar el resultado de la terapia (Haley, 1989). En esta terapia, el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente, es decir, el clínico planea qué hacer.

Los terapeutas trabajan siempre con el conflicto presente, es decir, solo se centran en la problemática actual. Si el paciente se va al pasado, el terapeuta lo regresa a su presente.

Uno de los objetivos principales, es que el terapeuta establezca una estrategia para resolver el problema que plantea la familia, con objetivos muy claros y específicos. El

énfasis recae en realizar tácticas para cada uno de los problemas. La tarea del terapeuta será la de diseñar una intervención de acuerdo con la situación social del cliente, se interesa más en técnicas que en teorías.

Suele pensarse que el poder implica dominación, opresión y motivaciones desagradables en quienes lo ejercen. Tener poder sobre otra persona no significa únicamente tener la posibilidad de explotarla, sino además, la posibilidad de cuidar de ella, consolarla, guiarla y reformarla. En esta clase de poder es la que tienen los padres sobre sus hijos, los hijos sobre sus padres y los cónyuges entre sí (Madanes, 1989).

En el modelo estratégico, Haley establece cuatro etapas en la primera entrevista, las cuales se enuncian a continuación:

- 5) **Etapa social.** En este modelo, esta etapa corresponde al rapport. En este inicio el clínico saluda a la familia, procurando que se ponga cómoda, con la finalidad de romper el hielo.
- 6) **Etapa de planteo del problema.** La familia inquiere acerca del problema presentado.
- 7) **Etapa de interacción.** En esta etapa, se les pide a los miembros de la familia que conversen entre sí, sobre el problema.
- 8) **Etapa de fijación de meta.** Se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr. Finalmente, se fija día y hora para una nueva sesión, a la que asistirá toda la familia o parte de ella (Haley, 1980).

3.1 Principales exponentes

Los representantes de esta escuela son: Jay Haley y Cloé Madanes. Haley y Madanes sostienen que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica basada en la adecuación, flexibilidad creatividad, que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital (Ochoa, 1995).

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, y el trabajo clínico y el estudio del fenómeno hipnosis llevado a cabo por Milton Erickson. Erickson, como asevera Haley (1973), 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 (Nardone y Watzlawick, 1990).

3.2 Cómo se explica la formación de problemas

Para Haley, el problema está determinado por la incongruencia jerárquica en el seno de la familia y por las subsiguientes consecuencias disfuncionales de actos que llevan el marchamo de alianzas y juegos de poder. El síntoma es considerado una metáfora del problema y, a la vez, representa la solución. 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. Los problemas o síntomas son vividos como modalidades comunicativas entre individuos en el interior de un determinado contexto social, y los sistemas patológicos son descritos en términos de jerarquías disfuncionales que deben reorganizarse en un orden funcional. De esta manera, se define a un problema como un tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas (Haley 1976, citado en Nardone y Watzlawick, 1990). Se afirma que los síntomas como las depresiones o las fobias son entendidos como contratos entre seres humanos, y por consiguiente, como adaptados a las relaciones que ellos mantienen. El terapeuta está incluido en tales relaciones, puesto que él es quien define el problema: rotular a alguien como esquizofrénico, delincuente o maniaco-depresivo, es participar en la creación del problema que la terapia debe resolver. Así pues, este enfoque destaca la diferencia entre: 1) identificar un problema presentado en la terapia, y 2) crear un problema mediante la aplicación de un diagnóstico o una determinada caracterización de un individuo o familia. La primera misión del terapeuta consiste en definir de tal modo el problema presentado que sea posible solucionarlo (Madanes, 1989).

3.3 Cómo se explica el cambio o la solución

El cambio o la solución se basan en una estrategia general tendiente a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí, como a la organización familiar y/o social que constituyen su contexto. Por consiguiente, se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. En todo momento se trata de evitar confrontaciones con la familia, por lo que la terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias, generadas para cada caso

concreto, que faciliten un cambio rápido y sólido. Las técnicas de intervención que posibilitan materializar dichas estrategias abarcan redefiniciones; connotaciones positivas; metáforas; tareas directas simples y ordalías; tareas paradójicas clásicas, basadas en una postura de oposición por parte de los clientes, y simulaciones, en las que se solicita a los integrantes de la familia que finjan o simulen una determinada secuencia sintomática (Ochoa, 1995).

3.4 Técnicas 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 problemas presentados por el paciente o pacientes. 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 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.

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.

Pasando ahora a tratar de la terapia, se esquematiza sus fases de la siguiente manera:

- 6) **Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica.** El primer contacto con el paciente constituye un momento de gran importancia para el tratamiento. Esta fase de apertura de la terapia, el objetivo primario es 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.

- 7) **Definición del problema.** Es fundamental aclarar de un modo concreto el problema y el sistema interactivo disfuncional que lo mantiene. Desde la primera sesión, el terapeuta debe centrar el problema basándose en la observación de la persona y de la explicación que ella hace de su trastorno del modo más claro y definido posible, de forma que pueda identificar concretamente las matrices pragmáticas del problema actual.
- 8) **Acuerdo sobre los objetivos de la terapia.** La definición de 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 negociación y el acuerdo acerca de la duración y los fines de la cura poseen el poder de reforzar y aumentar su colaboración y confianza en el éxito terapéutico.
- 9) **Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema.** El terapeuta debe estudiar atentamente la situación que presenta el paciente y hallar los puntos cardinales en que ésta se apoya. Es necesario observar con precisión cómo se aguanta el problema y cuál de los factores que lo sostienen ha de ser considerado como el foco en el que hay que intervenir con mayor probabilidad de éxito.
- 10) **Programación terapéutica y estrategias de cambio.** Un supuesto fundamental del enfoque estratégico de la terapia es: la terapia debe adaptarse al apaciente y no el paciente a la terapia. Sobre esta base, 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, los procedimientos para el caso determinado (Nardone y Watzlawick, 1990).

Las estrategias destinadas a la solución de la escuela estratégica son las siguientes: prescripciones directas, reencuadre, metáfora, paradoja, anécdota, ordalía y cuento. Para intervenir con el paciente en este modelo se manejan dos cuestiones muy importantes:

una comunicación clara y directa o una comunicación indirecta con paradojas, metáforas, etc.

- ✚ **Las redefiniciones.** Son técnicas cognitivas que evitan aquellas etiquetas que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio.
- ✚ **Las tareas directivas.** Son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/os componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa.
- ✚ **Las tareas paradójicas.** Son intervenciones conductuales, en las cuales se prescribe la continuidad de la conducta durante un tiempo fijado, que suele ser el intervalo entre sesiones. Es necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma, y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación (Ochoa, 1995).
- ✚ **Las técnicas metafóricas.** Son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica (Watzlawick, 1980 citado en Ochoa, 1995).

3.5 Ejemplo de un Caso clínico

Resumen del caso. Paciente de 41 años acude al servicio de psicología, inquirendo estar muy estresada, porque le abruma la situación de que sus hijos le demandan más tiempo del que ella puede darles. Ella es orientadora vocacional en el CCH Oriente, por tanto, debido a sus actividades laborales, le queda muy poco tiempo de estar con sus hijos. Ella reporta que llega a casa a la 15:20 horas aproximadamente de lunes a viernes, en seguida salen a comer (el esposo, hijos y ella) a casa de la mamá de ésta; ya que ella no tiene tiempo de preparar los alimentos. La madre al ver la situación de la hija, se ofrece en apoyarla en cocinar para ellos, porque vive a dos casas de ella. Regresan de la casa de la mamá y la paciente se pone hacer la tarea con el niño Maximiliano, porque tiene la creencia de que la niña por ser más grande, tiene más recursos para hacer sola la tarea, solo cuando algo no entiende, la niña se acerca y le pregunta. Sin embargo la niña le recalca, que no esta con ella y que le gustaría que hicieran más cosas juntas. Por tales

aseveraciones de la niña, la paciente comenta que se siente culpable y por consiguiente se estresa. La paciente comenta, que tanto su esposo como sus hijos, se han dado cuenta del incremento del estrés, provocado por esta situación. Por lo que el esposo le sugiere que haga ejercicio, que le va hacer muy bien. Ella decide hacerlo y se da cuenta que aun se siente estresa, ya no con la misma intensidad, pero que sigue atrapada en el tiempo, que inclusive ha pensado en dejar de hacer ejercicio, pero considera que se empeoraría la situación. De acuerdo a las categorías para determinar los valores del paciente, cabe mencionar que la paciente tiene una personalidad cálida y en ocasiones habla mucho del pasado y después regresa al presente. Asimismo es una persona interna, visual, lineal y en la forma de relacionarse es intrapunitiva. A continuación se describen las intervenciones del caso.

Descripción de la pauta. 1) La paciente reporta que llega de trabajar; 2) deja su bolso en la recámara; 3) saluda a sus hijos y esposo; 4) después salen los cuatro a la casa de la mamá (de la paciente), para ir a comer; 5) en el trayecto del camino van platicando de cómo les fue en el día; 6) regresan a casa; 7) la paciente se cambia de zapatos, por unos más cómodos; 8) el esposo se despide de los tres y se va a trabajar; 9) enseguida ella se dispone hacer la tarea con su hijo menor y no se da cuenta del tiempo transcurrido; 10) se presenta el estrés, porque ya es tarde y le faltan muchas tareas domésticas que hacer en casa; 11) se va al gimnasio; 12) regresa del gimnasio y continúa haciendo las labores domésticas; 13) Finalmente se baña y se va a descansar.

Intentos de control de sintomatología. La paciente por el estrés que presenta, busca soluciones al respecto. Por tanto intenta reorganizar la tarde y dedicarle tiempo también a la niña. Pero asevera que en varias ocasiones, por la falta de organización de éste no le resulta, porque en la mayoría de los casos: o está más tiempo con la niña o con el niño, y sigue sintiendo la culpa de no darles el tiempo suficiente a cada uno de sus hijos. De igual manera, otro intento de solución fue, dejar de ir al gimnasio para dedicarles más tiempo a los niños, pero ha pensado que esa no es la solución.

Descripción de las intervenciones. En esta etapa, el terapeuta estratégico interviene, de acuerdo a la problemática del paciente, utilizando las siguientes intervenciones:

- h) **Prescripción directa.** Por la problemática que presenta la paciente de querer hacer muchas cosas a la vez (hacer tareas domésticas y dedicarles tiempo a sus hijos) se le deja la directiva siguiente: “Usted comenta que se siente culpable por no dedicarles el tiempo suficiente a sus hijos y quisiera darles ese tiempo, pues bien, desde este instante va ha organizarse para estar con sus hijos, pero no en el tiempo asignado para hacer la tarea, sino que va ha dedicarles a cada uno por separado media hora. El momento de hacer la tarea es diferente, porque se está haciendo la tarea y el tiempo que quiero que dedique a sus hijos es de calidad, es decir, por ejemplo preguntarles cómo te fue hoy, qué aprendiste, con quién jugaste en el receso, quién es tu mejor amigo (a), jugar con ellos, etcétera”.
- i) **Reencuadre.** “Como mujer sensible que es usted, me doy una idea que la preocupación de usted, se centra en querer abarcar muchas cosas a la vez y se ha percatado que no es posible, porque el día solo tiene 24 horas. Usted como buena madre; ya que ha hecho lo mejor que ha podido, les da muchas cosas a sus hijos, por ejemplo: amor, sustento, atención, entre otras cosas más. Ha sido capaz de cuidar de ellos, aun trabajando fuera de casa”.
- j) **Metáfora.** “El tiempo es relativo, lo importante es cómo vivimos ese tiempo y qué importancia le damos a éste, porque puede ser que nos dejemos envolver y nos quite lo mejor de nosotros, la vida misma”.
- k) **Anécdota.** “Conocí una familia, donde la mamá se lamentaba de no estar el tiempo suficiente con los hijos, pasaba el tiempo y seguía angustiándose, hasta que un día recapitó y se dijo, que no quería seguir siendo esclava del tiempo e hizo una revaloración con respecto a los hijos y los quehaceres domésticos y llegó a la conclusión que vale más, dedicarle tiempo de calidad a los hijos, aunque no termine el trabajo en casa; ya que hay tiempo para todo y con esta nueva actitud que tomó la mamá, la angustia que sentía desapareció por completo”.
- l) **Paradoja.** “Se ve muy abrumada por el tiempo que no dedica a sus hijos y por los quehaceres que le demanda una sociedad sexista”. Pero observe, su mamá es triunfadora y otras mujeres más, que por dedicarse a cuidar los hijos y al trabajo

de la casa tienen mucho poder, ella es buena en todos los aspectos, ella consiguió educarlos muy bien, porque no trabajaba fuera de casa; entonces para que sea una buena madre usted, podría salirse del trabajo y así tendría todo el tiempo para sus hijos y ser como su mamá”.

m) **Ordalía.** “Quiero que desde este lunes haga lo siguiente: quiero que le dedique media hora a cada uno de sus hijos. El tiempo en primer lugar será para su hija primogénita; ya que ha mencionado que la ha descuidado más, por ser un poco mayor que el hermano y el espacio será de las 16:30 a 17:00 hrs. y el horario del niño será de las 17:30 a 18:00 hrs. la media hora intermedia es para usted. Sino cumple con lo establecido aquí en la terapia, tendrá que irse al gimnasio, media hora de lo que acostumbra. Esta media hora, es la que se quedó intermedia del tiempo dedicado a sus hijos y la podrá utilizar para que realice doscientas abdominales hasta que pueda cumplir lo que prometió. Recuerde, usted dijo que estaba dispuesta a todo, con tal de ya no sentirse mal. Además sus hijos, son unas de las personas que más valora en esta vida”.

n) **Cuento.** “Había una vez en un país muy lejano, una mujer que lloraba mucho, por ya no tener a sus hijos con ella. Le dolía bastante, haber desperdiciado el tiempo, en actividades triviales como el hecho de estar esclavizada en los quehaceres domésticos. Ella estaba físicamente con sus hijos, pero emocionalmente estaba a miles de kilómetros de distancia. Ellos se percataban de este desapego de la madre y por ello, se sentían tristes y añoraban que su madre se sentara a platicar con ellos y le compartiesen sus más profundos sentimientos. Con el tiempo, los niños se hicieron adultos y decidieron marcharse de su país, y una vez que los hijos estuvieron lejos, es como la madre pudo darse cuenta del error que había cometido, pero ya sus hijos habían puesto tierra de por medio”.

Resultados obtenidos de cada una de las técnicas. La paciente reporta que hubo cambios. Con la prescripción directa, de dedicarle tiempo de calidad a sus hijos, no cuando estuvieran haciendo la tarea, sino un tiempo especial para cada uno de sus. La paciente se dio cuenta que en realidad no había este tipo de interacción hacia ellos; porque ella tenía la creencia que sí les dedicaba tiempo; por ejemplo, en el momento de

hacer la tarea, cuando los baña, a la hora de la comida. Fue entonces que cambio su percepción. Inclusive los niños se lo hicieron saber, diciéndole además que ya no está tan tensa, que se ve más relajada y algo muy importante “juegas con nosotros” y que antes no lo hacía. Asimismo, sigue con las indicaciones de la ordalía; el día que no le dedique ese tiempo especial (aparte de la tarea) a cada uno de sus hijos por separado, ella tendrá que hacer las doscientas abdominales. Asevera la paciente, que mientras se organizaba con el horario, en varias ocasiones en un principio no asistía, pero ahora como ya se siente tranquila lo ha manejado muy bien, estar con sus hijos y a la vez hacer algo que le gusta, y que sobre todo le trae bienestar en cuestión de salud física y emocional. Todavía para la segunda sesión no lograba organizarse, afirma que le costo algo de trabajo para poder regresar completamente al gimnasio, pero que al fin lo logro. Lo que sí inicio desde un principio fue dedicarles ese tiempo especial a los niños, lo hizo con la plena seguridad, de que sus hijos son muy importantes para ella, y que los quehaceres de la casa pueden esperar, y sus hijos no; porque afirma que día con día van creciendo y que ella se estaba perdiendo de ver más de cerca ese desarrollo de ellos. Posteriormente argumenta, que el niño mejoró en sus calificaciones, que no iba mal, pero ahora son mejores éstas. Este cambio de actitud, lo notaron los niños desde la primera semana, y lo comenta con una sonrisa. Y menciona que este cambio de actitud, la llevó a tener una relación más cercana, con los demás familiares: consanguíneos y políticos. Porque antes solo estaba el tiempo necesario, es decir, como que se la pasaba pensando en lo que le faltaba por hacer en casa, y no disfrutaba al máximo esta relación familiar.

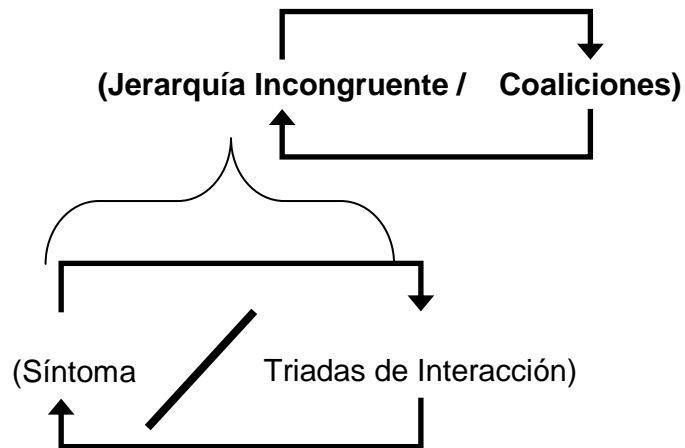
3.6 Análisis cibernético del mapa de intervención del modelo de terapia estratégica.

La terapia de Haley, como la del MRI, comienza por fijar un foco claro sobre el problema que se ha de tratar. Más bien que discernir en ese problema la mitad de una complementariedad recursiva que incluye a todas las soluciones intentadas, Haley prefiere considerarlo conectado a una secuencia de acciones que suponen la interacción de tres personas como mínimo (Keeney y Ross 1987).

Pautas cibernéticas de interacción

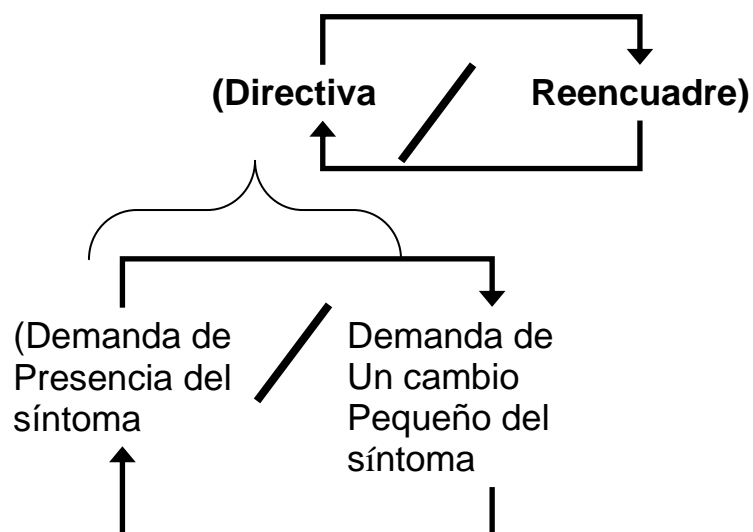
Haley construye una complementariedad recursiva de orden superior, que incluye la relación de cierta secuencia con unas pautas de coalición:

Pauta:



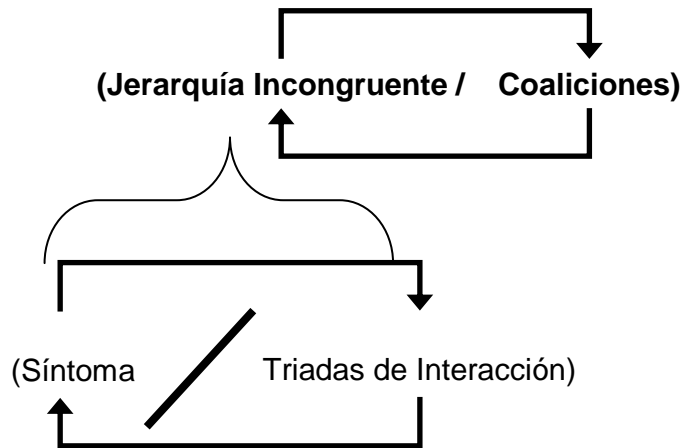
Según Haley (1976), los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente. Subraya este autor que una de las maneras de planear una estrategia es sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente, anormal, antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional (Madanes, 1989). Así mismo Haley (1987) manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Paralelamente, defiende que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática (Ochoa, 1995).

Intervención:



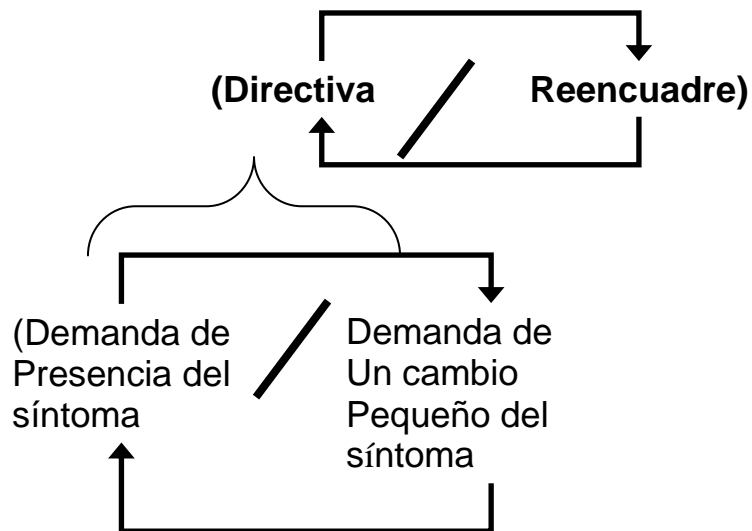
Las intervenciones suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. Las directivas impartidas pueden ser directas o paradójicas; sencillas, involucrando a sólo una o dos personas; o complejas, englobando a toda la familia. Las directivas directas se planean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar. Las intervenciones del terapeuta tienen como propósito involucrar a integrantes de la familia que permanecían desligados, promover el acuerdo mutuo y los buenos sentimientos hacia los demás, aumentar los intercambios positivos, suministrar información a la familia y ayudarlo a organizar de modos más funcionales mediante la fijación de reglas, la definición de las fronteras generacionales y el establecimiento de objetivos individuales y de planes destinados a alcanzar dichos objetivos (Madanes, 1989).

Pauta:



Según Haley (1976), los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente. Subraya este autor que una de las maneras de planear una estrategia es sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente, anormal, antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional (Madanes, 1989). Así mismo Haley (1987) manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Paralelamente, defiende que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática (Ochoa, 1995).

Intervención:



Las intervenciones suelen cobrar la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista. Estas directivas están destinadas a modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta. Las directivas impartidas pueden ser directas o paradójicas; sencillas, involucrando a sólo una o dos personas; o complejas, englobando a toda la familia. Las directivas directas se planean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar. Las intervenciones del terapeuta tienen como propósito involucrar a integrantes de la familia que permanecían desligados, promover el acuerdo mutuo y los buenos sentimientos hacia los demás, aumentar los intercambios positivos, suministrar información a la familia y ayudarlo a organizar de modos más funcionales mediante la fijación de reglas, la definición de las fronteras generacionales y el establecimiento de objetivos individuales y de planes destinados a alcanzar dichos objetivos (Madanes, 1989).

CAPÍTULO 4.

Escuela de Milán

4.1 Principales exponentes.

La escuela de Milán, inició su actividad en Milán, Italia, en mayo de 1967. Este grupo terapéutico se encontraba integrado por Mara Selvini Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Giulana Prata y Luigi Boscolo, quienes se centraron en el estudio de la dinámica familiar. Este modelo terapéutico se aplica en casos de psicosis y los síndromes anoréxicos y bulímicos.

Para comprender el papel de la familia en el trastorno del paciente, este grupo asevera, que la familia es un sistema autocorrectivo, autogobernado, por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986). Por otro lado, el grupo de Milán asumió la idea de que la familia era un sistema, donde su comportamiento sintomático se mantenía bajo los patrones de homeostasis y su propia capacidad de transformación; y en este período describieron por primera vez, la estructura de las sesiones de terapia familiar, que consisten en cinco etapas y son las siguientes (Boscolo, 1987 citado en Sánchez y Gutiérrez 2000).

- 1) **Presesión.** Aquí el terapeuta prepara la información para trabajar en la sesión.
- 2) **Sesión.** Se hace el interrogatorio, se ajustan las hipótesis y se retira el terapeuta para el acuerdo con el equipo de nuevas intervenciones.
- 3) **Discusión de la sesión.** Donde el terapeuta se retira de la familia, y va con el equipo, para determinar sus conclusiones y prescripciones.
- 4) **Conclusión de la sesión.** El terapeuta y equipo observan el efecto de la intervención.
- 5) **Acta de la sesión.** Escribir lo más importante en el transcurso de la sesión, para que en la siguiente sesión se lea el acta.

El grupo de Milán describe sus interacciones, basadas en los patrones repetitivos de las interacciones de la familia. Lo que el grupo refiere como juegos sucios son las coaliciones de un miembro de la familia con su familia de origen. La mayoría de las intervenciones se basa en los ritos familiares. El grupo cree que el desarrollo de la estructura se presenta después de que ocurren los cambios. Con la connotación positiva, el terapeuta trata de calificar el comportamiento sintomático como positivo o bueno. Por lo tanto, el objetivo del terapeuta, es preservar la cohesión del grupo familiar.

4.2 Cómo se explica la formación de problemas

La terapia de Milán no hace foco en el síntoma o problema, sino en el contexto de significado que encuadra u organiza los síntomas. Lo patológico es el juego familiar, que incluye: el mapa de relaciones familiares (alianzas y exclusiones), la regla que parece presidir esas relaciones (qué está y qué no está permitido) y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar. El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan.

En otras palabras, la sintomatología es fruto de una discrepancia entre las conductas, que constantemente están sometidas a variaciones, y las creencias que permanecen inalteradas porque los componentes de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento (Ochoa, 1995).

4.3 Cómo se explica el cambio o la solución

Para cambiar las conductas problemáticas de la familia, el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente. En este grupo de Milán se asevera, que ellos siempre están como observadores de los modos en que la familia “induce” a los integrantes del equipo, así como su capacidad de introducirse en los problemas de organización del equipo para provocar una parálisis. En este caso, el equipo utiliza su propio proceso para proporcionar una solución curativa, como también mediante la entrevista circular, el terapeuta perturba la epistemología familiar abriendo posibilidades en un área determinada o sugiriendo conexiones diferentes entre los datos obtenidos. Después deja que la familia elabore los cambios por sí misma, tal vez en un nivel no consciente, sin la necesidad perentoria de impartir una intervención final (Ochoa, 1995).

Como comenta Boscolo y cols. (1987), estos cambios dentro del sistema son con el propósito de interrumpir la rotulación dentro de la familia y transformar a ésta en un proceso interactivo de manera que los rótulos describan conductas compartidas o potenciales dentro del sistema familiar, y no la enfermedad de uno de sus miembros. De esta manera, el propósito de la terapia de Milán, es descubrir una pauta de significado contextual en la que se basa la autorregulación del sistema y con ello lanzar a la familia en la búsqueda de su solución (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

4.4 Técnicas y procedimientos

Este modelo, desarrollado por Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata (1967), adoptó un modelo estratégico de intervención y elaboró su propio método de connotar positivamente; además, desarrollaron una nueva manera de entrevistar, enfatizando la importancia de elaborar preguntas circulares, formular hipótesis sistémicas y mantener la neutralidad terapéutica, brindando gran atención al sistema de creencias de la familia, como son los mitos, valores, etcétera. De esta manera, este grupo de Milán, utiliza una tipología de preguntas como técnicas esenciales en la terapia familiar y son las siguientes:

- ✚ **Preguntas lineales.** Este tipo de preguntas, el terapeuta las hace al comienzo de la entrevista, para orientarse sobre lo que ocurre en torno al síntoma y de ese modo unirse a la familia a través de sus puntos de vista. Por ejemplo, puede preguntarse: ¿Cuál es el problema? ¿Desde cuándo ocurre lo que me comentan? Principalmente se emplean para la definición y la explicación que la familia da al síntoma, ya que la epistemología familiar se construye en torno a una causalidad lineal, en la que un determinado evento origina el problema en un momento dado.
- ✚ **Preguntas circulares.** Éstas se caracterizan por una curiosidad general acerca de los posibles nexos de eventos que incluyen el problema. El terapeuta formula preguntas para obtener de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos, siempre bajo los supuestos de causalidad circular y neutralidad. Son preguntas que pueden ejercer efectos liberadores y posibilitar que la expectativa de lugar de control del cambio se ubique dentro de la familia. Cabe mencionar, que a las preguntas circulares también se les conoce como preguntas triádicas. Éstas consisten en pedir a un miembro de la familia que haga comentarios sobre el vínculo diádico de otros dos. Por ejemplo, se preguntará a la madre sobre la interacción entre padre e hijo, o se pedirán a un adolescente problema comentarios sobre la relación de la madre y el padre. Las preguntas triádicas pueden ir dirigidas también a pautas de interacción más complejas, como por ejemplo. Se preguntará a un niño: “Cuando tu madre y tu padre riñen, ¿cuál de tus hermanos o hermanas es el que participa más o menos? La administración cuidadosa de este abordaje hace aflorar pautas de coalición, no solo en la percepciones que refiere tener el que

responde, sino, lo que es más importante, en las reacciones que esto precipita en los demás, se trate de un fruncimiento de cejas, una mirada penetrante, una sonrisa o un cambio de postura (Keeney y Ross, 1987).

✚ **Preguntas estratégicas.** Se dice que su objetivo es principalmente correctivo. Se recurre a ellas cuando es preciso ser más directivo para movilizar un sistema atascado y/o para impedir que la familia siga por el mismo camino problemático. Algunos ejemplos de estas preguntas son: ¿Por qué no habla usted con él acerca de sus preocupaciones en vez de con los niños? ¿Se da cuenta de que su retraimiento desilusiona y frustra a su mujer? (Tomm, 1988 citado en Ochoa, 1995).

✚ **Preguntas reflexivas.** Su meta es capacitar a la familia para que genere por sí misma nuevas percepciones y conductas que faciliten la solución de sus problemas. El procedimiento consiste en activar intencionalmente las reflexiones, es decir, de las conexiones jerarquizadas entre los significados del sistema de creencias de la familia. El cambio se produce como resultado de las alteraciones en la organización y estructura del sistema de significados (Ochoa, 1995). Como lo comenta Ochoa, las preguntas que el terapeuta utiliza durante la entrevista se clasifican en lineales, circulares, estratégicas y reflexivas, donde las preguntas lineales y circulares, se emplean principalmente para evaluar, mientras que las preguntas estratégicas y reflexivas tienen una intención clara de cambio. Dentro de las preguntas reflexivas, se encuentran las preguntas orientadas al futuro. Estas preguntas insinúan un mapa familiar diferente y, por lo común se emplean ya más avanzada la entrevista, una vez recogida la información descriptiva de las actuales secuencias de hechos que envuelven al problema y de las coaliciones existentes en la familia (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

✚ **Rituales.** Se trata de una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Se comenta, en efecto, para ser eficaz el ritual tiene que implicar a toda la familia, y debe de ser precisado por el terapeuta, a menudo por escrito: la modalidad a la que debe responder su realización, horario, ritmo de repetición, quién debe pronunciar las fórmulas verbales, con qué secuencia, etcétera.

✚ **Connotación positiva.** Surge inicialmente por la necesidad de llegar a una intervención paradójica: la prescripción del síntoma al paciente designado, con la finalidad de promover la cohesión, el cambio y la participación, así como dar otra percepción del problema y disminuir la resistencia de la familia al tratamiento. En conclusión, el grupo de Milán asevera, que el acceso al modelo sistémico les resulta posible sólo si connotan positivamente tanto el síntoma del paciente designado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros del sistema familiar (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

Procedimientos

Los procedimientos utilizados por el grupo de Milán, consiste en que un equipo se reúne con la familia y un miembro del equipo conversa con ésta, mientras los otros siguen la conversación desde detrás de un espejo de una sola dirección. La persona que habla con la familia tiene una idea preliminar de cómo puede entenderse el problema, es decir, tiene una hipótesis que orienta la entrevista. En ésta, el entrevistador se aparta de la familia y se reúne con el resto del equipo para discutir interpretaciones posibles. Después el entrevistador regresa con la familia para transmitirles la nueva comprensión de todo el equipo y esto se llama la intervención (McNamee y Gergen, 1992). A continuación se mencionan los principios base, que son la parte integral de todas las consultas presentadas.

Principios base

Los principios o los puntos cardinales del método terapéutico y formativo de los Asociados de Milán son: circularidad, neutralidad y elaboración de hipótesis.

✚ **Construcción de hipótesis.** Es un proceso constante que evoluciona conjuntamente con el movimiento de la familia y produce muchos cambios a medida que se desarrolla la entrevista terapéutica. Por tanto, la hipótesis es el acto inicial de cualquier sesión y se irá modificando a medida que las respuestas de la familia a las preguntas formuladas las vayan alterando. Por consiguiente, el terapeuta elabora otra sobre la base de los datos específicos proporcionados por la nueva retroalimentación.

✚ **Circularidad.** La circularidad se funda en la idea de que las personas se conectan entre sí, a lo largo del tiempo, según pautas particulares a las que se identifican como familias. Los miembros de la familia ponen de manifiesto su

conexión en tanto comunican información en forma de un lenguaje verbal y no verbal. Este lenguaje describe el intercambio de mensajes que, en los sistemas problema, son a menudo confusos o inaceptables para la familia. Por tanto, las preguntas circulares definen y aclaran estas ideas confusas y conductas cuestionables, además de reintroducir información en la familia en forma de nuevas preguntas.

✚ **Neutralidad.** Es la posición terapéutica en la que el entrevistador acepta las soluciones adoptadas por la familia como las únicas posibles, lógicas y congruentes para ella en ese momento. Cuando los terapeutas se mantienen neutrales, quedan exentos de los rótulos de “buenos” y “malos” que les ponen las familias (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

En este modelo la hipótesis tiene la función de conectar los datos provenientes del escuchar y del observar. Así mismo en este enfoque se argumenta que una hipótesis es calificada como sistémica si considera a todos los componentes del sistema en juego y propone una explicación de sus relaciones, que no es verdadera ni falsa: es un instrumento de investigación. El terapeuta evalúa la plausibilidad de las propias hipótesis en base a las retroalimentaciones verbales y no verbales del cliente. La circularidad es el principio a través del cual el terapeuta confía en estas retroalimentaciones para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas. Por otro lado la neutralidad, con este principio el terapeuta asume una posición neutral, evita ser parcial con un cliente o con las personas con las cuales establece contacto, evita adoptar ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros y evita privilegiar un determinado curso de acción para un cliente.

Intervenciones

Las intervenciones terapéuticas en la familia, han aparecido como un proceso de aprendizaje por ensayo y error. Se afirma, cómo los errores son un componente esencial de ese proceso de aprendizaje que es la terapia de familia, y especialmente de aquella que establece relaciones esquizofrénicas. Por consiguiente se comenta, que en efecto, puesto que todo aprendizaje superior al aprendizaje cero procede por ensayo y error, resultan ambos indispensables para proveer, a través de las reacciones de la familia, informaciones cada vez más importantes (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1986).

4.5 Ejemplo de un Caso clínico

Resumen del caso: La familia B, integrada por la madre de 48 años y sus tres hijos: Irma de 24 años, Pablo de 20 y Julia de 14, consultó por los problemas económicos que están atravesando, a raíz de que la madre fue cesada de su trabajo. La familia considera que están solos, es decir, no tienen el apoyo de un padre en el caso de los hijos; ya que la madre ha fungido el rol de padre y madre a la vez. La madre, argumenta que ha tenido dos esposos alcohólicos, que no han sabido responsabilizarse de sus hijos y en consecuencia ella ha tenido que enfrentar la situación de la familia. La mamá se queja de sus dos hijos mayores, diciendo que no son responsables, y menciona que los ha corrido de la casa; ya que son mayores de edad y su única responsabilidad es la hija menor. En seguida se extraen algunos fragmentos de la entrevista. Dado que las preguntas del Modelo de Milán, son una herramienta útil para la obtención de información necesaria para el trabajo terapéutico, se busca ejemplificar su uso y utilidad a través del caso clínico. En las transcripciones se usa la primera letra: T. Terapeuta; M. Madre; P. Pablo; J. Julia; I. Irma. Para identificar, quién está hablando.

Preguntas lineales. Son preguntas que explican o definen el problema. Principalmente se emplean para conocer la definición que la familia da al síntoma.

T. **¿Cuál es el problema que los trae por aquí?**

M. Somos una familia sola, se puede decir en el sentido de que estamos solos, yo me quede sin trabajo, hace más de un año, desde entonces hemos tenido problemas económicos, y me visto en la necesidad de pedir préstamo al banco, lo cual a ocasionado que se incremente el adeudo.

T. **¿A que se refiere, cuando menciona que son una familia sola?**

M. pues... que yo por ejemplo, no cuento con el apoyo de un esposo. Me divorcié de mi primer esposo, por ser alcohólico y un irresponsable. Él se quedó con mi primer hijo, que tenía 9 años y ahora tiene 30 años. Y yo con mi hija Irma, que tenía 3 años. Desde entonces se olvidó de su hija, no hablaba para saber de ella. Después con mi segunda pareja, que es el padre de Pablo y Julia, también me separé por ser alcohólico e irresponsable. Al igual que mi madre, que también estuvo sola, porque se separó de mi papá por ser alcohólico e irresponsable. Ella tuvo que salir a trabajar, porque mi papá no se hacía responsable de mí y mi hermano. Mi madre trabajaba en México y yo vivía con mi abuelita en Veracruz. Por eso considero que somos una familia sola.

T. **¿Quién más de ustedes consideran que son una familia sola?**

J. Sí... somos una familia sola, porque si mi papá hubiera vivido con nosotros y tener un trabajo, no tendríamos tantas broncas económicas. Mi papá el año pasado murió, sí nos quería mucho, pero no nos apoyaba económicamente, solo mi abuelito en ocasiones.

P. Yo también considero que si mi papá, hubiera estado con nosotros y ser un papá responsable, en este momento no tendríamos problemas económicas.

T: ¿Entonces, consideran que el problema es por ser una familia sola o por la situación económica?

M. En estos momentos es la situación económica. Y la solución es que todos trabajemos y que ellos estudien. Tenemos un puesto en el tianguis, vendemos sábados y domingos, hay veces que sacamos para la semana, pero en otras ocasiones no. Pablo no trabaja, solo Irma tiene su trabajo fijo.

Preguntas circulares. Éstas traen consigo noticias de diferencias, nuevas conexiones entre las ideas, significados y comportamientos. Preguntas sobre el efecto en la conducta.

T. Además de ellas que están aquí presentes, ¿Quién más te presiona porque no trabajas Pablo?

P: Como reproche no me lo dicen. Me dicen tienes que estudiar, tienes que echarle ganas, mis tías, mi abuelo y mi abuelita que vive en Veracruz.

T. ¿Qué opinas tú, de lo que te dicen?

P. Que es bueno lo que me dicen mis tíos y abuelos, pienso que quieren que yo este bien en un futuro. Pero no me gusta lo que me dice mi mamá y mis hermanas, que soy un flojo, que no hago nada. Me da mucho coraje, porque ayudo los fines de semana en el puesto, yo cargo todo lo pesado, hago lo más que puedo y ni así les doy gusto.

Preguntas estratégicas. Son preguntas de confrontación y de guía. Se recurre a ellas cuando es preciso ser más directivo para movilizar un sistema atascado.

T. ¿Con la disolución de la familia al irse usted a cuidar a su mamá, ellos alcanzarían la capacidad de autosuficiencia que tanto a deseado usted?

M. Pues...no lo creo, porque Pablo no trabaja y no estudia, Irma trabaja pero no es responsable de levantarse ella sola para irse a trabajar; tengo que estarla levantando porque se le hace tarde.

T. ¿Y cuando no está usted, ellos qué hacen?

M. Irma llega más tarde al trabajo y llega a las 3 de la mañana, bueno...también lo hace cuando yo estoy. Están los recibos de todo lo que se tiene que ir a pagar: luz, teléfono, agua y otras cosas.

T. ¿Ustedes que opinan de lo que dice su mamá?

I. Creo, que mi mamá no se da cuenta de lo que hacemos mi hermano y yo. Porque yo no dispongo de mi dinero. Cada quincena, le doy el cheque completo a mi mamá y ella de su mano me da para mis pasajes. Estoy harta de que siempre está endeudada.

Connotación positiva. Surge como paso necesario para prescripción del síntoma como una intervención paradójica. Tiene dos finalidades terapéuticas: a) definir la relación sin el riesgo de la descalificación; y b) definir el contexto terapéutico.

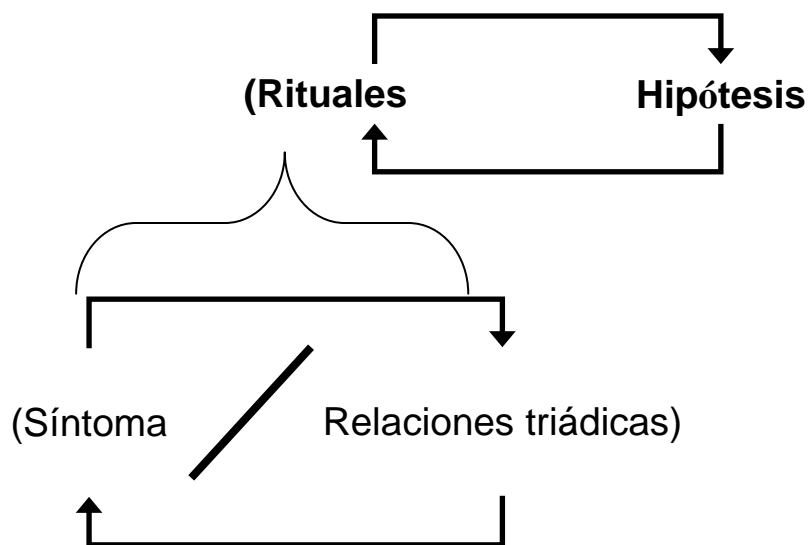
T: Sí, con respecto a lo que hablábamos, sobre el carácter que tienen ustedes y la fortaleza que, también le [reconocemos mucho a Pablo esta situación que se le ha presentado a él, en cuanto a pues estar viviendo en esta misma familia donde desaparece la figura masculina y él muestra toda su cooperación y un apoyo, él nos dice: yo hago todo lo que puedo, yo he...trabajado, yo esto; incluso usted lo menciona, que sin él se le dificultarían mucho las cosas, en cuestión de apoyo y sobre todo la parte sensible que tiene Pablo, para darles este apoyo, que él entiende perfectamente la situación en la que ustedes están pasando. Entonces creo que es importante también, en reconocerle toda esta situación a la que Pablo se esta afrontando]. Veámos que tanto la sensibilidad de Pablo, igualmente de su hija y el carácter que tienen ustedes, hace este equilibrio; porque sería muy diferente si todos tuvieran un carácter fuerte. Entonces esto ayuda a estabilizar a la familia, y que efectivamente ésta retroalimentación que ustedes le dan constantemente a Pablo, de que se esfuerce más, les preocupa en general de que sea un buen hombre, para terminar con la historia que ustedes han tenido, con esta repetición...no Pablo, de que los hombres, pues han sido alcohólicos o en general, desde su padre y sus dos esposos, y así sucesivamente. Que no han sido responsables. Además como que existe la necesidad por parte de ustedes mujeres, de poner a Pablo en otra situación, de que se termine con esta situación que se ha presentado; ellas mismas incluso dicen no: esperamos encontrar en un hombre todas estas actitudes que buscan que tú de algún modo adquieras para tu propio bien. Que cuando tú encuentres a una mujer; no la quieren para beneficio de ellas, sino, que cuando tú encuentres una mujer, bueno...puedas darle esta seguridad, seas un buen hombre, en palabras de tu mamá, que le des un futuro. Entonces, toda esta situación es para asegurarse, de que todo esto no vuelva a repetirse, es una preocupación que existe por parte de...y te dicen: adelante, perteneces a esta familia, sigue con nosotros. Pero quédate y quédate para seguir creciendo como hombre, como esto que te va ayudar a ti mismo. Y bueno reiterar esta

cooperación, que Pablo lo entiende...este muy bien y la parte de su sensibilidad, en realidad hacia ustedes, que estaba haciendo un apoyo muy fuerte para ustedes que no habían tenido en otras circunstancias.

4.6 Análisis cibernético del mapa de intervención del modelo de la escuela de Milán.

La terapia de Milán comienza una vez construida una hipótesis. Esta hipótesis es un marco semántico de referencia, que especifica por qué la familia opera, actúa, comunica o se presenta de una determinada manera. Procura además ser sistémica: intenta conectar las comunicaciones de todos los miembros de la familia de manera isomorfa a la pauta que según la hipótesis, organiza a la familia entera (Keeney y Ross, 1987). En seguida se muestra el modelo que describe la pauta de interacción familiar.

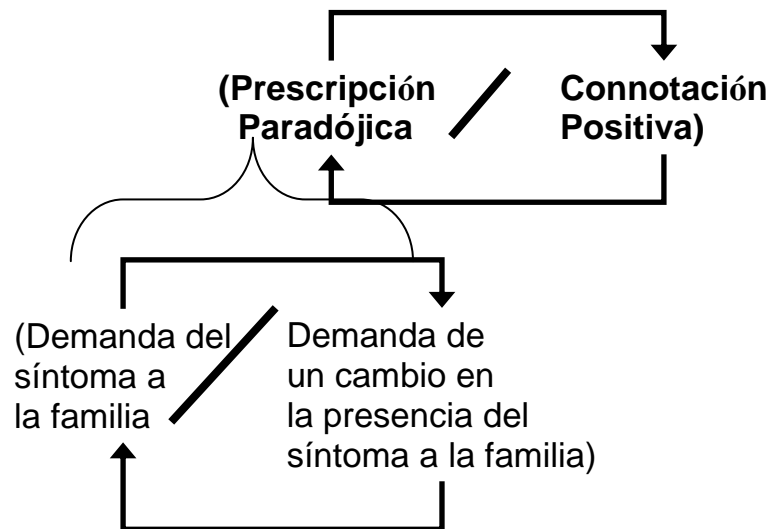
Pauta:



El grupo de Milán señala que toda conducta es comunicación y que las familias se organizan según pautas de coalición. El abordaje de Milán, se orienta al contexto del significado, que encuadra u organiza los síntomas. El propósito es descubrir una pauta de significado contextual, que sirva para concurrir a que el sistema perturbado se reorganice así mismo. Este proceso supone gatillar a la familia para que genere su propia solución. En una estrategia de Milán, el distinguido de principio se dirige a construir

una hipótesis sobre el sistema familiar, que es modificada en respuesta a informaciones ulteriores que la familia produce; y a veces esa hipótesis es presentada a modo de intervención (Keeney y Ross, 1987). A continuación presentamos el modelo de intervención de esta escuela.

Intervención:



El grupo de Milán en esta intervención hace una prescripción paradójica, con el objetivo de prescribir la secuencia patológica connotada positivamente. Al calificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos sus miembros en un mismo plano (Palazzoli y cols., 1981 citados en Ochoa, 1995). Así mismo comenta Ochoa (1995), que la intervención propone una secuencia de conductas, definida con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento.

CAPÍTULO 5.

Escuelas de Soluciones

Este modelo se centra en los recursos de las personas más que en sus faltas de éstos, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones. Así mismo, los problemas y sus soluciones no surgen de la simple observación. Localizar un problema para el que se requiere una solución.

En este siglo, la perspectiva orientadora para la mayoría de los procesos terapéuticos depende de las opciones individuales. Es decir, que es el individuo quien posee la capacidad de conocer el mundo y de actuar adaptativamente dentro de él. Si las capacidades y los procesos individuales funcionan normalmente, el individuo afrontará los desafíos de la vida tan adecuadamente como lo sea posible. Es por ello que en este enfoque, uno de los pioneros fue el psiquiatra Milton Erickson. Los trabajos de Milton Erickson fueron fundamentales para establecer los modelos teóricos de diferentes enfoques terapéuticos, como son el modelo estratégico, el modelo de terapia breve y el modelo enfocado a soluciones. Desde sus orígenes como terapeuta y con una experiencia de más de cincuenta años, siempre fue un antagonista de los modelos ortodoxos de la terapia, para él lo importante no era la manera en que se presentaban los problemas o los errores sino cómo solucionarlos; por tanto, para él no eran importantes las clasificaciones o los nombres de las patologías. Él consideraba que lo que buscaban los pacientes son soluciones y no encontrar la nomenclatura de sus problemas; decía que gran parte de los modelos tienen muchas patologías pero pocas soluciones. Erickson consideraba que los pacientes tienen en su propia estructura psíquica y social la capacidad de solución; por lo que, el terapeuta deberá utilizar como objetivo terapéutico los recursos y soluciones de sus pacientes. Para él, era más importante la solución que plantearan sus pacientes que las que él pudiera proponer, observando cuáles estrategias han empleado respecto del problema y qué les ha funcionado y qué no (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La terapia orientada a soluciones toma también una fuerte posición contra la idea de que la gente es ambivalente con sus problemas; ellos asumen que el cliente quiere cambiar. Además, de Shazer afirmó: “Se ha muerto el concepto de resistencia... cuando la familia no sigue los lineamientos del terapeuta para cooperar, la familia le indicará al terapeuta la mejor forma de ayudarlos. La mayoría de los esfuerzos del terapeuta será trabajar sobre la solución del problema o problemas, los que se toman sin analizar la

etiología de éstos” (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989. citados en Sánchez y Gutiérrez, 2000, pág. 201).

La terapia enfocada a soluciones toma del constructivismo la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes. Al contrario, el terapeuta sólo deberá preocuparse por solucionar las quejas que presentan sus clientes y no deberá creer que existe sólo una correcta y válida forma de vivir la vida (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989 citados en Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Los terapeutas que trabajan con el modelo de soluciones no necesitan saber la causa del problema para resolverlo (es una de las premisas de este enfoque) y afirman que el sistema no mantiene la homeostasis del problema, sino que los pacientes se han convertido en estáticos y estereotipados. Lo importante de este modelo es ver qué han hecho como intento de solución, y si les ha dado buenos resultados (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tradicionalmente, la terapia estaba orientada sobre todo hacia el pasado, buscando en la infancia (psicoanálisis) del cliente las raíces de los síntomas actuales. Más tarde, en los años 60, con la aparición de la terapia de la conducta, la psicología del yo, la terapia de la Gestalt, la terapia familiar, etc., el presente o “aquí y ahora” se convirtió en un aspecto central en terapia. La terapia orientada hacia el pasado fue rechazada por los representantes de estos impetuosos nuevos enfoques como una pérdida de tiempo y como demasiado especulativa. Los nuevos enfoques se centraban en el presente, se interesaban por la generación o el mantenimiento del síntoma presente, y por los datos que pudieran confirmarse en el presente. Jay Haley (1976) y Thomas Szasz (1961) han dado la idea, de que es mejor tratar a la gente como si fuera normal, porque cuando las personas son tratadas como gente normal, tienden a actuar de modo más normal. También dejaron claro los efectos debilitadores de las etiquetas psiquiátricas.

Entre los precursores de este modelo, se encuentran Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) y el centro de Terapia Familiar Breve (BFTC). Erickson fue una figura pionera en diversas áreas de la terapia: hipnosis, terapia familiar, terapia breve y terapia estratégica y ahora la terapia centrada en las soluciones. Erickson practicó la terapia desde finales de los años 20 hasta finales de los 70. En esta época, el psicoanálisis dominaba la psicoterapia; sin embargo, Erickson encontró su propio método terapéutico.

5.1 Principales exponentes de la Terapia Centrada en Soluciones (TCS)

El grupo de Milwaukee está integrado por Steve de Shazer, que es de origen alemán. De Shazer es el fundador del Centro de Terapia Familiar Breve (CTFM) y de la Asociación de investigación Superior. Él es el iniciador del Modelo de Terapia Breve, Centrado en la solución y su esposa Insoo Kim Berg (fallecida en enero 10, de 2007). Ella fue originaria de Korea. Insoo equilibró su formación científica occidental con su patrimonio en su práctica clínica profesional. Ella fue la Directora Ejecutiva del Centro de Terapia Familiar Breve en Milwaukee, y fue la organizadora del modelo de Terapia Breve centrado en la solución.

5.2 Cómo se explica la formación de problemas

La psicoterapia y la investigación de terapéuticas a lo largo de los años, sólo se ha concentrado en los problemas. Así, en la psicoterapia se ha desarrollado un punto ciego al no darse cuenta de que un concepto de solución debe elaborarse antes de que haya siquiera un concepto denominado “problema”. Éste es simplemente una de las muchas maneras en que tales acontecimientos pueden denominarse y comprenderse. Steve de Shazer introyecta al problema como una gestal en la que la solución es el fondo para la figura de éste. Sin la idea de que los problemas se pueden resolver, lo que se denomina problemas en hechos de la vida o acontecimientos desafortunados que no se podría evitar y/o cambiar. El trabajo del grupo de Milwaukee en el CTFM, ha invertido el proceso al examinar exclusivamente el lado de la solución en la distinción. Ellos expresan lo anterior de una manera más simple, los problemas son problemas y se pueden comprender mejor en relación con sus soluciones (De Shazer, 1988). De Shazer, asevera que el terapeuta no necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas que se llevan a terapia para resolverlos. Asimismo inquiere, que la mayoría tiende a ver estas dificultades o problemas (sucesión de calamidades) como “*algo que debe ser corregido*”, y el “*problema surge cuando falla el intento de solución* (De Shazer, 1989, pág. 50).

5.3 Cómo se explica el cambio o la solución

Steve de Shazer inquiere que es más importante la naturaleza de las soluciones. Asume que los clientes quieren cambiar realmente. De esta manera, el enfoque centrado en soluciones, en vez de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo, tiende a buscar lo que está bien y el terapeuta trata de descubrir cómo usarlo. Por lo tanto en la solución, se

habla con el paciente de todo aquello que ha marchado bien en la vida de esa persona, haciendo hincapié en sus éxitos y todo aquello en donde no ha estado presente el problema (De Shazer, 1985. citado en O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989). Las soluciones son las excepciones de cuando no está presente el problema que aqueja al paciente.

5.4 Técnicas y procedimientos

Este modelo de Terapia Centrada en Soluciones, tiene tres técnicas principales que son: el resumen, elogio y tarea. De esta manera, las estrategias y procedimientos en este enfoque, son muy importantes para poder tener éxito en el proceso terapéutico. Asimismo se mencionan a continuación algunas estrategias y procedimientos de este modelo:

- ✚ **Establecer un contrato.** Es necesario que el paciente se comprometa con la terapia. Aquí es importante que el terapeuta le pregunte al cliente ¿qué está dispuesto hacer para que el proceso terapéutico sea un éxito? Con ello el paciente se está comprometiendo a todo.
- ✚ **Construir una relación terapéutica.** Al finalizar la entrevista se desarrollan diversos tipos de relaciones entre terapeuta y paciente y éstas se dividen en tres grupos: el término general cliente, se aplica a *visitantes, demandantes, y compradores* por igual. Los visitantes deben tener a alguien a quien visitar, los demandantes, alguien a quien presentarle una queja y los compradores, alguien a quien comprarle algo (De Shazer, 1988).
- ✚ **Establecimiento de objetivos.** Aquí se facilita la adaptación cuando se fijan objetivos para ayudar a determinar cómo tanto el cliente como el terapeuta se van a dar cuenta de que el problema está resuelto.
- ✚ **Pregunta por el milagro.** Con esta pregunta el terapeuta recibe directrices e información concreta para ayudar al cliente a encaminarse directamente hacia un futuro más satisfactorio.

Premisas. Valores y fundamentos filosóficos (De Shazer citado en Kim Berg y Miller, 1996):

- ✚ Poner énfasis en la salud mental.
- ✚ Utilización.
- ✚ Visión atórica/ no normativa/ determinada por el paciente.
- ✚ Parquedad.
- ✚ El cambio es inevitable.

✚ Orientación hacia el presente y el futuro.

✚ Cooperación.

✚ filosofía central:

1. Si no está roto, ¡No lo componga!
2. Una vez que sepa usted que es lo que funciona, ¡Haga más de lo mismo!
3. Si esto no funciona, no vuelva a intentarlo, ¡Haga algo diferente!

✚ **Tipos de soluciones.** El foco en la terapia centrada en la solución se basa en la identificación o construcción de excepciones:

1. Cuando el problema no está presente.
2. Cuando la persona resuelve el problema o logra influir en él.
3. Cuando el problema está presente y la persona sabe como crearlo y/o influir en él.

5.5 Principales exponentes de la Terapia Orientada a Soluciones (TOS)

Bill O’Hanlon, Ben Furman y Tapani Ahola. Bill es un psicoterapeuta, el cual es uno de los principales exponentes de la terapia orientada a soluciones. Él empezó su carrera profesional en 1975, como un consejero transpersonal. Asimismo estudió Programación Neurolingüística. Él se concentra actualmente en Santa Fe, Nuevo México.

Ben Furma es un psiquiatra y un renombrado psicoterapeuta experto internacionalmente en el campo de la psicoterapia enfocada a soluciones. En 1986 Ben Furman fundó junto con su colega Tapani Ahola, psicólogo social, el Instituto de Terapia Breve Helsinki.

5.6 Cómo se explica la formación de problemas

La terapia orientada a las soluciones, se centra en descubrir cuáles de las cosas que las personas hacen les funcionan y las ayudan, para después utilizarlas deliberadamente para hacer que los problemas desaparezcan. Anima a las personas a pasar de intentar analizar la naturaleza de su problema y averiguar cómo apareció a empezar a buscar soluciones y ponerse manos a la obra para solucionarlo (O’Hanlon, 2003). Además, este grupo, “ofrece una definición nueva y más útil del problema”, este principio que se refiere a negociar una definición del problema que tanto el paciente como el terapeuta puedan resolver, proponiendo definiciones nuevas y más aprovechables del problema y

escuchando atentamente lo que dice el cliente en busca de algo que permita su resolución (O'Hanlon y Bertolino, 1999).

5.7 Cómo se explica el cambio o la solución

Erickson solía asignar una tarea a sus aprendices. Les retaba a que leyeran la última página de un libro y que luego especularan sobre lo que debía venir antes para desembocar en ese final. De manera similar, el terapeuta orientado a soluciones puede empezar desde el objetivo final y trabajar hacia atrás hasta conectar con el estado actual de la vida del cliente. De esta manera, este grupo asevera que los clientes vienen a la terapia pensando que tienen un problema insuperable que <siempre está ahí>. Sus percepciones <en blanco y negro> son muy claras. En consecuencia, la tarea del terapeuta consiste en hacer preguntas sobre las circunstancias en las que el problema no se presenta y explorar qué hay de diferente en esas ocasiones. Los clientes suelen darse cuenta por primera vez de que gran parte de su vida transcurre sin el problema y que, de alguna manera, están haciendo algo correcto para que ocurra así. Por tanto, los clientes proporcionan los datos que conducirán al éxito en la resolución del problema y haciendo luego que se concentren en esa solución (O'Hanlon y Bertolino 1999).

5.8 Técnicas y procedimientos

Los dos principios básicos que guían la terapia orientada a soluciones y la conversación del terapeuta durante la sesión son el *reconocimiento* y la *posibilidad*. Los terapeutas deben procurar que el cliente tenga la sensación de que ha sido escuchado, validado y respetado. Al mismo tiempo, también deben tener la precaución de no cristalizar la impresión actual que el cliente pueda tener de la situación (sus experiencias y sus puntos de vista) y procurar introducir y mantener abiertas las posibilidades de cambio y solución. Se asevera, que la terapia se enfoca como un proceso de cooperación al que tanto el cliente como el terapeuta aportan sus experiencias y conocimientos. El cliente es quien mejor conoce sus propias percepciones y sentimientos y quien posee los datos descriptivos esenciales para que el terapeuta pueda construir una definición viable del problema y establecer un marco y un plan para la solución. El terapeuta es el experto en

la creación de un diálogo en cooperación orientado a soluciones y en observar las respuestas del cliente e incorporarlas a lo que se discute (O'Hanlon y Bertolino 1999).

A continuación se muestran las diez claves, para hallar la solución a un problema. O'Hanlon (2003) afirma que una manera de encontrar la solución de un problema es no analizar por qué apareció, sino cambiar lo que se está haciendo para resolverlo. Para ello se debe averiguar cómo se está actuando una y otra vez (el patrón del problema) y experimentar haciendo algo diferente (rompiendo el patrón).

- ✚ **Romper el patrón del problema.** Una forma de romper el patrón de un problema es hacer algo diferente cuando se tiene. Se debe prestar atención a lo que se hace cuando se tiene el problema y hacerlo de otra forma, es decir, cambiar la forma de crear el problema.
- ✚ **Encontrar y utilizar patrones de soluciones.** Poner atención en lo que sucede cuando el problema desaparece o empieza a desaparecer. Y poner en práctica las conductas que le sirven de ayuda, aplicándolas en la situación problemática.
- ✚ **Reconocer nuestros sentimientos y nuestro pasado, sin dejar que determinen nuestro comportamiento en el presente o en el futuro.** El pasado ejerce influencia en las personas, pero no se debe dejar que el pasado escriba la historia del futuro, ni que influya en el presente. Si se reconoce lo que sucedió en el pasado, éste se puede afrontar sin dejar que domine el presente ni el futuro.
- ✚ **Dirigir la atención.** Centrarse en lo que está sucediendo, donde se encuentra en este momento en lugar de evocar o recordar el pasado.
- ✚ **Imaginar un futuro que nos conduzca a las soluciones en el presente.** Es necesario hablar como si el futuro que se desea es posible y probable. Y dejar de hablar de un modo negativo, dando por hecho que el futuro que desea es imposible.
- ✚ **Cambiar historias problemáticas, por historias orientadas a las soluciones.** Las historias problemáticas se debilitan cuando se encuentran pruebas que las contradicen, que no encajan con ellas.
- ✚ **Usar la espiritualidad, para trascender o resolver problemas.** Este camino implica llegar a lo más profundo del ser, al lugar al que se refiere como alma. Es el nivel en el que nos relacionamos con nosotros mismos. Se puede llegar a este nivel a través de la meditación, la contemplación u otros medios.
- ✚ **Utilizar palabras de acción, para resolver problemas de relación.** Implica el uso de palabras de acción: palabras y frases que describen en lugar de explicar,

analizar o culpabilizar. Hay tres formas de utilizar palabras de acción: 1) quejas de acción, 2) peticiones de acción y 3) elogio de la acción.

- 🚩 **Celebrar rituales de resolución, para resolver los asuntos pendientes del pasado.** Se recurre al ritual para hacer que los asuntos no resueltos salgan del interior de la persona, para pasar al mundo de la acción, donde se puede hacer algo para resolverlos.
- 🚩 **Desarrollar rituales de estabilidad y conexión, para prevenir problemas y generar conexiones.** Los rituales de estabilidad y conexión son actividades que se hacen en grupo o individualmente y que ayudan a generar estabilidad o a proporcionar una sensación de conexión con uno mismo o con los demás (O'Hanlon, 2003).

Premisas utilizadas en este modelo

- 🚩 Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- 🚩 El cambio es constante, el cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- 🚩 Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- 🚩 No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- 🚩 Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- 🚩 Los clientes definen sus objetivos.
- 🚩 El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.
- 🚩 No hay una única forma correcta de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
- 🚩 Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Preguntas presuposicionales

Las preguntas presuposicionales es el nombre que se le ha dado al tipo de preguntas que se hace durante la sesión y que están diseñadas para funcionar como “intervenciones”. Se argumenta con ello, que a través de las preguntas que el terapeuta elige hacer, intenta influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndolos a las soluciones. Reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas y los encaminan hacia respuestas que promueven sus recursos y les

enriquecen. Al contestar a estas preguntas, los clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable.

Una regla básica a la hora de construir preguntas presuposicionales es mantenerlas abiertas, evitando preguntas a las que se pueda contestar con un “sí” o un “no”. Por ejemplo, en vez de ¿Pasó alguna cosa positiva?, pregunta: ¿Qué cosas positivas sucedieron? Esta última pregunta implica que el terapeuta está seguro de que sucedieron cosas positivas (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Tareas

Las tareas están dirigidas a que los clientes realicen cambios fuera de la sesión. Las tareas se dividen en tres:

🚩 **Tarea de fórmula de la primera sesión.** Los clientes no esperan que el terapeuta les pregunte sobre lo que va bien, así que a veces quedan sorprendidos por esta petición. Con esta tarea van a casa con sus gafas de buscar cosas positivas y, para sorpresa suya, suele descubrir bastantes cosas que quieren que continúen. Tal vez algunas de estas cosas valiosas estuvieron ocurriendo ya, pero simplemente pasaban desapercibidas antes de que la tarea dirigiera la atención de los clientes hacia los lugares adecuados. Otro aspecto interesante en cuanto a la forma en que los clientes responden a esta tarea es que, aunque no se les pide que hagan algo nuevo o diferente, los clientes suelen hacer precisamente eso, y modificar así su comportamiento.

🚩 **Tarea de la sorpresa.** Esta tarea introduce un poco de azar en las pautas que caracterizan a las relaciones: las cosas se vuelven más impredecibles. Al igual que sucedía en la tarea de la primera sesión, los clientes fijan su atención en nuevas conductas. Esta tarea tiene cierto carácter lúdico. Por lo general, los clientes sonrían inmediatamente cuando se les explica la tarea de la sorpresa. Hace cambiar el contexto de sus dificultades: lo que tal vez haya sido una batalla durante meses ahora adquiere un carácter lúdico.

Tarea genérica. Una vez que los clientes han descrito cuál sería su objetivo, incluso si les ha resultado difícil concretar, es posible emplear su lenguaje para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio. Por ejemplo, si un cliente quiere sentirse con mayor control de su vida, se le sugiere: Fíjate qué haces esta semana que te hace sentir con mayor control sobre las cosas. Esta tarea presupone que entre las sesiones se producirán conductas deseables, y suelen producirse. Otra ventaja, es que

los clientes que se expresan en términos vagos vuelven habiendo definido con mayor claridad sus objetivos (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

5.9 Ejemplo de un Caso clínico

Resumen del caso. La señora M, se presenta con su nieto Christian de 14 años, argumentando que su nieto necesita terapia psicológica; ya que presenta conductas anormales como: vestirse lentamente, quedarse inmóvil en algún lugar de la casa, por largo tiempo, cuando acomoda su ropa se tarda mucho tiempo. A ella le preocupa su nieto, ya que está bajo su responsabilidad. La mamá del chico, es hija de la señora M. Su hija se embarazó de su nieto, siendo soltera y más tarde contrae nupcias; pero no con el padre del chico. Ella se va con su esposo y tiene otros hijos de esta nueva pareja. La señora M, le comenta a la mamá de Christian de su comportamiento, y le comenta que lo va a llevar con el psicólogo. Pero la Señora M, se percata de la indiferencia que muestra la madre del adolescente.

Con fines de identificación de la entrevista se usa la inicial de: T. terapeuta, M. Para mencionar a la abuela del chico, y C. Christian.

Construcción de excepciones. El foco en la terapia, se centra en la solución, y además se basa en la identificación o construcción de excepciones, es decir, cuando el problema no está presente.

T. ¿En qué es diferente Christian, cuando no tiene esas actitudes, que este pensativo que vuelva a regresar y a poner el vaso?

M. Pues mire yo le platicaba al doctor, que este... note eso, porque él siempre lo hace a diario, en las mañanas se tarda mucho para vestirse, porque esta igual que su ropa, la acomoda y así le suena y todavía la hace motoncito y pues no, no se que tanto, yo corro

a preparar el desayuno y todo. Ándale que se hace tarde, desde cuarto para las seis lo paro... al cuarto para la siete corro, porque se tarda mucho, sí yo ya he visto que está su té, lo destapa se va a... se supone que ya lo va a tapar y agarra y pone la tapapadera y se queda, luego otra vuelta lo va a poner y se queda, y yo ya le estoy diciendo Cristian rápido, como que vuelve en sí y ya lo tapa o el desodorante que sea.

T. Usted comenta, que es muy observadora, pero quedó una pregunta que no me contestó. ¿Qué nota de diferente en Christian, cuando ha presentado este tipo de actitudes?

M. Mire, yo lo que noté antier, sí antier, que ahora sí mi hijo este hicieron un juego, yo digo que improvisaron un juego no, porque lo tiene en la libreta, pues yo no se que juego será, ¿qué es lo que juegan?

C. Pokemon.

M. Pero, destacan ahí nombres, yo escucho que dicen nombres, nombres de verdad y él estuvo muy adentrado en ese juego. Estaba mi otro nieto, él y mi hijo. Pues duraron muchas horas ahí con esas libretas, cada quien con su libreta y números y no se que, él ahí hasta lo noté diferente, yo lo vi reír, lo vi como, como que mejoró, así como un niño debe de ser, entonces ya que fue a la cama y no hizo eso, él se fue a la cama, directo a la cama y todo lo que se quita para dormir; o sea que su mente la tenía concentrada en el cuerpo y no hizo eso, pero las demás veces siempre, siempre. En la mañana, en la tarde, cuando yo lo observo.

Buscando diferencias. Después de identificar las soluciones, se buscan las diferencias, entre lo que ocurre cuando el problema aparece y lo que ocurre cuando no aparece. Se pretende que el cliente, realice más conductas satisfactorias y diferentes de la conducta problemática.

T. A ver Christian, ¿qué tendría que pasar aquí, de diferente, o sea, para que tú dijeras, que te está sirviendo venir aquí? ¿Qué tendría que pasar de diferente?

C. Creo que nada.

T. Tú ya comentaste algunas diferencias, tu abuelita también. Tu abuelita, te vio reír, cuando estabas jugando con tus primos, cuando...

M. Concentrado en...

T. ¡Concentrado!, te fuiste a tu cama tranquilo, o sea, esas son cosas diferentes Christian. Ajá. Además ahora que estás haciendo lo de las guías, también es algo

diferente. Que estás escribiendo, digamos bien, estás llenando tus cuadernos bien, no dejas espacio, ¿te das cuenta Christian?

C. Sí me doy cuenta. Ya estoy haciendo mejor las guías y estoy más concentrado en las actividades que realizo, por ejemplo doblar mi ropa, recoger mis zapatos.

Objetivo cumplido.

T. ¿De qué más te diste cuenta que cambio la semana pasada, ahorita, que te hace verte, así diferente?

C. Que escucho más a mi abuelita.

T. ¿Cómo haces eso, de escuchar más a tu abuelita?

C. Poniéndole atención en lo que dice.

T. ¿En qué parte del día le pones más atención a tu abuelita, en qué momento del día o digamos, cuando tienes que hacer qué, cuándo es que te das cuenta, que le pones más atención a tu abuelita?

C. En la tarde.

Resumen. Es una técnica principal de este enfoque, que ayuda al paciente a replantear su marco de referencia.

T. Cuando llegó aquí, nos comentaba que esa forma particular que tiene Christian de hacer las cosas. Se da cuenta que algunas cosas las hace muy lentamente, pero que, de hace ocho días acá, ha habido un cambio, donde una de las cosas más importantes es la obediencia que ha tenido Christian sobre lo que le pide, y también se ha dado cuenta de que tiene esa capacidad de hacer más cosas al mismo tiempo. Por ejemplo de hacer las cosas que esta haciendo y al mismo tiempo observar a Christian, por eso puedo rescatar todo lo que nos viene diciendo ahorita que ha cambiado, y también Christian, ha tenido esa capacidad de atender y escuchar con atención, de hacer caso a lo que le está pidiendo. Entonces esto es bueno, hasta este momento, queremos hacerle una pregunta.

Escala. En una técnica que puede utilizarse en cada sesión, para medir cambios e identificar patrones y diferencias.

T. Permítame preguntarle, si usted pudiera trazar una línea, donde el punto superior representa un diez y el punto más bajo, un cero. Este cero, es el motivo

por el cual vinieron aquí y el diez es, cuando ese motivo que los trajo aquí, ya no está. Y que sucede que las cosas han mejorado considerablemente, ¿en qué número se encuentra?

M. Como en el ocho más o menos.

T. **¡Ocho...hooo fabuloso!**

M. Sí, porque le digo, yo noté los cambios.

T. **Muy bien señora M. ¿Tú Christian, en qué número te encuentras en este momento?**

C. Yo pienso que en el seis.

T. **Muy bien, muy bien. A nosotros nos gustaría saber por ejemplo señora M, ¿cómo le hizo para subir de cero hasta ocho, usted qué hizo?**

M. Pues qué hice...pues pedir ayuda y traerlo con ustedes, porque estaba muy preocupada por mi nieto; ya que le decía a su mamá y no me hacia caso.

T. **Pero más sin embargo, ahora en este momento, ya se dio cuenta de los grandes cambios que hubo en esta semana, aja. ¿Tú Christian, cómo le hiciste para subir, o sea, de estar en cero a subir a seis, qué fue lo que hiciste?**

C. Aceptar venir aquí.

T. **Aceptar venir aquí, ¿qué más Christian?**

C. Y obedecer.

T. **Sí Christian, a mi me gustaría preguntarte algo en confianza, lo que pasa es que tienes una manera muy especial de decir las cosas, a mi me parece muy honesto lo que estás comentando, a mi me gustaría saber ¿a qué número te gustaría llegar?**

C. A diez.

T. **A diez ok. ¿Qué tendrías que hacer Christian, para empezar a subir a 7?**

C. Pues cambios.

T. **¿Qué tipo de cambios te gustaría experimentar con nosotros?**

C. Hacer las cosas normales.

Elogio. Es una técnica, que aprovechamos cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. Cuando oímos que el cliente está haciendo algo que es positivo o promueve soluciones, el terapeuta hace nota mentalmente para felicitarlo.

T. **El equipo y aquí nosotros, hemos observado de que usted tiene mucho interés, con Christian. Además que ha dejado cosas de hacer por estar aquí, entre ellas cerrar su negocio o donde usted dice que pues le puede traer algo más para ayudar**

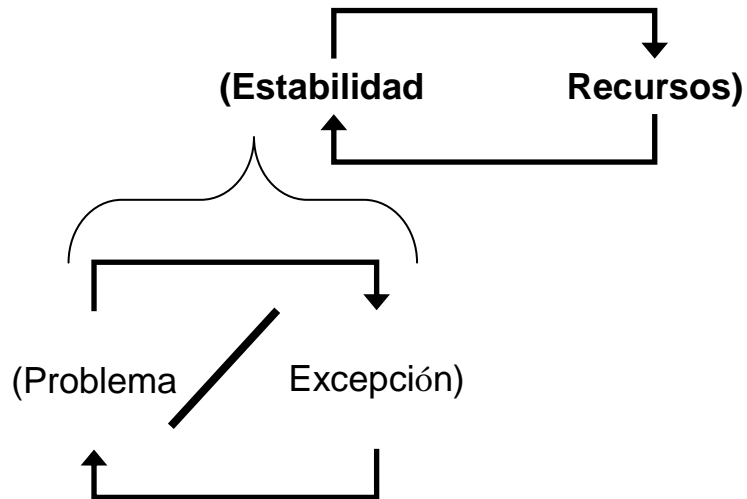
a su economía. Asimismo Christian, el equipo y nosotros te queremos felicitar, el hecho que te vemos diferente, te observamos diferente, sonríes más, tu nuevo corte de cabello, o sea los felicitan a ambos, de ese interés de estar aquí, para seguir en esos cambios, que usted ha observado y que Christian también ha referido. De hecho también, de las observaciones que ha realizado y esto ha sido con mucho esfuerzo: de estar aquí, el tráfico, el tiempo y también la decisión de Christian de estar en este lugar. Eso es más, de lo que se necesita para seguir adelante.

Tarea. Son prescripciones de soluciones, que están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones.

T. Sin embargo, queremos que lo siga manteniendo así. Que siga en esa observación de ver qué es lo que hace Christian, las cosas que están funcionando bien.

5.10 Análisis cibernético del mapa de intervención del modelo de la escuela de soluciones.

La escuela de soluciones se centra en los recursos del cliente. Los principales distinguos del modelo de soluciones, en primer lugar es la relación terapéutica, donde el terapeuta hace esa labor de unión entre él y su cliente. Después la construcción del problema. Se lleva al cliente para que describa conductualmente el problema. Posteriormente se buscan las excepciones. Se hacen una serie de preguntas diseñadas para extraer información sobre las excepciones al problema: las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fuerzas y recursos de la persona. Las excepciones a los problemas ofrecen una tremenda cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. Así mismo una vez que ya están bien demarcadas las excepciones al problema, se procede a describir las diferencias entre las excepciones y problemas. En la fijación de objetivos, una de las reglas fundamentales de esta escuela de soluciones es empezar por cosas pequeñas. Se pregunta: ¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino? En términos de recursión cibernética la estructura quedaría de la siguiente manera:



En esta recursión cibernética se buscan las excepciones donde no está presente el problema. Steve de Shazer inquiriere que es más importante la naturaleza de las soluciones. Asume que los clientes quieren cambiar realmente. De esta manera, el enfoque centrado en soluciones, en vez de buscar lo que está mal y tratar de arreglarlo, tiende a buscar lo que está bien y el terapeuta trata de descubrir cómo usarlo. Por lo tanto en la solución, se habla con el paciente de todo aquello que ha marchado bien en la vida de esa persona, haciendo hincapié en sus éxitos y todo aquello en donde no ha estado presente el problema (De Shazer, 1985. citado en O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

CAPÍTULO 6.

Análisis y conclusiones

La familia es un tema muy amplio, así como su funcionamiento es un fenómeno muy complejo. Desde antaño se ha estudiado a la familia desde diferentes teorías. De esta manera, en el campo de la terapia familiar, los grandes estudiosos en el área, se han adentrado más para poder entender la problemática actual del sistema familiar. Considero que actualmente nuestra sociedad está pasando por varios problemas, por ejemplo de economía, violencia intrafamiliar, desintegración en la familia, etc., que conllevan al individuo a tener roces interaccionales con las personas que lo rodean y de esta manera, convertirse en graves problemas donde ya la persona como disco rayado hace más de lo mismo para resolverlos. Pero al advertir que todo lo que hace, solo le sirve para empeorar la situación, se desanima. Sin embargo, no todo está perdido, la Terapia Sistémica está presente, como una alternativa de tratamiento en mejorar la problemática familiar, para modificar los marcos de creencias, así como la relación entre los miembros de la familia y con la sociedad. Una de las premisas principales de la terapia sistémica, es que el cliente posee los recursos para producir el cambio. Por tanto, es tarea del terapeuta acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas. Es por eso, que este tipo de terapia por su brevedad de sesiones (ya que pueden ser sólo diez), surge como una alternativa para el tratamiento de los problemas familiares. A continuación expongo mi análisis a partir de tres ejes: reflexión epistemológica, experiencia de aprendizaje y experiencia profesional de la terapia sistémica:

Reflexión epistemológica.

Como afirmaba Bateson (1977): “Nadie puede afirmar que no posee una epistemología. Los que así lo hacen, sólo tienen una mala epistemología” (Keeney, 1994). Estoy de acuerdo en tal afirmación, porque todos los individuos tenemos conocimientos que nos lleva a discernir de acuerdo a nuestros valores y creencias, lo que está bien y lo que está mal. Este conocimiento adquirido a través de las vivencias diarias en el hogar, la escuela, la sociedad, etc., nos lleva a tomar decisiones importantes en nuestra vida. El módulo de epistemología cibernética, me deja un gran aprendizaje, de observar más allá, es decir, de percatarme de todo aquello que me rodea y de ir a la esencia de esa persona u objeto. De esta manera, cuando podemos advertir los problemas humanos, cuando se acercan pidiendo ayuda o por el simple hecho de observar su actitud, de cómo

se conduce el sujeto en cualquier circunstancia adversa de la vida, sientes esa necesidad de ayudar a los demás. Ese sufrimiento que en algunas ocasiones los lleva a salirse por la puerta falsa: el suicidio. Este descubrir a diario de lo que hay a mí alrededor, las personas, objetos y la naturaleza, me hace reflexionar y dar gracias por lo que tengo: vida, familia, amigos, etcétera. Al cambiar mi actitud y ver todo aquello que me rodea de una manera sagrada, cambia mi perspectiva como ser humano. Esto me ha ayudado a crecer en el ámbito espiritual, profesional y a nivel personal.

Experiencia de aprendizaje.

En primera instancia quiero darle las gracias al grupo que conforman el Diplomado de Terapia Sistémica, los maestros: Lidia Beltrán Ruiz, Sergio Mandujano Vázquez, Vicente Cruz Silva, Pedro Vargas Avalos y Alberto Patiño Ramírez, por sus enseñanzas y por transmitirnos sus experiencias como académicos y profesionistas. Agradezco al Mtro. Pedro, el compartirnos los ejercicios de reflexión y espiritualidad; en lo particular he llevado a la práctica algunos y he tenido resultados muy satisfactorios, que me han hecho despertar de mi letargo y encaminarme a una vida más espiritual y de calidad humana. Asimismo por su puntualidad en el módulo. El aprendizaje adquirido en el módulo fue muy enriquecedor; pero considero que me falta mucho para comprender totalmente la epistemología cibernética pero su módulo fue un buen inicio. Me parece un tema muy interesante y muy profundo. Al estar realizando el presente trabajo, he quedado maravillada, de la mente tan brillante de los principales autores que incursionaron en este campo del conocimiento. Comprender que en este mundo todo tiene un por qué y una relación, que todo tiene un principio y fin; pero que en este proceso recursivo renacen nuevas esperanzas de ser mejores, de reconstruir nuestra realidad a través de la autorreflexión y observación. Además comprendí mi posición como terapeuta y el compromiso que conlleva serlo. Por consiguiente, para mí fue enriquecedor conocer muy detalladamente las principales escuelas de terapia sistémica: Mental Research Institute (MRI), Estratégica de Haley, Milán y Soluciones, a través de un año de aprendizaje en el diplomado de Terapia Sistémica. Cada una de ellas, me dejó una experiencia y aprendizaje en particular. Por ejemplo, en el Primer módulo vimos el modelo del MRI, y recuerdo que el Mtro. Vicente Cruz Silva nos aconsejaba diciéndonos: “hagan algo diferente, por ejemplo de las rutinas diarias: bañarse, cepillarse los dientes, comer, etc., sí agarran la cuchara con la mano derecha, ahora lo pueden hacer con la izquierda y les aseguro que cambian”. Entonces comprendí, que

solo se necesita un cambio mínimo para cambiar acciones. Por lo tanto, unas de las premisas que me han ayudado a nivel personal son: “El cambio es constante” y “Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver su problema”. Antes de tomar el diplomado, como que no veía todos los recursos que tengo para salir adelante, es como si hubiera estado en una cápsula, la cual interfería para no hacer cosas buenas para mí. Además con dos casos clínicos vistos con la supervisión del Mtro. Vicente, donde se nos da la oportunidad de ser terapeuta y coterapeuta. El seguimiento de estos casos me ha ayudado para tener un panorama más amplio de las técnicas de intervención y conocer de cerca una pequeña parte de las dinámicas familiares actuales. Por eso considero, que la terapia breve es una alternativa para el tratamiento de problemas de la familia. Asimismo, en el módulo de Milán aprendí nuevas técnicas y procedimientos de terapia breve y otras más quedaron clarificados. En este módulo tuvimos la experiencia de un Caso clínico supervisado por el Mtro. Mario Alberto Patiño Ramírez. Se trata de una familia integrada por la madre, dos hijas y un hijo varón. En esta dinámica familiar coexisten alianzas entre las mujeres; mientras que el hijo es excluido, por no compartir la misma postura de la madre y hermanas; ya que para él no hay ningún problema en su familia. De esta manera, comprendí un poco más las relaciones de alianzas y exclusiones que se dan entre los miembros de la familia. Aunque me parece un poco complejo el proceso terapéutico de la terapia de Milán, es fascinante adentrarse en esas relaciones conflictivas que muchas familias hoy en día están pasando y además con el paciente identificado, que pareciese que no lo amasen, con esas interacciones recursivas que se llevan a cabo en el seno familiar. Lo que más me fascinó de este enfoque es: que rompe con el condicionamiento lingüístico, es decir, cuando describen conductas o interacciones sustituyen el verbo <ser> por el verbo <mostrar>. Por ejemplo, la afirmación: “el hermano se muestra agresivo” en lugar de “el hermano es agresivo”, nos permite llegar a una diferencia interpersonal con respecto a otra persona más calmada. Desde que aprendí esta premisa en este módulo, la he llevado a cabo en mis relaciones interpersonales y más aún la he interiorizado para no etiquetar a las personas con acciones que separa al individuo de su contexto. Por consiguiente, en el modelo de soluciones reafirmé la misma premisa mencionada en el módulo del MRI, pero con la diferencia que ahora la apliqué y me está ayudando de manera personal: “los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas”. Yo tengo la mala costumbre de sabotearme y estoy descubriendo que tengo muchos recursos para erradicar este mal hábito. Por ejemplo, cuando planeo una actividad: hacer ejercicio, leer algún libro, ir a

comprar la despensa, etc., y no la llevo a cabo, hago algo diferente, por ejemplo hacer cien abdominales. Por otro lado, en la experiencia de aprendizaje en el módulo, fue buena, porque clarifiqué las técnicas, y las apliqué al ser terapeuta en un caso clínico bajo la supervisión de la Mtra. Lidia Beltrán Ruiz. Fue un reto para mí; ya que el paciente se presentó sólo como visitante y para la segunda sesión se había convertido en comprador. Algo muy importante en mi proceso de aprendizaje en el módulo, fueron las transcripciones de casos clínicos; éstas me ayudaron en la identificación de las técnicas y procedimientos del modelo de soluciones. De igual manera, en el modelo estratégico tuvimos la oportunidad de llevar a la práctica un Caso clínico supervisado por el Mtro. Sergio Carlos Mandujano Vázquez, para mí fue importante esta experiencia, porque aprendí nuevas técnicas y las reafirmé con los casos vivenciales, donde una de nuestras compañeras nos hizo partícipe de un problema real, al ser paciente y en el cual el Mtro. Sergio nos mostró su habilidad como terapeuta. Algo muy importante en este módulo que me encanta, son las premisas (a nivel personal, intrapsíquicas, sensoriales y de relación) para determinar los valores de los pacientes. Considero que estas premisas son esenciales para tener éxito como terapeuta, porque tienes ese acercamiento con el paciente y éste se siente comprendido a su vez. Asimismo al realizar un ejercicio después de ver el video de unos fragmentos de la película: “como cuates”, me hizo reflexionar en las pautas cotidianas en que nos enfrascamos los seres humanos y buscando la solución al conflicto, se hace más de lo mismo haciéndose más grande el problema. En esta película se analizó cada uno de los personajes, identificando en cada uno de ellos la pauta conflictiva en caso de que solicitaran ayuda terapéutica, para después aplicarle a cada personaje las técnicas (ya expuestas con anterioridad) adecuadas de acuerdo al motivo de consulta. Otra experiencia en este módulo es cuando me tocó ser paciente. Expuse una pauta conflictiva de relación laboral a mi compañera (terapeuta). Ella me hizo reflexionar, y con la ordalía que me aplicó, que siendo honesta me dio trabajo llevarla a cabo, pero cuando sentía esa molestia recordaba el caso expuesto ante el grupo de mi compañera que también tenía conflictos con su jefe. En su caso, el Mtro. Sergio aplicó una metáfora, diciéndole que no se podía pelear con Dios, para esto primero le preguntó que si creía en Dios y mi compañera contestó que sí. Entonces con la metáfora que realizó en su caso, la recordaba y me decía: “no me puedo pelearme con Dios”, y enseguida cambiaba mi actitud e iba hasta el escritorio de mi jefe para saludarlo de mano. Y fue así como lo pude ver de una manera diferente.

Finalmente, le doy las gracias a cada uno de mis maestros del diplomado de Terapia Sistémica, por sus enseñanzas y por su calidad humana.

Experiencia profesional de la terapia sistémica.

Mi experiencia profesional en el campo de la psicología clínica, la inicié al terminar la carrera de psicología en una clínica privada. El enfoque que apliqué fue el de soluciones; ya que era el que conocía un poco más de la terapia sistémica. Después al ingresar al diplomado de “Terapia Sistémica”, me di cuenta de los aciertos y errores que cometí en ese período. Actualmente sigo aplicando soluciones y en algunos casos MRI. Por otro lado considero que me falta tener un espacio específico, es decir, un lugar establecido para montar mi consultorio. Este es un factor, que me ha restringido como terapeuta, porque no cuento con este espacio. Sin embargo, en esta experiencia profesional como terapeuta he tenido satisfacciones, así como fracasos. Pacientes que no terminan el tratamiento o los que te llaman para pedir una cita y no acuden a ella. A partir de la experiencia del diplomado, hubo un cambio significativo de aproximación a los problemas humanos, no patologizando la conducta del paciente; ya que las etiquetas (psicótico, bipolar, obsesivo compulsivo, esquizofrénico, etc.) del modelo médico, hacen que el individuo se muestre y se conduzca de acuerdo a éstas. Por otro lado, considero que este tipo de diplomados aporta a los alumnos de la carrera de psicología una instrucción en el campo de la psicoterapia como una orientación sistémica, que les permitirá abordar la problemática emocional de nuestra población. Estos profesionales dominarán un conjunto de técnicas propias para enfrentar problemas de interacción en los grupos humanos, así como un marco teórico epistemológico que les permita contextualizar dicha práctica.

7. Bibliografía

- Bateson, G. (1991). *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona: Gedisa.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Diálogos sobre teoría y práctica. Buenos Aires: Amorrortu.
- De Shazer, S. (1988). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar. Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- Fisch, R. y Schlanger, K. (2002). *Cambiando lo incambiable. La terapia breve en casos intimidantes*. Barcelona: Herder.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1982). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keeney, B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Keeney, B. y Ross J. (1987). *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kim Berg, I. y Millar, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Madanes, C. (1989). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios. Diez maneras sencillas de transformar tu vida*. México: Paidós.
- O'Hanlon, P. y Bertolino, B. (1999). *Desarrollar posibilidades. Un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. México: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.

Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual moderno.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1986). *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.

Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.

Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.